

As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública¹

Ana Claudia Correia Nogueira*
Letícia Batista Silva**

Resumo: Estudos do Instituto Nacional de Câncer relativos à prevalência do câncer na população feminina indicam que o câncer de colo de útero é um dos tipos mais incidentes e o segundo em mortalidade entre as mulheres. Esses dados nos permitem observar a magnitude e a complexidade do problema do câncer como um problema de saúde pública que está intimamente relacionado ao modo de vida da população.

Diante desse fato, nosso estudo busca através das questões de gênero compreender esta realidade. A compreensão do processo de adoecimento dessas mulheres passa, também, por suas condições de vida, de empobrecimento contínuo, de precarização das condições de trabalho e dificuldade de acesso ao Sistema de Saúde.

Estudar a questão da vulnerabilidade social da mulher, através do recorte de gênero, dentro de uma sociedade desigual como a brasileira, apresenta contribuições tanto em nível da acumulação de conhecimento teórico quanto no âmbito das políticas sociais destinadas a esse segmento. Este olhar nos possibilitará uma visão mais integradora do fenômeno social da doença.

Metodologia: pesquisa bibliográfica sobre o tema câncer de colo de útero e gênero; e análise do banco de dados (incidência e prevalência) do Hospital do Câncer II, unidade do Instituto Nacional de Câncer especializada em ginecologia oncológica.

Considerações: A expectativa em relação a este estudo é corroborar no entendimento das razões econômicas, sociais e culturais presentes na sociedade contemporânea que contribuem para a alta incidência do câncer de útero. O conhecimento do perfil multifacetário da questão social do câncer incide na necessidade de conhecer os grupos vulneráveis e os indicadores de saúde para efetivação de políticas públicas voltada a este segmento populacional.

Palavras-chave: câncer de colo de útero; mulher; gênero e saúde.

¹ “Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008”.

* Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense - UFF, especialização em Serviço Social em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Atualmente mestranda do programa de pós-graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense - UFF.
ananogueira@politicassocial.uff.br

** Assistente Social do Hospital do Câncer II - INCA, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. lsilva@inca.gov.br

As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública²

Ana Claudia Correia Nogueira*
Letícia Batista Silva**

Estudos do Instituto Nacional do Câncer (INCA) relativos à prevalência do câncer na população feminina indicam que o câncer de colo de útero é um dos mais incidentes e o segundo em mortalidade entre as mulheres. Esses dados nos permitem observar a magnitude e a complexidade do problema do câncer como um problema de saúde pública e por estar intimamente relacionado ao modo de vida da população.

O câncer³ é considerado um problema de saúde pública por ser a segunda causa de morte por doença⁴, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (Brasil, 1999). Apesar dos avanços científicos conquistados para prevenção e diagnóstico precoce da doença, a maioria das pessoas com diagnóstico de câncer chega para tratamento com doença avançada, reduzindo-se, em muito, as possibilidades de tratamento e as chances de cura. Esse panorama representa 70% dos casos da doença que já chegam aos hospitais em estágio avançado⁵. A taxa de mortalidade por neoplasias malignas demonstra a magnitude e a complexidade do problema do câncer, como questão de saúde pública. Isso significa que, embora as políticas de prevenção e tratamento do câncer estejam sendo desenvolvidas, os números mostram que ainda há muito que intervir para reverter o quadro atual de incidência e de mortalidade pela doença.

² “Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008”.

* Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense - UFF, especialização em Serviço Social em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Atualmente mestranda do programa de pós-graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense - UFF.

ananogueira@politicassocial.uff.br

** Assistente Social do Hospital do Câncer II - INCA, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. lsilva@inca.gov.br

* “Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008”.

* Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense - UFF, especialização em Serviço Social na área de saúde com foco em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Atualmente mestranda do programa de pós-graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense - UFF.

ananogueira@politicassocial.uff.br

** Assistente Social do Hospital do Câncer II - INCA, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. lsilva@inca.gov.br

³ Câncer é nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. (Brasil, 2003).

⁴ A análise da distribuição proporcional das causas de morte no Brasil mostra que, desde a década de 30, com a queda da mortalidade causada pelas doenças infecciosas e parasitárias, as neoplasias, juntamente com as doenças do aparelho circulatório, vêm sendo responsáveis por um número cada vez maior de óbitos. As últimas informações sobre mortalidade, por estado, consolidadas para o Brasil, datam de 1997. Neste ano, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou 106.990 mortes por câncer, número superado apenas pelos óbitos por doenças cardiovasculares e por causas externas (MS, 1999). Isto torna as neoplasias o segundo grupo de causas conhecidas de mortalidade por doenças, já que as causas externas se referem aos atendimentos de emergência (acidentes de trânsito, violência urbana, acidentes de trabalho, etc).

⁵ Dados do Ministério da Saúde, 2005.

Para a compreensão da questão do câncer no Brasil, faz-se necessário uma análise em uma dimensão mais ampla, considerando o processo de desenvolvimento do país – a urbanização e industrialização, o aumento da perspectiva de vida (Brasil, 1999) – bem como as determinações sociais e econômicas em que se gestam as políticas sociais, os desdobramentos para a saúde no Brasil e a particularidade do adoecimento por câncer incluindo-se, aí, as dificuldades de acesso de grande parte da população ao diagnóstico e tratamento precoce da doença. Diante desse cenário, nosso estudo busca através das questões de gênero compreender esta realidade. A compreensão do processo de adoecimento dessas mulheres passa, também, por suas condições de vida, de empobrecimento contínuo, de precarização das condições de trabalho e dificuldade de acesso ao Sistema de Saúde.

Entendemos que as categorias gênero, vulnerabilidade social e saúde são fundamentais para uma melhor aproximação com a problemática. Um primeiro aspecto a ser considerado é o perfil sócio-econômico e cultural dessas mulheres e as razões que permitiram recorrer tardiamente ao tratamento. Estudar a questão da vulnerabilidade social da mulher, através do recorte de gênero, dentro de uma sociedade desigual como a brasileira, apresenta contribuição tanto em nível da acumulação de conhecimento teórico quanto no âmbito das políticas sociais destinadas a esse segmento. Este olhar nos possibilita uma visão mais integradora do fenômeno social da doença.

1- QUESTÃO SOCIAL E SAÚDE: O CÂNCER E SUAS COMPLEXIDADES

O panorama atual da doença no Brasil e no mundo é reflexo das condições de vida e trabalho, meio ambiente, questões econômicas e sócio-culturais entre outros processos que interferem no cotidiano da vida da população nos dias atuais.

Atualmente, vivemos a expressão de uma conjuntura contraditória e adversa, nos marcos da reestruturação dos mecanismos de acumulação do capitalismo globalizado das últimas décadas. Os impactos devastadores sobre o processo de reprodução social da vida se fazem notar de muitas formas, sobretudo pelo desemprego estrutural, pela precarização das relações e condições de trabalho e pelo ataque às políticas sociais universais, sendo os extratos da população mais pobre os mais atingidos, nesse processo. O desmonte de direitos sociais, já tão limitados no nosso país, no bojo das políticas de ajuste neoliberais, minou as bases do nosso sistema de proteção social, redirecionando a intervenção do Estado em relação à questão social.

A desigualdade social e a pobreza se agudizaram, colocando um enorme contingente da população a demandar serviços sociais, na contrapartida da redução do papel do Estado na prestação de serviços e benefícios sociais. Esses reflexos são visíveis no setor da saúde, que demandam outras requisições no que tange aos serviços de assistência social. Neste ínterim, conforme sinalizado por Yazbek (2000: 29) “apresentam-se alternativas e estratégias refilantropizadas para a pobreza e a exclusão social”. Para a autora, “a opção neoliberal na área social passa pelo apelo à filantropia e à solidariedade da sociedade civil e programas seletivos e focalizados de combate a pobreza” (Idem), respondendo à lógica que subordina as políticas sociais à política de estabilização econômica.

Nessa configuração são evidenciadas as precárias condições de vida da população que demandam serviços de saúde. Uma compreensão ampla sobre esse quadro é fundamental

porque ele traz sérias repercussões para a reorganização do sistema de saúde e principalmente para vislumbrar novos caminhos para a atuação dos profissionais na área de saúde, em relação às demandas da população, que requisitam, direta e imediatamente, respostas para suas necessidades de sobrevivência, que a condição de uma doença faz agravar.

De modo geral, para os segmentos mais pobres da população essa situação de doença é ainda mais severa, pois esses grupos já vêm experimentando uma série de privações que são resultantes das determinações sociais que estabelecem as desigualdades sociais no país: em relação à satisfação de suas necessidades básicas e ao acesso a bens e serviços. Efetivamente, os mais pobres terão maior vulnerabilidade frente ao adoecimento por conta da precariedade das condições de vida.

Tecnicamente, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas⁶.

Sobre os novos casos no Brasil, são estimados para 2008 o total de 231.860 casos novos para o sexo masculino e 234.870 para sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (115 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (49 mil), mama feminina (49 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (27 mil), estômago (22 mil) e colo do útero (19 mil). O perfil epidemiológico da doença como demonstrado na última estimativa do Ministério da Saúde, aponta que a maior taxa de mortalidade por câncer concentra-se nos casos apresentados pelo sexo masculino: próstata, pulmão, estômago e cólon e reto. Já no sexo feminino, destacam-se os tumores de mama, colo de útero, cólon e reto e pulmão.

Neste cenário consideramos os índices de incidência, prevalência e mortalidade do câncer de útero nas diferentes regiões do Brasil para confrontar as questões que contribuem para o alto índice de mortalidade por esta doença. Sabemos que quando detectado precocemente este tipo de câncer tem cura. Estudos do INCA relativos à prevalência do câncer na população feminina indicam que o câncer de colo de útero no Brasil entre as mulheres, sem considerar o câncer não melanoma, é segundo em incidência e mortalidade no país.

1.1- Câncer de colo de útero: interfaces entre gênero e saúde – Um panorama com foco no fenômeno social da doença

Articulando o processo histórico da cultura brasileira ao fenômeno social da doença nos dias atuais, podemos refletir suas interfaces na relação de saúde/doença historicamente construída. A partir do final da década de 70, percebe-se que o aumento da taxa de mortalidade por algumas neoplasias na população feminina, pode ser justificado pela interferência do contexto sócio-cultural.

⁶ http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322, acesso em 26 de outubro de 2005.

Não podemos desconsiderar que as questões de gênero estão presentes em nosso cotidiano, seja nas relações sociais que os indivíduos estabelecem entre si numa dada sociedade e/ou nas relações travadas dentro de um cotidiano hospitalar. Partimos deste princípio porque a temática está imbricada diretamente na compreensão de como as relações se dão e como estas se perpetuam através das relações sociais. Sendo assim, faz-se necessário compreender as relações de gênero como um fenômeno social que expressa essas contradições. Pensar a questão de gênero está além das diferenças entre homens e mulheres, evolui uma questão de poder, que conforme Bordieu (1996) é sutilmente é construído.

Louro (1996) define gênero como uma construção social, no que se refere às funções e atributos considerados próprios dos homens e das mulheres. Deve ser considerado como questão social, ou seja, como produto e processo da própria sociedade. Não se trata, portanto de um fenômeno natural.

Às mulheres foi destinado, historicamente, o ônus da prole e do cuidado, enquanto os homens a participação na esfera pública, mantenedor da família. A Igreja reproduzia uma imagem da mulher vinculada ao lar, ao espaço doméstico, como sendo o seu espaço de reprodução por natureza. A mulher cabia o papel de gerar e criar seus filhos, também zelar pela integridade da família através de cuidados compulsórios.

A chegada das mulheres ao espaço público se deu através da superação de obstáculos de diferentes ordens. Podemos assim compreender que as questões de gênero não podem ser naturalizadas, elas são socialmente impostas pela definição dos papéis sociais. Não podemos desconsiderar que estes papéis têm intrínseca relação com os aspectos de saúde em nossa sociedade. Historicamente a mulher desenvolveu funções de cuidado e da assistência, daí a divisão dos papéis sociais ditos “femininos” e “masculinos”.

Este fato vem sendo confirmado pela literatura, quando ressalta que as mulheres entraram na esfera pública em desvantagem em relação aos homens, sendo sua inserção no mundo público marcada por muitas limitações e acumulação de papéis, como a de mãe, esposa, trabalhadora entre outras. Nesta época não existia qualquer tipo de proteção social que cobrisse a saída das mulheres de casa, não se investiu em serviços como creches, por exemplo. Sair de casa custou caro às mulheres. Fato constatado até os dias de hoje.

Um objeto maior da história das mulheres, neste momento, consiste no estudo dos discursos e das práticas, manifestas em registros múltiplos, que buscam garantir o consentimento feminino às representações dominantes da diferença entre os sexos: a divisão das atribuições e dos espaços, a inferioridade jurídica, a inculcação escolar dos papéis sociais, a exclusão da esfera pública etc. Assim, definir a submissão imposta às mulheres como uma violência simbólica ajuda a compreender como a relação de dominação que é uma relação histórica, cultural e linguisticamente construída - é sempre afirmada como uma diferença de ordem natural, radical, irreduzível, universal. (SOIHET, 1997, p. 10)

Neste sentido faz-se necessário reconhecer que a categoria gênero está presente em todas as relações travadas historicamente na sociedade patriarcal e desta forma constitui-se como peça fundamental para entender as relações sociais e subjetivas no âmbito da saúde. A construção social do feminino e do masculino determina a condição social de mulheres e homens e que tal desigualdade de poder serve para compreender a situação de saúde de mulheres e de homens na contemporaneidade.

Não obstante a compreensão do caráter social e histórico do gênero como “Construção social” (LOURO, 1996) ou como a “organização social das relações entre sexos” (SCOTT, 1995 apud VELOSO; BEZERRA, 2004, p. 108), está imbricada nas conduções das demandas apresentadas no cotidiano institucional e nas relações sociais dos profissionais/profissionais/usuários. Enfatizando que “as relações sociais são compostas por uma pluralidade de processos e fenômenos sociais nos quais as dimensões de gênero encontram um lugar relevante”. (VELOSO; BEZERRA, 2004, p. 107).

Entender que as questões de gênero estão presentes nas relações que as pessoas estabelecem entre si em uma dada sociedade facilita a intervenção profissional na assistência a estas mulheres. Em primeiro lugar, devemos destacar que as mulheres são as maiores usuárias dos serviços de saúde, bem como compõem a maior parte dos trabalhadores do sistema. Entretanto, são pouco representadas nos processos de decisão e de formulação de políticas públicas de saúde, isto influencia as relações travadas dentro do próprio modelo de sistema saúde implementado. É neste sentido que Gama (2006) referindo-se ao modelo Sistema Único de Saúde, aponta que há lacunas no que tange a assistência prestada.

Esse modelo de assistência que segmenta os usuários, que os individualiza, que é biologizante, que não interpreta os fenômenos de saúde e doença a partir de sua determinação social, é um modelo que tende exponencialmente a ser mais custoso, menos eficiente e cada vez mais insatisfatório, do ponto de vista da resolução das demandas que os usuários apresentam (GAMA, 2006, p. 268).

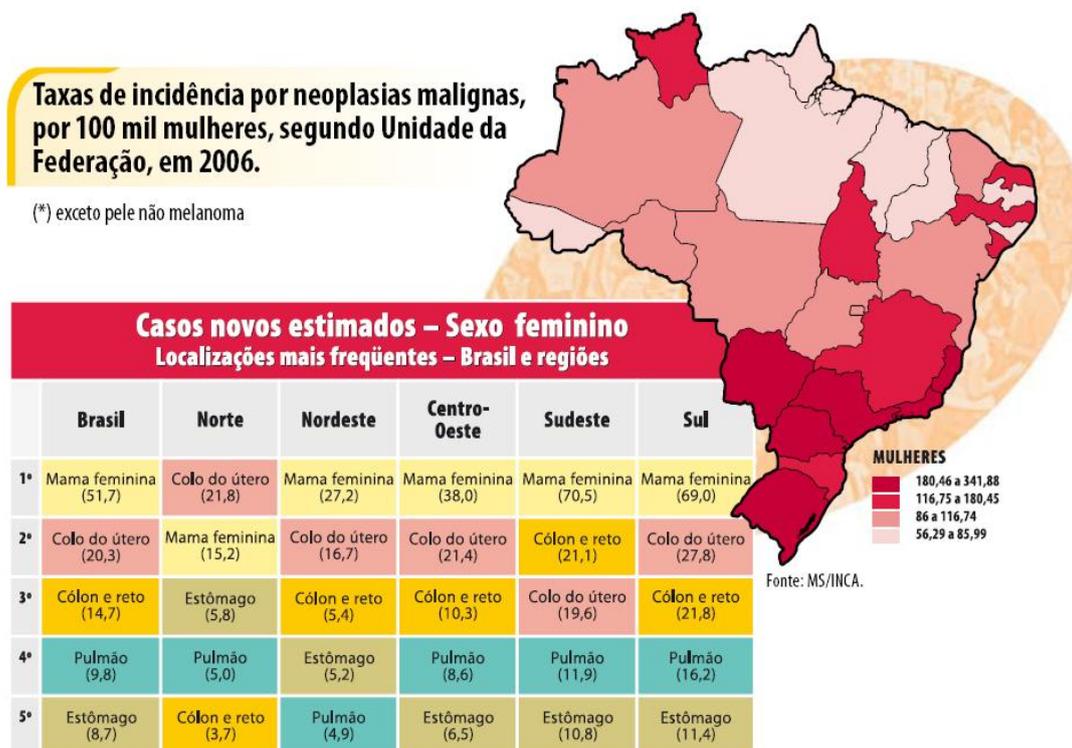
A partir desse paradoxo, relacionamos a construção do processo histórico do modelo das políticas de saúde com o contexto social nas quais as relações sociais e de gênero são travadas cotidianamente.

Podemos considerar que alguns fenômenos sociais que trouxeram a emancipação da mulher na sociedade, tirando-as da vida privada (exclusivamente dedicadas às atividades do lar) para o mundo público (influência da inserção no mercado de trabalho entre outros), interferiram no aumento da incidência e na taxa de mortalidade por neoplasias malignas, causadas por agentes externos, como a exemplo do aumento do consumo do cigarro entre as mulheres que tem uma relação estreita com a incidência do câncer de pulmão, mama e de colo de útero.

Outro fator a ser observado neste íterim, é a desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre diferentes grupos sociais e entre regiões do país. É importante para ações em saúde considerar não só o grau de desenvolvimento tecnológico, como também proporcionar

o acesso da população aos recursos e procedimentos desenvolvidos. Conforme levantamento regional, em 2006 o câncer de colo de útero, aparece em todas as regiões do Brasil, como um dos mais incidentes, perdendo somente para o câncer de mama.

Figura I



Fonte: BRASIL, Instituto Nacional de Câncer – 2006.
Estimativas 2006 das taxas de incidência do câncer no país.

A estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 2008 ratifica este panorama, segundo esta estimativa o número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil no ano de 2008 é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000), este tipo de neoplasia ocupa a segunda posição mais freqüente e no Sudeste (18/100.000) se comparado com a estimativa de 2006 passou de terceira para a quarta posição. A tabela abaixo apresenta a estimativa de novos casos entre as mulheres no Brasil para 2008.

Diante deste cenário, consideramos que o estudo da política social de saúde brasileira, espaço privilegiado para a compreensão da materialização de desigualdades sociais, indica: em algumas áreas, tem-se um quadro epidemiológico no qual há, de um lado, uma grande incidência de doenças relacionadas à pobreza e que não deveriam ser encontradas no cotidiano da população; de outro, verifica-se a existência de doenças freqüentes em países industrializados e com alto grau de desenvolvimento econômico, cujo exemplo são as neoplasias.

Tabela I

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.400	50,71	17.400	76,04
Colo do Útero	18.680	19,18	5.620	24,49
Cólon e Reto	14.500	14,88	5.450	23,80
Traquéia, Brônquio e Pulmão	9.460	9,72	3.070	13,49
Estômago	7.720	7,93	2.380	10,30
Leucemias	4.320	4,44	1.340	5,89
Cavidade Oral	3.780	3,88	1.140	4,83
Pele Melanoma	2.970	3,03	930	3,69
Esôfago	2.650	2,72	620	2,30
Outras Localizações	62.270	63,93	22.530	98,39
Subtotal	175.750	180,43	60.480	264,11
Pele não Melanoma	59.120	60,70	14.140	61,73
Todas as Neoplasias	234.870	241,09	74.620	325,77

Fonte: BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2008.

Para compreender a questão do câncer no Brasil, como uma questão de saúde pública, faz-se necessário considerar sua complexidade e seus impactos na vida social dos indivíduos, das quais fazem parte às implicações e às determinações sócio-econômicas e culturais que interferem no processo de adoecimento e tratamento. Vivemos concretamente a expressão de uma conjuntura contraditória e adversa, na qual os impactos devastadores sobre o processo de reprodução social da vida se fazem notar de muitas formas, sobretudo, pela precarização do trabalho e de desmantelamento dos serviços público de saúde.

O Instituto Nacional de Câncer - INCA é um órgão do Ministério da Saúde, responsável pela orientação da política nacional de câncer no Brasil, em áreas estratégicas como a prevenção, detecção precoce, ensino, pesquisa e epidemiologia. Dentre suas atribuições está a assistência oncológica, direta e gratuita aos enfermos de câncer, por meio de suas cinco unidades assistenciais. Uma delas é o Hospital do Câncer II, destinado ao tratamento de cânceres abdomino-pélvicos, de tecido ósseo conectivos e genitais femininos (destacando-se estes últimos).

Essa Unidade só atende população adulta e, em função das mudanças ocorridas em 1999, dentro de uma nova visão organizacional do INCA, passa a centralizar o tratamento para o câncer ginecológico, resultando que mais de 70% dos usuários são mulheres. Do

universo das patologias ginecológicas destaca-se, pela maior incidência (mais de 70% dos casos), o câncer de colo uterino⁷.

Numa instituição que trata câncer, o que aparece de imediato é busca do tratamento médico para a doença. Há também a preocupação com a condição de fragilidade, dependência física e emocional do doente frente ao diagnóstico e um tratamento agressivo. Entretanto, o problema vai muito além disso. A doença envolve questões de trabalho, questões familiares, comprometimentos sócio-econômicos, relações de gênero⁸, etc.

Tomemos como exemplo a questão das condições de vida das mulheres com câncer de colo de útero. Analisando o quadro de vida dessas mulheres, sob o ponto de vista do coletivo, o que se tem presente são determinações sociais que submetem essas mulheres a precários padrões alimentares, uma situação de baixa escolaridade que só lhes possibilita acesso às ocupações mais desqualificadas, em geral vinculadas ao âmbito doméstico, em condições de trabalho precarizadas e salários irrisórios. Vivem, cotidianamente, a luta pela sobrevivência, o que não lhes possibilita cuidar de sua saúde. Não se trata, somente, da questão de fazer ou não fazer preventivo. De saber ou não que o câncer de colo de útero pode ser evitado e curado se diagnosticado a tempo. É preciso compreender que esta condição de doença expressa leis socialmente aceitas e inerentes ao modo de produção capitalista - grandes determinações tais como: relações sociais de produção, relações políticas e econômicas de dominação, relação capital-trabalho, leis do mercado, relação Estado-sociedade e etc, que imprimem essas condições na vida dessas mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente o câncer de colo de útero se constitui um dos mais incidentes no país, sendo também um dos tipos mais fácil de ser detectado precocemente. Importante destacar que este tipo de câncer se precocemente detectado tem um prognóstico bom em relação à cura. Esse problema de saúde pública está imbricado diretamente com as relações de gênero. O aparecimento desta doença e sua disseminação tem uma relação direta com as doenças sexualmente transmissíveis - DSTs, especificamente pelo HPV. O uso da camisinha ajudaria em bastante na prevenção deste tipo de câncer. É fato que os homens ainda têm certa resistência ao seu uso, esse controle é dificultado em muito perante essa falta de conscientização, sem falar na camisinha feminina que é desconhecida por muitas mulheres. Sinalizando mais uma vez que as tensões de gênero estão envoltas na perpetuação de uma cultura sexista e conservadora que acaba refletindo na questão do processo saúde/doença da população.

Outra questão latente que se verifica nesta clínica está atrelada diretamente à questão da sexualidade imposta em nossa sociedade de cunho machista, em que o homem precisa provar sua virilidade através de uma prática sexual cotidiana. Vários são os relatos que exemplificam esta situação, mulheres que estão em processo de cirurgia no que tange ao resguardo sexual ou na dificuldade de ter relações sexuais pós-radioterapia. Durante esse período, muitas vezes há incompreensão por parte do marido ou companheiro, dificultando ainda mais os conflitos enfrentados pela mulher que se encontra nesta situação. Não são raros os relatos que neste processo muitos são os casamentos que são destituídos.

O perfil multifacetário da questão social do câncer incide na atuação profissional, até porque o profissional precisa compreender a relação que a mulher tem com seu próprio corpo e sua sexualidade. Reconhecer que estas relações estão intrinsecamente ligadas à reprodução

⁷ Doença diretamente relacionada com limitada ação de prevenção – MS/INCA, 2000.

⁸ Especialmente em se tratando de câncer ginecológico.

social nos possibilita compreender esta mulher em sua particularidade, orientando-a de forma mais coerente com sua realidade social. “(...) compromissado com a defesa dos direitos humanos e sociais, com a construção da cidadania para todos, alicerçada na ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura”. (IAMAMOTO, 2002). Neste sentido o profissional contribui na efetivação, proteção e recuperação da saúde, seja na prevenção, na integralidade do atendimento e/ou na competência ético política e interventiva que exige do profissional amplo conhecimento da realidade nesta leitura conjuntural.

Partindo dessa compreensão, as ações profissionais de saúde tomam maior amplitude, ultrapassando as orientações sobre prevenção e a discussão sobre o acesso a serviços de saúde. Esta compreensão possibilita outra forma de interlocução com os usuários e demais profissional, objetivando novas formas de atuação. Vivenciamos um processo de desnaturalização/desmistificação do adoecimento e inscrevemos este processo em uma esfera não mais somente singular, mas a partir dos determinantes sociais do câncer.

Vivenciar uma situação de doença como o câncer é uma experiência complexa e sofrida para qualquer pessoa. Ela traz consigo uma série de implicações físicas, emocionais, sociais e econômicas para a vida dos sujeitos enfermos e sérios comprometimentos para suas famílias. O câncer fala de comprometimento ao cotidiano de vida das pessoas, impactando a sua dinâmica de vida pessoal e familiar, suas relações de trabalho e relações sociais, especialmente quando relacionada à condição de pobreza. A ausência de mecanismos de proteção social compromete a condição sócio-econômica da família.

O câncer é uma doença impregnada carregada de estigmas que dificultam ainda mais a vivência dos sujeitos enfermos e de seus familiares. Apesar dos avanços científicos conquistados que possibilitam tratamento e mesmo a cura da doença – quando diagnosticada e tratada a tempo – o câncer continua sendo uma doença apavorante sendo, diretamente, associada às mutilações e que carrega no imaginário social a idéia de culpa e castigo. E esse imaginário é reforçado pela grande incidência de casos de doença avançada, devido ao diagnóstico tardio, para os quais pouco ou nada se pode oferecer em termos de tratamento (Carvalho, 2004). Torna-se fundamental trabalhar com os usuários no sentido de redefinir a compreensão sobre o adoecimento por câncer, a partir das singularidades, especialmente, considerando os aspectos coletivos e sociais. Para isso é necessário conhecer o processo biológico da doença, os fatores de risco para os diversos tipos de câncer, os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que estabelecem as condições de saúde da população e que explicam o fato da maioria dos casos de câncer ser diagnosticados em fase de doença avançada o que, efetivamente, atinge mais à população pobre.

O câncer requer tratamento longo, contínuo, que debilita o enfermo, apresentando-se, portanto em um contexto de doença crônica degenerativa, de tumores agressivos, mutilação, dor, de sofrimento e de morte. Conforme Minayo (2004, p. 13), “a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social”. Para esta autora é necessário compreender a saúde a partir dos seguintes aspectos:

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual, as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. (...) Pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que

perpassa o corpo individual e social, confrontando com turbulências do ser humano enquanto ser total. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque a forma como a sociedade os experimenta, cristalizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Neste sentido saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências (MINAYO, 2004, p. 15-16).

É preciso compreender as limitações impostas pela doença e pelo tratamento aos sujeitos enfermos e seus familiares, em sua singularidade, pois para aquele sujeito e família é uma experiência única. Entretanto, não podemos descaracterizar o caráter coletivo do problema do câncer. Respeitar e cuidar dos aspectos singulares de cada experiência, procurando fazer com que usuários participem efetivamente do encaminhamento de seu tratamento, garantindo o seu bem estar, preservando seu direito e de sua família de defini-lo é garantir direito de cidadania. É preciso acompanhar sistematicamente os usuários e familiares e saber como estão lidando com a situação, considerando a realidade social em que estão inseridos, deixando claro os determinantes sociais, econômicos políticos culturais do câncer.

É indiscutível que o profissional de saúde, quando possuidor de uma visão crítica do sistema de assistência e serviço, compreenda o processo de saúde e doença não meramente na dimensão biológica e individual, mas como resultante dos fenômenos que são determinados social e historicamente, enquanto processos de reprodução social.

Desta forma, “O assistente social, em sua prática profissional, facilita o acesso da população às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país”. (CFESS, 1999 apud CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p.76)

Concomitantemente faz-se necessário neste ínterim, desenvolver a capacidade de ouvir e de orientar do profissional para que suas ações sejam pertinentes com a real necessidade do usuário, na compreensão das “entrelinhas”, ou seja, o que ele realmente deseja.

No cotidiano da prática institucionalizada, os profissionais vêm-se compelidos a dar respostas imediatas às demandas sociais. Logo, imprimindo à ação uma abordagem das relações sociais no plano de suas vivências singularizadas, em sua objetividade e imediaticidade o que responde, em muito, à lógica institucional que focaliza as ações no tratamento de patologias, centralizando-as na relação entre profissionais que prestam assistência e as pessoas doentes. Embora referenciadas na política da saúde, essas ações não se traduzem, necessariamente, na compreensão e em respostas para o processo saúde x doença da população usuária que, em suas diversas manifestações, constitui-se em expressões da questão social.

Não obstante a esta demanda, a inserção do assistente social tem se tornado cada vez mais necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis. A intervenção profissional na área de oncologia vem se ampliando: num primeiro momento, em decorrência da compreensão de que o processo saúde/doença é determinado socialmente. A especificidade do Serviço Social dentro de uma instituição de saúde, tem por objetivo identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo

saúde/doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletiva para estas questões (NOGUEIRA; MIOTO, 2006)

Diante deste panorama, a questão que nos fica hoje é porque alguns tipos ainda são tão incidentes? Não dá pra discutir a saúde sem discutir as relações de gênero em nossa sociedade. Compreender nas “entrelinhas” o que as mulheres dizem, nos abre um campo fértil para esta reflexão. É neste cenário que a nossa atuação, enquanto profissional de Serviço Social nos possibilita vislumbrar novos horizontes e a partir de um olhar diferenciado, compreender sob a ótica das relações de gênero as questões sociais que estão imbricadas no campo da saúde. Para desta forma também, compreender quais os instrumentos do poder público utilizar para contemplar a necessidade da população usuária dos serviços.

BIBLIOGRAFIA:

BOURDIEU, Pierre. (1996). Novas reflexões sobre a dominação masculina. O poder das desigualdades entre gênero. In: LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar E. & WALDOW, Vera R.. (orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes médicas, p. 28-40, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativas da Incidência de câncer no Brasil**. Estimativas 2006. Rio de Janeiro: INCA, 2005. 94 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3^a ed. Rio de Janeiro: INCA, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer – INCA. O Papel do INCA na Prevenção e Controle do Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. n. 47 Vol.1. Rio de Janeiro: MS/INCA, p.5-8, 2001,

_____, Estimativas da Incidência de câncer no Brasil. **Estimativas 2008**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em www.inca.gov.br

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa de epidemiologia e vigilância do câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=322. Acesso em 25/10/2007.

CARVALHO, C.S.U. **Pobreza e câncer de colo de útero**: Estudo sobre as condições de vida de mulheres com câncer do colo de útero avançado em tratamento no Hospital do Cancer II – Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro. 2004.163f. Tese (Mestrado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

- CASTELLS, Manuel. O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, família e sexualidade na era da informação, In: CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade**, São Paulo: Paz e Terra, 1999. p. 169-285.
- CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de saúde e serviço social. In: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006. p. 67-82.
- COSTA, Maria Dalva. O Trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 62, Cortez: São Paulo, p. 35-72, 2000.
- GAMA, Andréa de Sousa. Curso de Extensão em Gênero, Saúde e Reprodução - Uma experiência de Articulação entre Capacitação Profissional e Assessoria. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. (orgs). **Assessoria, consultoria e Serviço Social**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2006. p.116-148.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9ª ed. São Paulo, Cortez, 2005.
- LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M; D.E.; MEYER, D.E.; WALDOW V. R. (Orgs). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.9-18, 1996.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed.- São Paulo: Hucitec, 2004.
- MOTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social**. SP: Cortez, 1995.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabeth et.al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 219-241.
- PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury, Sonia (org). **Saúde e Democracia – A Luta do CEBES**. São Paulo:Lemos Editorial, 1997.
- PERROT, M. Sair. In: DUBY, Georges; PERROT, Michele. **História das Mulheres no Ocidente**. Vol 4. Porto, Edições Afrontamento, São Paulo: EBRADIL, 1994.
- SILVA, Maria Lucia L. Um novo fazer profissional. **Curso de Capacita em Serviço Social e Política Social**. Módulo 04, Brasília: CEAD – Universidade de Brasília, p .113-121, 2000.
- SOIHET, Rachel. Violência simbólica, saberes masculinos e representações femininas. **Estudos Feministas**, vol.5 n. 7, RJ: IFCS/UFRJ,1997.

PONTES, R. N. "Mediação: categoria fundamental para o trabalho do assistente social". **Curso de capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 04, Brasília: CEAD - Universidade de Brasília, 2000.

RIBEIRO, Laura T. Soares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.

SOIHET, Rachel. Violência simbólica, saberes masculinos e representações femininas. **Estudos Feministas**, vol.5 n. 7, RJ:IFCS/UFRJ,p. 7-28,1997.

VASCONCELOS, Ana M. de. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. **Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 04, Brasília: CEAD – Universidade de Brasília, p. 127-137, 2000.

VELOSO, Renato; BEZERRA, Vanessa. Gênero e Sociedade: Uma Breve introdução à dimensão de gênero nas relações sociais. **Revista Teoria e Sociedade** - Departamentos de Ciência Política e de Sociologia e Antropologia-UFMG - Belo Horizonte, n. 12-1, p.106-125, 2004.

VELOSO, Renato. No caminho de uma reflexão sobre serviço social e gênero. **Revista Praia Vermelha: Estudos de política e teoria social/ Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Vol 1, n. 1 (1997), p.70-93, Rio de Janeiro.

YASBEK, M. C. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. **Curso de capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 04, Brasília: CEAD - Universidade de Brasília, 2000.

YAZBEK, Maria C. Pobreza e exclusão social no Brasil. **Revista Temporalis** – ABEPSS Ano II, Nº 3. Rio de Janeiro: ABEPSS, p. 33-39, 2001.