

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

WANESSA VARJÃO ALVES

**A ANÁLISE DO ATENDIMENTO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL
PARA PACIENTES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

UBERLÂNDIA

2021

WANEISSA VARJÃO ALVES

**A ANÁLISE DO ATENDIMENTO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL
PARA PACIENTES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Residência Multiprofissional em
Saúde, da Universidade Federal de Uberlândia,
requisito parcial para a obtenção do título de
Especialista em Oncologia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fernandes Alves

UBERLÂNDIA

2021

A ANÁLISE DO ATENDIMENTO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL PARA
PACIENTES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado para a obtenção do título de
Especialista em Oncologia no Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde da
Universidade Federal de Uberlândia pela banca
examinadora formada por:

Uberlândia, 09 de Fevereiro de 2021.

Prof. Dr. Pedro Fernandes Alves, UFU/MG

Profa. Dra. Tais Pereira de Freitas, UFTM/MG

Ms. Vicentina Oliveira Santos Lima, UFU/MG

RESUMO

O presente trabalho tematiza o adoecimento por câncer de colo de útero, este que é acometido em mulheres, suas diversas formas e diferentes desdobramentos. A princípio, busca-se refletir sobre a complexidade e os desafios que envolvem o enfrentamento do acometimento por esse câncer, sobretudo acerca da atuação indispensável do Estado brasileiro na garantia de políticas públicas de saúde. A partir dessa reflexão, pondera-se a respeito da importância do papel e do trabalho dos assistentes sociais com as mulheres diagnosticadas, observando-se ainda a vulnerabilidade histórica da mulher, diante do preconceito sobre essa doença, comumente julgada por ideais machistas, opressores e patriarcais. Assim, este texto analisa o Serviço Social oferecido a pacientes com câncer de colo de útero com o objetivo de entender as relações sociais estabelecidas historicamente; isto é, o significado da dimensão ético-política sobre o movimento histórico da profissão e da sociedade, principalmente, no que concerne às relações de desigualdade de gênero. Diante desse propósito, construiu-se uma pesquisa do tipo bibliográfica e documental, com fundamentação teórica do materialismo histórico dialético.

Palavras-chave: Câncer de Colo de Útero. Saúde. Trabalho Profissional. Serviço Social.

ABSTRACT

The present work deals with the disease caused by cervical cancer, which is affected in women, its different forms and different consequences. At first, we seek to reflect on the complexity and challenges involved in coping with the involvement of this cancer, especially regarding the indispensable role of the Brazilian State in guaranteeing public health policies. Based on this reflection, we ponder the importance of the role and work of social workers with diagnosed women, also observing the historical vulnerability of women, in the face of prejudice against this disease, commonly judged by macho, oppressive and patriarchal. Thus, this text analyzes the Social Service offered to patients with cervical cancer in order to understand the social relationships established historically; that is, the meaning of the ethicalpolitical dimension about the historical movement of the profession and society, mainly, in what concerns the relations of gender inequality. In view of this purpose, a bibliographical and documentary type research was built, with a theoretical foundation of dialectical historical materialism.

Keywords: Cervical Cancer. Health. Professional Work. Social service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ANS	Agência Nacional de Saúde
CE	Código de Ética
CFESS	Conselho Federal De Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doença sexualmente transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PCP	Programa de Cuidados Paliativos
PEP	Projeto Ético Político
PIS	Programa de Integração Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	METODOLOGIA	10
3	SAÚDE DA MULHER: BREVES ASPECTOS HISTÓRICOS E	12
	CONTEMPORÂNEOS.....	12
4	MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	16
	SERVIÇO SOCIAL: PRESSUPOSTOS PARA O TRABALHO PROFISSIONAL	17
5	MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E	
	SERVIÇO SOCIAL NOS ESPAÇOS DA POLÍTICA DE SAÚDE: DESAFIOS PARA O	
	TRABALHO PROFISSIONAL	20
6	O ATENDIMENTO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AO	
	ATENDIMENTO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO	
	DE ÚTERO	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A proposta desta pesquisa parte da tentativa de analisar o trabalho profissional do assistente social no que concerne seu atendimento para pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero, permeados por preconceitos associados ao ideário de condutas consideradas socialmente imorais ou inaceitáveis das pacientes acometidas por essa doença. Também objetiva trazer reflexões do estado da arte que se encontra o debate acerca das relações de gênero na saúde, haja vista se tratar de uma categoria teórica do Serviço Social a qual o profissional lida cotidianamente e que é considerada de extrema importância para se alcançar a tão almejada emancipação do ser humano livre da exploração e opressão.

Sabe-se que o câncer é uma questão de saúde pública e que a cada ano que passa é uma das principais causas de adoecimento e óbito de milhões de pessoas no mundo. Assim, o câncer de colo uterino, apesar da possibilidade de prevenção, ainda é um dos cânceres mais frequentes em mulheres no Brasil, com alta taxa de mortalidade. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2020), estima-se que o câncer de colo de útero ou cervical seja o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina (atrás do câncer de mama e do colorretal), e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2016), a faixa etária das mulheres diagnosticadas se encontra entre 30 e 49 anos de idade, e os resultados colpocitológicos positivos para esse tipo de câncer são mais frequentes no público em cenário de vulnerabilidade social. Assim, o câncer de colo de útero é entendido enquanto situação sanitária significativa por razão de sua alta existência a nível mundial e nacional, sendo atrelado à presença de pobreza e/ou vulnerabilidade social.

Os indicadores de morbidade e mortalidade dessa doença refletem diretamente os níveis de desenvolvimento econômico de países e regiões, sendo direcionados por condições econômicas, sociais, culturais e organizacionais. Tal perspectiva é conhecida por revisão da literatura de acesso aos serviços de saúde para controle do câncer de colo de útero (LOPES; RIBEIRO, 2018), cujo registrado, nos últimos anos, aponta ampliação da disponibilização dos exames preventivos e ausência de aumento da adesão e da realização dos mesmos.

Sendo a baixa cobertura e procura de rastreamento do câncer de colo do útero, está relacionada à dificuldade tanto de acesso, como acolhimento profissional de forma mais ética e sigilosa bem como a falta de informações, ou por ainda não acolher ou respeitar as particularidades das pacientes sendo elas: [...] mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais

do sexo e mulheres privadas de liberdade, todos estes segmentos populacionais específicos demandam adequações para acessar o serviço, já que barreiras arquitetônicas, culturais, ambientais ou atitudinais (resistência, discriminação ou despreparo dos profissionais) podem afastá-las do serviço. (BRASIL, 2016, p. 173)

Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume um papel significativo e de extrema importância na reconfiguração do modo de se pensar o cuidado em saúde, pois tem proposto e desenvolvido programas importantes com a preocupação de trazer mudanças também nos modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2004).

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 do bem-estar. Em vista disso, saúde e doença exprimem uma relação que perpassa o corpo individual e social, mobilizando turbulências do ser humano enquanto ser total. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque a forma como a sociedade as experimenta cristaliza as maneiras pelas quais ela enfrenta o medo da morte e exorciza seus fantasmas. Nesse sentido, saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo quanto por suas repercussões no imaginário: ambas são reais em suas consequências (MINAYO, 2004). Nesse ponto, 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)

Destacam-se, também, nesse processo de aproximação com esse tema, as inquietações enquanto residente, advindas durante a prática da formação em Atenção em Oncologia através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, ofertado anualmente pela Universidade Federal de Uberlândia. Este é um momento específico de aprendizagem e reflexão sobre a ação profissional, de visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional, tornando-se essencial para o processo de formação enquanto prática profissional pautada em conceitos teóricos e práticos.

Esta pesquisa também se justifica por razão de me reconhecer mulher inserida na lógica conservadora e machista, o que evidencia a importância da escolha do tema. Tendo em vista que as desigualdades relacionadas ao gênero são reproduzidas dentro do sistema capitalista, importa discutir a questão de gênero e ter um posicionamento ético-político, e um comprometimento com as mulheres diante do Código de Ética profissional e do Projeto Ético Político norte da profissão. Conforme Minayo (2004, p. 13), “a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social”. Para essa autora,

é necessário compreender a saúde a partir do seguinte ponto: trata-se de uma questão humana e existencial, ou seja, é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais.

O câncer uterino requer tratamento longo, contínuo, e debilita a paciente em um contexto de doença crônica, exposição a procedimentos invasivos, tumores agressivos, mutilação, dor, sofrimento e/ou morte.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar a atuação profissional do assistente social com pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero e a compreensão acerca do atendimento a esse público, dentro dos espaços da política de saúde. Como objetivo específico buscar entender os fundamentos no que concerne à saúde da mulher dentro da sociedade capitalista, bem como trazer uma análise dos rebatimentos para a mulher nessa mesma sociabilidade contemporânea e como se dá o atendimento profissional do Assistente Social para com as mulheres que estão em situação de adoecimento por câncer de colo de útero.

Compreendendo que a temática gênero, principalmente na realidade da sociedade brasileira, requer trazer uma análise do contexto sócio-histórico a partir da perspectiva crítica que foi adotada pela profissão do assistente social no período de ruptura do conservadorismo, entende-se que o referencial teórico que melhor explica a realidade vivenciada dentro do capitalismo é o referencial teórico marxiano. Por decorrência, elege-se como método de análise o materialismo histórico dialético, que garante o entendimento pela via da historicidade e também embasa o projeto ético-político da profissão em estudo.

De acordo com Netto (2011), o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é, capturando sua estrutura e dinâmica por meio de procedimentos analíticos e operando sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou. Por isso, tem-se a importância na escolha do método pois este se faz compreender o processo histórico do real em sua totalidade e suas contradições.

Assim a partir das leituras e de pesquisas já produzidas reconhece-se que a vulnerabilidade associada a contextos individuais e, sobretudo, coletivos, ainda há muito que se alcançar no que diz respeito à saúde da mulher.

2 METODOLOGIA

Para realização desta pesquisa, adotou-se a pesquisa bibliográfica e documental, entendendo-se a complementaridade entre ambas. A pesquisa de cunho bibliográfico consegue explorar o objeto proposto e referenciar o embasamento teórico para o desenvolvimento do trabalho.

Segundo Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado. Tradicionalmente, essa modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Em virtude da disseminação de novos formatos de informação, também são utilizados outros tipos de fontes, como discos, fitas magnéticas, CDs, bem como o material disponibilizado na internet. Gil (2002) ainda observa como principal vantagem da pesquisa bibliográfica o fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Por sua vez, a pesquisa documental, conforme Vergara (1998), trata-se da investigação documental realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balancetes, comunicações informais, filmes, microfilmes, fotografias, vídeo – tape, informações em disquete, diários, cartas pessoais e outros.

A partir disso, na elaboração deste trabalho, realiza-se a pesquisa bibliográfica e documental como meio de levantamento de dados, resultando em informações acerca dos índices de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero no Brasil, a partir de plataformas como INCA - Instituto Nacional de Câncer; IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; dentre outras. Essas entidades gozam de legitimidade nacional no que tange levantamentos de dados de pesquisas e de indicadores sociais. Por meio delas, contextualizam-se brevemente aspectos históricos da saúde da mulher, entendendo-se que nenhuma forma de expressão da questão social pode ser apreendida fora de um contexto histórico e social.

Este trabalho busca, portanto, uma análise baseada na divisão sexual e racial do trabalho e no patriarcalismo bem como a importância profissional do Serviço Social, tendo em foco o atendimento a mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero. Interessa trazer a reflexão de como se consegue estabelecer estratégias mesmo estando inseridos nessa sociabilidade que se estrutura sob o modo de produção capitalista e a lógica de precarização profissional, bem como a discussão do projeto profissional que se vincula a um novo projeto societário,

entendendo ser essencial esse debate para que se tenha uma formação crítica. Além disso, espera-se também analisar como ocorre o trabalho profissional do Serviço Social e a questão de gênero; trazer a reflexão específica sobre a atuação do assistente social nos espaços da política de saúde, frente ao atendimento a mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero e a importância da inserção desse profissional nessa temática.

Além desta Introdução, o trabalho está organizado em quatro capítulos. Acrescentam-se, ainda, as considerações finais e as referências utilizadas para embasar o texto. Espera-se que o trabalho contribua para a discussão de gênero no Serviço Social, na busca de caminhos e possibilidades a serem explorados com mais aprofundamento teórico, para a concretização dos objetivos dessa profissão, comprometida com a emancipação da classe trabalhadora e, principalmente, com o fim da opressão sobre as mulheres.

3 SAÚDE DA MULHER: BREVES ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS

Para se explicar o conjunto de questões que envolve as desigualdades de gênero nesse contexto de capitalismo e que se refere à saúde, é fundamental que se compreenda o modelo de sociedade vigente atualmente. Faz-se importante buscar na história o surgimento do atual modo de produção capitalista a fim de embasar a análise no contexto das desigualdades, que perduram historicamente entre homens e mulheres. É preciso retroceder séculos para descobrir a gênese do próprio capitalismo, os fatores que levaram à pobreza extrema do século XIX, em que trabalhadores não reconheciam o produto final do próprio trabalho e não possuíam acesso aos mesmos.

A Revolução Industrial é um dos principais marcos desse processo de exploração e alienação. Os trabalhadores (em sua maioria, mulheres e crianças), submetidos a condições insalubres e de extremos abusos, viam-se obrigados a vender sua força em troca de um salário, pois de fato foram levados a deixar suas terras e a vida camponesa para se instalarem nos polos industriais em condições subalternas. Eles detinham apenas sua força de trabalho para sobreviver, de modo que se usava do autoritarismo sobre mulheres e crianças, pois esses ofereciam menor resistência aos tipos dos novos processos de trabalho (SANTOS, 2012).

Para Marx (*apud* SANTOS, 2012), ao progredir a produção capitalista, desenvolve-se uma classe trabalhadora que, por educação, tradição e costume, aceita as exigências daquele modo de produção como leis naturais evidentes. A organização do processo de produção capitalista, em seu pleno desenvolvimento, quebra toda a resistência; a produção contínua de uma superpopulação relativa mantém a lei da oferta e da procura de trabalho e, portanto, o salário em harmonia com as necessidades de expansão do capital e a coação surda das relações econômicas consolidam o domínio do capitalista sobre o trabalhador. Ainda se emprega a violência direta, à margem das leis econômicas, todavia, apenas em caráter excepcional.

Para Iamamoto (2011), em meio a esse contexto de sociedade de classes dividida entre capitalistas e trabalhadores assalariados, surge a chamada Questão Social. Ainda segundo Iamamoto (2011), a gênese da questão social se encontra enraizada na contradição fundamental que demarca essa sociedade, assumindo roupagens distintas em cada época: a produção, cada vez mais social, que se contrapõe à apropriação privada do trabalho, de suas condições e seus frutos. Trata-se de uma sociedade em que a igualdade jurídica dos cidadãos convive, contraditoriamente, com a realização da desigualdade. Assim, dar conta da questão social, hoje,

é decifrar as desigualdades sociais em seu recorte de gênero, raça, etnia, religião, nacionalidade, meio ambiente etc.

Vale ressaltar que a organização da saúde pública brasileira, atrelada a todo contexto histórico em meados do século XX, e a inserção das mulheres nos serviços de saúde; era feita em função da oferta de ações educativas – higiene e puericultura –, visando os cuidados com as crianças para redução da mortalidade infantil. Já na segunda metade do século XX, essas atenções se estendem às mulheres, por meio das ações de acompanhamento pré-natal, que evidenciam a relação mãe-filho e abordam a mulher como o receptáculo da futura criança.

As evidências das relações entre reprodução, aumento populacional e desenvolvimento fazem que alguns países se sintam responsáveis por regular o número de filhos de cada mulher. É assim que a Organização das Nações Unidas (ONU) constitui, em 1946, a Comissão de População, e, em 1967, o Fundo de População, com o objetivo de estabelecer centros para formação e realizar experimentos-piloto de controle populacional (ARILHA, 2005). Até a primeira metade do século XX, o olhar das práticas de saúde voltadas para as mulheres privilegia a concepção; a partir dos anos 50, a perspectiva da mulher como reprodutora passa a incluir também a contracepção – trazendo pontos contraditórios da mesma moeda. Essas práticas de saúde são resultado da equivocada valorização da figura da mulher, ao lado da produção de discursos e tecnologias voltados para a redução do tamanho das famílias. Destinando para as mulheres o dever de ser mãe, de realizar os cuidados, mas, ao mesmo tempo, de não procriar demasiadamente, subentende-se que o sustento é caro e trabalhoso, especialmente no contexto de rápida incorporação das mulheres ao mercado formal de trabalho.

Ainda que historicamente definidas pelo sexo, as mulheres são muito mais do que uma categoria biológica; a mulher existe socialmente, contribui para a dinâmica social tanto quanto o homem, e por isso deve ser entendida em diferentes contextos: mulheres jovens e idosas, mulheres que possuem diferentes situações familiares, mulheres pertencentes a diferentes classes sociais, comunidades e crenças; suas vidas são reorganizadas através dessas diferenças de realidade, regras sociais e costumes. Dentre todas as desigualdades já existentes dentro da sociedade capitalista, que advém da própria formação da sociedade e da dinâmica de produção e reprodução do capital para seu processo de acumulação, pode-se dizer que, entre as diferenças transformadas em desigualdades, destaca-se também a de sexo.

De acordo com Saffioti (1979), para entender as raízes do modo pelo qual as mulheres são sacrificadas

[...] é preciso não esquecer que entre um sistema produtivo de bens e serviços e a marginalização de uma categoria de sexo em relação a ele medeia a estrutura familiar na qual a mulher desempenha suas funções [consideradas] naturais e mais a de trabalhadora doméstica e socializadora dos filhos. (SAFFIOTI, 1979, p. 79)

Apenas após o final do século XX que se vem a pensar na asserção de “Direitos Sexuais e Reprodutivos”. Esse marco traz reconhecimento e já começa a direcionar o caráter e diretriz das políticas e práticas voltadas para a saúde das mulheres. Evidentemente que o compromisso de construir uma proposta de desenvolvimento se deu através da pressão dos movimentos organizados por mulheres, que trazem para as agendas nacionais e internacionais o diálogo sobre a necessidade de mudanças acerca da visão sobre as mulheres e a sua autonomia com relação à procriação. Assim, na década de 1970, tem-se a criação do Programa de Saúde Materno Infantil e a formulação, na década de 1980, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM.

Esse último Programa foi desenvolvido com a intenção de assistir a mulher em sua totalidade, não apenas a saúde sexual e reprodutiva; um avanço no que viria a ser parte de políticas para mulheres. Criado em 1984 com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Contempla a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento a outras necessidades femininas, também parte do PAISM (FIOCRUZ, 2019).

Vale ressaltar que o movimento da Reforma Sanitária brasileira também foi extremamente importante para as articulações dos movimentos sociais e espaços coletivos, bem como a consolidação dos espaços institucionalizados de participação social como forma de resistência e luta para a efetivação do SUS. Esse movimento teve como foco discussão, mobilização e efetivação das conquistas democráticas no âmbito da saúde, reunindo sob sua denominação a ações de vários partidos, organizações profissionais e movimentos populares, que buscavam elaborar uma política de saúde de caráter universal, com uma concepção mais ampliada de saúde que se expressasse em termos de direito social, componente de cidadania.

Um marco principal do movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que resultou na aprovação da emenda popular que responsabilizava o Estado pelo cuidado da saúde do cidadão. Nesse período, a questão da saúde pública foi fortemente requerida por meio da urgência do SUS e da Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária teve como uma de suas estratégias o SUS e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde,

articulados com os movimentos populares. Sua preocupação central foi assegurar que o Estado atuasse em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado Democrático e de Direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O controle social por meio de um de seus mecanismos, os conselhos e conferências; foi uma das inovações desse projeto (BRAVO, 1999).

Assim, o movimento da Reforma Sanitária reverberou no artigo 203 da Constituição Federal de 1988, que integrou a Saúde como política de seguridade social, juntamente com a assistência social, como política para quem dela necessitar, e com a previdência social, com caráter contributivo. A saúde foi regulamentada pelas leis orgânicas nº. 8.080/90, que define a organização da assistência à saúde, e nº. 8.142/90, que define as prerrogativas dos conselhos e conferências.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que traz a saúde enquanto direito de todas e todos e dever do Estado, foram criadas e implementadas políticas de saúde femininas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde, e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado no mesmo ano.

De acordo com Cisne (2014), pode-se dizer que o estudo sobre gênero conduz a compreender que a subalternidade da mulher não é natural, mas determinada pelas relações sociais historicamente formadas. Cisne (2014) coloca que a desnaturalização entre as diferenças de gênero foi e é constituída socialmente e “determinadas pelas relações sociais”. Os estudos sobre a temática de gênero na realidade brasileira emergem sobre forte influência do feminismo acadêmico, predominantemente nas décadas de 1970 e 1980.

Observa-se, mais adiante, o conceito de “saúde reprodutiva” e a incorporação da perspectiva dos direitos humanos às ações de saúde sexual e saúde reprodutiva como alicerce da ideia de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Em 2005, foi implantada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e, logo após, a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Em 2007, surge a Política Nacional de Planejamento Familiar e o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e, em 2008, foi lançada a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS).

Apesar de grandes avanços no que diz respeito à saúde da mulher, ainda há muito o que se conquistar, como o direito de escolha sobre o próprio corpo, dentro da sociedade capitalista, patriarcal, machista e sexista; e como os profissionais assistentes sociais podem contribuir de

forma fundamental. Assim, no próximo tópico, abordam-se a importância da atuação do assistente social com as mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero e os pressupostos para o trabalho profissional¹.

4 MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E SERVIÇO SOCIAL: PRESSUPOSTOS PARA O TRABALHO PROFISSIONAL

Tratar do trabalho profissional do Serviço Social (ou Assistente Social) tendo como foco o adoecimento da mulher com câncer de colo de útero e as estratégias de atuação, mesmo estando inseridos em uma sociabilidade que se estrutura sob o modo de produção capitalista, com condições e meios de trabalho cada vez mais escassos; é necessário trazer a discussão do projeto profissional vinculado ao projeto societário de construção de uma nova ordem social a partir da construção do projeto ético-político.

A partir de 1986, o Código de Ética (CE) passa a se dirigir explicitamente ao compromisso profissional com a realização dos direitos e das necessidades dos usuários, entendidos em sua inserção de classe. Como se percebe, são conquistas inestimáveis, sem as quais não seria possível alcançar o desenvolvimento verificado nos anos 1990. É, também, a partir do final da década de 1980, com o começo dos primeiros trabalhos que se dedicavam ao estudo das mulheres ou à intervenção do Serviço Social junto a elas, possível perceber a incorporação dessa categoria ao vocabulário analítico dos assistentes sociais e, desde então, seu uso no debate e reflexão sobre as diversas questões que se colocam no cotidiano profissional. Em várias áreas de intervenção, representou um incremento significativo.

A passagem dos anos de 1980 para 1990 é de maturação, que se expressa pela democratização da convivência de diferentes posicionamentos teórico-metodológicos e ideopolíticos. Verifica-se isso diante do posicionamento de profissionais no que se refere à proteção social – expressos no Estatuto da Criança e Do Adolescente (ECA), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) E Sistema Único de Saúde (SUS). A intervenção do Estado na questão social nos anos 1980/1990 e as políticas sociais são objeto de reordenamento subordinados às metas de estabilização econômica e um forte apelo à filantropia e à solidariedade, com programas seletivos e focalizados no combate à pobreza.

¹ As discussões teóricas que Saffioti (2015) estabelece sobre diferentes perspectivas sobre os conceitos de gênero existentes introduziram a questão de gênero como categoria analítica e demonstraram como é ilusória a neutralidade dos valores ditos “universais”. Ela atua em uma prática interdisciplinar; articula, a partir de uma perspectiva respaldada em questões de raça, classe, etnia, bem como de vários eixos epistemológicos, como a psicanálise, marxismo, antropologia etc., buscando compreender a representação (histórico-cultural, literária) das mulheres e sua contribuição nesse processo.

Nesse contexto, o Serviço Social é desafiado a compreender e intervir nas novas configurações e manifestações da questão social (sem teto, sem-terra, trabalho infantil, violência doméstica, discriminação de gênero e etnia, drogas, aids, crianças e adolescentes em situação de rua, portadores de deficiência, idosos etc.).

A reformulação do CE de 1993 ocorreu, portanto, em um cenário de enfrentamento do neoliberalismo, em meio ao surgimento da questão ética como tema de mobilização política da sociedade e de um longo processo de debates que revelou a disputa entre tendências profissionais que, por um lado, buscavam preservar as conquistas objetivadas em 1986 e, por outro, pretendiam à sua regressão. As bases de sustentação ético-políticas do Projeto Ético Político (PEP) passaram a se configurar como forças de resistência em face de um processo de degradação da vida humana e da natureza que iria se aprofundar nas décadas seguintes (BEINSTEIN, 2011; IAMAMOTO, 2007; IANNI, 2004).

Repensar a atuação profissional resulta na revisão do Código de Ética de 1986, que dá lugar ao Código de Ética de 1993 e sua Lei de Regulamentação, do mesmo ano, e a reelaboração do Currículo de 1982, culminando nas Diretrizes Curriculares de 1996, fundamentados no projeto ético-político que compreende as dimensões ética e política como constituintes de uma unidade, mas com suas particularidades preservadas. Esse projeto envolve um conjunto de componentes articulados, sendo eles: valores, saberes e escolhas teóricas, práticas, ideológicas, políticas, éticas, investigação e interlocução crítica com o movimento da sociedade; impulsionados por alguns eixos como:

- A busca da ruptura com o histórico conservadorismo, no pensamento e na ação profissional;
- O avanço da produção do conhecimento que se expressa com os cursos de graduação, mestrado e doutorado;
- Debates sobre a formação profissional e a reforma curricular 1982 (coordenada pela ABESS);
- Atuais diretrizes curriculares de 1996;
- Apreensão crítica do processo histórico;
- Apreensão das novas demandas;
- Regulamentação da profissão (Lei 8.662 de 07/06/93);
- Código de Ética aprovado em 13/03/93.

Retomando a contextualização, o Serviço Social está inserido, de certa forma, em um quadro determinado social e sexualmente. Sua institucionalização se dá no interior dessa lógica,

que rege a sociedade e define sua natureza enquanto profissão. Atuando no campo da reprodução das relações sociais, o Serviço Social é historicamente considerado uma profissão feminina, o que conduz a certa condição de subalternidade da profissão. Tal subalternização não significa as relações de gênero como determinantes; no entanto, não se nega que o gênero e a divisão sexual do trabalho apresentem uma contribuição essencial na definição dessa característica.

Uma categoria formada por 95% dos profissionais do sexo feminino e que no seu cotidiano de intervenção atende predominantemente mulheres, tem se defrontado com uma crescente demanda de situações perpassadas pelas relações de gênero, imbricadas com a questão de classe, raça/etnia, que caracterizam exclusão discriminação exploração opressão desigualdade social, relações de poder de violência entre outras. (LISBOA, 2014, p. 34)

Tais situações assumem materialidade através da violência sexual e de gênero; dificuldades de acesso à saúde pública; da gravidez indesejada e do aborto provocado e criminalizado; da ausência das condições das mulheres responsáveis por prover o sustento da família; do abandono; da discriminação das mulheres no mundo do trabalho; do assédio moral; da luta pela aposentadoria para as donas de casa e para as trabalhadoras rurais; das precárias condições que vivem as mulheres encarceradas; da discriminação em função da cor ou da orientação sexual; dos pleitos pela adoção por casais homoafetivos, entre outras diversas formas de discriminação.

Com isso, o fazer profissional não se desconecta da realidade social, da luta de classes, da conjuntura e da história que nos propicia a compreensão do movimento das relações sociais; que apontam às tendências históricas. É através de todo esse contexto histórico que se é possível reconhecer a relação entre Estado e sociedade civil, que se pode compreender as transformações das classes sociais e como o capital se apropria delas para sua manutenção.

Reconhece-se que o Serviço Social tem muito a contribuir com todo conhecimento voltado para elaboração, gestão e operacionalização das políticas públicas, com compromisso de promover a equidade de gênero. O cotidiano de intervenção profissional possibilita conhecer a realidade multifacetada das mulheres em seus diversos contextos, principalmente as que se encontram em situação de adoecimento por câncer de colo de útero, tema deste texto.

5 MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E SERVIÇO SOCIAL NOS ESPAÇOS DA POLÍTICA DE SAÚDE: DESAFIOS PARA

O TRABALHO PROFISSIONAL

O assistente social, ao executar seu trabalho, busca como finalidade imprimir respostas às expressões da questão social a partir de políticas sociais estabelecidas. Para tanto, ele se insere nas relações de trabalho que sofrem alterações constantes, devido à estrutura do sistema capitalista que visa a consolidação e ampliação do poder e do lucro e, em contrapartida, desvaloriza e destrói o ser humano, mantendo-o enquanto é necessário para a reprodução.

Para se compreender a intervenção do Serviço Social na Central de Quimioterapia e Radioterapia ,Enfermaria, primeiramente é preciso compreender qual é o verdadeiro papel do assistente social nesse espaço. A princípio, Teixeira (2002, p. 88) considera que “[...] nenhuma das propostas e experiências em processo no país dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas.”. Esse profissional da saúde não trabalha pautado no assistencialismo, mas na atuação que busque de fato a efetivação dos direitos dos sujeitos da demanda.

Além disso, o assistente social não pode ficar somente no imediatismo, sem organizar sua prática. Deve pensar um atendimento que realmente seja humanizado, um serviço que possa objetivar uma real efetivação dos direitos dos sujeitos. Tratam-se de questões que devem estar sempre em discussões em espaços sócio-ocupacionais dos profissionais do serviço social e da área da saúde em geral.

A saúde é necessidade humana essencial porque, sem saúde, não se tem possibilidade de desenvolver capacidades e potencialidades produtivas e sociais; sem saúde, não é possível participar plenamente da vida social como integrante da coletividade e como indivíduo, sem saúde, não há nem liberdade nem cidadania plena. Por isso, a garantia, a promoção e a prevenção da saúde, através da ação política e por meios de medidas universais e igualitárias, constitui responsabilidade ética da sociedade. (LAURELL, 1997 *apud* PRADO, 2003, p. 19)

Os profissionais assistentes sociais fazem parte dessa sociedade, e ainda possuem como norteador um Código de Ética que induz como fazer um trabalho eficaz, responsável, para que realmente a política de saúde possa atender aos sujeitos de modo humanizado e efetivo. Faz ainda necessário citar três princípios do Código de Ética, o nono, o décimo e o décimo primeiro, pois demonstram o fazer do assistente social:

IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;

- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

Ainda na saúde, o assistente social é considerado profissional da saúde com base na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 218, de 6 de 6 março de 1997, além da resolução do Conselho Federal De Serviço Social (CFESS) nº 383, de 29 de março de 1999, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais da saúde e grandes contribuidores para efetivação do acesso aos serviços de saúde, estimulação da participação popular e também de outros serviços/direitos que envolve a saúde.

Considerando o tratamento de doenças e suas repercussões sociais, econômicofinanceiras, políticas e de diminuição de qualidade de vida dos pacientes, o profissional assistente social, como integrante de uma equipe que acompanha os assistidos, possui um papel importante e significativo na transformação da realidade desse sujeito e melhoria da sua qualidade de vida. Sua atuação na área da saúde, portanto, passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.

O assistente social profissional inserido na divisão sociotécnica do trabalho, que interfere na (re)definição das múltiplas expressões da questão social, atua diretamente com as mulheres, crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de adoecimento e seus familiares. Nesta pesquisa em específico, atua no caso de adoecimento da mulher por câncer de colo de útero, por meio de demandas encaminhadas e espontâneas, objetivando a superação do desconhecimento da doença, disponibilizando as informações necessárias, respeitando os sujeitos em consonância com o projeto ético-político da categoria profissional do Serviço Social, promovendo a adesão ao tratamento, à garantia do acesso à saúde e a efetivação dos seus direitos de cidadania.

O assistente social é um profissional indispensável na atenção à saúde haja vista que o usuário deve ser compreendido como um ser humano em sua totalidade. Dessa forma, o profissional, na sua convivência com os usuários, absorve e procura reconhecer a totalidade do sujeito de forma a compreender suas demandas. O grande desafio está na concretude e na materialidade da Política Nacional de Humanização e Saúde no cotidiano profissional, pois a questão do atendimento humanizado e da efetivação dos direitos não são tarefa única do

profissional assistente social, mas da equipe interdisciplinar, ou seja, de todos os demais atuantes na saúde. À propósito, enquanto houver fragmentação desse atendimento, há possibilidade de prejuízo ao usuário desse atendimento da saúde.

Para se realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, segundo os Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde (CFESS, 2009, p. 30), é necessário ao profissional:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo para o processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Portanto, as intervenções e atribuições do profissional nesse espaço ocupacional vão desde as orientações quanto aos direitos (previdenciários, acidentes de trabalho, programas assistenciais, quadro clínico do paciente internado); encaminhamentos (para recursos internos da unidade e para recursos da comunidade, aquisição de medicamentos de alto custo, recursos assistenciais, apoio) e acompanhamentos.

A intervenção orientada por essa perspectiva crítica pressupõe a assunção, pelo profissional, de um papel que aglutine: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida; identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil; reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.

Os instrumentais utilizados devem ser adequados a cada atendimento, pois cada usuário possui sua realidade. Por isso, o próprio profissional deve organizar seu trabalho com autonomia, atendendo de acordo com o Código de Ética do assistente social (projeto éticopolítico).

6 O ATENDIMENTO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AO ATENDIMENTO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Como já exposto, o assistente social profissional, inserido na divisão sociotécnica do trabalho, interfere na (re)definição das múltiplas expressões da questão social, atua diretamente com as crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de vulnerabilidades e seus familiares, por meio de demandas tanto encaminhadas quanto espontâneas. Além disso, lida com as informações necessárias, respeitando os sujeitos em consonância com o projeto ético-político da categoria profissional do Serviço Social.

Para tal exercício, existem os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, publicados em 2007. Eles constam da reedição da publicação pelo CFESS, que faz uma abordagem ao texto referente à atuação de assistentes sociais na saúde. A criação dos parâmetros não significa que cabe ao órgão gestor estabelecer padronização de rotinas e procedimentos de intervenção, pois o trabalho profissional requer inventividade, inteligência e

talento para criar, inventar, inovar, de modo a responder dinamicamente ao movimento da realidade. Servem mais para orientar o exercício do trabalho e garantir as competências e atribuições privativas asseguradas na Lei 8662/1993.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na política de Saúde, sejam em outro espaço sócio ocupacional, devem ser orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, os quais necessitam ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos dos assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura as competências e atribuições privativas asseguradas na Lei 8662/1993:

Art. 2º - Constituem direitos do/a assistente social: **a)** garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; **b)** livre exercício das atividades inerentes à profissão; **c)** participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais; **d)** inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; **e)** desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; **f)** aprimoramento profissional de forma contínua, colocando a serviço dos princípios deste Código; **g)** pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; **h)** ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; **i)** liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º estabelece:

Art. 3º - São deveres do/a assistente social: **a)** desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor; **b)** utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; **c)** abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes; **d)** participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades. Assim de acordo com os dispostos nos artigos, o perfil do/a assistente social para atuar na política de Assistência Social não deve reproduzir as relações que estão postas na sociedade capitalista a qual estamos inseridos e sim afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e conservadoras, que tratam as situações sociais como problemas meramente pessoais e que devem ser resolvidos individualmente.

Assim, o profissional Assistente Social, no cenário do tratamento do paciente oncológico, é de grande relevância para o entendimento do processo saúde/doença em todas suas especificidades, considerando o indivíduo em sua dimensão biopsicossocial. De acordo com Siqueira, Barbosa e Boemer (2007, p. 2), “a experiência de adoecer com câncer é um fenômeno detentor de diferentes particularidades e que somente o ser que vivencia esta situação é capaz de atribuir o significado de ser-com câncer e revelar suas experiências [...]”. Nesse sentido, chama-se a atenção para os aspectos subjetivos sociais, psicológicos, econômicos e culturais envolvidos no processo de saúde/doença e a necessidade do assistente social compor as equipes de atendimento ao paciente oncológico (GONZÁLEZ REY, 2010).

Martinelli (2011), ao discutir o trabalho do assistente social no contexto hospitalar, traz o Serviço Social como sendo uma área de intervenção na realidade humana social. É preciso grande mobilização por parte dos profissionais para que a saúde seja fornecida de forma integral à população atendida, sendo uma atuação voltada “à consolidação dos direitos de cidadania dos usuários do hospital, de seus familiares e dos próprios trabalhadores da saúde” (MARTINELLI, 2011, p. 502).

A princípio, o profissional assistente social, no ambulatório de oncologia, denominado Hospital do Câncer de Uberlândia, começa seu acolhimento diário na parte da manhã, às 07h30min, com as pessoas que iniciam seu tratamento; e atua com a equipe da enfermagem para explicar acerca dos direitos dos pacientes oncológicos, alguns procedimentos e a melhor forma para se garantir um atendimento digno e de qualidade. Nesse ponto, direcionando o paciente para o setor específico do Serviço Social para orientações mais detalhadas, a partir da indagação sobre o que o paciente sabe sobre a doença e o tratamento. Realiza-se a ficha socioeconômica e de acolhimento para conhecer sua realidade, sua rede de suporte social, bem como acolhe e atualiza dados pessoais e de seus contatos.

A residência Multiprofissional em Atenção em Oncologia, tanto na Central de Quimioterapia e Radioterapia, Oncologia Clínica, Hematologia, Equipe de Cuidados Paliativos, bem como na Enfermaria de internação de adultos e crianças, tem como objetivo conhecer sobre a prática profissional no cotidiano de trabalho do assistente social na área da saúde em oncologia, a fim de se obter conhecimentos técnico-operativos na elaboração de instrumentais utilizados, conhecer o exercício profissional através da relação teórico-prática, desenvolver o senso crítico da realidade social dos usuários em sua totalidade, identificar as várias manifestações das expressões da questão social atendidas na instituição; assim como identificar as demandas do trabalho do profissional do Serviço Social, visando a intervenção, e relacionar

a teoria aprendida na formação acadêmica com a prática no cotidiano profissional do assistente social.

O assistente realiza a democratização das informações e orientação acerca dos direitos previdenciários, principalmente ao que se refere aos direitos específicos dos pacientes oncológicos: Auxílio doença; Aposentadoria por invalidez; Acréscimo de 25% ao valor da Aposentadoria por Invalidez; benefício de Prestação Continuada; Isenção no Imposto de Renda nos proventos de Aposentadoria e Pensão; Isenção de IPI, ICMS, IOF, IPVA na compra/financiamento de veículos; Isenção de Imposto Predial e Territorial Urbano; Saque ao FGTS e PIS/PASEP; Tarifas de Transporte Municipal; Cirurgia de Reconstrução Mamária; Quitação de casa; Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para pacientes que residem em outro município. Isso é realizado no hospital de clínicas de Uberlândia, no ambulatório de Oncologia. Atualmente, o Hospital do Câncer de Uberlândia atende mais de 8.600 pacientes, que vêm de mais de 80 cidades da região. Esse é um centro de referência para o tratamento do câncer no interior de Minas Gerais. O Hospital, que abrange todos os serviços já citados acima, é construído e equipado com auxílio do Grupo Luta Pela Vida, organização não governamental (ONG) que oferece melhores condições para o tratamento e liberação de alguns recursos para pacientes, como suplemento alimentar, leite integral, cestas básicas, cadeira de rodas, cama de banho, oxigênio e realiza a doação de alguns medicamentos que não são fornecidos pelo SUS; contribuindo para atendimento integral do paciente. Cabe ao assistente social atendimento privativo ao usuário da saúde, suas famílias e/ou responsáveis (entrevista inicial, acolhimento e escuta). Preenchimento de formulário específico de identificação e a autorização para a liberação dos recursos ofertados pelo Grupo Luta Pela Vida.

As pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero perpassam todos os atendimentos, conforme prescrição médica, e por procedimentos adicionais, como o de Braquiterapia - em que é colocada em posição ginecológica, vestida com avental de algodão e coberta por um lençol, sendo exposta apenas sua região genital. Todo o procedimento para realização do mesmo é composto por uma equipe de radioterapeutas, físicos, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia e residentes. A maioria da equipe é composta por profissionais do sexo masculino e que se encontram disponíveis no momento para realização de procedimentos.

Faz-se necessário reconhecer a categoria gênero presente em todas as relações perpassadas historicamente na sociedade capitalista e, dessa forma, buscar compreender as relações sociais e subjetivas na saúde. Muitas pacientes se encontram mais fragilizadas, quadro perceptível durante atendimento ambulatorial, e dá continuidade ao atendimento na

enfermaria/internação. Conforme o tratamento avança, aumenta-se a condição de fragilidade em grande parte dos tratamentos; a paciente tende a ficar um pouco mais debilitada dependendo da condição clínica, tornando essencial a atenção especial dos componentes da equipe multiprofissional envolvidos com seu tratamento.

A construção social do feminino e do masculino traz as determinações da condição social de mulheres e homens, e essa desigualdade de poder contribui para a compreensão da situação das mulheres e homens na saúde, na contemporaneidade. Reconhecer tais relações e sua ligação com a reprodução social dá a possibilidade de compreender a mulher em sua particularidade, orientando-a de forma mais condizente com sua realidade social. Logo, o assistente social deve estar “[...] comprometido 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).

Nascimento, Rodrigues e Ferreira (2011) observam que, “apesar dos avanços tecnológicos na área do câncer, cerca de metade dos futuros pacientes com diagnóstico de algum tipo de câncer evoluirá para um “quadro situado fora da possibilidade de cura”. Assim, quando não há possibilidade da cura clínica, a paciente que já passou por diversos tipos de tratamento é encaminhada ao Programa de Cuidados Paliativos (PCP), formado por uma equipe multiprofissional com enfoque no atendimento ambulatorial e domiciliar, por meio de visitas domiciliares. O programa conta com três médicos clínicos (sendo uma médica coordenadora), dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um psicólogo, três assistentes sociais, um nutricionista, um fisioterapeuta, um médico especialista em dor, um secretário administrativo, três motoristas voluntários visitantes (sem vínculo técnico).

A princípio, as pacientes são encaminhadas pelo oncologista, quando se confirma que não há cura para a doença. Posteriormente, é realizado o acolhimento dessas pacientes por toda equipe, e depois é apresentado cada profissional de acordo com seu instrumental de trabalho, para o paciente e familiares assistidos. Ao final das entrevistas do PCP, os profissionais se reúnem para discutir o caso e o plano de cuidados e agenda a primeira visita, com assistente social e enfermeiro. A rede de suporte e cuidado familiar do paciente se encontra registrada no setor de Oncologia do Serviço Social. Atualmente, encontram-se no PCP cerca de 98 pacientes que recebem o atendimento da equipe na própria residência.

Desses pacientes, um total de 40 mulheres são diagnosticadas com câncer de colo de útero.

Tabela 1 – Número de pacientes encaminhados para programa de cuidados paliativos

Ano	Número de pacientes
2018	2
2019	15
2020	23
Total	40

Fonte: SETOR DE SERVIÇO SOCIAL DA ONCOLOGIA, 2020.

É perceptível o grande aumento no número de paciente diagnosticadas com câncer de colo de útero no Brasil. De acordo com o INCA (2020), o número de novos casos é de 16.590. Conforme o Atlas de Mortalidade por Câncer-SIM (2018), o número de mortes é de 6.526.

Diante desses dados, compreender as questões de gênero presentes nas relações que as pessoas estabelecem entre si em uma dada sociedade é imprescindível para uma intervenção profissional na assistência a essas mulheres. As mulheres são as maiores usuárias dos serviços de saúde e compõem a maior parte dos trabalhadores do sistema único de saúde. Entretanto, são pouco representadas nas decisões e formulações de políticas públicas de saúde. Assim, o que Gama (2006), referindo-se ao modelo Sistema Único de Saúde, aponta que há lacunas na assistência prestada.

“Esse modelo de assistência que segmenta os usuários e 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)”. Nesse cenário, o assistente social tem muito a contribuir para a promoção da equidade de gênero. Além disso, o cotidiano profissional passa a fornecer dados que poderão contribuir para a construção do aporte teórico da área e subsidiar as políticas públicas com perspectiva de gênero e saúde da mulher.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo levantamento bibliográfico realizado, pode-se concluir que, no decorrer do processo histórico, buscou-se um atendimento que de fato contemplasse a saúde da mulher, assim como o próprio Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza um atendimento humanizado a esse público. Contudo, notam-se, ainda, dificuldades no acesso ao exame de prevenção para algumas camadas da sociedade, seja por falta de capacitação da equipe multiprofissional, seja por valores morais e culturais travestidos de discursos éticos.

O Serviço Social, de acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão do Serviço Social (Lei 8.662) e do Código de Ética Profissional, ambos de 1993; e das Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) de 1996, exige um contínuo compromisso da categoria profissional com a defesa dos direitos humanos, os interesses da classe trabalhadora, suas organizações e movimentos sociais para uma perspectiva hegemônica respaldada no projeto ético-político. A história de resistência no Serviço Social só evidencia a importância da organização e dos enfrentamentos cotidianos, principalmente no que tange o combate às opressões.

A participação do assistente social é de extrema relevância na formação da equipe multiprofissional que atua diretamente com pacientes em situação de adoecimento. O assistente social desenvolve atividades que potencializam o protagonismo e a autonomia das pacientes, além de promover acessos a benefícios, programas de transferência de renda e serviços e inserir as famílias na rede de proteção social.

Principalmente quando se trata do câncer de colo de útero, doença atrelada a condições socioeconômicas, mazelas e várias dificuldades que não se restringem ao adoecimento, importa a compreensão das questões referentes à sexualidade e ao gênero. O ato do exame ginecológico muitas vezes evidencia uma objetificação do corpo da mulher, associada a ideias de humilhação, vulnerabilidade e desumanização (BOURDIEU, 2002; MARTIN, 2006). Assim, parte-se do reconhecimento da liberdade como valor central que permite a escolha entre alternativas reais e concretas.

Com isso, o que foi um dos objetivos que suscitaram interesse para essa pesquisa é o atendimento prestado pelos profissionais de Serviço Social às mulheres em situação de adoecimento por câncer de colo de útero nos espaços da política de saúde. O assistente social, profissional inserido na divisão sociotécnica do trabalho, que interfere na (re)definição das múltiplas expressões da questão social, atua diretamente com as mulheres em situação de adoecimento e seus familiares, por meio de demandas encaminhadas e espontâneas. Em seus

atendimentos, busca romper com a ordem patriarcal na desconstrução da naturalização de hierarquias e desigualdades de gênero, as quais podem culminar em feminicídio, assédio moral/sexual e estupro de mulheres.

O assistente social se torna um profissional indispensável, haja vista que qualquer pessoa que demande seus serviços deve ser compreendida em sua totalidade. O assistente social, ao executar seu trabalho, busca como finalidade imprimir respostas às expressões da questão social a partir de políticas sociais estabelecidas. Para tanto, ele se insere nas relações de trabalho que sofrem alterações constantes, em razão da estrutura do sistema capitalista que visa consolidação e ampliação do poder e do lucro e, em contrapartida, desvaloriza e destrói o ser humano, mantendo-o enquanto é necessário para a reprodução. Isso remete, ainda, à importância da discussão de gênero desde a graduação, a fim de que a atuação profissional esteja em consonância como o projeto ético-político profissional de forma hegemônica e em consonância com a construção de uma nova ordem societária.

REFERÊNCIAS

ARILHA, M. **O Masculino em Conferências e Programas das Nações Unidas: para uma crítica ao discurso de gênero**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia**.:Rio de Janeiro:Marco Zero,1983

_____. **A dominação masculina**.Rio de Janeiro:Bertrand Brasil,2002.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1993]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acons_ind_atenbasica01_web.pdf. Acesso: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013**. Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3388_30_12_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Atlas de Mortalidade por Câncer. **INCA**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/aplicativos/atlas-demortalidade-por-cancer>. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Tipos de câncer: Câncer do colo do útero. **INCA**, Rio de Janeiro, 14 ago. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-decancer/cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Aspectos Conceituais da Vulnerabilidade Social**. Brasília, DF: MTE; DIEESE, 2007. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8044969-Aspectos-conceituais-da-vulnerabilidadesocial-conveniomte-dieese.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional**. 1. ed. São Paulo: OPAS, 1999.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Código de Ética do/a Assistente Social**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Política De Saúde**. 1. ed. Brasília: CFESS, 2004.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Resolução CFESS nº 383/99 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília: CFESS, 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao38399.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

CISNE, M. **Feminismo e Consciência de Classe no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional). **Projeto Pedagógico: Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde Atenção ao paciente em estado crítico**. Uberlândia: Comissão de Residência Multiprofissional, 2012.

GAMA, A. S. Curso de Extensão em Gênero, Saúde e Reprodução - Uma experiência de Articulação entre Capacitação Profissional e Assessoria. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. (orgs.). **Assessoria, consultoria e Serviço Social**. 1. ed. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2006. p. 266-280.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GONZALEZ REY, F. L. As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 328-345, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n2/v30n2a09.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e favorecedores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n9/1413-8123-csc24-09-3431.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

MARTINELLI, M. L. (org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. 1. ed. São Paulo: Veras, 1999. Série Núcleos de Pesquisa, v. 1.

MINAYO, M. C. L. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Controle integral do câncer do colo de útero: guia de práticas essenciais**. Washington, DC: OPAS, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31403/9789275718797por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 mar. 2020.

SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes: mitos e realidade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1979.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero Patriarcado Violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTOS, J. S. **Questão social: particularidades no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.