



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Oncologia e Gênero: Análise sobre o perfil sociodemográfico de mulheres com câncer atendidas no HRAN

Oncology and Gender: Analysis of the Sociodemographic Profile of Women with Cancer Treated at HRAN

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1842

ARK: 57118/JRG.v8i18.1842

Recebido: 20/01/2025 | Aceito: 28/01/2025 | Publicado *on-line*: 29/01/2025

Loara Ferreira Cavalcante¹

<https://orcid.org/0009-0003-5830-4189>

<http://lattes.cnpq.br/6845821500369452>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil

E-mail: loara.unb@gmail.com

Camila Guimarães Torres²

<https://orcid.org/0009-0000-0194-2460>

<http://lattes.cnpq.br/6114328197236243>

Secretaria do Estado de Saúde, DF, Brasil

E-mail: ctorres.camila@gmail.com

Geovana Amaral de Oliveira³

<https://orcid.org/0009-0004-6418-9161>

<http://lattes.cnpq.br/3605133486076556>

Instituto Alpha Lumen, SP, Brasil

E-mail: geovanaamaral19@gmail.com



Resumo

Este artigo analisa o perfil sociodemográfico de 367 mulheres com câncer atendidas no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), em Brasília, entre 2019 e 2023. A pesquisa, de natureza quali-quantitativa e documental, investigou como os determinantes sociais de saúde, especialmente de gênero, influenciam o processo de adoecimento. A maioria das pacientes eram idosas (54,2%), com o cuidado familiar centralizado nas mulheres (66,9%); Uma parcela significativa veio do entorno do DF (15,8%) e outros estados (7,9%); Observou-se baixa escolaridade (48,8% sem ensino médio) e pouco acesso a benefícios sociais (73% sem acesso). Os cânceres mais incidentes foram o de mama (20,5%) e pele (14,8%); A porta de entrada no SUS foi o pronto-socorro (59,7%), revelando fragilidades na atenção básica. Concluiu-se que fatores sociais e de gênero impactam o adoecimento por câncer em mulheres, demandando políticas públicas equitativas na promoção do acesso à saúde.

Palavras-chave: Gênero; Oncologia; Saúde; Determinantes Sociais de Saúde e Serviço Social

¹ Graduada em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB). Residente do Programa Multiprofissional em Atenção ao Câncer pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

² Graduada em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Política Social. É servidora pública do Governo do Distrito Federal e trabalha como assistente social na Secretaria de Estado de Saúde. Atua como tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

³ Graduado(a) em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-graduada em Saúde Pública.

Abstract

This article examines the sociodemographic profile of 367 women with cancer treated at the Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) in Brasília between 2019 and 2023. The research, of a qualitative-quantitative and documentary nature, investigated how social determinants of health, particularly gender, influence the illness process. The majority of the patients were elderly (54.2%), with family care predominantly provided by women (66.9%); A significant portion came from the surrounding area of the Federal District (15.8%) and other states (7.9%); Low educational levels were observed (48.8% without completing high school), and limited access to social benefits was noted (73% without access). The most common cancers were breast (20.5%) and skin (14.8%); The main point of entry into the public health system (SUS) was the emergency room (59.7%), revealing weaknesses in primary care. It was concluded that social and gender factors impact cancer incidence in women, necessitating equitable public policies to promote access to healthcare.

Keywords: *Gender; Oncology; Health; Social Determinants of Health; and Social Work*

1. Introdução

O câncer é um problema de saúde pública global, figurando como uma das principais causas de morte prematura, especialmente em países em desenvolvimento. No Brasil, a doença impacta significativamente o sistema de saúde, exigindo atenção e recursos voltados para a prevenção, diagnóstico e tratamento. A crescente incidência de casos de neoplasia demanda uma análise aprofundada do perfil epidemiológico da população, levando em consideração fatores como o envelhecimento, a exposição a agentes cancerígenos e o acesso aos serviços de saúde.

É essencial entender de que maneira as relações de poder entre os gêneros afetam as experiências de saúde, desde o acesso aos serviços até o enfrentamento da doença. As normas e valores sociais que definem os papéis de gênero podem influenciar de forma significativa a vivência do câncer pelas mulheres, impactando suas redes de apoio, o cuidado que recebem e as decisões relacionadas aos tratamentos. Analisar como essas questões se refletem no cotidiano dos serviços de saúde é crucial, assim como explorar como os profissionais podem oferecer uma assistência mais justa e sensível às necessidades específicas das mulheres com câncer.

Este artigo é fruto do Trabalho de Conclusão de Programa de Residência (TCP) produzido no âmbito da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), como requisito obrigatório para obtenção do certificado de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e disserta sobre gênero e oncologia. Tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico de mulheres com câncer atendidas pelo Serviço Social do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no Distrito Federal, entre 2019 e 2023.

A pesquisa se concentra na interseção entre gênero e oncologia, buscando compreender de que maneira os determinantes sociais da saúde, particularmente os relacionados ao gênero, influenciam o processo de adoecimento por câncer, desde o rastreamento e diagnóstico até o tratamento e enfrentamento da doença. A partir dos dados coletados em uma planilha produzida no Núcleo de Serviço Social do HRAN, com informações dos pacientes oncológicos da unidade, este estudo investiga a influência

das questões de gênero na saúde da mulher, a estrutura de cuidado familiar, o acesso aos serviços de saúde e o impacto do diagnóstico oncológico na vida social e econômica das pacientes.

Espera-se que este estudo contribua para a compreensão da complexidade do adoecimento por câncer em mulheres, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e intervenções sociais mais eficazes, que promovam a equidade e o acesso integral à saúde.

2. Metodologia

O presente estudo refere-se a uma pesquisa de natureza quali-quantitativa, de acordo com Minayo (2011)¹, as abordagens qualitativa e quantitativa da realidade social tem uma diferença entre si que é de natureza, não de hierarquia. A abordagem quantitativa, baseada em estatísticas, busca identificar regularidades e padrões, enquanto a qualitativa foca no entendimento dos significados, exigindo interpretação dos pesquisadores. Embora diferentes, essas abordagens são complementares e, quando combinadas adequadamente, oferecem uma visão mais profunda e precisa da realidade social.

A presente pesquisa também pode ser caracterizada como do tipo documental, isto é, que “[...] vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 2008, p. 51)².

Dessa forma, foi desenvolvida a partir dos dados contidos em uma planilha criada pelas Assistentes Sociais Preceptoras do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) lotadas no HRAN. A planilha contém informações de todos os pacientes oncológicos atendidos pelo Serviço Social do HRAN desde 2019 até os dias atuais. A referida planilha contém os seguintes dados: Data do atendimento; Nome; Número de prontuário SES; Telefone de referência; Faixa Etária; Identidade de Gênero; Raça; Cidade e situação de moradia; Escolaridade; Ocupação; Benefícios Socioassistenciais que recebe; Tipo do Câncer; Porta de entrada no SUS; se acessou a rede privada de saúde em algum momento do tratamento; Rede de apoio principal; e por fim, Observações.

Participaram da presente pesquisa, pacientes oncológicas mulheres, acima de 18 anos que foram atendidas pelo Núcleo de Serviço Social (NSS) do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no período de 01 de julho de 2019 até 31 de Julho de 2023. Dentre o total de pacientes oncológicos registrados, foram selecionadas as pacientes mulheres atendidas no período supracitado, que totalizam 367 mulheres.

Ressalta-se que não foi feito contato ou entrevista com nenhuma das participantes e/ou familiares, tampouco acesso aos prontuários de cada uma, sendo utilizado somente os dados mencionados na planilha, que foram relevantes para a pesquisa, excluindo os dados pessoais e de identificação das participantes, como: Nome; Número de prontuário SES e Telefone de referência. Além disso, para compor o referencial teórico e discussão da pesquisa, foi realizada busca nas bases de dados confiáveis por artigos e outras produções acadêmicas sobre as categorias centrais deste trabalho, como determinantes sociais da saúde, gênero, oncologia, serviço social e saúde.

Com relação aos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídas mulheres adultas e pacientes oncológicas cujos dados constam na planilha, atendidas no período de 01 de julho de 2019 até 31 de Julho de 2023 pelo Serviço Social do HRAN,

pelas Assistentes Sociais Residentes e Preceptoras do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Foram excluídos todos os pacientes menores de 18 anos, sejam homens ou mulheres, pois por razões éticas não é necessário a participação do público de crianças e adolescentes para a consecução dos objetivos, logo não se justifica o risco, levando em conta o estágio de pessoa em desenvolvimento e a doutrina da proteção integral. Foram excluídos também os pacientes homens e os pacientes atendidos antes do dia 01 de julho de 2019 ou depois do dia 31 de julho de 2023, pois a pesquisa possui um público e recorte temporal específicos.

No tocante aos riscos, havia um possível risco de quebra do sigilo dos dados coletados nos atendimentos, que incluem informações sobre a vida privada, aspectos socioeconômicos e de saúde. Esse risco foi minimizado pelo manejo adequado dos dados, com acesso restrito às informações necessárias para a pesquisa e uma análise cuidadosa sobre o que deve ser publicizado. Além disso, existia a possibilidade de quebra de anonimato, uma vez que os dados provêm de documentação interna e sigilosa do Núcleo de Serviço Social. Para mitigar esse risco, foram excluídos nomes e qualquer elemento identificador dos usuários atendidos. Também é importante considerar a imprecisão nos resultados, que pode ocorrer devido a erros de preenchimento da planilha e no cálculo dos dados, para minimizar esse risco, foram utilizadas plataformas seguras e confiáveis para o tratamento das informações, além de uma revisão minuciosa da pesquisa antes de sua publicação.

No que diz respeito aos benefícios, a pesquisa tem o potencial de: contribuir para o levantamento do perfil sociodemográfico das mulheres com câncer; oferecer subsídio para que, futuramente, outros pesquisadores e o Estado utilizem essa pesquisa como fonte de dados; além de servir de aporte para ampliação das campanhas de sensibilização para saúde das mulheres, favorecendo o acesso, prevenção e educação em saúde.

A hipótese defendida nesta pesquisa é que os determinantes sociais de saúde, especialmente aqueles relacionados ao gênero, influenciam no processo de adoecimento por câncer do rastreio/diagnóstico ao tratamento/enfrentamento.

A presente pesquisa obedeceu às seguintes etapas: 1. Busca de bibliografia sobre o tema, para compor o referencial teórico; 2. Submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP); 3. Após aprovação do CEP, coleta e sistematização dos dados; 4. Análise dos Dados e Discussão; 5. Elaboração do artigo final; 6. Submissão do artigo à periódico científico com classificação CAPES/Qualis superior a B2.

3. Resultados e Discussão

Tópico 1: Câncer e saúde

1.1 Oncologia e o Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde do Brasil, pautado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços relacionados, além de outras medidas pertinentes, seguindo os princípios da universalização, integralidade e equidade. (BRASIL, 1990)³

O câncer é uma das principais causas de morte por doenças no Brasil, o que torna o tratamento oncológico uma prioridade no SUS.

“Como definição, o câncer compreende um grupo de mais de 100 doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado de células que possuem a capacidade de disseminar-se entre os tecidos e órgãos adjacentes à estrutura afetada inicialmente no ser humano. O câncer é considerado um problema de saúde pública, enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro em vista de sua amplitude epidemiológica, social e econômica. A incidência crescente de casos de neoplasia tem ocasionado uma transformação no perfil epidemiológico da população, seja pelo aumento da exposição aos fatores cancerígenos, pelo envelhecimento populacional, pelo aprimoramento das tecnologias para o diagnóstico, como também pela elevação do número de óbitos por câncer.”⁴

Na área da Oncologia, o SUS oferece atendimento a pacientes que necessitam de tratamento por meio de uma Rede de Atenção Oncológica. Essa rede inclui hospitais denominados Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), além de estabelecimentos de saúde não hospitalares autorizados que oferecem Serviços de Radioterapia e Quimioterapia. Os hospitais habilitados como Unacon ou Cacon são responsáveis por atender todas as sete modalidades de tratamento, que devem atuar de forma integrada: diagnóstico, cirurgia, radioterapia, quimioterapia (incluindo oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.

Para direcionar recursos à prevenção e ao combate ao câncer no Brasil, o Governo Federal criou, em 2012, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica, conhecido como PRONON, por meio da lei nº 12.715 de 17 de setembro de 2012. Além disso, instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer através da lei nº 14.758 de 19 de setembro de 2023, que é estruturada em uma linha de cuidados que abrange todos os níveis de atenção, desde a básica até a especializada de média e alta complexidade, e inclui diversos aspectos do atendimento, como promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2020), a rede de atenção oncológica no Distrito Federal oferece cuidado integral aos pacientes com câncer, desde a prevenção na Atenção Básica até o tratamento especializado em hospitais como o Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital Regional de Taguatinga (HRT): habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e oferece serviços de oncologia clínica, radioterapia e cirurgia oncológica; Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF): habilitado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e oferece serviços de oncologia clínica e hematológica, quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica; Hospital da Criança de Brasília (HCB): Unidade de Referência Distrital (URD) para oncologia pediátrica, com serviços de oncologia clínica e hematologia; o hospital aguarda habilitação como Serviço de Oncologia Pediátrica. O Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) é credenciado para realização de cirurgia oncológica, a descrição deste será apresentada como campo de realização da presente pesquisa.

1.2 Processo de saúde e doença no adoecimento por câncer

O diagnóstico oncológico representa conviver com uma doença grave e ameaçadora à vida. O câncer se figura como uma das doenças não transmissíveis mais temidas, cuja incidência tende a aumentar com a idade, em razão do acúmulo de fatores de risco ao longo dos anos (ALMEIDA; CARVALHO, 2023).⁵

“O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, figurando como uma das principais causas de morte e, como consequência, uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida em todo o mundo. Na maioria dos países, corresponde à primeira ou à segunda causa de morte prematura, antes dos 70 anos. O impacto da incidência e da mortalidade por câncer está aumentando rapidamente no cenário mundial”⁶

De acordo com o INCA (2020)⁷, o câncer é uma doença que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. O diagnóstico traz consigo diversos desdobramentos físicos e psíquicos, impactando não apenas o paciente, mas também sua rede de apoio.

Embora tenha havido avanços nas tecnologias biomédicas e prognósticos mais otimistas, o câncer ainda é visto como uma doença fatal, carregada de estigmas socialmente construídos. O diagnóstico oncológico e o enfrentamento da doença costumam ser desafiadores para o paciente, que frequentemente enfrenta pensamentos relacionados à dor, sofrimento e à perspectiva de cura incerta, além de sentimentos de tristeza, ansiedade e medo (ANDRADE; AZEVEDO, 2018)⁸.

“Pelo comprometimento da doença em si, mas também pelo estigma ainda presente, vivenciar o processo da doença pode significar privação da sociabilidade cotidiana, segregação, interrupção do curso normal da vida para os enfermos e seus familiares. A fragilidade imposta pela doença pode levar à "exclusão social" por terem que enfrentar uma sociedade que é excludente dos mais vulneráveis. Se a condição de pobreza, a miséria, o afastamento do trabalho estão presentes, o quadro de vulnerabilidade social se acentua com a doença, limitando ainda mais o acesso a bens e serviços para satisfação das necessidades básicas.”⁹

Portanto, o processo de saúde e doença no contexto do câncer representa uma jornada longa e complexa, tanto do ponto de vista psicossocial quanto físico. Apesar dos avanços da medicina, o tratamento oncológico pode ser agressivo e causar efeitos colaterais significativos. Dependendo do estágio da doença, pode não ser mais possível aplicar tratamentos modificadores. Os impactos dessa jornada, como evidenciado, afetam não apenas o paciente, mas toda a sua rede de apoio, trazendo mudanças no cotidiano de todos e exigindo adaptações na rotina para possibilitar os acompanhamentos de saúde e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

A trajetória de adoecimento não está apartada da realidade social, diferenciando-se de acordo com a posição do indivíduo no modo de produção, isto é, sua classe social, raça, gênero, orientação sexual e etc., o que desencadeia formas distintas de receber e conceder cuidado. O acesso restrito dos segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora a condições dignas de vida, tratamento adequado e outros bens e serviços que garantem proteção social durante o tratamento do câncer, configuram o sofrimento social, físico e psíquico, que se manifesta como expressões da questão social.

1.3 Câncer e determinantes sociais de saúde

O câncer é uma doença multifatorial relacionada a elementos internos, como fatores genéticos e infecções e aspectos externos, incluindo hábitos de vida e fatores ambientais. Desta forma, não é possível compreender o processo de saúde e doença sem considerar os determinantes sociais, já que durante todo ciclo de vida do indivíduo, sua vivência é moldada pela sua posição dentro do modo de produção, acesso à renda, serviços de saúde, educação, lazer, cultura e etc.

Há uma discussão, no campo teórico e político, sobre o conceito de determinantes sociais de saúde, debate que se faz muito importante para falar sobre as questões de gênero nesse âmbito. De maneira breve e geral, é definido da seguinte forma:

“São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 78). Em suma: são as condições sociais de vida e trabalho dos indivíduos.”¹⁰

As implicações do adoecimento por câncer permeiam a (re)produção da vida social do sujeito e de toda a sua rede social e familiar. Isto é, incidem tanto nas relações sociais quanto nas relações pessoais, familiares e no âmbito do trabalho. Isso gera distanciamento do sujeito de seu ciclo comunitário, mudança de papéis anteriormente assumidos e, muitas vezes, alterações na dinâmica familiar. Funções anteriores de cuidado doméstico e familiar ou de provimento financeiro são alteradas, dando lugar à necessidade de cuidado externo e à mudança de rotina para realizar o acompanhamento em saúde, incluindo tratamento medicamentoso, terapias, intervenções cirúrgicas, acompanhamento ambulatorial, internações hospitalares e afins.

O estigma associado ao câncer dificulta a vivência cotidiana, pois socialmente construiu-se a imagem de uma pessoa moribunda e incapaz, o que gera a exclusão de ambientes de trabalho, lazer e convivência que existiam antes do diagnóstico e da manifestação dos sintomas da doença e tratamento.

Além de incidência nos aspectos de produção e reprodução da vida, ao se tratar de sujeitos integrantes da classe trabalhadora, existe dependência em relação ao trabalho para sobrevivência e custeio das necessidades básicas. Dessa forma, quando um membro do núcleo familiar recebe um diagnóstico oncológico, surgem para as famílias duas novas necessidades: a continuidade no trabalho para a manutenção da vida e a designação de um cuidador para acompanhar a pessoa adoecida. Nesse sentido, a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASÍLIA, 2008)¹¹ afirma que:

“As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, os determinantes mais gerais e distais do modelo de Dahlgren e Whitehead, geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos.”¹¹

A hiper responsabilização das famílias é um fenômeno que focaliza e responsabiliza as famílias da classe trabalhadora por todas as necessidades, em um contexto de exploração do trabalho, baixo acesso a renda, bens e serviços coletivos. Os núcleos familiares se encontram em um processo de contínua redução, além da individualização das vivências que aparta o ser humano da vida em comunidade. Famílias cada vez mais isoladas e menores são compelidas a se desdobrar para responder a todas as exigências impostas. Conceção essa ancorada por Mito (1997)¹²:

“O familismo pode ser entendido como um padrão cultural e político secular que tem se expressado no campo da legislação concernente à família como na configuração da política social – tanto por ausência de políticas que sustentem a vida familiar como pelas formas de incorporação da família na política social.”¹²

Majoritariamente dentro dos núcleos familiares a responsabilização pelo cuidado recai sobre as mulheres, isso advém de um modelo de socialização patriarcal que estabelece papéis de gênero que estão arraigados na formação da sociedade contemporânea ocidental. Assim, levanta-se às seguintes questões: Quem se responsabiliza pelo cuidado de mulheres com câncer? Como se estabelece o cuidado após o diagnóstico oncológico?

Tópico 2: Relações de gênero no cuidado em saúde

2.1 Gênero, construção social e estabelecimento dos papéis de gênero

As interpretações de gênero no campo do Serviço Social são diversas, o que não é exclusivo dessa área. Segundo Joan Scott (2012)¹³, o conceito de gênero está sempre em disputa e seu significado nunca se torna definitivo. No âmbito do Serviço Social, há um entendimento amplo de que gênero se refere às relações de poder na sociedade, as quais estabelecem posições desiguais entre o masculino e o feminino (ALVES, 2018)¹⁴.

Louro (1997)¹⁵ define gênero como uma construção social relacionada às funções e atributos conferidos a homens e mulheres, enfatizando que não se trata de um fenômeno natural e aborda a sociedade hetero-patriarcal como um sistema social e cultural que favorece a masculinidade e a heterossexualidade, estabelecendo a dominação dos homens sobre mulheres e outras identidades de gênero. Nesse contexto, normas e valores tradicionais conferem aos homens posições de poder e autoridade, enquanto as mulheres muitas vezes são relegadas a papéis subordinados, especialmente nas esferas do trabalho, da política e da vida familiar. Esse modelo é sustentado por práticas sociais, instituições e discursos que perpetuam a desigualdade de gênero e a opressão de minorias sexuais. Assim, o heteropatriarcado se torna uma estrutura que não apenas define relações de poder, mas também molda as expectativas e experiências de indivíduos em diversas esferas da vida.

Essa divisão de papéis sociais, que estabelece os papéis de gênero, historicamente conferiu às mulheres funções de cuidado e assistência, o que as colocou em uma posição de desvantagem, pois enfrentam limitações e acumulam múltiplos papéis, como mãe, esposa e trabalhadora. Portanto, é fundamental reconhecer que a categoria gênero permeia todas as relações sociais e subjetivas,

sendo crucial para entender as desigualdades de poder e suas consequências na saúde de mulheres e homens na contemporaneidade (Nogueira e Silva, 2009).¹⁶

“As questões de gênero também estão presentes em nosso cotidiano, seja nas relações sociais, com vista no papel social que as pessoas ocupam nesta sociedade de modelo patriarcal, ou nas relações travadas dentro de um cotidiano hospitalar. Isso porque a temática está imbricada diretamente na compreensão de como as relações se dão e como estas se perpetuam. 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, passa pela questão do poder que, conforme Bordieu (1996), é sutilmente construído.”¹⁶

Outro conceito indispensável na discussão de gênero, é o da interseccionalidade, que explora a intersecção entre diversas formas de opressão e identidades, mostrando como elas se sobrepõem e interagem de maneira complexa na vida das pessoas. Introduzido por Kimberlé Crenshaw nos anos 1980, esse termo enfatiza que questões como raça, gênero, classe, sexualidade e outras dimensões identitárias não podem ser analisadas de forma isolada. Em vez disso, suas interações geram experiências únicas de discriminação e privilégio. Segundo Alves (2018)¹⁴, a abordagem interseccional coloca a raça e a sexualidade no centro da problematização das relações de gênero.

Dessa forma, o heteropatriarcado desencadeia um padrão de socialização, subjetividade e práticas cotidianas que enquadram mulheres dentro de um sistema de opressão, cujas repercussões estão voltadas para exploração da mão-de-obra feminina dentro do mercado de trabalho, e continuidade da exploração no âmbito doméstico. Mulheres são condicionadas a exercer o papel de cuidadoras, e homens são desresponsabilizados desse aspecto, o que desencadeia vivências marcadas pela opressão de gênero.

2.2 Cuidado e (re)produção social

A compreensão do que é cuidado perpassa raízes sociais, culturais e históricas, já que é um conceito apreendido de formas distintas a depender do território e tempo que se analisa. Boff (2005)¹⁷ ao analisar a filologia de cuidado, chega ao seguinte conceito:

Cuidado significa, então, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Trata-se, como se depreende, de uma atitude fundamental. Como dizíamos anteriormente, cuidado implica um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude. Temos, nas línguas latinas, a expressão “cura d’almas” para designar o sacerdote ou o pastor cuja incumbência reside em cuidar do bem espiritual das pessoas e acompanhá-las em sua trajetória religiosa. Tal diligência não se faz sem fino trato, sem zelo e dedicação, sem espírito de finesse, como convém às coisas espirituais. (BOFF, 2005)¹⁷

Cuidar faz parte das relações humanas e necessita de dois atores principais o cuidador e o cuidado, o primeiro suspende temporariamente suas próprias necessidades para focar-se no suprimento das necessidades de outra pessoa, tal fato pode ser justificado pelos laços de afeto estabelecido entre sujeitos ou por uma

relação empregatícia, em que um cuidador é contratado por meio de relação trabalhista para estabelecer cuidado a outrem.

Assim, o cuidado deve ser pensado como necessidade humana dentro do processo de (re)produção social, logo, como trabalho. Alves (2018)¹⁴ ao pensar as diversas perspectivas teóricas sobre gênero, aborda a necessidade das autoras marxistas de expandir a concepção de trabalho para que ela também abrigue o trabalho reprodutivo/cuidado, historicamente atribuído às mulheres principalmente negras e da classe trabalhadora. Esforços teóricos de renovação do marxismo apontam para a direção de pensar uma teoria unitária e não dualista das relações entre produção e reprodução. A própria noção de classe social aparece renovada no sentido de que se incorpora a noção de que a classe se faz na conjunção entre produção e reprodução (ALVES, 2018)¹⁴.

Dentro da estratificação social estabelecida na sociedade ocidental, a noção de mulher e feminilidade são construídos em torno do cuidado e naturalização do dever destas com o trabalho reprodutivo, não sendo visto como trabalho, mas como meramente demonstração de afetividade, podendo a sociedade capitalista explorá-lo de forma não paga dentro da formatação da família heteropatriarcal-burguesa.

E quando as mulheres passam de forma ampla - já que mulheres negras e pauperizadas já se inseriram em trabalhos externos - a se inserir no trabalho produtivo a partir da década de 1970, não se abandona a responsabilização das mesmas pelo cuidado e reprodução, acarretando em jornadas duplas e triplas de trabalho, além de como aponta ALVES (2018)¹⁴ há sexualização das ocupações, destinação de posições subordinadas ou voltadas para o cuidado no mercado de trabalho.

Lyra et al (2008)¹⁸ discorre sobre a possibilidade de “estranhamento” sobre o lugar que os sujeitos ocupam na sociedade, já que “as pessoas não internalizam os atributos de gênero e os modelos hegemônicos como uma produção em série. O modelo hegemônico tem como principal função ser referencial na construção dessas identidades” (2008)¹⁸.

Assim, as mulheres passam por um processo de expandir as possibilidades de vivências no campo da sexualidade, familiar e no âmbito externo. Esse processo de estranhamento, pode incomodar os homens que se veem perdendo um local de privilégio, mas também podem atingi-los, já que os homens também podem estranhar o seu papel na sociedade.

No âmbito da saúde, é cotidiano a necessidade de se estabelecer uma relação de cuidado e é intrínseco às questões de gênero, que perpassa as relações interpessoais, familiares, molda as concepções de mundo dos indivíduos, assim como as instituições públicas e privadas, as relações de produção e etc.

2.3 Estrutura do cuidado na família heteropatriarcal-burguesa e o processo de adoecimento por câncer

Segundo Mioto (1997)¹², a família pode ser entendida como um grupo de pessoas que vivem juntas em um determinado espaço por um período de tempo, independentemente de estarem ou não unidas por laços de sangue. Sua função principal é o cuidado e a proteção de seus integrantes, e ela se articula de forma dialética com a estrutura social na qual está inserida.

Em uma discussão sobre família no tratamento oncológico, Carvalho (2008)⁹, aborda que os novos arranjos familiares têm sido profundamente influenciados por mudanças sociais, econômicas e culturais nas últimas décadas. O agravamento das desigualdades sociais tem levado os grupos menos favorecidos a uma contínua

pauperização, marcada pela precarização das relações de trabalho. Muitas vezes, esses segmentos se inserem no mercado em ocupações de baixa qualificação e rendimento, resultando em alta exploração e falta de vínculos trabalhistas, especialmente entre mulheres e jovens. Em resposta, é comum que mais de um membro da família busque emprego para suprir as necessidades básicas. Essa situação se agrava em casos de doenças graves, como o câncer, onde o poder aquisitivo das famílias se torna ainda mais comprometido, especialmente se o paciente ou seu cuidador for o principal provedor

Segundo a PNAD Contínua 2022 do IBGE¹⁹, cerca de 41,5% das famílias brasileiras são chefiadas por mulheres, refletindo sua crescente participação como provedora. Essa realidade, especialmente nas famílias de baixa renda, acentua a pobreza devido ao acesso limitado a bens e serviços e à baixa remuneração, resultando em maior vulnerabilidade social. Sobrecarregadas com múltiplas responsabilidades, essas mulheres lidam com uma carga de trabalho intensa que pode impactar negativamente sua saúde. Além disso, as condições sociais e econômicas aumentam os riscos de adoecimento, especialmente em relação ao câncer, onde a falta de acesso a serviços de saúde para detecção e tratamento precoce é uma barreira significativa, exigindo atenção às condições socioeconômicas para garantir um tratamento eficaz (CARVALHO, 2008)⁹.

Devido ao tensionamento do movimento feminista conjuntamente com o movimento sanitário no final do século XX, a historicidade das relações patriarcais é reconhecida pelo Governo, que destaca a importância do reconhecimento da desigualdade de gênero ao pensar a saúde das mulheres por meio política nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), concretizada apenas em 2004, mas que teve o início de sua construção em 1984, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e que tem como objetivo a promoção da melhoria de vida das mulheres brasileiras, redução da morbidade e mortalidade feminina e a ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS.

“A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.”²⁰

As concepções de gênero e as definições de seus papéis, sofrem influências diretas da estrutura de sociedade anteriormente citada e no processo de adoecimento por câncer, a questão de gênero se mantém sendo muito significativa, desde o rastreio/diagnóstico até o enfrentamento da doença. Segundo Nunes, Silva e Corona (2016, p. 7)²¹ “[...] o adoecimento por câncer apenas traz à tona as relações sociais que a sociedade reproduz e que estão embutidas de relações de subalternação de gênero”, na presente pesquisa partilha-se desse pensamento, acreditando que os profissionais de saúde precisam estar sensíveis a temática de gênero, compreendendo como isso tem diversos desdobramentos no processo saúde-doença.

Tópico 3: perfil sociodemográfico de mulheres com câncer atendidas no HRAN

3.1 Apresentação do campo

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) localizado no endereço: SMHN Quadra 101 Bloco A Área Especial – Brasília-DF, situado na região central do Distrito Federal.

De acordo com a carta de serviço do referido hospital, atualizada em 2021²², o HRAN presta serviços de emergência e urgência nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral; Clínica Médica; Odontologia; Ginecologia e Obstetrícia; Oftalmologia; Queimados e Cirurgia Plástica. Dispõe de profissionais da enfermagem, médicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre muitos outros profissionais da saúde de diversas especialidades, além de técnicos administrativos e serviços gerais.

O hospital em tela é composto, resumidamente, em sua estrutura física, com 7 andares, sendo: Subsolo, com as salas do ambulatório, guichê de atendimento, odontologia e instalações como lavanderia, anatomia e afins; O primeiro andar, com o Pronto Socorro, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Obstétrico, salas de serviço administrativo, alguns núcleos, como o Núcleo de Serviço Social, além de um espaço com biblioteca, Núcleo de Educação Permanente e afins; Os demais 6 andares são de enfermarias de internação, que contam com as especialidade já citadas, entre outras.

De acordo com o site oficial do Governo do Distrito Federal²³, o HRAN é referência no atendimento às vítimas de queimaduras, lábio leporino, cridown (atendimento às pessoas com Síndrome de Down), cirurgia bariátrica e também, está credenciado junto ao Ministério da Educação e Ministério da Saúde como Hospital Ensino. O Pronto-Socorro conta com 81 leitos para internação/observação e as enfermarias de internação totalizam 286 leitos.

Com relação a definição do hospital na rede de atenção oncológica, segundo o Plano Distrital de Atenção Oncológica do Distrito Federal 2019-2023, localiza-se como hospital geral com cirurgia oncológica. Portanto, os pacientes fazem acompanhamento em oncologias clínicas de outros hospitais e vão ao HRAN para realização de cirurgia via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou dão entrada pelo Pronto Socorro e durante o atendimento é identificada a suspeita da doença, e com a confirmação do diagnóstico e indicação, realiza-se cirurgia, com posterior encaminhamento à rede de saúde para continuidade no acompanhamento e tratamento com especialistas em oncologia.

3.2 Análise e discussão dos dados

A organização dos dados coletados se deu a partir do programa de Planilhas do Google, onde os dados foram tabulados e passaram por uma correção de possíveis erros de digitação e classificação. A partir dos dados foram gerados gráficos e/ou tabelas, para melhor visualização dos resultados quantitativos que estão compondo a discussão proposta. Portanto, a análise de conteúdo se deu por intermédio da categorização e tabulação, inferência, descrição e interpretação dos dados.

O método utilizado para análise dos dados coletados é o materialista histórico dialético em que se busca a compreensão do objeto na totalidade social e suas determinações sociais, sendo definido como:

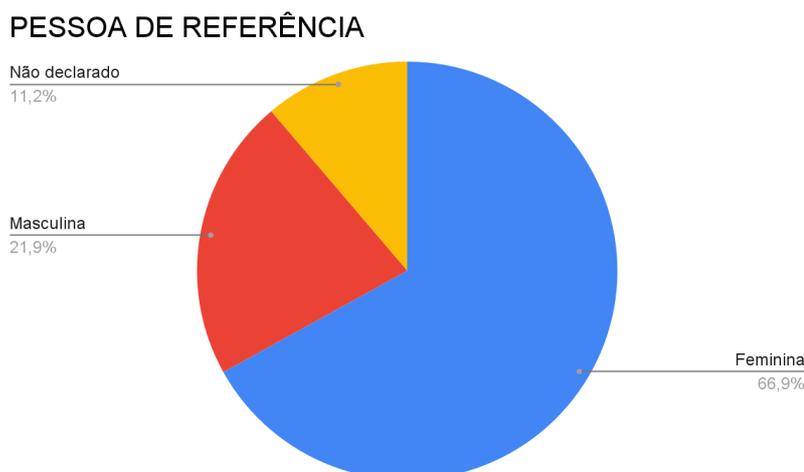
“[...] o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou.”²⁴

Foram consideradas as seguintes variáveis: Data de atendimento; Identidade de gênero; Faixa etária; Raça; Cidade do domicílio; Situação de moradia, se é imóvel próprio, alugado, financiado, cedido, ocupação irregular, instituição de acolhimento ou outros; Escolaridade; Ocupação/Profissão; Se recebe ou não benefícios do governo; Tipo de Câncer; Ciência da paciente sobre o diagnóstico; Quem representa sua rede de apoio principal (familiares, amigos, instituição religiosa, instituição pública, instituição do terceiro setor, nenhuma ou outras); Porta de entrada no SUS (atenção básica, secundária, terciária ou rede privada).

O Serviço Social na saúde desempenha um papel crucial no acompanhamento e suporte aos pacientes, especialmente na promoção de direitos, no enfrentamento de desigualdades sociais e no fortalecimento da rede de apoio social. Os assistentes sociais atuam diretamente com as equipes de saúde, realizando triagens, orientações e encaminhamentos. Essa atuação é essencial, considerando que os determinantes sociais influenciam diretamente na saúde dos indivíduos. Além disso, o Serviço Social na saúde é fundamentado em princípios éticos e legais, conforme o Código de Ética do Assistente Social (CFESS, 1993)²⁵, que orienta a intervenção profissional no sentido de garantir a dignidade, a equidade e o acesso universal à saúde para todos os cidadãos.

Durante a prática profissional no cotidiano do serviço de saúde, prestando atendimento aos pacientes hospitalizados, o Serviço Social realiza acolhimento e admissão social com o objetivo de compreender as condições de vida e de trabalho, analisar o contexto sociofamiliar e econômico, bem como identificar outros determinantes sociais que impactam no processo de saúde e doença. A partir disso, busca-se entender o contexto de vida, a dinâmica cotidiana do usuário, como o paciente e sua rede de apoio se organizam durante a internação hospitalar, quais vínculos afetivos mantêm e como essas relações sociais se estabelecem. Dessa forma, identifica-se a pessoa responsável por centralizar as orientações e atuar como ponto focal para o contato da equipe multiprofissional com a família. A pessoa de referência, portanto, é aquela que mantém vínculos de cuidado e afetividade com o paciente e se responsabiliza primariamente pela organização dos cuidados.

Conforme disposto no gráfico abaixo, 66,9% das pessoas de referência dessas mulheres adoecidas são outras mulheres do núcleo familiar, enquanto apenas 22,9% dos homens se responsabilizam primariamente pelos cuidados. Além disso, a família se destaca como a principal rede de apoio das mulheres internadas, representando cerca de 96,2%, de acordo com dados coletados pelo serviço social do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).



Fonte: Autoria Própria

O que demonstra a construção social do feminino entorno do cuidado, é que apesar da ampliação das mulheres dentro do mercado de trabalho, segundo pesquisa divulgada pela agência GOV (2024)²⁶, utilizando-se de dados do censo demográfico de 2022, “49,1% dos lares brasileiros são chefiados por mulheres, o que representa uma mudança em relação a 2010, quando 61,3% dos lares eram chefiados por homens”, não se abandona a vinculação das mulheres com o cuidado, perpetuadas dentro da (re)produção social, presentes no imaginário coletivo e reforçadas pela cultura, religião, organizações, relações sociais e etc.

A mulher passa a se responsabilizar tanto pelo mundo doméstico, gerando riqueza social de forma indireta, quanto pela geração direta de riqueza social no mercado de trabalho, o que desencadeia cargas duplas e triplas de trabalho.

Em relação à faixa etária das usuárias atendidas, há preponderância de mulheres idosas, sendo 199 usuárias idosas (60 anos ou +), com grande quantitativo de mulheres adultas, sendo 161 usuárias adultas (30 a 59 anos) e somente 6 mulheres jovens, entre 18 e 29 anos. O adoecimento de pessoas com 60 anos ou mais se dá pelo fato de que o câncer é uma doença que acomete majoritariamente pessoas idosas, sendo mais de 50% dos casos diagnosticados no Brasil, segundo os dados do INCA (2022)⁶, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população são fatores que contribuem significativamente para a elevação da incidência da doença entre essa faixa etária.

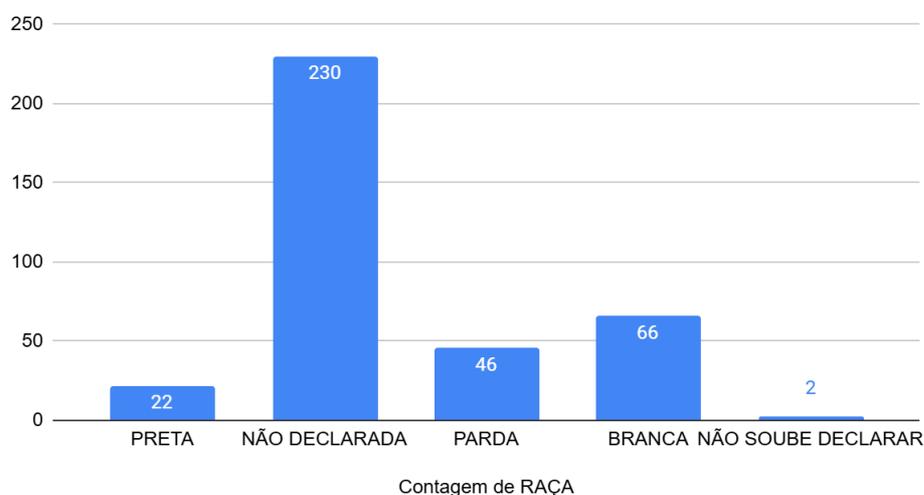
Além disso, o diagnóstico oncológico em pessoas idosas pode agravar o fenômeno de isolamento social dessa população, pois é um momento da vida em que o idoso se vê com cada vez menos vínculos e isolado até mesmo dentro do núcleo familiar, que nos momentos de adoecimento necessita se reorganizar para exercer o cuidado.

Na fase adulta, espera-se produtividade e participação na produção da riqueza social. Quando a mulher não consegue corresponder às expectativas sociais relacionadas ao trabalho doméstico não remunerado e ao cuidado dentro do lar heteropatriarcal, e passa a necessitar de cuidados, ocorre muitas vezes um movimento de isolamento e perda dos vínculos anteriormente estabelecidos, o que pode acarretar em sofrimento psíquico.

O Estatuto da Igualdade Racial, estabelecido pela Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010²⁷, determina que órgãos públicos coletem dados sobre cor/raça para fins de monitoramento das condições sociais dessa parcela da população. Da mesma forma,

a Portaria nº 2.437 de 2005 que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências, apontam a necessidade de coleta de informações dentro do Sistema Único de Saúde. Contudo, observa-se que a coleta do quesito cor/raça não é realizada de forma ampla pelos profissionais do Serviço Social da instituição, tendo em vista a maior quantidade “não declarada”. Ainda se enfrenta estigma na coleta dessa informação, resultante da complexidade da autodeclaração no Brasil e da maneira como o racismo se manifesta, devido à falta de debate sobre identidade racial no país.

AUTODECLARAÇÃO DE RAÇA



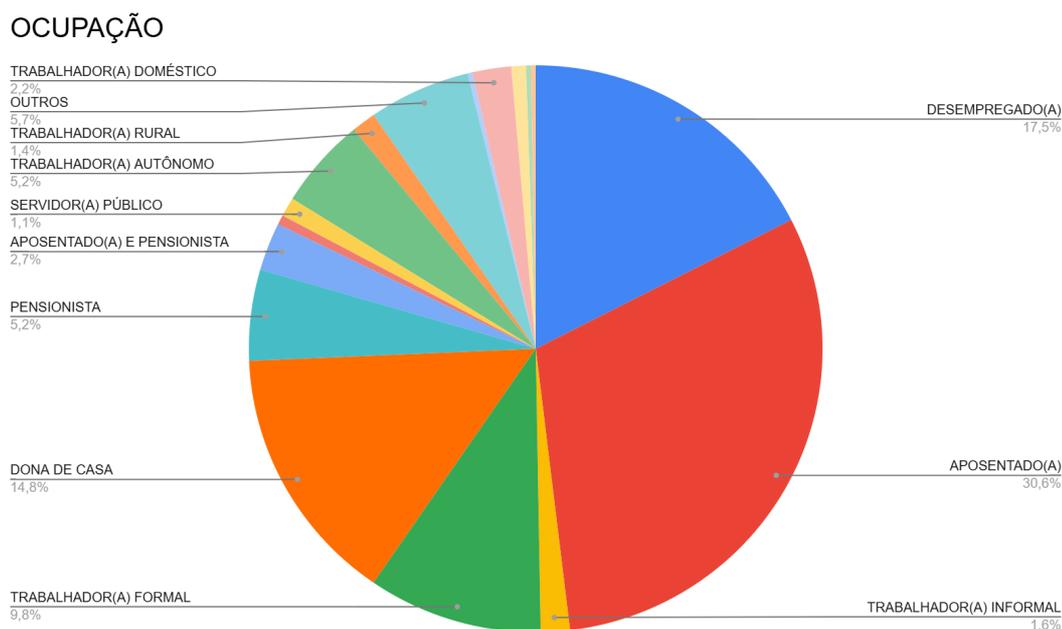
Fonte: Autoria Própria

Outro aspecto central para compreender o perfil das usuárias é entender o território onde essas mulheres vivem. Dentro da organização territorial do Distrito Federal, são notáveis os reflexos de classe social e raça, originados pelo processo de formação da capital. Esse processo resulta em uma contínua expulsão da pobreza da região central de Brasília para as regiões administrativas, marcadas pela ausência e precariedade dos serviços disponíveis, como educação, saúde, lazer, cultura, esporte, entre outros.

“[...] a expansão urbana no Distrito Federal caracterizou-se por ações como: a) progressiva criação dos novos assentamentos, b) transferência de favelas para locais distantes e c) ausência de locais de moradia próximos ao Plano Piloto para a maioria dos trabalhadores que vieram fazer parte da construção da nova capital. Os autores aproximam-se ao demonstrar como as políticas públicas, principalmente quando voltadas para o zoneamento e para o uso e ocupação do solo, são determinantes para a estrutura atual da cidade. As ações de agentes públicos e privados podem ser reputadas como responsáveis pela descontinuidade do tecido urbano, assegurada pelo discurso preservacionista em relação ao Plano Piloto de Brasília, o que gera um modelo que, contraditoriamente, intensifica a reprodução das desigualdades mediante localização das moradias a despeito do planejamento global”²⁸

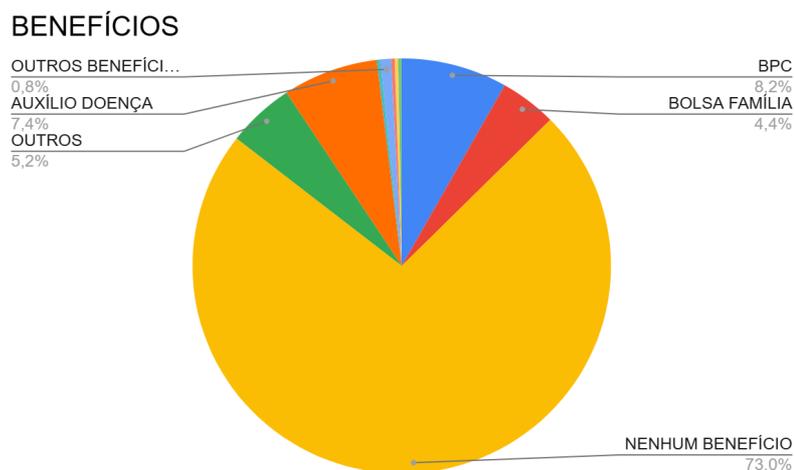
Esse processo de expansão atinge proporções tão significativas que o entorno do Distrito Federal, composto por cidades do estado de Goiás, também passa a orbitar a capital, vivenciando uma precariedade ainda maior. Observa-se um percentual significativo de mulheres provenientes do entorno (15,8%), que acessam o sistema de saúde da capital federal em vez do estado de origem. Também chama a atenção a quantidade de mulheres provenientes de outros estados (7,9%). Tal informação pode denotar a fragilidade da organização dos sistemas de saúde de alguns estados, em comparação com o Distrito Federal.

No que diz respeito à ocupação, é possível verificar que 38,5% são aposentadas e/ou pensionistas, provavelmente em decorrência da grande quantidade de mulheres idosas atendidas. Apenas este grupo possui continuidade de renda durante todo o período de adoecimento. Todas as outras categorias de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho enfrentarão, devido aos entraves burocráticos de acesso aos benefícios previdenciários ou por não estarem vinculados a nenhum sistema de previdência, um período sem renda. Da mesma forma, trabalhadores em ocupações mais precarizadas, como os informais e autônomos, que assumem os riscos inerentes ao trabalho, perdem a possibilidade de auferir renda. Nesses casos, as mulheres atendidas deverão acessar os benefícios da política de assistência social para conseguir algum tipo de renda.



Fonte: Autoria Própria

Em relação aos direitos sociais das usuárias, observa-se no gráfico abaixo que 73% delas não estão recebendo nenhum benefício, sejam previdenciários ou assistenciais. Alguns direitos possíveis incluem aqueles proporcionados pela previdência social, administrada pelo INSS, que cobre trabalhadores celetistas, com benefícios como o de incapacidade temporária e o de incapacidade permanente, comumente conhecido como aposentadoria por invalidez. Além disso, a assistência social oferece o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que, embora não precisem estar diretamente relacionados ao adoecimento, representam possibilidades de cobertura em momentos de dificuldades.



Fonte: Autoria Própria

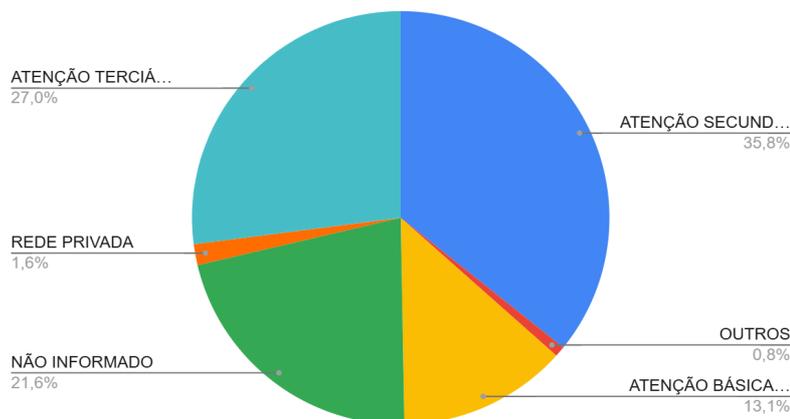
Esse contexto de não recebimento de benefícios, pode indicar que a usuária nunca realizou contribuições para a previdência, devido à dedicação ao trabalho reprodutivo, informalidade, trabalho autônomo, entre outros fatores. Pode também ter ocorrido a perda da condição de segurado da previdência social, ou seja, a usuária perdeu o período de cobertura previdenciária após a demissão de vínculo empregatício anterior. Outra possibilidade é que, por falta de informações ou devido a entraves burocráticos, ela não tenha solicitado o benefício ou tenha tido seu pedido negado pelo INSS. Essa situação é grave e demonstra a dificuldade que os usuários enfrentam para acessar seus direitos. Nesse contexto, o serviço social de diversas instituições, com ênfase no Serviço Social na saúde, tem a obrigação, enquanto profissão, de identificar e intervir nas situações de não acesso.

O gráfico abaixo indica a porta de entrada dessas mulheres na rede de saúde pública, e explicita uma situação complexa dentro desse sistema, denotando a dificuldade encontrada de uma política preventiva e descentralizada, que esteja próxima ao usuário em seu território. Segundo a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica:

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.²⁹

Entretanto, observa-se que apenas 13,1% das usuárias tiveram como porta de entrada a atenção básica, o que dá evidências de um sistema de saúde com baixa resolutividade e que não é próximo da população e não faz parte do cotidiano dentro da vida da classe trabalhadora.

PORTA DE ENTRADA



Fonte: Autoria Própria

Em relação aos tipos de câncer, os dados corroboram as estimativas de incidência do câncer no Brasil, divulgadas pelo INCA-6 para o triênio 2023-2025. De acordo com essas estimativas, o câncer de mama feminino é o mais comum no Brasil e em todas as regiões do país. Entre as participantes, o câncer de mama é o mais incidente, representando 20,5% dos casos, enquanto o câncer de pele ocupa a segunda posição, com 14,8% dos casos.

A comunicação do diagnóstico oncológico exige uma abordagem empática, clara e respeitosa, devido à carga emocional envolvida. Profissionais de saúde devem adotar estratégias que promovam o acolhimento e esclarecimento adequado, pois uma comunicação inadequada pode gerar angústia e afetar a adesão ao tratamento. A comunicação deve ser personalizada, considerando o contexto psicológico e cultural do paciente, para garantir que ele compreenda e tome decisões informadas sobre o tratamento (Goffman, 1963)³⁰.

No estudo, 74,6% das pacientes sabiam do diagnóstico, 10,4% sabiam parcialmente e 10,1% não tinham conhecimento do diagnóstico. Isso revela que, embora a maioria das pacientes esteja informada, uma parte significativa não recebe todas ou nenhuma informação. A autonomia do paciente, garantida pela bioética, assegura o direito à informação clara sobre o diagnóstico e as opções de tratamento, promovendo decisões informadas e confiança no tratamento (Beauchamp e Childress, 2013)³¹. A Constituição Brasileira e o Código de Ética Médica reforçam essa obrigação dos profissionais de saúde (CFM, 2019)³².

4. Considerações Finais

Este estudo analisou o perfil sociodemográfico de 367 mulheres com câncer atendidas pelo Serviço Social do HRAN entre 2019 e 2023, com o objetivo de investigar a influência dos determinantes sociais da saúde, particularmente aqueles relacionados ao gênero, no processo de adoecimento. Os resultados evidenciaram a preponderância de mulheres idosas (54,2%) e adultas (43,9%), o que está em consonância com a tendência nacional de maior incidência de câncer em faixas etárias mais avançadas. A pesquisa também destacou a centralidade da família como rede de apoio (96,2%), com a mulher (66,9%) assumindo o papel principal de cuidadora, o que reforça a construção social que atribui às mulheres a responsabilidade pelo cuidado, mesmo diante da crescente inserção feminina no mercado de trabalho.

Foi observada também que a maioria das mulheres reside em casa própria (64,6%); contudo, a análise territorial revelou que 15,8% delas são oriundas do entorno do Distrito Federal e 7,9% de outros estados, sugerindo a busca por serviços de saúde mais especializados na capital federal e indicando possíveis fragilidades na rede de atenção oncológica em outras regiões. A pesquisa revelou ainda um baixo nível de escolaridade, com 48,8% das participantes sem ensino médio completo, e 73% sem acesso a benefícios sociais, evidenciando vulnerabilidades socioeconômicas e dificuldades no acesso a direitos.

Quanto ao tratamento, os cânceres de mama (20,5%) e de pele (14,8%) foram os mais frequentes, confirmando as estimativas nacionais de incidência. Embora 74,6% das pacientes soubessem de seu diagnóstico, a existência de casos com conhecimento total ou parcial do diagnóstico (20,5%) reforça a necessidade de aprimorar a comunicação do diagnóstico, garantindo a autonomia e o direito à informação. A pesquisa também revelou que a porta de entrada no SUS ocorreu majoritariamente por pronto-socorro (59,7%) e encaminhamentos da rede privada (17,7%), o que aponta fragilidades na atenção básica e dificuldades no acesso a serviços preventivos e de diagnóstico precoce.

A confirmação da hipótese do presente artigo de que os determinantes sociais de saúde, especialmente aqueles relacionados ao gênero, influenciam diretamente no processo de adoecimento por câncer, desde o rastreamento/diagnóstico até o tratamento/enfrentamento, foi sustentada pelos resultados deste estudo. Além disso, o objetivo geral de analisar o perfil sociodemográfico das mulheres com câncer atendidas pelo Serviço Social do Hospital Regional Asa Norte (HRAN) durante o período de três anos (2019-2023), a partir do enfoque das discussões de gênero, foi atingido no desenvolvimento da pesquisa.

Diante do exposto, conclui-se que o adoecimento por câncer em mulheres constitui um fenômeno complexo, influenciado por determinantes sociais que se inter-relacionam com questões de gênero. Os resultados evidenciam a necessidade urgente de políticas públicas que promovam a equidade no acesso à saúde, à educação e à qualificação da rede de atenção oncológica, garantindo diagnóstico precoce, tratamento integral e suporte social adequado para as mulheres com câncer e suas famílias. Ressalta-se, ainda, que o tema abordado não pode ser exaurido em uma única pesquisa. Dessa forma, sugere-se que futuros estudos e pesquisas aprofundem a análise do assunto, ampliando os dados coletados e contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no enfrentamento dessa questão.

Referências

- 1- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitadas, 2011.
- 2- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.
- 3- BRASIL. Lei 8080 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. Diário Oficial da União 1990; set 20.
- 4- BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda de; SILVA, Samara Frizzeira da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. Rev. enferm. UFSM, p. 499-510, 2015.
- 5- DE ALMEIDA, Karoline Brandão Cavalcante; DE CARVALHO GUIMARÃES, Jairo. A atuação do assistente social no atendimento oncológico: realidades, humanização, desafios e possibilidades. **Serviço Social em Revista**, v. 26, n. 1, p. 79-100, 2023.
- 6- INCA. 2022. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acessado em: 12 de dezembro de 2023.
- 7- INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Causas e tratamento do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>. Acesso em: 25 de setembro de 2024.
- 8- DE ANDRADE, Agda Mariana Rosa; DE AZEVEDO, Júlia Menezes Hupsel. O impacto do diagnóstico oncológico: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Científica Hospital Santa Izabel**, v. 2, n. 3, p. 36-40, 2018.
- 9- DE CARVALHO, Célia da Silva Ulysses. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.
- 10- SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 44-56, 2013.
- 11- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (BRAZIL). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/as-causas-sociais-das-iniquidades-em-sa%C3%BAde-no-brasil.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2024.

- 12- MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. Serviço Social e Sociedade. **Fronteiras, Montevidéu**, 1997.
- 13- SCOTT, Joan W. et al. Os usos e abusos do gênero. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 45, 2012.
- 14- ALVES, Andrea Moraes. Pensar o gênero: diálogos com o Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, p. 268-286, 2018.
- 15- LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: vozes, 1997.
- 16- NOGUEIRA, Ana Claudia Correia; SILVA, Letícia Batista da. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. 2009
- 17- BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão social**, v. 1, n. 1, 2005.
- 18- LYRA, Jorge et al. Homens e cuidado: uma outra família. **ACOSTA, AR &**, 2008.
- 19- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). "PNAD Contínua: 2022." Disponível em: IBGE. Acesso em: 03 de outubro de 2024.
- 20- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM): Princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2004.
- 21- NUNES, Kezia; SILVA, Camila; CORONA, Jefferson. Ser mulher: expressões da questão social em mulheres com câncer de colo de útero. In: II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro 2016. 2016.
- 22- Carta de serviços do Hospital Regional da Asa Norte. df.gov.br, 2020. Disponível em:
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Carta_73440637_CARTA_DE_SERVICOS_HOSPITAL_REGIONAL_DA_ASA_NORTE_2020_1__1_+%281%29.pdf/3f536ed8-cde5-16ad-c664-2261e88e88ba?t=1651682575550>. Acesso em: 28 de setembro de 2023.
- 23- Hospital Regional da Asa Norte. df.gov.br, 2023. Disponível em:
<<https://www.df.gov.br/hospital-regional-da-asa-norte-hran/>>. Acesso em: 28 de setembro de 2023.
- 24- NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 668-700, 2009.
- 25- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Brasília, 1993.

- 26- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: em 12 anos, proporção de mulheres responsáveis por domicílios avança e se equipara à de homens**. Agência IBGE de Notícias, 23 jan. 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41663-censo-2022-em-12-anos-proporcao-de-mulheres-responsaveis-por-domicilios-avanca-e-se-equipara-a-de-homens>. Acesso em: 23 jan. 2025.
- 27- BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2010.
- 28- COELHO, Juliana Machado. Na riqueza e na pobreza: o papel da configuração para o estudo de centralidades e desigualdades socioespaciais em Brasília. 2017.
- 29- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, v. 204, 2011.
- 30- GOFFMAN, E. (1963). Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. São Paulo: Editora Perspectiva.
- 31- BEAUCHAMP, T. L., & Childress, J. F. (2013). Princípios de ética biomédica (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 32- CFM (Conselho Federal de Medicina). (2019). Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Recuperado de <http://www.portal.cfm.org.br>