



6º Encontro Internacional de Política Social
13º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Duzentos anos depois: a atualidade de Karl
Marx para pensar a crise do capitalismo
Vitória (ES, Brasil), 4 a 7 de junho de 2018

Eixo: Mundo do trabalho.

**OS IMPACTOS DO MUNDO DO TRABALHO NO TRATAMENTO
ONCOLÓGICO**

Joana Polycarpo Torres¹

Resumo: Trata-se de um relato de experiência derivado da atuação profissional no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Este artigo tem por objetivo a discussão da temática do mundo do trabalho problematizando os seus impactos na vida social dos indivíduos no contexto do adoecimento oncológico, considerando a configuração do trabalho na sociedade capitalista e as metamorfoses sofridas na contemporaneidade.

Palavras-chave: Trabalho; câncer; Serviço social; Residência multiprofissional.

THE IMPACTS OF THE WORLD OF WORK ON CANCER TREATMENT

Abstract: This is an experience report derived from the professional performance in the Multiprofessional Oncology Residency Program of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva - INCA. This is a problem for the purpose of a discussion of the world of work that is being problematized in its impacts on the social life of individuals in the context of cancer oncology, considering a configuration of the work in capitalist society and as metamorphoses suffered in the contemporary world.

Keywords: Work; Cancer; Social Work; Multiprofessional Residency.

Introdução

Este relato de experiência debruça-se sobre a temática do mundo do trabalho, sobretudo, frente as metamorfoses advindas da contemporaneidade, problematizando-a em um contexto de adoecimento oncológico. Tem a pretensão de discutir os impactos da inserção no mercado de trabalho, bem como o acesso dos indivíduos as Políticas de Seguridade Social e Assistência Social no processo de tratamento oncológico a partir de uma análise conjuntural política, econômica e social compreendendo o movimento histórico e dialético da sociedade.

Este estudo parte das reflexões decorrentes da atuação profissional no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA², especificamente na enfermagem de Hematologia do Hospital de

¹ Assistente Social, graduada pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Oncologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: <joanapolycarpo@hotmail.com>.

² Especialização *lato sensu* iniciada em Março de 2016 e concluída em Fevereiro de 2018.

Câncer I – HCI. Trata-se de uma situação desafiadora para a equipe multiprofissional, ressaltando-se o papel fundamental do Serviço Social na condução de estratégias com vistas a contribuir para a garantia do tratamento, bem como o suporte aos demais âmbitos da vida social extra-institucionais, considerando a importância da trajetória do usuário neste contexto.

Este estudo foi analisado a luz do referencial teórico do materialismo histórico-dialético, considerando possível a intervenção na realidade a partir do Método de Marx, analisando a gênese e o desenvolvimento da sociedade burguesa, fundada no modo de produção capitalista (NETTO, 2011). Portanto, pretende-se buscar referenciais teóricos que possam traduzir-se em reflexões acerca da situação vivenciada no cotidiano profissional.

Descrição do Caso

Usuário H.A.S, 32 anos, solteiro, natural do Rio de Janeiro, residente da Comunidade Cidade de Deus (Jacarepaguá), com ensino fundamental incompleto. Deu entrada no INCA em Março de 2016, realizando sua primeira internação para controle de dor e investigação diagnóstica, sendo confirmado diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (ou Leucemia Linfóide Aguda).

Em atendimento com o Serviço Social, informou possuir oito irmãos, duas residentes na Paraíba e seis residentes no Rio de Janeiro. H.A.S reside com três dos seus irmãos (23, 27 e 37 anos) em imóvel de herança dos pais, ambos falecidos.

Em relação a situação trabalhista, informou ter trabalhado de carteira assinada há dois anos por um período curto (menos de 12 meses) e atualmente, assim como seus três irmãos, não possui vínculo formal com a Previdência Social, trabalha no mercado informal realizando “bicos”.

Em relação ao tratamento oncológico, relata ter ciência de seu diagnóstico e que poderá contar com suporte de amigos, vizinhos e irmãos para organização em prol do tratamento (acesso ao INCA e resolução de questões da vida prática). Apesar disto, ressalta impossibilidade de permanecer acompanhado nas consultas e nas internações. Relata, ainda, conflitos familiares em decorrência do abuso de álcool, mantendo vínculo com apenas dois de seus irmãos.

A piora em seu quadro clínico durante o período de internação resultou na necessidade de pensar com o mesmo, em conjunto com equipe multiprofissional e rede de apoio, a

necessidade de organização da alta hospitalar (prevista por equipe médica) e acompanhamento ambulatorial. O Serviço Social aborda com usuário possibilidade de suporte em domicílio, bem como o seu acompanhamento, tendo em vista que o usuário entra na unidade com mobilidade preservada, passando a condição de acamado. Além disso, o indispensável auxílio da rede social na resolução de questões burocráticas para o acesso aos direitos sociais torna-se um motivo a mais para aproximação destes ao processo de tratamento do usuário.

H.A.S indica cunhada e amiga como principais referências, porém ressalta que ambas trabalham, descartando a possibilidade de comparecimento ao hospital. Após confirmação da alta hospitalar por equipe médica, o usuário informa não ter conseguido contato com familiares e solicita auxílio. Passados alguns dias, conseguimos contato com um dos irmãos do usuário que relatou não ter disponibilidade de comparecimento a unidade para visitas e suporte devido ao trabalho. Realizamos abordagem na tentativa de informá-lo e sensibilizá-lo acerca da situação de vulnerabilidade que usuário se encontra, abordar as dificuldades do tratamento e benefícios do suporte familiar. O mesmo informa que tentará organizar-se com demais familiares para comparecimento a unidade para conversa com equipe multiprofissional.

Em novo atendimento social, H.A.S refere não ter tido qualquer contato dos familiares nos dias que se passaram e fornece contato de amiga. Realizamos contato telefônico e esta surpreende-se com o fato dos irmãos não terem comparecido no dia que fora combinado, porém informa que a cunhada do usuário trabalha em domicílio (costureira) e disponibilizou-se a auxiliá-lo nos cuidados.

Em novo atendimento social, usuário encontrava-se aborrecido com sua situação clínica, condição de dependência e ausência de familiares (SIC). Informamos sobre a possibilidade de encaminhamento ao CRAS da região para inclusão em programas sociais e auxílio no acesso aos direitos sociais e contato com Associação de Moradores para possível auxílio no acesso ao tratamento. O mesmo concorda e, então, realizamos contato telefônico com a assistente social do CRAS e esta informa não haver possibilidade de visita domiciliar na comunidade (Conjunto Nova Cruzada) por ser área de grande conflito. Fornece contatos da UPA, Posto de Saúde e Associação de Moradores da Cidade de Deus. Encaminhamos o caso a rede da região e permanecemos acompanhando o caso após concretização de alta hospitalar.

O usuário passou por algumas reinternações devido à dificuldade de adesão ao tratamento e necessitou de diversas intervenções em todas elas, principalmente no período de alta hospitalar em decorrência da perda de mobilidade, bem como em relação a restrição financeira oriunda da sua incapacidade laborativa, ambos resultando em dependência física, financeira e, ainda, emocional.

Os Impactos do Mundo do Trabalho no Tratamento Oncológico

O câncer, por ser uma doença grave e extremamente invasiva, acaba por reconfigurar a vida dos indivíduos e seus familiares trazendo uma série de impactos complexos de serem enfrentados. Segundo a estimativa do INCA (2017), no Brasil aponta-se para a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer entre 2016 e 2017. Além de ser considerado um problema de saúde pública devido a sua significativa prevalência e incidência, o câncer pode ser considerado uma expressão da questão social. Sua incidência está fortemente relacionada à exposição a fatores externos de riscos ambientais, sócio-ocupacionais e culturais que o compreendem a partir de uma determinação social, se considerado o conceito de saúde em seu sentido ampliado resultante de condições que perpassam fatores como renda, trabalho, habitação, alimentação, transporte, educação, lazer.

O câncer como reflexo das desigualdades sociais apresenta problemas que desencadeiam no acesso à rede de serviços de saúde e na qualidade dos mesmos, o que resulta no diagnóstico tardio e, conseqüente agravamento da saúde dos indivíduos. O seu tratamento é caracterizado como longo e, a priori, necessita de um acompanhamento da rede social para que seja melhor sucedido. Devido a todas as características citadas, ainda hoje é considerada um “tabu” para a sociedade e isso impacta na dificuldade de adesão aos serviços de prevenção da doença.

A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), acometida no referido usuário (HAS), na maioria dos casos, invade o sangue com razoável rapidez e pode se disseminar para outras partes do corpo, necessitando de um curso intensivo de tratamento. Segundo estimativa do INCA (2015), no Brasil, para o período de 2000 a 2005, a sobrevida relativa em cinco anos de leucemia em adultos foi de 20%. A alta mortalidade para esse tipo de câncer reflete um pior prognóstico, particularmente em populações de menor nível socioeconômico. Isso reflete a determinação social da saúde, fazendo-se compreender o

câncer, também, como uma expressão da questão social. BARATA (2009) debruça-se sobre a iniquidade em saúde e ressalta:

O sistema de reprodução social dos diferentes grupos inclui os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social, a política e a cultura. Esse sistema contraditório de relações, do qual participam processos benéficos mantenedores da saúde e processos deletérios produtores da doença, acoplam-se aos padrões de saúde-doença das frações de classes sociais, constituindo assim os perfis epidemiológicos de classe. [...] As desigualdades nas condições de vida, decorrentes de diferenças substantivas nesse processo de reprodução social, terão reflexos nas situações de saúde que serão então identificadas como iniquidades (BARATA, 2009, p. 24).

Considerando o supracitado, a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do SUS³ deve ser considerada uma estratégia de controle do câncer por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos, entendendo a distinção nas formas de acesso aos serviços e oportunidades diretamente ligada a posição que os indivíduos ocupam na sociedade. Ou seja, o nível socioeconômico influencia a situação de saúde de determinado grupo social e, portanto, a saúde não pode ser vista dissociada desses fatores e das desigualdades sociais intrínsecas a gênese desta sociedade.

O tratamento da LLA caracteriza-se como longo e, a priori, requer suporte da rede social a fim de que haja melhores condições de tratamento e cura. Os benefícios trazidos pelo suporte da rede social são inegáveis em relação a demandas que vão desde debilidades causadas pelo quadro clínico até a resolução de questões da vida prática, por exemplo no requerimento de um direito social que pode trazer grande impacto na continuidade do tratamento.

Em se tratando especificamente da saúde e do referido caso, existem duas questões principais que atravessam a participação familiar no cuidado, sendo estas: o trabalho e a referência do cuidado na figura feminina. Partindo-se deste princípio, torna-se um desafio lidar com situações em que os vínculos familiares estão fragilizados ou mesmo rompidos, encontrando lacunas em situações, bastante recorrentes, em que os usuários não possuem o referencial familiar como base da sua construção social, complexificando o processo de trabalho em saúde.

³ Portaria nº 874 de 16 de Maio de 2013.

Nestas casos, encontramos barreiras na interlocução com a equipe na medida em que consideram que o usuário na referida situação é parte de uma família "desestruturada" ou vítima de abandono. Porém, não deve ser desconsiderado que os indivíduos podem possuir outras referências que não se enquadram no modelo tradicional, mas são produto do meio social e possuem uma construção histórica de valores culturais sobre os quais estabelecem suas relações e vínculos afetivos. Não deve ser desconsiderada, ainda, a história pregressa a doença e ao tratamento oncológico a fim de não culpabilizar a família, vitimizar o usuário ou vice-versa, entendendo a necessidade de respeitar a autonomia dos mesmos.

Conforme ressaltam Freitas, Braga e Barros (2013), devemos considerar a multiplicidade de tipos familiares com uma variedade de formas, organização, crenças, valores e práticas. Sendo assim, “[...] é localizando a família na complexidade da sociedade moderna, tendo por pressuposto sua pluralidade e a perspectiva de que os sujeitos sociais são sujeitos em transformação [...].” (FREITAS; BRAGA; BARROS, 2013, p.17).

Na ausência da família/acompanhante na unidade deve ser edificada a presença da equipe multiprofissional na garantia do suporte necessário ao paciente. Os questionamentos em relação a ausência familiar parte, por vezes, da ótica e experiência pessoal de cada um e, ainda, considerando o que é funcional para o processo de trabalho (a presença de um cuidador para auxílio nas atividades da rotina hospitalar) não alcançando uma visão ampliada da situação e, em primeira instância, o atendimento integral ao paciente.

Ao analisar a participação familiar no cuidado, percebe-se que apesar de culturalmente já ter sido estabelecida essa responsabilidade as famílias, é na década de 1970, com a crise do Welfare State, que a sociedade civil assume formalmente esse papel e a família passa a ser protagonista na proteção social. As famílias assumem centralidade nas políticas e programas sociais e passam a ser requisitadas no desempenho de ações, até então, restritas ao Estado. Além da família, o Estado deve ser responsável por prover as condições indispensáveis à vida e à saúde dos indivíduos e, portanto, o grande impasse está na isenção da garantia de políticas públicas que supram as reais necessidades dos indivíduos e deem condições para que as famílias possam participar do cuidado.

Pode-se problematizar a ausência de amparo legal de proteção ao trabalho, impossibilitando o acompanhamento dos familiares no período de tratamento como um

exemplo claro de que as políticas sociais são construídas com centralidade em um determinado modelo ideal de família. Conforme afirmam Freitas, Braga e Barros (2013), toma-se como pressuposto a presença de alguém em casa para cuidar e esse lugar é “naturalmente” identificado como da mulher. Ressaltam, ainda:

A questão é quem, na família, arcará com os encargos decorrentes do cuidar e da provisão e gestão do lar? Se as famílias estão sendo chamadas para uma “parceria” com o Estado, é importante pensar que uma parceria pressupõe uma relação de iguais e, nesse sentido, poderíamos nos perguntar: como se dá essa participação da família, com que graus de autonomia? (FREITAS; BRAGA; BARROS, 2013, p. 30).

Em se tratando desta temática, Gelinsk e Moser (2015) nos apontam que “[...] nem sempre o repasse de responsabilidades parece ter sido acompanhado de uma compreensão das concepções de famílias, da sua dinâmica interna e da maneira como elas estariam executando as ações de proteção”. Ou seja, as políticas sociais não consideram as diversas configurações familiares, permanecendo um certo padrão para que possam assumir as funções determinadas pelo Estado sem que haja, inclusive, mecanismos que auxiliem nesse aspecto.

Para além desta discussão, importa refletir sobre a centralidade do trabalho na sociedade, sendo o acesso a bens e serviços impelidos pela forma de inserção no mercado de trabalho. Conforme Netto e Braz (2009),

O homem se constitui como ser social a partir da produção e reprodução de sua existência, ou seja, é através do trabalho em conjunto com outros homens por meio de suas próprias ações que o ser humano se constitui como ser social e distingue-se de formas não humanas. Isso se dá na medida em que o homem é capaz de idealizar o seu desejado objeto antes de tê-lo produzido, o ser humano é capaz de preceder todas as fases necessárias para a realização de sua ideação. Essa capacidade de prever a finalidade do seu objeto é chamada de teleologia do ser social.

Apesar de ser fundante do ser social, se visto em seu sentido ontológico, o trabalho na atual sociedade capitalista, com a intensificação da exploração, precárias condições de vida e trabalho, traz consequências para a classe trabalhadora. A incapacidade laborativa por doença, mesmo que momentânea, representa imposições inesperadas aos indivíduos e seus familiares. Conforme mencionado na descrição do caso, o tratamento oncológico representa uma condição dependência em diversos âmbitos, físico, emocional e socioeconômico.

Neste contexto, os impactos financeiros são ressaltados pela necessidade de constante comparecimento a unidade para consultas com equipe multiprofissional, exames e procedimentos. O alto custo para manutenção do tratamento, sobretudo com

deslocamento e alimentação, ressaltam alguns dos impactos da incapacidade laborativa neste contexto e as dificuldades experimentadas pelos indivíduos para adesão ao tratamento.

Neste sentido, a incapacidade laborativa traz consequências para o tratamento oncológico independente da forma de inserção no mercado de trabalho. Aqueles indivíduos que se encontravam no mercado formal ou contribuíam para a Previdência Social autonomamente, fazem jus ao auxílio-doença, benefício previdenciário em decorrência do afastamento do trabalho, apesar disto, o valor de seu benefício não corresponde aos seus rendimentos quando em atividade devido a outros benefícios, como hora extra, por exemplo. E aqueles inseridos informalmente no mercado de trabalho e, portanto, sem contribuições à Previdência Social, estando impossibilitados de trabalhar, apresentam situação de restrição financeira.

O referido caso apresenta uma circunstância em que quatro jovens adultos encontram-se no mercado informal de trabalho, o que tem sido recorrente no capitalismo contemporâneo. Nas configurações atuais, cada vez mais a classe trabalhadora se diversifica classificando-se como terceirizados, trabalhadores em domicílio, informais, trabalhadores do terceiro setor, etc. (ANTUNES, 2009).

A situação supracitada reflete a realidade social de uma parcela da população que se caracteriza como sendo pobre, morador de comunidade e negra, se fazendo necessário pensar em relação as especificidades e desigualdades reproduzidas pela construção histórica da nossa sociedade que se traduz em trajetórias heterogêneas em seus mais diversos sentidos, enfatizando-se neste caso a inserção no mercado de trabalho.

Sabe-se que para essa população, a não inserção no mercado de trabalho reflete uma série de barreiras no acesso a bens e serviços que os garanta melhores oportunidades, principalmente acesso à educação, formação e qualificação profissional.

Percebe-se que a inserção desses jovens no mercado de trabalho está principalmente vinculada a iniciativas de programas, projetos e políticas públicas específicas, como é o caso do Programa Aprendiz Legal⁴ por meio do qual empresas de médio e grande porte devem contratar jovens com idade entre 14 e 24 anos como

⁴ Lei nº. 10.097, de 19 de Dezembro de 2000. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

aprendizes lhes garantindo “formação técnico-profissional metódica, compatível com o seu desenvolvimento físico, moral e psicológico” (BRASIL, 2000. n.p.).

Apesar disto, deve-se refletir até que ponto esses programas estão inserindo os jovens no mercado de trabalho com intuito de formação de futuros profissionais e emancipação, e não apenas difundindo os valores e cultura empresarial, beneficiando-se com mão-de-obra barata, publicidade, incentivos financeiros, isenções fiscais e status de responsabilidade social.

Além disso, percebe-se que a inserção desse perfil de jovem no mercado de trabalho fica restrita a meritocracia na medida em que se afirma a possibilidade de todos concorrerem a uma vaga de emprego. Porém, não são relevadas as condições desiguais de inserção na sociedade, no que diz respeito ao acesso a bens e serviços básicos a reprodução humana, principalmente a educação para formação social e qualificação profissional. O discurso da meritocracia contribui apenas para o acirramento e produção das desigualdades.

Esses apontamentos indicam que os impactos experimentados pelos indivíduos em consequências do tratamento oncológico se dão a partir e de acordo com a sua inserção política, econômica e social na sociedade e, conseqüentemente, no mundo do trabalho. Portanto, refletem a condição de trabalhador dos pacientes em processo de tratamento oncológico e os impactos oriundos da precária inserção no mercado de trabalho (ou não inserção) e da atual conjuntura política, econômica, e sobretudo, social que vêm acirrando cada vez mais a fragmentação das políticas públicas existentes e a ausência de novas políticas que deem conta das demandas da população.

Considerações Finais

Este caso foi alvo de muitas reflexões acerca do conceito de família, pois, apesar de o usuário não ter uma referência de cuidado durante a sua vida, tendo perdido os pais muito jovem e vivendo com irmãos também jovens, o câncer passa a demandar destes um grau de aproximação e, principalmente, de dependência desconhecido anteriormente.

Torna-se um desafio para a equipe trabalhar os enlaces dessa relação, na medida em que se percebe o quanto esse usuário necessita de cuidados e o grau de responsabilidade inédita a esta família, sendo imposta a criação e manutenção de um vínculo imposto pelo tratamento oncológico. Além disto, o quanto o mundo do trabalho se fez presente na restrição desse cuidado, na medida em que ambos os familiares não

podiam estar acompanhando o processo de tratamento devido ao seu emprego, mesmo que informal.

Esta situação tornou-se mais complexa, além das questões refletidas ao longo do trabalho, devido a ineficiência das políticas sociais em garantir meios para o cuidado integral dos indivíduos. Este caso em específico, faz pensar as consequências da ausência de uma política de atenção básica que compreenda a atenção domiciliar e os cuidados paliativos domiciliares articulados ao tratamento do câncer na unidade de alta complexidade. Esta poderia ser uma estratégia de cuidado para este e todos os usuários atendidos no cotidiano da instituição.

Além disso, me deparo com o questionamento em relação à ausência de políticas sociais que contemplem a população adulta que também necessita de cuidados. Estes não são alvo das políticas públicas por ser considerada a sua capacidade laborativa e idade ativa para o mercado de trabalho. Porém, em situação de ausência de saúde, o que o Estado tem a oferecer-lhes?

Neste sentido, os reflexos do atual contexto social vêm acirrando cada vez mais a fragmentação das políticas públicas existentes e a ausência de novas políticas que deem conta das demandas da população. Certamente o impacto desse processo na atuação do Serviço Social em todas as políticas, enfatizando-se a política de saúde, é observado no cotidiano profissional.

Estando o Projeto Ético-Político do Serviço Social em acordo com os princípios da Reforma Sanitária e em defesa do SUS, deve ser considerado o conceito ampliado de saúde e, portanto, enxergar o usuário em sua integralidade, entendendo que seu tratamento de saúde depende de outras condições básicas de vida e não se restringe a instituição e ao acesso a política de saúde. Sendo assim, destaco que outro desafio para a prática profissional se dá em relação à dificuldade de articulação intersetorial entre as políticas públicas e entre os níveis de atenção à saúde.

Reafirmo a necessidade de constante estudo, atualização e qualificação profissional para analisar e compreender os fenômenos que perpassam a atuação profissional do Assistente Social, enfatizando-se os desafios do trabalho com o câncer, uma doença que causa uma série de repercussões na vida social dos indivíduos, reorganizando (ou desorganizando) na medida em que é um tratamento que traz uma série de impactos, inclusive emocionais, e para lhe dar com o desafio cotidiano das relações que expressam os reflexos da sociedade e do ideário capitalista.

Assim, percebe-se a relevância de se discutir a influência da categoria trabalho no processo de adoecimento por câncer, uma vez que os determinantes sociais em saúde também refletem a lacuna na garantia dos direitos sociais em sua totalidade, refletindo na impossibilidade de tratamento oportuno, conforme explícito em um dos pilares da *Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do SUS*, mencionada anteriormente.

A categoria trabalho destaca-se neste contexto por este ser um dos principais entraves do processo de tratamento, seja para aqueles que não tiveram oportunidade de se inserir no mercado de trabalho, seja pela conjuntura atual ou pela pouca idade, uma vez que doença é descoberta muitas vezes na transição da adolescência para a vida adulta, e/ou para aqueles que tiveram sua atividade laborativa interrompida e, portanto, estão sofrendo impactos socioeconômicos, sobretudo financeiros, agravados pela reorganização exigida pelo tratamento.

Referências

ALENCAR, Mônica Maria Torres de; Duarte, Marco José de Oliveira (Orgs). **Família & Famílias: Práticas Sociais e Conversações Contemporâneas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p. 15 – 38.

ANTUNES, Ricardo L. C. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2.ed., 10.reimpr. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009. (Mundo do Trabalho).

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>>.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 10.097, de 19 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Brasília (DF), 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria.
Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social. São Paulo: Cortez,
2015. p. 125 – 145.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressao
Popular, 2011.