



5º Encontro Internacional de Política Social
12º Encontro Nacional de Política Social
Tema: "Restauração conservadora e novas resistências"
Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017

Eixo: Classe social, gênero, raça, etnia e diversidade sexual.

Nota sobre família, cuidado e Serviço Social

Nádia Xavier Moreira¹
Amanda Nascimento Lougon dos Santos²
Ísis Silva Souza Eccard³

Resumo: A partir da experiência como assistente social em uma unidade de saúde, o artigo reflete a participação da família no cuidado ao usuário com câncer avançado, analisando nessa participação a presença de uma construção de gênero na relação entre cuidadores e usuário. Trata-se de um estudo com abordagem metodológica qualitativa, realizado por meio de uma revisão de literatura e análise documental. Os resultados do estudo indicam que a família só proverá os cuidados se também for alvo de proteção pelo Estado. Há ainda a necessidade de que a equipe de saúde, da qual faz parte a assistente social, atente-se para os demais familiares envolvidos nos cuidados, objetivando integrar saberes e práticas, construindo novas alternativas de atuação, visando oferecer um suporte maior na tarefa do cuidar.

Palavras-chave: Oncologia; Cuidado; Família; Política Social; Serviço Social.

Note about family and care

Abstract: From the experience gained as a social worker in a health unit, the article seeks to reflect the family participation in the care of the user with advanced cancer, analyzing in this participation the presence of a gender construction in the relationship between caregivers and the user. It is a study with qualitative methodological approach, carried out through a literature review. The results of the study indicate that the family can only provide care if it is also targeted by the state. There is also a need for the health team, which is part of the social worker, to pay attention to the other family members involved in the care, aiming to integrate knowledge and practices, building new alternatives of action, aiming to offer a greater support in the task of the take care.

Keywords: Oncology; Care; Family; Social policy; Social Service.

1. Introdução

Assistiu-se nas últimas décadas a alterações significativas na estrutura das famílias. Configuraram-se mudanças na sua organização e composição, ocasionando a redução do seu tamanho e uma maior diversidade nos seus arranjos. A família nuclear

1 Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora de cursos de graduação da Universidade Veiga de Almeida. Assistente Social da Diretoria de Assistência Social da Marinha do Brasil. E-mail: nadiamoreira@yahoo.com.br .

2 Especialista em Serviço Social e Saúde pelo Instituto Nacional de Câncer. Assistente Social da Diretoria de Assistência Social da Marinha do Brasil. E-mail: amandalougon@yahoo.com.br.

3 Especialista em Gestão em Saúde Pública pela Universidade Federal Fluminense. Assistente Social da Diretoria de Assistência Social da Marinha do Brasil. E-mail: isiseso@hotmail.com.

burguesa composta por homem, mulher e filhos, ligados por laços de sangue, vai perdendo espaço e cresce expressivamente o número de famílias compostas por chefes mulheres⁴.

Estudos (GOLDANI, 1993; SAMARA, 2002;) apontam que as condições de vida das mulheres, em termos de educação e de renda, constituem em ponto crucial na análise sobre as transformações das famílias. Em torno desta discussão, pesquisadores da área (PERLIN, 2005; DINIZ, 1996) concordam que um dos principais deflagradores das alterações que ocorreram no âmbito familiar e no casamento foi a entrada maciça de mulheres no mercado de trabalho.

Esta participação estremeceu a divisão do trabalho socialmente estabelecida entre homens e mulheres, na qual cabia ao homem prover materialmente a família, estando a ele incumbido o mundo externo ao lar. Neste contexto, a mulher era a responsável pela administração do mundo interno: cuidava da casa, da educação dos filhos, era também a provedora afetiva do marido e filhos. Tal acerto é de certo modo solapado com o engajamento da força de trabalho feminina no mundo do trabalho.

A condição de trabalhadora assalariada possibilitou à mulher a aquisição de uma nova identidade, não somente restrita ao âmbito doméstico. A despeito desta realidade, é ainda atribuído as mulheres o papel do cuidado, sobretudo, quando um membro da família adoece, como no caso de um doente de câncer. Tal fato encontra-se associada a uma construção de gênero, demarcatória de papéis sociais atribuídos aos sexos.

O conceito de gênero, adotado neste trabalho, encontra-se ancorado em estudos mais recentes, iniciados nas últimas décadas do século XX, que o tomam enquanto categoria de análise histórica e relacional. Afasta-se, portanto, de teorias alicerçadas, até então, em uma lógica de analogias da binaridade masculino/feminino.

⁴ Mioto (2004) entende a família como um processo social em construção e destaca os novos "arranjos" e "composições" familiares desmistificando os conceitos e pré-conceitos estabelecidos ao longo da história. Sinaliza que a família contemporânea têm se configurado por diversas formações familiares. Como exemplo tem-se as famílias monoparentais chefiadas por mulheres, famílias patriarcais solidamente organizados em torno de crenças e valores tradicionais do passado; famílias chefiadas por avós; casais de namorados e casados, mas vivendo em residências diferentes; casais que optam por não terem filhos; avós, tios, primos, netos e outros, todos morando juntos numa mesma casa; famílias recasadas; casais homossexuais femininos e masculinos com filhos ou sem eles; mulheres mães de "produções independentes" que dizem não precisar dos homens, etc.

Tomando a contribuição de Scott (1995), pode-se afirmar que foi através de estudiosas feministas norte americanas que gênero passou a ser utilizado como diferente de sexo. Distinção que possibilitou que as discussões extrapolassem a ênfase nas características propriamente sexuais e destacasse o caráter fundamentalmente social, cultural das distinções baseadas no sexo, afastando o fantasma da naturalização.

A ideia de assimetria e de hierarquia nas relações entre homens e mulheres, incorporando a dimensão das relações de poder também é fruto destas discussões. Estudar gênero é ainda entender o aspecto relacional entre os homens e as mulheres, ou seja, compreender que os dois não podem existir em separado, pois “qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens”. (Scott, 1995: 75).

Mormente o aprofundamento teórico da análise de gênero, faz-se importante destacar que as identidades sexuais são socialmente ainda construídas e fixadas no binômio masculino/feminino⁵; legitimam-se como naturais funções típicas para homens e mulheres, pautadas em estereótipos femininos em oposição aos masculinos (fragilidade/virilidade, sensibilidade/razão, fraqueza/força).

Esse trabalho se insere no interior desse debate e busca refletir sobre a participação da família no cuidado ao usuário com câncer avançado, analisando a presença de uma construção de gênero, presente na relação entre cuidadores e usuários. Afinal, a experiência de atendimento aos familiares de usuários com câncer avançado aponta que os cuidadores principais desses pacientes são mulheres.

O estudo da categoria de gênero auxilia no desvendamento da complexidade das relações sociais, compreendendo que as desigualdades observadas entre homens e mulheres estão relacionadas com processos históricos e não a processos naturais. Neste entendimento é que a discussão de gênero se associa ao debate a respeito das transformações sofridas pela família. (MORGADO, 2001, p. 205).

Vale observar que o aprofundamento nas discussões das relações de gênero vem auxiliando a reflexão da desnaturalização das relações sociais e, portanto, dos fenômenos

⁵ Mais que isso, masculino e feminino são postos em oposição, acentua-se reação negativa do masculino às mudanças no feminino, dado ainda imperar em nossa sociedade a “dominação masculina” (BOURDIEU, 2003; HÉRITIER, 2004).

sociais, enfatizando a necessidade de romper com o determinismo biológico, que tem aprisionado mulheres e homens em perfis socialmente traçados.

2. Desenvolvimento

O câncer é uma doença que requer tratamento longo, contínuo, e que debilita o usuário, apresentando-se, portanto em um contexto de doença crônica. Esta situação se agrava porque traz em si outras questões, como o medo, estigmas, negação da doença, redução do potencial de trabalho, invalidez e a possibilidade da morte.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016) estimou para o ano de 2017 596.070 casos novos de câncer, incluindo os de pele não melanoma, desses 49% (205.960) em mulheres e 51% (214.350) em homens, reforçando a magnitude da questão de saúde pública.

Os fatores sociais relacionados ao aumento do câncer são: a urbanização, a industrialização e o aumento da expectativa de vida, que contribuem para o aumento dos agentes cancerígenos ambientais e para o aumento da exposição da população a esses agentes. Outros fatores de risco são a poluição ambiental, hábitos de vida, as condições de trabalho e de nutrição, que aumentam a incidência de doenças crônico-degenerativas como o câncer. (BRASIL, 1999)

Esse quadro impõe a necessidade de investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos usuários, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde. Ademais, a identificação dos determinantes sociais e a identificação dos grupos e fatores de risco de desenvolvimento da doença tornam-se imprescindíveis para orientar e respaldar a implementação e aprimoramento dos programas de prevenção e controle do câncer. (BRASIL, 1999).

Para Mioto (2010), a forma como os serviços sociais são organizados e articulados constitui fator fundamental na garantia de uma estrutura eficaz de cuidado e proteção às famílias. Tal fato recobre um campo bastante vasto de questões, mas que passa necessariamente pela

criação de espaços de gestão democrática, com participação das famílias enquanto sujeitos de direitos, [...], através de um processo compartilhado entre famílias e profissionais, mediante o qual a autonomia das famílias se constrói [...] e se preserva. (MIOTO, 2010, p. 173).

As dificuldades encontradas pelas famílias incidem diretamente na capacidade de se realizar os cuidados e contribuem para a sobrecarga de um único membro na tarefa do cuidar. Os estudos (KERGOAT, 1996; SAFFIOTI, 1987; SCOTT, 1990) demonstram que na maioria das vezes essa sobrecarga recai para as mulheres. Atribuímos essa questão a perspectiva de gênero que historicamente designa à mulher o trabalho doméstico e os cuidados com a família. Entendemos gênero como uma construção social estabelecida a partir da delimitação de seus papéis pela sociedade, sofrendo influência de cada contexto histórico e cultural em que esteja inserido.

As questões de gênero estão presentes na relação entre cuidado e usuários, levando em consideração as configurações da família contemporânea. A experiência de atendimento aos familiares de usuários com câncer avançado aponta que os cuidadores principais desses pacientes são mulheres - sem excluir a existência do sexo masculino ou crianças e adolescentes nesse papel.

Segundo Py (2004), as mulheres são consideradas, culturalmente, mais sensíveis e aptas a lidar com o lado emocional, pois se mistifica que, independente de possuírem ou não filhos, todas possuem o instinto maternal. Conseqüentemente, na maioria da situações de adoecimento de um membro da família, “é a mulher que vai priorizar a dedicação ao cuidar, em detrimento do lazer, da socialização e até das atividades profissionais, com prejuízos, por vezes fatais, no desempenho e na permanência no emprego.” (PY, 2004, pg. 348)

O processo do cuidado retrata a vivência de um usuário face às suas próprias condições atuais, a interação com o(s) sujeito(s) que cuidam e a relação com os recursos de atendimento à saúde para sua sobrevivência neste contexto. A condição de ser cuidado, no contexto familiar, é permeada por sentimentos e valores que se sobrepõem. Tem-se como exemplo: o desejo de ser acolhido pela família e o constrangimento por sentir que causa diversos transtornos para os familiares, devido ao processo de incapacidade, resultante da instalação de uma doença avançada, sobretudo para aquele que concentra os cuidados do enfermo no domicílio.

A condição de tornar-se dependente de outrem ocorre a partir de eventos relacionados a problemas econômicos, sociais e de saúde associados a diversos momentos da história de vida do usuário e de sua família. Referem-se também às questões que antecedem a situação atual do usuário.

A necessidade de cuidar do usuário pode interferir em diversos aspectos da vida do cuidador e dos outros membros da família. Os cuidados a um usuário podem interferir em situações de emprego ou mesmo de dedicação a outros entes, além de propiciar estresse no cuidador e sentimento de impotência. Cuidar de uma pessoa acometida por uma doença crônico-degenerativa como o câncer qualifica-se como “um dos eventos mais estressantes e perturbadores” no ciclo de vida familiar. (SILVEIRA, 2000). É importante ressaltar que a capacidade de cuidado e proteção das famílias está diretamente associada com as suas condições sociais, culturais e com sua qualidade de vida.

Com relação às instituições de saúde torna-se fundamental, na atenção ao usuário com câncer, que seu (s) familiar (es) sejam ouvidos, suas necessidades sejam detectadas, e possam receber cuidados e apoio nos diferentes momentos de enfrentamento que o adoecimento acarreta devido a gravidade e possível avanço do câncer. A família não pode ser vista como a única estrutura para o cuidado de um usuário com câncer.

É necessário pensar alternativas para que a família não esteja sobrecarregada com os encargos dos cuidados. É fundamental que a sociedade brasileira reflita e proponha medidas de proteção social para o usuário acometido de neoplasia maligna – assim como outras doenças crônico-degenerativas incapacitantes que apontem a necessidade de cuidados de terceiros – que incluam o cuidador, cuja ocupação deve ser reconhecida socialmente, tendo inclusive garantias de licença para cuidar de familiar enfermo como ocorre, por exemplo, aos funcionários públicos.

A implementação de novas modalidades de assistência como hospital-dia, centros de convivência, serviços de atendimento domiciliar, serviços de atenção ao cuidador poderão reduzir significativamente os desgastes sofridos pela família e promover espaços de apoio aos familiares.

A família deve tornar-se referência nos programas sociais, conferindo-lhe um novo lugar, com maior visibilidade política. Estando, portanto, incluída e respaldada

pelos serviços do sistema público de saúde e incorporada como usuária destes serviços, através de programas sociais e de saúde.

Sendo assim, faz-se necessário repensar o suporte formal do cuidado de modo a articulá-lo às instâncias sociais diversas assegurando uma atenção integral que abranja as várias dimensões do cuidado ao paciente. Torna-se primordial a criação de um modelo de suporte nas políticas sociais ao cuidador, seja ele familiar ou não, que possam ser conduzidas ao poder público, através dos fóruns de discussão das áreas envolvidas, no planejamento das ações, entre elas e na elaboração de proposta alternativa de cuidado ao cuidador do paciente com câncer avançado. Ou seja, pensar uma rede de atenção integral em saúde, no que tange à promoção, proteção e recuperação à saúde, de acordo com a legislação social brasileira, mas que se ramifique também na proteção social do cuidador, tendo em vista o número crescente de enfermos crônico-degenerativos, com necessidade de auxílio de terceiros⁶.

Considera-se importante no âmbito da intervenção do Serviço Social com os cuidadores e familiares de usuários com câncer a análise dos novos modelos de família que se configuram. Fonseca (2002, 2005), contribuindo neste debate, aponta que a intervenção profissional com famílias exige um aprofundamento da discussão acerca do que se entende por tal conceito, e, conseqüentemente, a análise de como esta concepção impacta na conformação de políticas e programas sociais.

Para a autora, este trabalho ainda requer problematizar um elemento básico do processo de intervenção: a comunicação entre técnicos e a população-alvo, permeada por uma visão “colonizada” de família, por parte dos primeiros. Nesta perspectiva, em seu exercício profissional, os técnicos, em muitas das situações, tendem a olhar para a família dos usuários a partir da visão da “sua família” e a rotular dinâmicas familiares que escapam ao seu entendimento como desestruturação familiar.

Nos temas referentes à família, há uma tendência ao etnocentrismo, maior ainda da que habitualmente existe em outros assuntos: olha-se para o outro a partir das próprias referências, espelhando a realidade exterior naquilo que é “familiar”, sem enxergá-la em sua maneira de se explicar a si mesma. Traduz-se o estranho em termos “familiares”, o que impede o movimento de estranhamento necessário para relativizar nosso próprio olhar. (SARTI, 2004, p. 16).

⁶ Atualmente, 8,2 milhões de pessoas morrem por ano de câncer no mundo. No Brasil, foram registradas 189.454 mortes por câncer em 2013 (INCA). Para 2016, estima-se a ocorrência de mais de 596 mil casos da doença no País. (BRASIL, 2016).

O problema reside no fato de que a própria noção de família varia conforme a categoria social com a qual o profissional está lidando, e, conseqüentemente, as múltiplas conformações familiares demandam intervenções de trabalho diferenciadas, pautadas no entendimento de que o enfoque na família baseia-se em relações e não em indivíduos. Tal concepção vai de encontro à formação de muitas profissões que ainda tende a operar a partir de uma noção individualizada e objetivada do sujeito.

Neste sentido, diante das referências culturais e sociais diversas, impõe considerar no trabalho com famílias a falta de um modelo claramente hegemônico e a proliferação de arranjos familiares específicos a determinados contextos.

O assistente social atua na identificação dos conflitos presentes na dinâmica familiar, na identificação do cuidador, da rede de apoio e na avaliação dos aspectos sociais que possam comprometer a qualidade de vida do usuário e de seus familiares. Este profissional contribui para viabilizar o acesso dos cuidadores aos serviços que possam minimizar os problemas causados pela tarefa do cuidar e que os instrumentaliza na busca de seus direitos sociais.

Não só o assistente social, mas toda a equipe interdisciplinar deve estar atenta aos familiares envolvidos nos cuidados, com o objetivo de integrar os saberes e práticas e também construir novas alternativas de atuação visando oferecer um suporte na tarefa do cuidar. Nessa perspectiva estaremos contribuindo para a materialização do princípio da integralidade, preconizado na Constituição Federal de 1988.

De acordo com Bravo e Matos (2007), o trabalho do assistente social na saúde tem como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

O trabalho desenvolvido pelo assistente social com grupo de familiares e cuidadores de usuários com câncer avançado é de extrema relevância, pois objetiva democratizar informações em saúde. A área da saúde, deve ser percebida, como lócus para intervenção do assistente social no que tange a discussão da situação da doença, e da efetivação de espaços de articulação, implementação de políticas públicas e de garantia de direitos sociais.

Os profissionais de Serviço Social devem estar atentos para construir espaços que garantam a participação dos usuários nas decisões a serem tomadas, desenvolvendo projetos de educação defendendo a democracia e as políticas públicas. Como forma de proporcionar que as famílias sejam referência para os programas institucionais e sociais, sendo incluídas nos serviços do sistema público de saúde e incorporadas como usuárias destes serviços.

Um dos objetivos da atuação do assistente social é compreender o usuário como um todo e não apenas pela sua doença, numa perspectiva interdisciplinar e de totalidade, de acordo com o que preconiza o nosso Código de Ética. O trabalho do assistente social contribui para a construção da visão global do usuário, em consonância com os princípios da universalidade do acesso, integralidade das ações e participação social, partindo da concepção de que saúde não é apenas a ausência de doença, e sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

O trabalho do Serviço Social na equipe interdisciplinar é de suma importância devido às determinações sociais presentes no processo de adoecimento por câncer. Esse profissional potencializa o trabalho realizado na instituição, pois, além de democratizar as informações a respeito do acesso aos programas institucionais e políticas sociais, estimula a participação dos usuários e seus familiares, com a finalidade de viabilizar o acesso aos direitos sociais e o exercício da cidadania.

A atuação profissional preconiza a defesa dos direitos sociais e a ampliação e consolidação da cidadania em consonância com o Código de Ética Profissional e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), favorecendo um atendimento de qualidade à população usuária e os instrumentalizando na busca de seus direitos sociais. Por isso é necessário que a ação dos assistentes sociais seja articulada com outros segmentos profissionais que defendam esses mesmos princípios e lutem para a efetivação do SUS como política pública pautada na universalidade, na equidade, na integralidade e na participação popular.

É fundamental que os profissionais de Serviço Social estejam atentos para as questões de gênero presentes nas dinâmicas familiares e no processo de saúde-doença, no qual se verifica desigualdade entre homens e mulheres, para contribuir com a construção da visão de totalidade do usuário. As relações sociais são também construídas com base

na organização social de gênero, portanto estudar essas relações é fundamental para uma intervenção profissional eficiente e sintonizada com a realidade social dos nossos usuários e sintonizada com nosso projeto profissional.

3. Considerações finais

As questões que vêm à tona ao tratar do assunto - cuidado, dependência, câncer avançado dizem respeito à importância da rede de cuidado, principalmente a familiar. Tal discussão perpassa aspectos culturais, sociais e de gênero, tão arraigados no que entendemos por família e cuidado.

Apesar das mudanças na esfera produtiva, as quais produziram variações na organização interna das famílias, não ocorreram rupturas significativas nas concepções culturais predominantes que consideram a reprodução social uma responsabilidade das mulheres e não uma necessidade da sociedade. A inserção mercado de trabalho levou as mulheres a transpor novos horizontes. Contudo, a participação feminina no mercado não provocou a diminuição de suas atividades domésticas fato que provocou a chamada dupla jornada de trabalho (BRUSCHINI, 1994).

Tradicionalmente, a responsabilidade por idosos, crianças, deficientes e doentes tem sido da família que, por sua vez, naturalmente a assume. A família acaba constituindo-se numa rede de sustentação para garantir a manutenção do grupo, principalmente nos momentos de necessidades, como é o caso de cuidar de um familiar com câncer.

É de suma importância, no contexto analisado, destacarmos os ganhos advindos da compreensão sobre os novos arranjos familiares, da consideração do gênero enquanto característica a ser mais explorada em estudos futuros no que tange ao cuidado paliativo e, principalmente, do investimento profissional, com destaque para a interdisciplinaridade, voltado ao atendimento daqueles que necessitam de um suporte efetivo em uma fase tão essencial: de manutenção e qualidade de vida diante de uma doença crônica não transmissível, em evolução e ameaçadora da vida.

Peduzzi (2001), problematizando o trabalho técnico em saúde, coloca a necessidade de ampliá-lo da compreensão técnica, *stricto sensu*, incorporar suas dimensões sociais e política. Segundo a autora (2001, p.105), “toda divisão técnica

reproduz em seu interior as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos.” Para a autora, o trabalho em equipe, quando visto como um trabalho coletivo, no qual cada profissional coloca seus conhecimentos, seus sentimentos e suas expectativas em função de um objetivo partilhado, implica um repensar de papéis fixados, das relações de poder e de conteúdos já instituídos.

Vale observar que a família só pode prover os cuidados se também for alvo de proteção por parte do Estado, ela deve encontrar nas políticas públicas uma rede de serviços que lhes dê suporte e acolhimento.

A família deve ser acolhida com a finalidade de conhecer as suas reais necessidades, possibilitando o investimento em serviços institucionais, além de contribuir para a humanização do atendimento.

É preciso que a equipe de saúde compreenda os cuidadores como usuários e não apenas como pessoas que estão auxiliando no tratamento. Assim, não só o assistente social, mas toda a equipe interdisciplinar deve estar atenta aos demais familiares envolvidos nos cuidados, com o objetivo de integrar os saberes e práticas e também construir novas alternativas de atuação visando oferecer um suporte na tarefa do cuidar. Nessa perspectiva estaremos contribuindo para a materialização do princípio da integralidade preconizado na Constituição Federal de 1988.

A integralidade como prática de cuidado poderia ser uma estratégia para alterar este cenário. Para que isto ocorra é de fundamental importância que os profissionais de saúde observem, escutem e atendam os usuários dentro de uma lógica que traga como marco referencial a integralidade em saúde. Mas pensar a integralidade, não apenas como um princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, mas como um vínculo que deve ser estabelecido entre os usuários e os profissionais de saúde, com respeito à individualidade e atendimento às necessidades específicas em seus diferentes contextos de vida.

Em virtude do exposto, torna-se evidente a importância de investigar a temática, principalmente, no que concerne à atuação do assistente social na área da oncologia, sobretudo, com pacientes com câncer avançado.

O assistente social atua na realidade, por isso é necessário um profissional que não seja apenas executivo e sim propositivo para pensar novas alternativas de trabalho articuladas a essa realidade nesse contexto de mudanças nas relações sociais. De acordo com os autores estudados, um dos maiores desafios para o assistente social é articular a realidade social com a prática profissional e o esforço se encontra em romper com qualquer relação de exterioridade entre profissão e realidade, pois a análise de conjuntura é parte constitutiva do processo de trabalho do Serviço Social.

Entre os vários desafios que permeiam a profissão na atualidade está a necessidade de contribuir para a construção e a objetivação de políticas sociais mais justas. Desse modo, a compreensão sobre as necessidades que vêm surgindo na área de saúde fazem parte da possibilidade de intervenção e atuação do assistente social. É justamente nesta luta que o Serviço Social deve estar engajado no sentido de construir novas formas de intervir na realidade da população usuária dos serviços de saúde, na defesa da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político.

Esse é dos maiores desafios neste momento conjuntural. Não existem formas prontas na construção de um projeto democrático de saúde e sua defesa não deve ser apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos desafios e obstáculos que se apresentam no cotidiano.

4. Referências

ALENCAR, M. M. T. Família no Brasil dos anos 90: a precariedade nas condições de vida e de trabalho. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n.16, p.65-78, jan./jul. de 2000.

BASTOS, V. de O. **A família e a intervenção do assistente social do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico do INCA: desafios do cuidar**. 2002. Monografia (Especialização em Serviço Social em Oncologia) – Coordenação de Ensino e Divulgação Científica, INCA, Rio de Janeiro, 2002.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

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

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016 - Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTTA, A. E. et al. (orgs) **Serviço Social e Saúde**, São Paulo, p. 197-215, 2007.

BRUSCHINI, M. C. A. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, 2007.

CHAVES, A. R. de M.. **O cuidador no provimento do cuidado ao paciente com câncer avançado no Instituto Nacional de Câncer**. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Serviço Social. UERJ/ INCA, Rio de Janeiro, 2004.

CRESS 7ª Região (Org.). **Assistente Social: ética e direitos**. Coletânea de Leis e Resoluções. 3. ed. rev.e atual. Rio de Janeiro: Lidador, 2003.

DINIZ, G. Dilemas de trabalho, papel de gênero e matrimônio de casais que trabalham fora em tempo integral. In: Cadernos Anpepp. **Relação amorosa, casamento, separação e terapia de casal**. Rio de Janeiro, 1996. p. 101-111. Disponível em: <<http://www.infocien.org/Interface/Colets/v01n01a10.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2014.

FONSECA, C. **Olhares antropológicos sobre a família contemporânea**. 2002. Disponível em: <<http://claudialwfonseca.webnode.com.br/publica%C3%A7%C3%B5es/mulher-e-familia/>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

_____. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n. 2, p. 50-59, maio-ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/06.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2014.

GOLDANI, A. M. As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.1, p. 67-110, 1993.

KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, L. M. J.; MEYER. E. D.; WALDOW. R. V. **Gênero & Saúde**, Porto Alegre, p. 19-27, 1996.

LYRA, J. (et al), Homens e cuidado: uma outra família. In: VITALE, Mº. A. F.; ACOSTA, A. R. (Orgs). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP, 2007. p. 79-91.

MIOTO, R. C. T.. Trabalho com famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. In: **Revista Textos & Contextos**, v. 3, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/>>. Acesso em: 5.jun.2012.

MORGADO, R. Família(s) e relações de gênero. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p.190-215, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/cobem07/peduzzi_cobem_07.pdf>. Acesso em: 1º set. 2014.

PERLIN, G. **Casamentos contemporâneos**: um estudo sobre os impactos da interação família-trabalho na satisfação conjugal. 2006. 209 F. Tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

PY, L. Cuidar do cuidador: transbordamento e carência. Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 4, n.50, p.346-350, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SAMARA, E. M. O que mudou na família brasileira? (da colônia à atualidade). **Psicologia USP**, São Paulo, v.13, n.2, p. 27-48, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/53500/57500>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, São Paulo, v.15, n. 3, p.11-28, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n3/24603.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e realidade**, Porto Alegre, p. 5-21, jul./dez. 1990.

SILVEIRA, T. M. O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. **Textos sobre Envelhecimento**. Cuidadores de idosos: um tema a ser aprofundado. Rio de Janeiro: UERJ, UNATI, ano 3 n. 4. p. 13-28. 2º semestre, 2000.