

Cuidado familiar de usuários oncológicos frente à contrarreforma do Estado brasileiro

Family care of users with cancer in the face of the Brazilian's State counter-reform

Leandro Ferreira Aguiar*

Nathalia Maria Barbosa**

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti***

Resumo

A partir de 1990, com a ascensão ideopolítica neoliberal no Brasil, observa-se um desmonte aos direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988. Denominado como contrarreforma do Estado, o neoliberalismo trouxe marcas para a classe trabalhadora, principalmente com a intensificação do trabalho, a fragmentação e focalização das políticas sociais e a os agravos ao desenvolvimento da plena saúde da população. A família, enquanto espaço privilegiado das políticas sociais, sofre diretamente os rebatimentos desse processo. Observado esse contexto, o presente artigo analisa a realidade de famílias que realizam o cuidado de seus membros agravados por doenças crônicas oncológicas em estágio de Cuidados Paliativos, no qual busca compreender os rebatimentos da conjuntura de contrarreforma do Estado brasileiro a essas famílias. Foi realizado estudo com técnicas qualitativas de entrevista de campo, observação direta e pesquisa bibliográfica para o alcance do objetivo proposto. Foram entrevistadas quatro familiares de usuários atendidos no ano de 2016 pelo Serviço Domiciliar de um hospital de referência da cidade do Recife, Pernambuco. O estudo elucida a feminilização do cuidado familiar e a ausência de políticas sociais para as cuidadoras, demonstrando uma ausência de cuidados para quem cuida.

Palavras-chave: Família. Políticas sociais. Estado. Cuidado familiar.

Abstract

Since 1990, with the neoliberal ideological rise in Brazil, there has been a dismantling of the social rights conquered in the Federal Constitution of 1988. Denominated as a counter-reform of the State, the neoliberalism marked for the working class, mainly with the intensification of work, fragmentation and focusing on social policies for a specific group and damage to the development of the population's full health. The family, as the privileged space of social policies, directly suffers the impacts of this process. Observing this context, the present article analyzes the reality of families that perform care for their members aggravated by chronic oncological diseases in the stage of Palliative Care, to understand the repercussions of the counter-reform situation of the Brazilian State to these families. A study was carried out with qualitative techniques of field interview, direct observation and bibliographic research to reach the proposed objective. Four family members of users attended by the Home Service of a Reference Hospital in the city of Recife, Pernambuco, were interviewed. The study elucidates the feminization of family care and the absence of social policies for caregivers, demonstrating a lack of care for caregivers.

Key words: Family. Social politics. State. Family care.

* Mestrando em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSS/UFPE). Especialista em Cuidados Paliativos em Saúde pela Residência Multiprofissional do Hospital Universitários Oswaldo Cruz - Universidade de Pernambuco (UPE). Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

** Assistente Social formada pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (2010). Possui Especialização em Serviço Social em nível de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, com ênfase em Nefrologia pelo HC/UFPE.

*** Doutora e Mestre em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela UNB.

INTRODUÇÃO

No contexto da contemporaneidade da sociedade capitalista, compreende-se que o desenvolvimento tecnológico, a expansão da população mundial e de sua longevidade acarretou também no aumento das diversas doenças crônicas que comprometem a continuidade da vida, dentre elas os tumores malignos (câncer), motivados por múltiplas determinações do processo saúde-doença. A sociabilidade capitalista, através das multifacetadas expressões da questão social advindas de seu desenvolvimento, corrobora para o aumento dos casos de doenças crônicas progressivas como o câncer, principalmente com os processos de industrialização que trazem rebatimentos a reprodução da sociedade: a produção alimentar (com o uso de agrotóxicos e substâncias maléficas a saúde); a poluição ambiental advinda da indústria; as formas de intensificação do trabalho que trazem agravos a saúde da classe trabalhadora; dentre outros.

No Brasil, em meio ao contexto de aprofundamento do neoliberalismo, observa-se a minimalização dos direitos sociais e a manutenção da situação de pauperismo vivenciada pela classe trabalhadora que se encontra fora do mercado de trabalho, buscando no trabalho informal e nos programas assistenciais de transferência de renda base para a sua sobrevivência. Observa-se também, nesse contexto, o repasse dos deveres do Estado para a sociedade civil, sendo responsabilizada à família o dever de prover os cuidados necessários de seus membros.

Frente a esta realidade, o presente estudo¹ buscou aproximar a discussão da relação Estado e família na realização do cuidado às pessoas que vivenciam o desenvolvimento de doenças crônicas progressivas que ameaçam a continuidade da vida, tendo como recorte usuários/as em tratamento oncológico. A pesquisa teve como objetivo principal analisar os limites do cuidado sociofamiliar realizado às/aos usuárias/os que vivenciam doenças crônicas em Cuidados Paliativos oncológicos frente a atual conjuntura de contrarreforma do Estado brasileiro.

Para o alcance do objetivo deste estudo, utilizou-se de instrumentos e técnicas pertinentes à pesquisa qualitativa de campo, através do qual abordou familiares de usuários oncológicos atendidos pelo serviço domiciliar da Unidade de Cuidados Paliativos HUOC/UPE,

¹ O estudo foi motivado pela observação empírica no cotidiano de atendimento domiciliar realizado no decorrer da formação em serviço no Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos em Saúde do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE).

localizado na cidade do Recife, Estado de Pernambuco. As entrevistas semiestruturadas foram aplicadas com as cuidadoras² familiares apontadas enquanto principais a prover os cuidados aos/às usuários/as³.

Para a compreensão dos resultados obtidos pela pesquisa, o presente artigo conta com breves análises relativas ao levantamento bibliográfico sobre a relação Estado, Família e a Política de Saúde no Brasil; a situação da oncologia enquanto problema de saúde pública e sua relação com os Cuidados Paliativos; e, por fim, os resultados obtidos na análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com as familiares de pessoas em tratamento oncológico que se encontram no cuidado domiciliar. A pesquisa visou desvelar essa realidade, buscando, à luz do materialismo histórico dialético, compreender as dificuldades motivadas pela conjuntura atual de contrarreforma das políticas e dos direitos sociais.

Estado, Saúde e Família - Reflexões frente ao Contexto de Contrainformação no Brasil

No decorrer das últimas décadas, ao passo em que avançam os meios tecnológicos de produção e se complexificam as relações de classe, observa-se rebatimentos da sociabilidade capitalista às formas de reprodução da vida em sociedade.

No Brasil, a luta antagônica de classes, marcada pelos movimentos da classe trabalhadora por conquistas aos direitos sociais por via do Estado Democrático de direitos⁴, esbarra nos interesses da classe hegemônica que visam a perpetuação da ordem burguesa e seu interesse na acumulação/apropriação do capital através da detenção dos meios de produção e exploração do trabalho.

Decorrente da estratégia do capital para a superação de sua crise estrutural, por via da reestruturação produtiva, ocorre processos de liberalização, desregulamentação e privatização dos Estados, caracterizados enquanto política de contrarreforma neoliberal (BEHRING, 2003). O Brasil, país de característica dependente, em meio as recém-conquistas dos direitos sociais ocorridas em 1988 com o advento da Constituição Federal “cidadã”

² Ao se referir as pessoas cuidadoras, utilizou-se o gênero feminino na escrita por 100% das entrevistadas se identificarem nesta identidade de gênero.

³ Realizado após a aprovação do projeto de pesquisa pela Plataforma Brasil e pelo Comitê de Ética do HUOC/UPE, com aprovação em 16 de dezembro de 2016 (CAAE: 57110216.0.0000.5192).

⁴ Detalhado em Montaño e Durighetto (2010) e Behring e Boschetti (2011).

(construída com base de diversas reivindicações da classe trabalhadora), encontra-se entregue à proposta de contrarreforma neoliberal, no qual, em linhas gerais, visa a:

[...] retirada do Estado como agente econômico, dissolução do coletivo e do público em nome da liberdade econômica e do individualismo, corte dos benefícios sociais, degradação dos serviços públicos, desregulamentação do mercado de trabalho, desaparecimento de direitos históricos dos trabalhadores; estes são os componentes regressivos das posições neoliberais no campo social, que alguns se atrevem a propugnar como traços da pós-modernidade (MONTES apud BEHRING, 2003, p. 58).

Segundo Mota e Amaral (1998), o neoliberalismo enquanto movimento político e econômico se expressa na apropriação do mercado na regulação dos processos de produção e reprodução, sendo o Estado responsável a realizar intervenções mínimas que deem condições necessárias para a reprodução da sociabilidade capitalista. Ainda segundo as autoras, a reestruturação produtiva ultrapassa os processos técnicos de produção, perpassando pelo âmbito das formas de reprodução da sociedade através da “passivação” da ordem. Criam-se mecanismos para a integração passiva dos trabalhadores, possibilitando a contrarreforma do Estado com certo consentimento da classe trabalhadora.

Nesse campo, as políticas sociais, entendidas enquanto “[...] desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento [...] às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51), sofrem duras investidas das propostas neoliberais de focalização, setorialização, fragmentação e minimalização dos direitos sociais. Nessa conjuntura, Netto (2012, p. 428) aponta que:

[...] a política social dirigida aos agora qualificados como *excluídos* se perfila, reivindicando-se como inscrita no domínio dos *direitos*, enquanto específica do tardo-capitalismo: não tem nem mesmo a formal pretensão de erradicar a pobreza, mas de enfrentar apenas a penúria mais extrema, a indigência - conforme seu próprio discurso, pretende confrontar-se com a *pobreza absoluta* (vale dizer, a miséria extrema). [...] A articulação orgânica de repressão às “classes perigosas” e assistencialização minimalista das políticas sociais dirigidas ao enfrentamento da “questão social” constitui uma das faces contemporâneas mais evidentes da barbárie atual.

A Política de Saúde no Brasil, integrante da Seguridade Social e conquistada através das lutas de movimentos sociais pela Reforma Sanitária, encontra diversos impactos desse

processo de sociabilidade capitalista para a sua concretização através do Sistema Único de Saúde (SUS). Entendida enquanto “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990), a saúde expressa em seus níveis:

[...] a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Ramificada do cenário de disputas de classe e de seus desdobramentos na atualidade, coexistem dois projetos políticos antagônicos que operam os caminhos da saúde brasileira. O projeto privatista, que entende a saúde enquanto um campo de interesse e investimento privado; e o projeto reformista que a entende enquanto campo coletivo, sendo um direito social operado enquanto política social pública universal.

Apesar das conquistas para os direitos sociais alcançados na Constituição Federal de 1988, conforme Löwy (2016) e Paulani (2016), houve no país respostas consonantes ao processo global de contrarreforma, iniciado em 1990 no Brasil pelo governo de Fernando Collor de Mello, do Partido Trabalhista Cristão (PTC), concretizado no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), entre os anos de 1994 e 2002 pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). De acordo com Correia (2007), em meio ao cenário de contrarreforma do Estado, o que se observa neste contexto é a pressão de órgãos internacionais de capital financeiro, como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial, dentre outros, aos Estados Nacionais para a adoção dessas políticas de “liberalização, desregulamentação e privatização, impondo reformas políticas, econômicas e sócio-culturais”, o que impacta diretamente as políticas que envolvem a Seguridade Social, principalmente a Saúde, por ser de âmbito universal.

Ainda segundo Löwy (2016) e Paulani (2016), em meio as disputas pela governabilidade do país característicos do período de tentativas de reformas do Estado, conquistados na década de 1980, houve a perspectiva de ascensão dos segmentos de esquerda no qual buscariam reconquistar os direitos perdidos no processo de contrarreforma liderado pelo governo FHC. Com a vitória do Partido dos Trabalhadores (PT) nas eleições de 2002, comandado por Luís Inácio Lula da Silva (o Lula), criaram-se

expectativas da retomada do processo de reformas do Estado em prol a classe trabalhadora. Contudo, o que se observou foram alianças governamentais que buscaram a permeabilidade do governo petista, atendendo as necessidades da classe burguesa e trabalhadora, sendo caracterizado enquanto período de neodesenvolvimentismo,⁵ consonante a demais países da América Latina. Essa característica do governo petista foi observada tanto no governo Lula, quanto no governo de sua sucessora, a presidente Dilma Vana Rousseff (entre os anos de 2010 a 2016).

Segundo documento do Conselho Federal de Serviço Social (2010), percebe-se na construção da política de saúde no governo do Partido dos Trabalhadores, entre os anos de 2002 e 2016, que:

[...] Os dois projetos políticos existentes na saúde continuam em disputa (o projeto da reforma sanitária versus o projeto privatista). O [...] governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo. Percebe-se, entretanto, uma ênfase maior no projeto privatista (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 26).

Contudo, conforme destaque na atual conjuntura, ocorre no país um golpe de Estado, liderado pelos setores da direita política, no qual retira o Governo Petista do poder nacional, através de um processo denominado por Löwy (2016) como “farsa” para a obtenção do poder por parte da burguesia nacional, em que diz:

[...] a oligarquia de direito divino no Brasil – a elite capitalista financeira, industrial e agrícola – não se contentou com concessões: ela quer o poder todo. Não quer mais negociar, mas sim governar diretamente, com seus homens de confiança, e anular as poucas conquistas sociais dos últimos anos.

Em meio a ao golpe de Estado vivenciado através da “farsa” política, o governo do presidente interino Michel Temer traz um retorno aos princípios neoliberais, com um projeto que “busca principalmente destruir a Constituição de 1988 e os direitos sociais que ela garante.” (PAULANI, 2016, p. 74). E os impactos desse projeto são direcionados diretamente às políticas sociais públicas, pois “o programa de Temer fala claramente em acabar com a obrigatoriedade constitucional dos gastos com educação e saúde” o que significa para a política de saúde “a impossibilidade de terminar e aprimorar a construção do SUS”(PAULANI, 2016, p. 74).

⁵ Para mais detalhes sobre o neodesenvolvimentismo, recomenda-se a leitura de Branco (2009).

Observado os impactos supracitados da política neoliberal aos direitos e políticas sociais e o seu fortalecimento no governo Temer, encontram-se os usuários, caracterizados pela massa da classe trabalhadora ou da sociedade que se insere, muitas vezes, no mercado da informalidade e/ou no exército industrial de reserva. Formado por grupos de indivíduos e/ou famílias, a parcela da população que vivenciam o pauperismo da sociedade capitalista são os principais alvos das políticas sociais na atualidade, conforme mencionado em Netto (2012).

Segundo Miotto (2004), observa-se na atual conjuntura “uma cultura prevalentemente assistencialista no âmbito das políticas e dos serviços destinados a dar sustentabilidade à família como unidades”, pois a “[...] ajuda pública deve acontecer sob forma de compensação por falimento ou pobreza” (MIOTTO, 2004, p. 46, 47). Essa premissa partilha do entendimento de que a satisfação das necessidades dos indivíduos seria alcançada pelo mercado (trabalho) e/ou através do grupo familiar.

A família vivencia diversas modificações no decorrer da história⁶. Contudo, entende-se por família enquanto:

[...] núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente por razões afetivas, dentro de um projeto de vida comum, em que compartilham um cotidiano e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem idosos, formam crianças e adolescentes (SZYMANSKI apud IAMAMOTO, 2010, p. 266).

De acordo com Iamamoto (2010), a família, no decorrer das transformações sociohistóricas, desdobra-se em diversos arranjos, com múltiplas definições: desde nuclear, com diversas gerações, monogâmicas e poligâmicas, monoparentais, homoafetivas, dentre outras formas.

A família, no decorrer do desenvolvimento da sociabilidade capitalista, caracteriza-se enquanto locus para a manutenção da reprodução da classe subordinada, sendo regulada por marcos legais (civis e sociais) que tornam sua vinculação obrigatória, tornando-se campo central das políticas sociais por ser considerada uma “solidariedade obrigada por lei”, pois:

[...] ninguém nunca é totalmente auto-suficiente, e o bem-estar depende tanto de segurança em relação ao futuro e aos eventos críticos da vida, quanto da

⁶ Para estudo mais aprofundado sobre o tema, indica-se a leitura de *A origem da família, da propriedade privada e do Estado* de Friedrich Engels.

possibilidade de contar com uma rede de sustentação para garantir a reprodução cotidiana, social e biológica (JELIN apud MIOTO, 2004).

Ainda segundo Mito (2004), a sociabilidade capitalista repassa à família a responsabilidade para o provimento do cuidado de seus integrantes, havendo intervenções do Estado apenas naquilo que não tenha resolutividade desejável para a perpetuação da ordem dominante. Nessa perspectiva, acredita-se que os agravamentos ocorridos à saúde de indivíduos inseridos nos grupos familiares sofrem diversas consequências advindas do processo de contrarreforma realizado pela política neoliberal no Brasil, o que poderá ser constatado pelos resultados obtidos pela pesquisa realizada.

Oncologia: um Problema de Saúde Pública

Nas últimas décadas, os principais problemas de saúde pública que vem afetado indivíduos e, conseqüentemente, famílias, são os casos de neoplasias malignas em suas diversas ramificações⁷. Barbosa (2014, p. 287) define o câncer enquanto:

[...] nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. [...] Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo.

Conforme dados estimativos sobre a incidência das diversas formas de Câncer no Brasil no biênio 2016-2017 realizado pelo Instituto Nacional de Câncer José de Alencar da Silva⁸ (INCA, 2016), observa-se a ocorrência de 600 mil novos casos, frente a população brasileira de 204.450.649 habitantes (IBGE, 2017). Também é possível visualizar no país altos índices de mortalidade por neoplasias entre os anos de 2009 e 2013, representando uma taxa padrão maior do que o índice mundial, conforme Imagem 1.

⁷ Para mais detalhes, recomenda-se a leitura de Teixeira, Porto e Habib (2012).

⁸ “[...] órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil.” (INCA, 2016).

Imagem 1 - Taxas de mortalidade por todas as neoplasias, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 2009 e 2013

Faixa Etária	Homens		Mulheres	
	Número de Obito	Taxa Específica	Número de Obito	Taxa Específica
00 a 04	1.862	5,12	1.565	4,46
05 a 09	1.701	4,31	1.296	3,41
10 a 14	1.809	4,14	1.451	3,44
15 a 19	2.776	6,44	1.822	4,3
20 a 29	6.623	7,64	6.304	7,22
30 a 39	11.436	15,7	18.210	23,93
40 a 49	34.633	57,51	44.139	68,47
50 a 59	85.588	196,16	77.286	159,91
60 a 69	117.541	449,13	90.150	297,73
70 a 79	122.506	891,15	91.576	517,16
80 ou mais	88.836	1.558,22	78.584	879,44
Idade ignorada	186	0	54	0
Total	475.497	-	412.437	-
Taxa Bruta	-	100,82	-	84,01
Tx Padr. Mundial	-	103,42	-	73,36
Tx Padr. Brasil	-	112,06	-	79

Fonte: Brasil (2017).

Esta estimativa se torna um alerta para o Estado, pois traz para si diversos desdobramentos e responsabilidades. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 874, de 16 de maio de 2013, que revoga a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), um marco alcançado através da Portaria do MS nº 2.439/Gabinete do Ministro (GM) de 8 de dezembro de 2005, demonstra os avanços para a sociedade em geral e garantia de atenção à saúde para toda a população. A PNPCC aponta princípios e diretrizes para a atenção à pessoa com câncer, trazendo a perspectiva de promoção, prevenção, vigilância e monitoramento, cuidado integral, desenvolvimento de ciências e tecnologia, assim como educação e comunicação em saúde, indicando a especificidade de intervenção para cada nível de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade).

Trazendo a discussão da oncologia para a particularidade do Estado de Pernambuco, observa-se, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), como pode ser visualizado na Imagem 02, a ocorrência de mais de 18 mil óbitos entre os anos de 2010 e 2015.

Imagem 2 – Frequência de óbito por Neoplasia (tumores) no Estado de Pernambuco.

Frequência segundo Tipo Obito
Esfera Administrativa: ESTADUAL, FEDERAL, MUNICIPAL
Causa (Cap CID10): II. Neoplasias (tumores)
UF Ocorrência: PE
Período: 2010-2015

Tipo Obito	Frequência
TOTAL	18.467

Fonte: Brasil (2017).

Conforme dados coletados em pesquisa no sistema de informações de saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), no que se refere as estatísticas de Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência no Estado de Pernambuco, percebe-se o aumento gradativo nos casos de mortalidade por neoplasias, havendo em 2014 o número de 2.275 óbitos, aumentando para 2.643 óbitos no ano de 2015, chegando a 2.719 óbitos em 2016.

Decorrente dos desdobramentos da atual conjuntura neoliberal e seus processos de contrarreforma no Estado brasileiro, observa-se seus rebatimentos na execução e implementação de pontos fundamentais preconizados pela PNPCC. Tomando como referência o Estado de Pernambuco, observa-se entraves na regionalização dos serviços às pessoas em tratamento oncológico, com serviços de atendimento concentrados em três das cinco mesorregiões do Estado. Serviços mais específicos, como atendimento em Cuidados Paliativos com equipe especializada, apenas se encontra na capital do Estado, o que pode inviabilizar a integralidade no atendimento às demandas próximo ao território de domicílio.

Por ser considerada uma doença crônica progressiva, muitos dos usuários em tratamento oncológico chegam ao estágio de cuidados paliativos, necessitando de atendimento com equipe multiprofissional com conhecimento aprofundado sobre essa forma de cuidado. Segundo Matsumoto (2012, p. 23),

[...] o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando a longevidade

dos portadores dessas doenças. No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados.

A PNPCC entende a necessidade dos Cuidados Paliativos em todo o processo de tratamento, afirmando o atendimento em todos os níveis de complexidade, desde a atenção básica à alta complexidade, com foco ambulatorial, internação e assistência domiciliar. Portanto, para a compreensão dos resultados alcançados pela pesquisa, faz-se importante analisar a relação oncologia e cuidados paliativos.

Oncologia e Cuidados Paliativos: Algumas Considerações

Compreendendo o câncer enquanto doença crônica⁹ que ameaça a continuidade da vida, partilha-se do entendimento que esta se enquadra a uma forma de cuidado que ultrapasse o entendimento biomédico-centrado que ainda se caracteriza enquanto pensamento hegemônico no campo da saúde atualmente. Trata-se de um cuidado que segue os preceitos da Clínica Ampliada¹⁰, integrando as diversas expressões da vida dos sujeitos e que entende o processo saúde-doença através de seus determinantes sociais. Entende-se os Cuidados Paliativos, de acordo com a PNPCC, enquanto parte fundamental para o provimento do cuidado de usuários oncológicos, tornando-se importante para trazer qualidade de vida e morte para a população que se encontra em tratamento tanto domiciliar quanto hospitalar, pois essa forma de cuidado consiste:

[...] na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002 apud INCA, 2017).

Os Cuidados Paliativos têm suas raízes nas práticas caritativas das religiões católica e protestante, desde o Século V, realizado nos conhecidos *Hospices* voltado para os cuidados

⁹ “As doenças crônicas, segundo a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.” (BRASIL, 2014).

¹⁰ A clínica ampliada reconhece a necessidade de integração das diversas áreas de conhecimento para o cuidado, baseado na compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Detalhada na cartilha do Ministério da Saúde “Clínica ampliada e compartilhada” (BRASIL, 2009).

de pessoas com doenças graves, população de rua, viajantes e outros segmentos que vivenciavam o pauperismo. No Século XIX, os *Hospices* ganham características de hospitais, contudo, apenas nos anos 60 do século XX, impulsionado pelos ideais do Movimento Hospice Moderno, protagonizado pela inglesa Cicely Saunders, como também por estudos e pesquisas realizados a partir desse período (MATSUMOTO, 2012). Apenas no ano de 1990 os Cuidados Paliativos ganha sua primeira definição pela Organização Mundial da Saúde.

Conforme o INCA, os Cuidados Paliativos na oncologia têm como princípios: 1) Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispnéia e outras emergências oncológicas; 2) Reafirmar vida e a morte como processos naturais; 3) Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; 4) Não apressar ou adiar a morte; 5) Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; 6) Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; 7) Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto (INCA, 2017).

Como visto, a oncologia tem suas especificidades enquanto problema de saúde pública devido aos agravos que suas diversas formas expressam na vida da população que convive com a doença. Conforme a PNPCC, os cuidados paliativos se tornam parte fundamental em todo processo de tratamento, pois visam a qualidade de vida em todos os aspectos de vida da pessoa (sociais, psicológicos, biológicos, espirituais, dentre outros) no decorrer do processo saúde-doença.

Diante disto, partindo do cenário de construção e desenvolvimento sociohistórico da política de saúde no Brasil, compreende-se que as disputas antagônicas de interesses, calcada pelas pressões da economia capitalista global, atingem diretamente a população, conseqüentemente, usuários/as e familiares que vivenciam a questão do câncer, observa-se a necessidade da análise crítica desses processos e suas interferências na reprodução da vida social.

Família em Cuidados Paliativos Oncológicos no Contexto de Contrarreforma do Estado Brasileiro

As análises realizadas até o momento serviram de base para demonstrar os aspectos macroestruturais que perpassam a vida das quatro famílias no qual a pesquisa foi realizada. A partir das entrevistas, serão demonstrados aspectos relativos às expressões do processo de contrarreforma do Estado nas nuances do cotidiano das famílias, colocando-se os limites e dificuldades do cuidado domiciliar na atual conjuntura, visualizadas pelas entrevistadas.

Atendendo aos critérios da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, conforme Portaria do Ministério da Saúde já mencionada, o Hospital Universitário Oswaldo Cruz, através da Unidade de Cuidados Paliativos, realiza atendimentos ambulatoriais e em domicílio de pessoas com doenças crônicas progressivas que ameaçam a continuidade da vida.

A UCP/HUOC conta com equipe e residentes multiprofissionais das diversas áreas da saúde (enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, terapia ocupacional, nutrição, odontologia e medicina), no qual realizam as intervenções e acompanhamentos pertinentes visando o trabalho interdisciplinar. O Serviço Domiciliar tem capacidade para atender até doze usuários/as, no qual são encaminhados das diversas especialidades do hospital.

No período de realização das entrevistas, quatro usuários/as atendiam aos critérios de inclusão e exclusão da proposta de pesquisa, sendo esta realizada no domicílio dos/as usuários/as. As cuidadoras pesquisadas foram nomeadas por E1, E2, E3, E4, sendo esta a ordem da data de realização da entrevista. No Quadro 1, a seguir, pode-se visualizar os dados gerais das quatro pessoas identificadas enquanto principais cuidadoras de seus familiares no momento de realização das entrevistas.

Quadro 1 – Dados gerais das entrevistadas da pesquisa “Família em Cuidados Paliativos oncológicos no contexto de Contrarreforma do Estado Brasileiro” – 2016.

Entrevistada	Gênero	Idade	Grau de parentesco/afetividade	Escolaridade	Raça (Autodeclarada)	Possui Renda (Fonte)
E1	Feminino	62	Esposa	Ens. Fund. Incompleto	Morena	Sim (Aposentadoria)
E2	Feminino	64	Filha	Ens. Médio Completo	Morena	Sim (Aposentadoria)
E3	Feminino	45	Filha	Ens. Médio Completo	Morena	Não
E4	Feminino	43	Filha	Ens. Médio Completo	Branca	Não

Fonte: Autoras (2016).

A princípio, o primeiro ponto que se pode constatar é que as pessoas que foram identificadas enquanto responsáveis dos/as usuários/as são do gênero feminino. Esse dado se torna importante ao se realizar uma análise crítica levando em consideração a divisão sexual do trabalho, podendo ser percebida a perpetuação do modelo patriarcal¹¹ nos arranjos familiares a partir da feminização do cuidado, no qual a mulher se responsabiliza pela realização de atividades domésticas e trabalhos destinados ao cuidado. Em estudo sobre a relação das categorias trabalho, família e cuidado realizado por Moser e Dal Prá (2016), sinaliza-se a múltipla exploração da força de trabalho das mulheres, como trabalhos formais e informais externos ao ambiente domiciliar acrescida pela realização de atividades domésticas como o cuidado dos filhos, idosos, enfermos e, por vezes, de partes da família extensa, além das atividades do lar.

Na análise dos dados gerais, constata-se que a maioria das cuidadoras são filhas do/a familiar, apenas E1 sendo esposa. Duas delas são pessoas idosas, E1 e E2, recebendo renda proveniente de aposentadoria. As entrevistadas E3 e E4 não possuem remuneração fixa própria, sobrevivendo da renda proveniente do/a familiar no qual se exerce o cuidado. Em entrevista, as cuidadoras E1, E2 e E4 afirmaram realizar atividades informais para aquisição de remuneração extra, atividades estas relacionadas a revenda de produtos

¹¹ Entende-se patriarcado enquanto “uma forma de organização social na qual as relações são regidas por dois princípios básicos: 1) as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens e 2) os homens mais velhos estão hierarquicamente subordinados aos mais jovens. A supremacia masculina ditada pelos valores do patriarcado atribui um maior valor as atividades masculinas em detrimento das atividades femininas; legitimou o controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia feminina e estabeleceu papéis sexuais e sociais nos quais o masculino tem vantagens e prerrogativas” (NARVAZ; KOLLER, 2006, p. 50).

(prioritariamente voltado às mulheres) e realização de serviços domésticos em outro domicílio, com vínculos informais e precarizados frente aos direitos trabalhistas. Informam dificuldades para a realização dessas atividades devido à necessidade de permanecer no domicílio na realização dos cuidados de seus familiares. Neste ponto, pode-se concordar com as autoras Móser e Dal Prá (2016, p. 390) ao trazerem que:

[...] também no âmbito da conciliação trabalho e família, onde a baixa oferta de vagas de creches, de escolas integrais e de serviços de contra-turno escolar, no caso das crianças e adolescentes, e de serviços de atenção a pessoas dependentes (como idosos, pessoas com deficiência e doentes crônicos, entre outros) obriga as famílias a contratarem serviços de apoio no mercado ou a contarem com a utilização do trabalho familiar, não pago e invisível, que recai majoritariamente sobre as mulheres (MIOTO; DAL PRÁ, 2015). Essas situações caracterizam-se como um processo de privatização da provisão de bem-estar, uma vez que a família e o mercado assumem funções essenciais por conta da ausência de políticas sociais estatais

O que se evidencia com esses dados são as formas de exploração do trabalho contemporâneo dentro da unidade familiar. São mulheres que trabalham sem renda – por entender ser uma “ajuda mútua” –, com dedicação muitas vezes exclusiva para o familiar adoecido, sem cobertura de políticas sociais que busquem superar essa condição de trabalho familiar. A contrarreforma neoliberal reforça a ausência de políticas públicas, principalmente com a focalização da política de assistência social e previdência, perpetuando a lógica da “ajuda mútua” do cuidado familiar e da precarização dessa forma de trabalho.

Quanto a identificação de raça, as entrevistadas se autodefinem utilizando da definição “morena”, “parda” ou “mulata”, não havendo o reconhecimento enquanto parte da população negra, o que pode ser uma expressão do racismo estrutural.

As quatro entrevistadas informam que começaram a exercer o papel de cuidar de alguém, principalmente que vivencia uma doença crônica progressiva, com a pessoa ao qual elas são responsáveis atualmente. Ao serem indagadas sobre o porquê de estarem na posição de cuidadoras principais, cada qual relata sua realidade de forma diferente, porém, percebe-se semelhanças nas razões de estarem na posição de cuidadora. A entrevistada E1 relata que não tinha quem cuidasse de seu companheiro. A E2 relata que não escolheu estar nessa posição, contudo, ocorreu por visualizar o usuário pedir para cada filho, sentindo-se mobilizada pela situação ao qual ele se encontrava, dizendo ainda que nenhum dos outros

filhos gostaria de perder sua liberdade, abdicando-se da sua. A cuidadora E3 informou estar nessa posição por ser filha única, demonstrando ao dizer que teria de assumir esse papel a obrigatoriedade moral de realizar o cuidado de seu familiar. A entrevistada E4 informa que é a única filha desempregada e a única presente na vida da familiar.

A percepção das quatro entrevistadas, nesse ponto, demonstra que o cuidado de seus familiares, de fato, concorda com os dizeres de Mito (2004) sobre a “solidariedade” obrigada por lei. Pode-se compreender também que, “no âmbito dos cuidadores familiares, na maioria das famílias, uma única pessoa assume a maior parte da responsabilização do cuidado, sendo geralmente as mulheres que assumem essa responsabilidade: esposas, filhas, noras, irmãs.” (MIOTO, 2004, p. 385). Acrescenta-se ainda que essa responsabilidade recai para as pessoas com maior fragilidade perante o mercado de trabalho.

Sobre a contribuição de outros familiares na execução de atividades, as quatro entrevistadas afirmam que algum familiar compartilha do cuidado ao usuário. A entrevistada E1 afirma ter contribuição efetiva dos filhos, principalmente de sua filha, para a divisão de atividades relativas ao cuidado do usuário, como banho, realização de refeições, troca de fraldas, permanência no seu momento de ausência, dentre outros. As demais entrevistadas afirmam ter outros membros da família como pai, mãe ou irmãos/os que estão presentes quase cotidianamente no ambiente domiciliar, contudo, realizam auxílios pontuais e/ou esporádicos, como auxiliar no banho, elaboração de alimentos e diálogos com o/a usuário/a, porém com a presença delas. Isso reafirma o repasse da responsabilidade.

Sobre os cuidados com a própria saúde, as entrevistadas afirmam não ter dificuldades no acesso à Unidade de Saúde da Família para marcação de consultas. Apenas E4 afirmou não estar em dia com o autocuidado de sua saúde. Com esse dado, demonstra-se também que a proposta de Atenção Básica e de integralidade na atenção à saúde, trazida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não vem se efetivando na realidade das cuidadoras familiares. Com o advento da conterreforma do Estado brasileiro, o SUS passou por diversos processos de desmontes, a exemplo d aprovação de medidas como a aprovação do congelamento dos gastos públicos primários pela Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, “impondo sobre o orçamento da saúde uma restrição que pode chegar a 640 bilhões” (SOARES, 2018, p. 26); e a alteração das políticas de saúde mental e atenção básica, retrocedendo os princípios defendidos pela proposta da reforma psiquiátrica e sanitária. Tais

desmontes impossibilitam ações afirmativas para a saúde básica e, conseqüentemente, para a saúde das cuidadoras familiares.

Em relação as atividades relativas ao próprio lazer, as quatro entrevistadas afirmam impossibilidades devido ao cuidado do/a familiar, principalmente por não haver pessoas que possam permanecer efetivamente no momento de sua ausência. A entrevistada E1 afirma que não tem tido mais lazer, principalmente depois do quadro de depressão que desenvolveu no período de descoberta do câncer de seu esposo. As entrevistadas afirmaram que costumavam frequentar locais como praia, igreja, saída para casa de familiares, dentre outras atividades que elas caracterizavam enquanto realização do lazer. Contudo, ao serem colocadas na posição de cuidadora, deixam de realizar tais atividades para se restringir aos serviços relativos ao cuidar e domésticos. Frente a essas afirmações trazidas pelas entrevistadas, pode-se corroborar com Moser e Dal Prá (2016, p. 385) quando afirmam que:

[...] a partir do momento em que se tornam cuidadoras, as mulheres assumem inúmeras funções que não somente a de cuidar especificamente de outra pessoa no processo saúde/doença. Acabam desenvolvendo diversas outras atividades no espaço doméstico, ou seja, no espaço de reprodução, como cuidar da casa, dos filhos, do marido etc.; o que, por inúmeras vezes, traz sérias conseqüências ao seu cotidiano, como atritos nas relações familiares e reações emocionais, bem como conseqüências sobre a saúde, sobre a vida profissional, relacionadas à diminuição de atividades de lazer, entre outras.

Relacionado as condições de habitação, compreende-se que as quatro famílias tem acesso as necessidades mínimas de infraestrutura domiciliar, como água tratada, energia elétrica, residências de alvenaria, transportes coletivos próximos ao domicílio, lixos residenciais coletados pelo serviço público e ruas calçadas, asfaltadas e/ou de terra/barro. Sobre a inserção em políticas sociais como assistência, previdência e outros serviços sociais, o Quadro 2 demonstra o que cada usuária trouxe de sua realidade.

Quadro 2 – Acompanhamento por outras políticas e serviço sociais

Entrevistada	Acompanhamento pela Unidade de Saúde da Família	Aquisição de Medicamentos	Serviços da Política de Assistência Social	Serviços da Política de Previdência Social	Cadastro em serviços sociais do terceiro setor
E1	Sim	Ignorado	Sim	Sim	Sim

E2	Não	Compra / Recebe HUOC	Não	Sim	Não
E3	Sim	Compra / Recebe USF	Não	Sim	Não
E4	Sim	Compra / Recebe USF	Não	Sim	Não

Fonte: Autoras (2016).

A inserção na política de previdência, para E1, ocorre devido a sua aposentadoria, estando seu esposo recebendo o Benefício de Prestação Continuada da política de assistência social (o que é sinalizado na inserção de serviços da assistência). Para a entrevistada E2, a relação com a previdência ocorre devido sua aposentadoria e a de seu familiar. Nos casos de E3 e E4, a política de previdência está relacionada ao familiar no qual elas realizam o cuidado, através de aposentadoria desse membro. Reafirma-se, no caso da E3 e E4, sua condição de trabalho precarizado e não acobertado pelas políticas sociais.

Sobre o acompanhamento pela Equipe das Unidades de Saúde da Família (USF), apenas E2 relata não receber este serviço da política de saúde, fato esse devido a não cobertura de sua região de domicílio pelo serviço da Atenção Básica. Foi comum no discurso das entrevistadas que a compra de medicamentos que não são dispensados pela farmácia municipal ou do Estado é gasto oneroso para as suas realidades socioeconômicas. Há também a falta de fornecimento de itens básicos pela prefeitura, como fraldas, o que acaba sendo considerado um gasto alto a essas famílias. Apenas E1 recebe o auxílio de cesta básica por uma Organização Não-Governamental (ONG), o que possibilita a realização de gasto com outros tipos de alimentações complementares. A política de assistência social, através dos benefícios eventuais, no município do Recife/PE, fornecia a entrega de cestas básicas as famílias que possuíssem necessidade socioeconômica.

A partir desses dados, compreende-se que o direcionamento de contrarreforma da política neoliberal vai em contramão a uma proposta protetiva a família, no sentido de fornecer as necessidades sociais para o pleno desenvolvimento da população que convive em unidades familiares. Buscam a manutenção da ordem capitalista e repassam a família da classe trabalhadora a obrigatoriedade de realização do seu desenvolvimento. As políticas públicas sociais, cada vez mais focalizadas e fragmentadas, acabam não atendendo as reais necessidades apresentadas pelos grupos familiares, principalmente aquelas que convivem

com algum de seus membros em situação vulnerável – como é o caso das pessoas com algum tipo de doença crônica, como o câncer.

Aproximações Conclusivas

Apesar da tendência de ampliação das políticas de atenção em saúde voltadas aos cuidados paliativos, como pode ser visto na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), pode-se compreender que o processo de contrarreforma do Estado implica dificuldades na realização do cuidado provido por familiares a estes usuários, como pode ser visto nos resultados obtidos pelas entrevistas.

Os dados da pesquisa demonstram expressões objetivas das limitações do cuidado familiar, como podem ser visto através dos seguintes exemplos: na insuficiência para o suprimento da renda familiar, principalmente a falta de renda fixa aos cuidadores; ausência de garantias perante direitos trabalhistas as pessoas que exercem o cuidado de seus familiares; ausência de uma rede socioassistencial institucional na partilha do cuidado; falta de marcos legais que beneficiem os cuidadores familiares, garantindo o exercício de sua saúde em seu conceito ampliado, entendida enquanto seus determinantes e condicionantes “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990); dentre outros. Essas expressões decorrem da ausência do Estado no atendimento das necessidades sociais da família, colocando-as a mercê das diversas formas de vulnerabilidade e riscos sociais.

Há também expressões de limitações subjetivas, como a ausência na participação política, devido ao tempo dispensado para a realização do cuidado do familiar (como pode ser visto nas entrevistas, as cuidadoras permanecem praticamente vinte e quatro horas disponível); sobrecarga das cuidadoras, observado na falta de atividades voltadas para si, como exemplo o lazer; e doenças relacionadas ao campo psicológico, como a depressão. Ainda no campo subjetivo, as limitações encontradas sinalizam possibilidades de fragilização e/ou rompimento de vínculos familiares, visto que a sobrecarga ocorre diretamente a uma pessoa da família, no qual possibilita a ocorrência de conflitos intrafamiliares, fazendo-se necessário o aprofundamento de estudos que visualizem esta realidade.

Perante a este cenário, constata-se a insuficiência de políticas públicas de proteção a pessoa com câncer, pois a PNPC traz garantias focalizadas ao processo de prevenção e tratamento do câncer, sendo insuficiente ao abarcar questões do campo objetivo, impossibilitando o acesso integral aos direitos que constituem a compreensão ampliada da saúde. Conseqüentemente, há também a ausência de políticas públicas que beneficiem os familiares no processo de tratamento, principalmente aos seus cuidadores, não tendo cobertura que garanta suficientemente a sua proteção social.

As diretivas neoliberais, principalmente retomados em 2016 pelo governo protagonizado pela direita por Michel Temer (Movimento Democrático Brasileiro – MDB), tendem a minimizar os direitos sociais, trazendo impossibilidades e barreiras para a conquista de direitos que corroborem para maior proteção das famílias por parte do Estado. A precarização, minimalização dos direitos trabalhistas e aumento da informalidade trazidas pelo neoliberalismo incapacitam os cuidadores familiares de terem sua cobertura promovida pelo Estado através dos direitos previdenciários, havendo o distanciamento da população que vivencia essa realidade em alcançar tais direitos, necessitando ser acessado os direitos promovidos pela assistência social. Contudo, a focalização da política de assistência social, cada vez mais abrangente aos setores mais pauperizados da sociedade, impossibilitam também o alcance destes direitos. As pessoas que cuidam de seus familiares acabam ficando à mercê da renda de outro familiar inserido (ou não) no contexto do trabalho formal (ou informal), sem políticas públicas sociais que as acobertem.

A análise das entrevistas também possibilita compreender a importância do serviço de cuidados paliativos para o auxílio ao cuidado familiar. Na atual conjuntura, são poucos os investimentos nesse tipo de atenção à saúde, principalmente em seu nível de atendimento domiciliar. Em Pernambuco, apenas as pessoas que residem na Região Metropolitana ou na Capital se beneficiam dos Cuidados Paliativos, o que demonstra a urgência da interiorização desse tipo de serviço no Estado, realidade esta que possivelmente é vivenciada pelos demais Estados brasileiros.

A partir do estudo realizado foi possível se aproximar da realidade das famílias que exercem o cuidado de seus familiares, no qual trouxe o recorte das pessoas com câncer. Contudo, acredita-se que essa realidade perpassa a vida de todas as pessoas que exercem o cuidado de seus familiares, havendo especificidades para cada segmento social, observando-

se que as limitações objetivas e subjetivas ocorrem semelhantemente devido as questões macroestruturais. Foi possível compreender que a proteção por parte do Estado ainda ocorre de forma residual, havendo grandes possibilidades de sobrecarga de familiares e indivíduos que vivenciam o papel de cuidador, principalmente as mulheres, maioria nessa condição.

A necessidade de pesquisas e estudos que desvelem essa realidade de forma minuciosa se faz urgente para o campo da saúde, pois, com o aumento de casos de doenças crônicas progressivas como o câncer, sinaliza-se o aumento do cuidado sociofamiliar em meio a condições precárias estabelecidas pelo contexto de contrarreforma do Estado, no qual usurpa os nossos direitos conquistados historicamente pelos movimentos sociais, trazendo impactos significativos para a reprodução social.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Antonieta M. *Câncer, direito e cidadania: como a lei pode beneficiar pacientes e familiares*. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

BEHRING, Elaine Rosseti, BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. Coleção Básica. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rosseti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BRANCO, Rodrigo Castelo. O novo-desenvolvimentismo e a decadência ideológica do estruturalismo latino-americano. *Oikos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2009.

BRASIL. *Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 8 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Morbidade Hospitalar do SUS: por local de residência – Pernambuco (Óbito segundo município – Capítulo CID-10: II. Neoplasias (tumores))*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrpe.def>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da saúde, 2009.

BRASIL. *Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014*. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: MS, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 12 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL –CFESS. *Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na saúde*. Brasília: CFESS, 2010. (Série: Trabalho e Projeto Profissional Nas Políticas Sociais).

CORREIA, Maria Valeria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. *Temporalis*, Recife, n. 13, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Questão social, família e juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídica. In: SALES, Apolinario; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina (org.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IBGE. *Países: Brasil - População*. Disponível em: <http://pais.es.ibge.gov.br/#/pt/pais/brasil/info/populacao>. Acesso em: 12 abr. 2017.

INCA- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Sobre a instituição*. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstituto>. Acesso em: 2 maio 2016.

LÖWY, Michael. Da tragédia a farsa: o golpe de 2016 no Brasil. In: SINGER, André et al. *Porque gritamos golpe?* Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Bom Tempo, 2016. Parte 2.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). *Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado*. 2. ed. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23-30.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, Apolinario; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina (org.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

MONTAÑO, Carlos, DURIGHETTO, Maria Lúcia. *Estado, classe e movimento social*. SP: Cortez, 2010.

MOSER, Liliane; DAL PRÁ, Keli Regina. Os desafios de conciliar trabalho, família e cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 382-392, ago./dez. 2016.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Angela Santana do. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabeth (org.). *A nova fábrica de consensos*:

ensaios sobre a reestruturação produtiva empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social. São Paulo: Cortez, 1998.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa a subversão normativa. *Psicologia e Sociedade*, v. 1, n. 18, jan./abr. 2006.

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

PAULANI, Leda Maria. Uma ponte para o abismo. In: SINGER, André et al. *Porque gritamos golpe?* Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Bom Tempo, 2016. Parte 2.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Revista Argum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 24-000, jan./abr. 2018.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco; HABIB, Paula Arantes Botelho Briglia. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012.

Recebido em: 09.07.2019

Aceito em: 29.05.2020