



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidade  
Sub-Eixo: Ênfase em Gênero

## RELAÇÕES PATRIARCAIS DE GÊNERO E FAMÍLIA: A CENTRALIDADE DA ATENÇÃO AO TRATAMENTO DA CRIANÇA COM CÂNCER NA FIGURA FEMININA

Andrêsa Melo da Silva Nascimento<sup>1</sup>  
Elisangela de Oliveira Inacio<sup>2</sup>

**Resumo:** O artigo apresenta os resultados da pesquisa do tipo social aplicada, de cunho exploratório e de campo, que teve como objetivo analisar os principais determinantes culturais, sociais e econômicos que legitimam a figura da mulher como sendo a principal cuidadora na atenção às crianças em tratamento do câncer no Hospital Napoleão Laureano, localizado em João Pessoa-PB. Com base no método histórico – dialético, o percurso metodológico compreendeu a observação participante, o levantamento bibliográfico, as leituras sistematizadas, os fichamentos e anotações no diário de campo e a realização da entrevista semiestruturada, com o apoio de um roteiro constituído de perguntas abertas e fechadas. A nossa amostra compreendeu o total de 18 (dezoito) mulheres, cuja adesão deu-se de forma voluntária. Apresentamos um Termo de Consentimento Livre Esclarecido às mulheres entrevistadas, em consonância com as questões éticas da pesquisa com seres humanos.

**Palavras-Chave:** Relações Patriarcais de Gênero. Família. Política de Saúde. Tratamento ao Câncer.

**Abstract:** The article presents the results of the research of the applied social type, exploratory and field, that had as objective to analyze the main cultural, social and economic determinants that legitimize the woman figure as the main caregiver in the attention to the children in treatment at the Hospital Napoleão Laureano, located in João Pessoa - PB. Based on the historical - dialectical method, the methodological course included participant observation, bibliographical survey, systematized readings, recordings and annotations in the field diary and the semi - structured interview, supported by a script composed of open questions and closed. Our sample comprised a total of 18 (eighteen) women, whose adherence was voluntary. We presented an Informed Consent Form to the interviewed women, in line with the ethical issues of human research.

**Key Words:** Patriarchal Gender Relations. Family. Health Policy. Cancer Treatment.

### 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo, a priori, é parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Serviço Social na Universidade Federal da Paraíba. Resulta de uma pesquisa social que teve como finalidade analisar a “Centralidade da Atenção ao Tratamento da Criança com Câncer na Figura Feminina”, a partir do recorte das mulheres

---

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, E-mail: andresamello0310@gmail.com.

<sup>2</sup> Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, E-mail: andresamello0310@gmail.com.

acompanhantes das crianças internas no Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB.

O interesse pela temática deu-se através das nossas observações e inquietações acerca da predominância de mulheres na condição de cuidadoras prioritárias, que constatamos ao longo do período do estágio supervisionado em Serviço Social I e II, desenvolvido no referido hospital. Realizamos a pesquisa entre os meses de outubro e novembro de 2018.

Ao entender que a realidade social é dinâmica e permeada por contradição circunscrita nas relações de poder e nas diferenças entre os sexos, destacamos a importância de se compreender as relações patriarcais de gênero no contexto dos processos históricos, sociais, econômicos, culturais e políticos, bem como nas relações familiares diante da forte influência do patriarcado através do desenvolvimento das relações capitalistas de produção e perante as transformações nas relações sociais.

Partimos da hipótese inicial que, ao se tratar da atenção especial à criança com câncer, a obrigatoriedade do cuidado à saúde dos filhos e da assistência integral, inclusive durante a internação, recai sobre a mulher. A centralidade desses cuidados é cotidianamente afirmada na figura feminina, pois a mulher é legitimada pela família, pelo Estado e pela sociedade como sendo a principal responsável para acompanhar o processo de atenção, promoção e cuidados com os filhos. Em casos de enfermidades, essa responsabilidade se estende desde o diagnóstico até o tratamento do infante e sua possível alta hospitalar.

Dessa forma, buscamos a apreensão crítica em torno do cotidiano vivido por essas mulheres, com propósito de conhecer os desafios diários que elas enfrentam ao dedicar tempo integral aos cuidados com a criança com câncer, e que – por vezes – as condições estruturais e concretas exigem que essas mulheres abram mão de outras atividades e perspectivas de vida para contar com ampla disponibilidade e poder acompanhar diretamente a evolução do tratamento e recuperação do infante sem, necessariamente, contestar a participação masculina nesse processo.

Nossa pesquisa teve como objetivo principal analisar os principais determinantes culturais, sociais e econômicos que legitimam a figura da mulher como sendo a principal responsável a assumir o papel de cuidadora na atenção às crianças em tratamento do câncer.

Os objetivos específicos compreenderam a apresentação do perfil sociodemográfico das mulheres que acompanham as crianças internas em tratamento no Hospital Napoleão Laureano e a elucidação dos principais motivos apresentados

por elas quanto às possíveis limitações e/ou impedimentos do homem (ou pai) em assumir os cuidados com a família e com a criança em tratamento do câncer.

Também nos propusemos a investigar as contradições das relações familiares, com um recorte analítico e crítico sobre as desigualdades presentes nas relações entre mulheres e homens e os desafios assumidos pelas mulheres que acompanham seus filhos e filhas diagnosticados com algum tipo de câncer, ao longo do tratamento hospitalar, na condição de principais acompanhantes.

Sendo assim, apresentamos neste artigo parte dos resultados da pesquisa que desenvolvemos no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Relações Patriarcais de Gênero e Família: a centralidade da atenção ao tratamento da criança com câncer na figura feminina”.

## **2. Caracterização do perfil das mulheres acompanhantes das crianças internas em tratamento hospitalar no Hospital Napoleão Laureano**

A nossa análise sobre os resultados da pesquisa compreende uma apreensão histórica e crítica acerca do papel da mulher, no que se refere ao âmbito privado do lar e ao cuidado da casa, dos filhos ou dos enfermos.

Compreendemos que as discussões e questionamentos sobre a construção do padrão de feminilidade e de masculinidade, assim como das atribuições de papéis sociais ao sexo, ganharam ênfase a partir da década de 1970 sob a influência do movimento feminista e das mulheres.

Contudo, desconstruir o pensamento tradicional, conservador e com base no patriarcado demanda tempo, ainda mais quando contraria “princípios” socialmente enraizados na cultura de uma sociedade.

Enfatizamos a necessidade de se enaltecer e promover a autonomia e a liberdade da mulher, pois a maneira como a sociedade patriarcal-racista-capitalista legitima a subalternização feminina, seja no espaço público, seja no espaço privado, cria barreiras à plena realização da mulher como ser social.

No que se refere ao cuidado aos filhos, o nível de exigência que recai sobre a responsabilização da mulher se torna maior quando a criança inicia um tratamento de saúde. O ECA garante o acompanhamento do infante como um direito básico.

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (BRASIL, ECA, 1990).

Todavia, a lógica patriarcal e as desigualdades de gênero estabelecem às mulheres a condição de cuidadoras por obrigação, imposição ou coerção. Quando tratamos sobre a atenção à infância, a mãe é a principal encarregada de prestar assistência aos filhos, principalmente, nas situações de adoecimento.

Tal realidade pode ser observada – empiricamente – no setor de pediatria do Hospital Napoleão Laureano (HNL). Inclusive, ao buscarmos uma caracterização do perfil identitário das mulheres acompanhantes das crianças internas em tratamento do câncer no HNL, alcançamos os seguintes resultados, a serem descritos na Tabela 1, quanto à idade, ao estado civil, à etnia e à religião.

**TABELA 1 – IDENTIFICAÇÃO DAS ENTREVISTADAS CONFORME IDADE, RELIGIÃO, ETNIA E ESTADO CIVIL. JOÃO PESSOA-PB.**

CARACTERÍSTICAS GERAIS		QTDE (Nº)	PER. (%)
IDADE	18 a 25 anos	4	23%
	26 a 35 anos	5	27%
	<b>36 a 45 anos</b>	<b>6</b>	<b>33%</b>
	46 a 55 anos	2	11%
	56 a 60 anos	1	6%
RELIGIÃO	Evangélica	5	27%
	<b>Católica</b>	<b>12</b>	<b>67%</b>
	Sem religião	1	6%
ETNIA	Branca	5	28%
	<b>Parda</b>	<b>9</b>	<b>50%</b>
	Negra	4	22%
ESTADO CIVIL	Solteira	4	22%
	Casada	4	22%
	Viúva	1	6%
	Divorciada	1	6%
	<b>União estável</b>	<b>8</b>	<b>44%</b>

Fonte: elaboração própria, 2019.

Com relação à idade das acompanhantes, os dados demonstram que 23% das entrevistadas são mulheres entre 18 e 25 anos, 27% tem idade entre 26 e 36 anos, outros 33% se referem ao maior percentual de mulheres com idades entre 36 e 45 anos, 11% possuem entre 46 e 55 anos, e outros 6% se referem às mulheres com faixa etária entre 56 e 60 anos.

Quanto ao estado civil das entrevistadas, totalizamos que cada 22% correspondem às mulheres solteiras e casadas; outros 6% correspondem, cada um, às mulheres viúvas e divorciadas, sendo o maior percentual, de 44%, de mulheres em união estável, isto é, sem, necessariamente, união formalizada.

Dessa forma, podemos concluir que a maior parte das mulheres, 66% (os 44% que se autodeclararam viver em união estável somado aos 22% de mulheres casadas), constituíram família com base no modelo de família nuclear, com a figura do pai, da mãe e da criança. Essa preponderância da família nuclear se justifica também pelo fato de que 94% das mulheres são cristãs (pois observamos que 67% delas se autodeclararam católicas e outras 27%, evangélicas), e apenas 6% se autodeclararam sem religião.

No Brasil, a religião ainda assume papel preponderante nas relações familiares, independentemente da condição de conjugalidade. Os preceitos e princípios cristãos presentes nos espaços domésticos e incentivados pelo Estado fortalecem a cultura do patriarcado ao determinar como sendo um dever prioritário da mulher cuidar da casa, dos filhos e do companheiro/ marido. Na perspectiva cristã e patriarcal, o homem é o líder e detentor do poder na família, mesmo quando não assume o papel de principal provedor. À mulher cabe o papel de auxiliar nas despesas e cuidar da prole. Ao homem, é concedida a atribuição de estabelecer a ordem, cujas estratégias de dominação e exploração recaem sobre a mulher, reproduzindo, através dos discursos religiosos, a função de obediência feminina e servidão sob a contradição entre o sagrado e o profano.

No que se refere à etnia dessas mulheres, percebemos que 28% autodeclararam ser brancas; 22%, negras; e 50%, pardas. Observamos que, entre aquelas que se identificaram pardas, houve casos de mulheres que não se percebem negras, mesmo compreendendo visivelmente essa raça/etnia.

O ranço histórico do racismo ainda é muito presente em nossa sociedade, pois muitas mulheres ainda preferem se declarar “morenas” ou “pardas” a se afirmar negras. Isso significa dizer que, no universo da nossa pesquisa, foi possível perceber as implicações desse preconceito racial no discurso das mulheres, além de que o recorte racial também está diretamente relacionado com a escolarização das entrevistadas, pois, na contemporaneidade, quanto mais escolarizadas e informadas, maior é a tendência das mulheres negras de se reconhecerem como tal e defenderem a igualdade de direitos para a população negra. O movimento de mulheres negras no Brasil contribui para o reconhecimento da identidade étnica/racial, além de pautar o debate contínuo e instaurar frentes de lutas que objetivam dar mais visibilidade para as questões raciais no país.

Com relação ao nível de escolaridade apresentado pelas mulheres, constatamos que 17% não são alfabetizadas, alegando escrever apenas o próprio nome; 60% possuem o ensino fundamental incompleto; 6% têm o ensino médio incompleto; outros 11% correspondem às mulheres que possuem o ensino médio

completo; e 6% afirmam não ter concluído o ensino superior. Com base nessas informações, podemos perceber que a menor parte das mulheres pôde concluir o ensino médio, sendo este grupo correspondente a 17% (11% que completaram o ensino médio somados aos 6% que não concluíram o ensino superior). A maior parte dessas mulheres não concluiu o ensino fundamental, correspondendo ao percentual total de 60%.

A baixa escolaridade pode ser compreendida ao analisarmos as dificuldades reveladas por essas mulheres para prosseguirem nos estudos, justamente devido às novas obrigações assumidas, com a responsabilidade do cuidado da família e dos filhos, e por serem obrigadas a abrir mão de suas atividades públicas (educação e/ ou trabalho) para se dedicarem ao acompanhamento e tratamento da criança.

Na lógica patriarcal e monogâmica, o lugar da mulher é definido e delimitado ao espaço privado da casa e cuidando dos filhos. Quando a mulher busca ir além da esfera privada do lar e adentrar no mundo público e do trabalho e assumir novas responsabilidades, acaba acumulando funções, através das múltiplas jornadas de trabalho (dentro e fora de casa).

A sobrecarga do trabalho feminino é indiscutível, pois mesmo que a mulher não consiga conciliar as funções domésticas e outras demandas, ou seja, mesmo ausente dos estudos e do trabalho formal, a jornada do trabalho doméstico e a responsabilidade do cuidado dos filhos e da casa são centralizadas na figura feminina e – por vezes – compartilhada ainda com outras mulheres, pois:

A socialização dos filhos, por exemplo, constitui tarefa tradicionalmente atribuída às mulheres. Mesmo quando a mulher desempenha uma função remunerada fora do lar, continua a ser responsabilizada pela tarefa de preparar as gerações mais jovens para a vida adulta. A sociedade permite à mulher que delegue esta função a outra pessoa da família ou a outrem expressamente assalariado para este fim. (SAFFIOTI, 1987, p.08)

Inclusive, quando indagadas quanto à divisão de responsabilidades com relação aos cuidados de outros filhos, na ausência delas em casa, por estarem cuidando e acompanhando a criança internada no HNL, constatamos que esse cuidado segue centrado em outras figuras femininas: 11% das mulheres entrevistadas têm mais de cinco (5) filhos (as), 17% delas afirmaram ter quatro (4), outros 33% se referem às mulheres com três (3) filhos (as), 28% possuem dois filhos (as), e apenas 11% possuem um filho (a).

Se somarmos o percentual de mulheres que possuem mais de um filho, percebemos que 89% das entrevistadas abdicam do convívio e da responsabilidade dos outros filhos para se dedicar a criança com neoplasia e que necessita de maior atenção e da sua companhia no hospital.

Logo, no trabalho doméstico assalariado ou não assalariado e, em especial, sob a luz do trabalho parental, verificamos que há o enraizamento da naturalização dos papéis atribuídos ao sexo e não há uma ampla solidariedade conjugal. Inclusive, através da divisão colaborativa do trabalho doméstico entre os membros da família, a tendência à solidariedade do trabalho doméstico e de cuidados com a família segue centrada nas figuras femininas da casa (filhas, irmãs, avós, tias, etc.).

Essa tendência que limita o papel da mulher ao espaço da casa, na condição de cuidadora, sobretudo, quando as relações patriarcais ainda são legitimadas no casamento e na formação da família contemporânea que, empiricamente, independe dos arranjos familiares.

Essa exploração se realiza pelos trabalhos domésticos não remunerados e pela responsabilidade com o cuidado das crianças e outros membros da família, além da “obrigação sexual” e da cobrança pelo “equilíbrio emocional” dos membros da família. (CISNE; SANTOS, 2018, p.60)

A distância da família e dos filhos é uma das dificuldades enfrentadas pelas mulheres no âmbito hospitalar, tendo em vista que o período de internação é determinado pela evolução do estado clínico da criança e, geralmente, é prolongado.

E a Paraíba, assim como outros estados brasileiros, enfrenta uma dificuldade estrutural com relação à descentralização da oferta de serviços mais especializados, como é o caso da atenção à oncologia. Então, é comum observarmos que no HNL as crianças em atendimento e internadas não são oriundas apenas de João Pessoa.

Pois, ao analisarmos os dados sobre a mesorregião onde residem as entrevistadas (acompanhantes das crianças em tratamento), obtivemos os seguintes dados: 39% são oriundas do Sertão Paraibano, outros 33% vieram da Mata Paraibana, e os demais 28% das entrevistadas são do Agreste Paraibano.

O Hospital Napoleão Laureano se localiza em João Pessoa, porém a maior parte das entrevistadas é de cidades distantes da capital. A Instituição HNL é referência no tratamento do câncer na Paraíba, por isso recebe pacientes/usuários (adultos e infantes) de todas as regiões, inclusive de outros estados.

Quanto às informações sobre a renda familiar, 50% das mulheres entrevistadas integram famílias que vivem com menos de 1 salário mínimo, enquanto que 38% têm renda igual a 1 salário-mínimo, 6% possuem entre 1 e 2 salários e apenas 6% (uma delas) afirmaram ter renda entre 2 e 3 salários mínimos.

Com base nesses dados, compreendemos que a maior parte das famílias vive em condições precárias e se encontra na linha da pobreza, pois a renda familiar de 88% das entrevistas não ultrapassa 1 salário mínimo.

Ao perguntamos quantas pessoas contribuem com a renda familiar, obtivemos as seguintes respostas: 61% responderam que apenas uma pessoa contribui na

renda, 11% afirmaram serem duas pessoas, e 28% alegaram não possuir renda além do(s) benefício(s). E a figura masculina aparece como principal responsável por prover a renda da familiar, sendo 69% referentes ao companheiro/esposo das mulheres entrevistadas; 15%, aos avós; 8%, aos filhos; e outros 8%, aos tios.

Na perspectiva de família tradicional e centrada no modelo monogâmico, o homem assume o papel de principal provedor da família, e a mulher, o cuidado com o lar e a prole. Há uma sobrecarga feminina, pois, apesar das modificações nas famílias quanto ao seu formato e às novas demandas sociais, compete à mulher o trabalho intensificado do cuidado e da administração do espaço doméstico, configurado como trabalho não remunerado.

Ao questionarmos as mulheres se possuíam algum benefício social ou complemento de renda, 83% afirmaram que sim, e 17% responderam que não. Registramos que 73% das famílias recebem apenas o Bolsa Família, outros 13% recebem apenas o Benefício de Prestação Continuada (BPC), e 15% recebem tanto o Bolsa Família quanto o BPC.

O Programa Bolsa Família é, atualmente, o principal programa de transferência de renda do país e tem como objetivo o combate à miséria e à desigualdade. Apesar de ser um paliativo no enfrentamento à pobreza, tem contribuído, inegavelmente, como complemento de renda e, até mesmo, como única fonte de renda de famílias em vulnerabilidade.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad 2018) demonstram que o Nordeste é a região com maior concentração de famílias beneficiárias (6,98 milhões) e, em 2017, na Paraíba, havia 519.169 beneficiários do Bolsa Família.

Já o Benefício de Prestação Continuada é instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). É um benefício assistencial, que garante um salário mínimo mensal aos idosos com 65 anos ou mais, às pessoas com deficiência que comprovem incapacidade ao trabalho, assim como às crianças de zero a 10 anos e adolescentes entre 12 e 18 anos com deficiências e/ou enfermidades. Contudo, os beneficiários devem comprovar que possuem renda familiar menor que 1/4 do salário mínimo, o que reafirma a impossibilidade da garantia de sustento do beneficiário e sua família.

Portanto, com base nos dados apresentados, constatamos que as famílias das crianças e adolescentes em tratamento oncológico no Hospital Napoleão Laureano estão, majoritariamente, em situação de “vulnerabilidade” social.

Inclusive, quando indagamos se as mulheres estão/estavam inseridas em atividades de trabalho, 65% declararam exercer apenas a função de donas de casa.

As demais informaram que, além do cuidado com a casa, desenvolvem trabalho na agricultura (11% das entrevistadas), 6% delas são manicures, mais 6% são comerciantes, outras 6% atuam como funcionárias municipais, e outras 6% declararam ser aposentadas.

Percebemos, então, que ainda que exerçam o trabalho remunerado, 100% das mulheres desempenham o trabalho não remunerado, isto é, o trabalho doméstico, pois, “entre as camadas mais pobres da população, a maternidade não costuma ser uma atividade em tempo integral e, quando o é, traz marcas do desemprego e da precariedade” (BIROLI, 2018, p.107).

E, ainda assim, 23% das mulheres que declararam desempenhar atividade remunerada (11% agricultoras, 6% manicures, 6% comerciantes) atestaram que, após o diagnóstico de neoplasia da criança, tiveram de deixar o trabalho para se dedicar, exclusivamente, ao acompanhamento do tratamento. Essa realidade justifica o fato de as mulheres possuírem uma renda familiar baixa e centrada na figura de apenas uma pessoa, ou seja, no homem.

Sendo assim, com base nas informações sociodemográficas das mulheres acompanhantes, podemos perceber que tratamos de mulheres cristãs, em sua maioria pardas, oriundas do interior da Paraíba, em situação de vulnerabilidade social, que não possuem um considerável grau de formação e tiveram de deixar a família, filhos, estudo e emprego para se dedicar ao tratamento da criança com neoplasia.

Nesse sentido, o Serviço Social tem importantes atribuições no setor de oncopediatria da instituição, na medida em que presta esclarecimentos e orientações sobre os direitos de acesso a benefícios e recursos sociais em atendimento à criança, ao adolescente, à família e ao acompanhante. No Hospital Napoleão Laureano, é evidente o compromisso do Serviço Social com usuárias e usuários na viabilização dos direitos para o acesso ao tratamento oncológico, inclusive na coordenação e promoção do atendimento na oncopediatria.

A centralidade da responsabilidade da mulher no acompanhamento do tratamento da criança com câncer e em internação contínua no hospital é hegemônica. Apesar de reconhecermos que a presença materna é primordial no tratamento do câncer, não podemos negar os tipos de renúncia à vida social que essa mulher é obrigada a fazer, inclusive manter-se distante da convivência com a família e dos demais filhos, além de não receber um cuidado específico para si e conviver com a angústia da espera e com as expectativas cotidianas pela cura do infante enfermo. Ou ainda com sofrimento maior quando revelado que não há mais cura.

E nessa dinâmica do cuidar, inclusive no espaço hospitalar, essa mulher tende a ser sobrecarregada pela cobrança dos especialistas e da equipe técnica, legitimando

uma cobrança social e cultural de que essa mulher deve anular-se de suas outras aspirações e necessidades de vida e limitar as suas atenções ao infante interno. E, muitas vezes, sem nem sequer contar com alguém que se preocupe com a saúde dela.

Quando questionamos às entrevistadas sobre a participação do pai no processo de internação e tratamento das crianças, percebemos que 94% das crianças têm pai vivo. Contudo, apenas 41% acompanham indiretamente o tratamento do filho (a), enquanto que os demais 59% dos pais não participam de forma alguma da vida da criança.

Ao analisar os principais motivos descritos pelas mulheres quanto à ausência do pai no processo de tratamento e acompanhamento da criança, obtivemos os seguintes resultados: 23% alegaram que a distância entre o hospital e a residência onde moram impede que o pai se faça presente; outras 23% das mulheres afirmaram que o trabalho do pai impede uma maior participação e presença dele no cotidiano hospitalar; já 36% relataram que após a separação o pai se distanciou da criança; 6% alegaram que o pai não está mais vivo; outros 6% destacaram o fato de que o pai está recluso; e 6% alegaram que o pai abandonou a criança.

Sendo assim, percebemos a ausência do pai e, portanto, da figura masculina no processo de atenção ao tratamento da criança. Apesar de compreendermos que as dificuldades concretas do pai trabalhador nos tempos de crise e precarização do trabalho dificultam a ausência dele do trabalho, sobretudo quando é o principal contribuinte da renda familiar, é fundamental que ele não se exima das suas responsabilidades e da importância de partilhar os cuidados com relação aos filhos.

Destacamos que as justificativas e/ ou motivos apresentados não retiram do pai o seu dever de tornar-se um coparticipante nesse processo, bem como a contribuição que a presença dele pode refletir positivamente na recuperação da criança.

Pois quando os resultados revelam que 59% dos pais não participam de forma alguma da vida da criança, na verdade isso nos aponta que a construção histórica da responsabilização da paternidade não assume as mesmas atribuições valorativas e sociais que são atreladas à maternidade. É importante desconstruir a ideia de que apenas a mulher é “capaz” de cuidar; e que as responsabilidades e cobranças recaiam apenas sobre a mulher, isentando a participação masculina na atenção aos filhos e, em especial, à criança enferma.

Pois legitimar essas relações desiguais entre mulher e homem no espaço familiar, além de sobrecarregar a mulher, retiram a problematização e a preparação dos homens para a paternidade e o cuidado, além de “naturalizar a condição machista

e a liberdade para que esses homens sigam reproduzindo filhos e abandonando-os no mundo”.

As modificações causadas pelo diagnóstico do câncer acarretam novas dificuldades, preocupações e responsabilidades, que se refletem no cotidiano da cuidadora e da família e, por vezes, culmina no estresse físico e mental. Além da sobrecarga das obrigações com a criança doente e o desprendimento de tempo com as ocupações domésticas, há a falta de apoio dos familiares.

Apesar das conquistas políticas, sociais e econômicas das mulheres ao longo dos anos, ainda é notório o estigma da obrigação feminina com o cuidado do lar e dos filhos; inclusive, tal percepção gera a negação da sua condição social e de trabalhadora, se necessário. A maternidade é imbricada de responsabilidades e renúncias, que vão além da sua romantização incorporada pela sociedade, enquanto a responsabilização paterna segue protegida e limitada às cobranças financeiras e a uma coparticipação conjugal solidária.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A mulher, historicamente, ocupa lugar estratégico, mesmo que não seja privilegiado na manutenção do *status quo*. Dessa forma, a família se constituiu em um espaço de introjeção dos valores tradicionais burgueses, conservadores, ainda que seja um espaço de acolhimento e aconchego. Sendo assim, no âmbito familiar, são visíveis as relações desiguais de gênero, através da partilha das atividades socialmente definidas e delimitadas.

A concepção cristã-patriarcal da família é fundamentada na centralidade da mulher na atenção aos filhos e nas tarefas domésticas. E, a partir dos resultados da pesquisa, notamos a atribuição do cuidado centrado na mulher. Pois, quando se trata da atenção à criança com câncer, apreendemos que compete à mulher, seja ela mãe, tia, avó, irmã, apresentar-se como a principal ou, muitas vezes, a única responsável para acompanhar todo o processo de atenção à saúde dos seus filhos, incluindo o acompanhamento do diagnóstico ao tratamento do infante, conforme observado no Hospital Napoleão Laureano.

Percebemos que o cansaço físico e mental das mulheres somado às dificuldades vivenciadas cotidianamente no espaço público e privado corroboram, inclusive, para um processo de adoecimento dessas mulheres, mesmo quando à frente dos cuidados com os filhos no acompanhamento do tratamento e internação.

É necessário compreender que quem cuida também precisa ser cuidado, e as mulheres acompanhantes deixam de cuidar de si para se dedicar a outros. A subjetividade também deve ser analisada, pois assumir as responsabilidades do cuidado vai além da “obrigação” maternal e incorpora a romantização da maternidade, no sentido de significar para essas mulheres um ato de amor e perseverança.

Quanto aos motivos e/ou impedimentos de o homem assumir coparticipação direta no tratamento da criança e os cuidados com a família, analisamos que o trabalho masculino é apontado como um empecilho à participação do pai nesse processo e, ao mesmo tempo, legitimado pela sociedade como estratégia de cobrar o papel da paternidade nas relações familiares.

Portanto, reafirmamos a necessidade de se contestar as relações desiguais de gênero e/ou sexo e a urgência em desconstruir os padrões de feminilidade e masculinidade, pautados no patriarcado e na naturalização da subordinação da mulher.

## REFERÊNCIAS

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 670-675, nov./dez. 2007a.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e História. V.02, 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BIROLI, F. **Gênero e Desigualdade**: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_, Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA**.

CISNE, M; SANTOS, S.M.S. **Feminismo, Diversidade Sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018 (Biblioteca básica de serviço social; v.8)

ENGELS, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Tradução de Leandro Konder. 9ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

HIRATA, H.; KEGOAT, D. **Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho**. In: Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set/dez, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132.pdf> Acesso em: 15 de janeiro de 2019

SAFFIOTI, Heleieth. **O Poder do Macho**. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Moderna, 1987.