

Mulheres com Câncer de Mama: as Expressões da Questão Social durante o Tratamento de Quimioterapia Neoadjuvante

Women with Breast Cancer: the Meanings of Social Issues During the Neoadjuvant Chemotherapy Treatment

Mujeres con Cáncer de Mama: las Expresiones de las Cuestiones Sociales Durante el Tratamiento de la Quimioterapia Neoadjuvante

Amanda Frazão¹; Márcia Marília FróesVargas Skaba²

Resumo

Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia maligna mais frequente em mulheres no mundo e o que causa mais óbitos em mulheres brasileiras. Essa constatação pode ser atribuída ao elevado número de diagnósticos em estadiamento avançado. Nesse caso, uma das propostas de tratamento é a quimioterapia neoadjuvante que causa muitos efeitos colaterais com repercussões na vida social. **Objetivo:** Identificar as expressões da questão social, referidas por pacientes mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna de mama, durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Método:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, pautado no método de análise e interpretação da “hermenêutica-dialética”. Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com usuárias com câncer de mama, matriculadas no INCA em 2012, que realizaram quimioterapia neoadjuvante. **Resultados:** A centralidade da mulher nos arranjos familiares e o processo de feminização da pobreza foram aspectos que se destacaram na investigação. **Conclusão:** Percebeu-se que os reflexos dos fenômenos que atingem as mulheres no mundo atual são ainda mais contundentes quando elas passam por um tratamento quimioterápico de câncer de mama. Sugere-se a necessidade de políticas públicas que apoiem essas mulheres possibilitando-lhes o acesso à atenção integral à saúde, entendendo que a garantia de suporte social e financeiro são fatores fundamentais para o objetivo maior de promoção da saúde.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Terapia Neoadjuvante; Estadiamento de Neoplasias; Saúde da Mulher; Serviço Social

¹ Assistente Social. Mestranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Foi Residente em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/ Estagiária do Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos/Coordenação de Pesquisa Populacional do INCA (NUPEQuali/INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* amanda.frazao@hotmail.com.

² Assistente Social. Doutora em Ciências. NUPEQuali/INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mails:* marciaskaba@inca.gov.br; mhskaba@gmail.com.
Endereço de correspondência: Amanda Frazão. Rua Marquês de Pombal, 125 - 7º andar - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20230-240.

INTRODUÇÃO

O câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países de capitalismo periférico quanto em países de capitalismo central¹. Dados revelam, ainda, que é a principal causa de morte por câncer em mulheres².

No caso do Brasil, os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) indicam que, entre os anos de 2000 e 2008, 46,2% dos tumores malignos de mama, diagnosticados no país, estavam em estadiamento avançado (estádios III e IV)³. Pode-se atribuir esses dados, além da história natural da doença, à baixa capacidade do Sistema de Saúde para diagnosticar a doença em estágio inicial, limitando as propostas de tratamento e, portanto, as possibilidades de cura da enfermidade.

Em relação ao câncer de mama, atualmente as modalidades terapêuticas são indicadas de acordo com aspectos biológicos e determinadas características específicas de cada usuária, como idade, presença ou não de comorbidades e preferências; mas, principalmente, considerando o estadiamento do tumor. O estadiamento é definido usando como parâmetro a classificação de tumores criada pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) e pauta-se no fato de que os tumores seguem um curso biológico comum. Nessa avaliação, são levados em consideração os seguintes critérios: dimensão do tumor (T), extensão da doença aos linfonodos (N) e a presença ou não de metástases a distancia⁴.

Em casos de doença em estádios I e II, utiliza-se a cirurgia como modalidade terapêutica inicial. O procedimento cirúrgico pode ser conservador, ressecando apenas o tumor, ou a mastectomia, em que se realiza a retirada parcial (simples) ou total (radical) da mama. Para fins de conhecimento do prognóstico e definição terapêutica, são avaliados os linfonodos axilares quanto à presença de doença. Posteriormente à cirurgia, caso seja avaliado risco elevado de recorrência, o tratamento pode ser complementado com radioterapia, quimioterapia e/ou hormonioterapia⁵.

O estágio III enquadra os tumores maiores, localmente avançados e os casos em que há extenso comprometimento de linfonodos, sempre com a ausência de metástases a distância. Os tumores em estadiamento III são classificados em operáveis e inoperáveis. Quando o tumor é operável, a primeira terapêutica utilizada é a cirurgia. Nos casos de tumores inoperáveis, a quimioterapia neoadjuvante é proposta como tratamento inicial, na tentativa de redução do tumor e de torná-lo operável. Quando há resposta positiva, o tratamento passa a ser local, através da cirurgia. Na existência de metástases a distância, considera-se o estadiamento como IV. Nesse estágio, a definição terapêutica deve ter como base a possibilidade de o tumor responder ao tratamento e o aumento da sobrevida⁵.

A quimioterapia antineoplásica é o emprego de substâncias químicas, isoladas ou combinadas, utilizadas no tratamento de tumores malignos, e tem se mostrado promissora no seu objetivo⁶. Esse tipo de quimioterapia é de administração venosa, em raros casos arterial, possui limite de duração que varia de três a seis meses, dependendo do tipo de tumor, da toxicidade, da resposta tumoral aos quimioterápicos e do planejamento terapêutico⁵.

Apesar dos avanços conquistados nessa área nos últimos anos, ainda hoje a quimioterapia causa muitos efeitos colaterais aos usuários que são submetidos a esse tipo de tratamento. Queda dos cabelos, fadiga intensa, perda de peso e vômitos são sintomas frequentemente relatados por pacientes que passam por essa fase do plano de cuidado e que, conseqüentemente, têm a sua vida social também afetada pelos efeitos do tratamento a que estão sendo expostos^{6,7}.

Uma das preocupações com mulheres em tratamento de câncer de mama seria o impacto sobre a sua vida social, o que coaduna com o conceito de saúde que ultrapassa a ausência de doença e compreende o sujeito como um ser inserido em um contexto amplo⁸.

Nesse sentido, a relevância deste estudo reside na necessidade de compreensão da vida dessas mulheres a partir do contexto social em que elas estão inseridas, ou seja, a inserção dessas na sociedade capitalista. O modo de produção capitalista fundamenta-se na lógica de acumulação de capital, em que a maior parcela da riqueza produzida é apropriada por poucos, enquanto as grandes massas enfrentam grandes níveis de pobreza.

De acordo com Iamamoto⁹, na sociedade do capital “a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

Nesse contexto, surge a questão social que se apresenta como o conjunto de desigualdades políticas, econômicas, sociais e culturais, que se refletem diretamente na vida dos indivíduos inseridos no modo de produção capitalista. Os rebatimentos desse fenômeno na vida objetiva dos sujeitos são denominados expressões da questão social e se revelam na sociedade capitalista atual através de questões como desemprego estrutural, trabalho escravo, precariedade do trabalho, fome, analfabetismo, miséria^{9,10}. Sendo assim, as expressões da questão social impactam diretamente o quadro de saúde da população. Cabe ressaltar que, frente a um processo de adoecimento que necessita tratamento continuado, os sujeitos ficam ainda mais fragilizados a essas conseqüências.

Sendo assim, o objetivo desta investigação foi identificar as expressões da questão social referidas por pacientes mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna de mama durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) no ano de 2012.

MÉTODO

Neste estudo, de natureza qualitativa, foram eleitas como sujeitos da investigação as usuárias matriculadas no Hospital do Câncer III (HC III), unidade de referência para o câncer de mama no INCA, no ano de 2012, com diagnóstico de neoplasia maligna de mama, que realizaram tratamento quimioterápico neoadjuvante. As categorias de análise que serviram como guia teórico e baliza do conhecimento neste estudo foram: Serviço Social/Questão Social e Câncer de Mama/Quimioterapia Neoadjuvante. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez mulheres, matriculadas no HCIII no mês de agosto, que tinham finalizado recentemente o tratamento de quimioterapia neoadjuvante para câncer de mama localmente avançado. Para manter o anonimato das participantes do estudo, os fragmentos das falas foram referenciados com a abreviatura E, de entrevistado, seguida de numeração arábica.

Nas entrevistas, foram abordadas as seguintes questões norteadoras:

1. Conte-me como foi o tratamento de quimioterapia.
2. Você teve alguma preocupação durante o tratamento?
 - 2.1 Qual foi a sua maior preocupação?
3. Sobre diferentes aspectos, mudou alguma coisa na sua vida durante o tratamento de quimioterapia?
4. Você teve efeitos colaterais durante o tratamento quimioterápico?
5. Você interrompeu alguma de suas atividades durante o tratamento?
6. Teve alguma mudança na sua situação econômica ou de sua família durante o tratamento?
7. O que você considerou mais difícil neste processo?
8. Onde você conseguiu mais apoio neste processo?

A inserção no campo de estudo foi facilitada devido à fixação da pesquisadora-principal como Residente Multiprofissional em Oncologia na equipe de Serviço Social do HC III.

No que se refere à trajetória analítico-interpretativa, os dados foram analisados na perspectiva da hermenêutica-dialética¹¹, o que contribuiu na compreensão do significado da experiência do tratamento de quimioterapia neoadjuvante para as mulheres com câncer de mama, assim como na interpretação dos sentidos, cotejando o texto e o contexto. Segundo Minayo¹¹:

Enquanto a hermenêutica busca as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação. Na medida em que nada se constrói fora da história, qualquer texto (em sentido amplo) precisa ser lido em função do contexto na qual

foi produzido, porque só poderá ser entendido na totalidade dinâmica das relações sociais de produção e reprodução nas quais se insere.

Dessa forma, primeiramente foi realizada a leitura compreensiva do material, seguindo com a identificação dos sentidos subjacentes às falas dos sujeitos. Na sequência, as ideias e os sentidos presentes nos depoimentos foram problematizados e articulados com significados socioculturais. Por fim, foi elaborada a síntese entre os dados empíricos, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo.

Em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA sob o número 05076512.2.0000.5274.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistadas tinham idade entre 24 e 76 anos, com maior concentração na faixa etária entre 47 e 59 anos (sete mulheres). Majoritariamente eram solteiras (seis mulheres), uma delas viúva, outra separada e apenas duas conviviam com um companheiro, sendo uma casada e a outra vivendo em união consensual. Oito mulheres investigadas relataram ter pelo menos um filho e apenas duas eram mães de filhos menores de 18 de idade (6 e 9 anos).

As entrevistadas eram moradoras do município do Rio de Janeiro, quatro delas relataram residir sozinhas, três moravam com os filhos, duas moravam com marido/companheiro e filhos, e uma residia com outros familiares. Apenas uma entrevistada tinha nível superior, seis não concluíram o ensino fundamental e três tinham ensino médio incompleto. Todas relataram a experiência de inserção no mercado de trabalho. Uma entrevistada relatou ser aposentada por tempo de serviço e as demais afirmaram que trabalhavam, sendo três com vínculo empregatício (uma era funcionária pública). Duas contribuíam como autônomas ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e quatro atuavam sem vínculo empregatício. Cabe destacar que todas, que tinham vínculo empregatício, encontravam-se recebendo o benefício de auxílio-doença no momento em que foram entrevistadas.

No que se refere à renda, três relataram não ter renda própria e, nesse caso, recebiam ajuda financeira de familiares. Cinco informaram que os proventos eram de um salário mínimo e duas tinham renda maior que um salário (dois salários mínimos e quatro salários mínimos respectivamente).

Grande parcela dos estudos acerca do significado do câncer de mama¹²⁻¹⁴ apresenta as mudanças no corpo feminino como uma consequência exponencial da doença. No presente estudo, embora as questões subjetivas não fossem desprezíveis, aquelas que se referiam à subsistência

da mulher e sua condição de cuidadora e provedora foram hegemônicas. Ou seja, aspectos relacionados ao mundo do trabalho e da inserção da mulher nesse contexto foram predominantemente ressaltados pelas mulheres que participaram deste estudo.

Pode-se atribuir esse fato ao momento que essas mulheres vivenciavam no tratamento. Nenhuma delas ainda havia realizado cirurgia para retirada do tumor, que geralmente é mutiladora, e os efeitos sofridos pelo corpo eram aqueles relacionados à quimioterapia. Nessa perspectiva, as categorias principais encontradas no estudo foram a centralidade da mulher nos arranjos familiares e o processo de tratamento com quimioterapia neoadjuvante, e a feminização da pobreza agravada pelo tratamento quimioterápico.

A CENTRALIDADE DA MULHER NOS ARRANJOS FAMILIARES E O PROCESSO DE TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Os efeitos colaterais da quimioterapia são vivenciados pela maioria das usuárias com câncer de mama que se submetem a esse tratamento. Marziona et al.¹⁵, em seu estudo com mulheres com câncer de mama localmente avançado, que se trataram com quimioterapia neoadjuvante, identificaram que todas apresentaram alopecia grau 3 logo após o primeiro ciclo de quimioterapia, náusea/vômitos transitórios e alguma irritação oral. Outros efeitos colaterais encontrados foram leucopenia, granulocitopenia, anemia, mal-estar de grau leve, fadiga, inapetência, letargia e sonolência.

Entretanto, os sintomas produzidos pelos agentes químicos que compõem a quimioterapia neoadjuvante, muitas vezes, acarretam também “desconfortos físicos, emocionais, espirituais, econômicos e sociais”⁶. Os relatos das mulheres investigadas corroboram essa afirmação. À medida que os efeitos colaterais se apresentam, mudanças significativas ocorrem no contexto de vida dessas mulheres.

Mais o trabalho mesmo né, porque eu não sei ficar sem... Entendeu? Quando eu melhorava eu ajudava minha irmã em casa, aí depois ia pra minha casa e passava aqueles (...) oito ou nove dias, (...) daqueles efeitos colaterais. (...) Então, assim, você fica preocupada, entendeu, com o que vai ter lá na frente (...) (E6).

Não, tudo mesmo tá bom, só se foi em matéria de trabalho [que eu tive mudanças na minha vida], eu ficava até durante dez dias sem varrer minha casa que eu não aguentava (E1).

Essas falas nos remete também às reflexões que demonstram que, mesmo após décadas de mudanças, em que a mulher passa a ocupar cada vez mais novos

postos de trabalho, sua centralidade na vida familiar e nos cuidados com o lar permanece. Carvalho¹⁶, em sua pesquisa sobre as famílias com chefias femininas, apresenta que, mesmo nos períodos de desemprego do homem, os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos são de total responsabilidade feminina.

O protagonismo no lar é atribuído à mulher até mesmo no âmbito das políticas públicas, a exemplo do programa de transferência de renda “Bolsa Família” que tem a mulher como a representante do grupo familiar e que, “por sua vez, é percebida tão somente por meio de seus ‘papéis femininos’ que vinculam, sobretudo, o ser mulher ao ser mãe, com uma identidade centrada na figura da cuidadora, especialmente das crianças e adolescentes”¹⁷.

A norma cultural em vigência reforça a ideia de que as atividades relacionadas ao trato do lar são atribuições exclusivamente femininas. Mesmo quando há a inserção da mulher no mercado de trabalho, espaço originalmente ocupado pelos homens, os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos e demais familiares continuam sendo de sua responsabilidade. Segundo França et al.¹⁸, no que se refere à dupla jornada de trabalho feminino, “fica evidente a sobrecarga de responsabilidades das mulheres em relação aos homens”.

No contexto do tratamento quimioterápico, esse modelo apresenta-se duplamente facetado. Por um lado, a realização das tarefas domésticas nesse momento de maior vulnerabilidade e, em que ela já está afastada do seu trabalho remunerado, proporciona à mulher o sentido de produtividade e, no limite do sentido, à própria vida. Por outro, acarreta em culpabilização e cobrança de si própria quando, devido aos efeitos colaterais do tratamento, esses afazeres não podem ser realizados.

As minhas obrigações? Eu que faço minhas obrigações, fazia tudinho (E9).

É importante isso, porque eu não fico desmoronada de uma vez, às vezes eu vou lá sento um pouquinho, aí fico quieta, daqui a pouco eu reanim. Tem dia que, às vezes, domingo mesmo eu não fiz quase nada, quando foi de noite eu até cheguei tarde na igreja porque eu fui lá, varri, fiz o que tinha que fazer e é bem assim que reanimei (E10).

O cuidado com os membros da família, em especial com os filhos, permeou a fala das entrevistadas. Independente da idade deles, essas relataram que, mesmo diante das adversidades oriundas do tratamento, o zelo por eles permaneceu como sua atribuição.

Só que eu, eu durmo cedo, o mais velho trabalha, ele trabalha até tarde [...] ele chega dez e meia, onze horas, tem dia que eu não consigo esperar. Que eu gosto de ficar esperando ele ali né [...]. Quando [o

filho] acorda já tá tudo pronto, almoço, aí ‘vai fazer o dever’ e pro outro ‘vai lavando’, aquela loucura até uma hora, uma e meia (E5).

Em um dos relatos, a preocupação com os filhos vai além. Na tentativa de poupá-los do sofrimento produzido pelo adoecimento e tratamento, houve a decisão por afastá-los do processo de acompanhamento ao hospital e a opção de frequentar a instituição desacompanhada.

Aí por isso que assim, eu comecei a optar em vir sozinha. Pra dar assim, mais um refresco pra ela, pra aliviar mais ela, né (...) Porque aí ela já começou a brigar mais com a minha neta, gritar e a bater, coisa que ela não fazia, né. Então, eu achei, comecei a deduzir que era por causa do tratamento dela estar vindo comigo, daí eu falei: ‘- C., não precisa que eu vou com Deus, Deus me leva e me traz’ (E3).

No entanto, os filhos, que são motivos de preocupação para essas mães, também foram aqueles que estiveram ao lado dessas mulheres durante a experiência do tratamento quimioterápico.

Ah, só [obtive apoio] no meu filho mesmo. É ele quem fica mais comigo (E2).

[Tive apoio] com meu marido e meu filho, o mais velho no caso né, porque o pequeno não sabia, eu não contei nada pra ele (...) (E5).

Na ausência dos filhos ou juntamente com eles, familiares e amigos prestaram o suporte para essas mulheres. No caso das mulheres que viviam sozinhas e/ou não tinham familiares, a rede de apoio foi encontrada em vizinhos e até mesmo em empregadores.

Então eu pude contar com a minha irmã, minha irmã de consideração... Que me ofereceu a casa dela sem obrigação nenhuma de fazer isso. (...) até minha patroa, a mãe dela, pegava um pouco, dava dinheiro para tá comprando aquelas frutas (...) (E6).

Contudo, ao mesmo tempo em que elas demonstravam gratidão por receberem apoio nessa fase da vida, essa necessidade de auxílio prestado por terceiros gerou incômodo. Ou seja, nesse momento, eram obrigadas a sair do papel de cuidadoras, que socialmente lhes é imposto, e assumir a posição de cuidadas, o que se apresentou como uma dificuldade e lhes causou intenso sofrimento.

Porque depender dos outros é uma coisa muito chata (E8).

Em suma, o tratamento quimioterápico neoadjuvante traz consigo uma dualidade: é uma ferramenta primordial

na busca pelo controle da doença, mas também fonte de adversidades que atingem diversos aspectos da vida de quem a ele é submetido.

A FEMINIZAÇÃO DA POBREZA AGRAVADA PELO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Dados demonstram que as mulheres compõem as maiores fatias da pobreza e que esses números estão em ascensão¹⁹. Nessa conjuntura, surge o fenômeno da feminização da pobreza que se refere ao crescente número de mulheres pobres e que está diretamente associado à elevação das taxas de famílias chefiadas por mulheres, assim como ao aumento da inserção das mulheres em atividades remuneradas. No entanto, tal inserção se dá em postos de trabalho de baixa qualificação, sem estabilidade e mal remunerados.

Segundo a mais recente Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)²⁰, o número de famílias chefiadas por mulheres, que era 20,81% em 1996, alcançou em 2011 a taxa de 37,4% dos lares, nos quais a referência principal é a mulher. Além disso, houve um crescimento de mulheres que se inseriram no mercado de trabalho na última década, alcançando 45% da população ocupada na Grande São Paulo, por exemplo. No entanto, o aumento dessas taxas não esteve associado a uma distribuição igualitária da renda entre os sexos, existindo uma discriminação que as assola e dificulta consideravelmente que elas tenham acesso a empregos e a remunerações que se equiparem ao sexo oposto. Apesar do crescimento de 13% da renda de trabalho feminina, a PNAD de 2011 mostrou que o rendimento médio mensal feminino correspondeu ao equivalente a 70,4% da renda de trabalho mensal dos homens. Nesse sentido, elas têm um diferencial importante em relação aos homens quando se inserem no mercado de trabalho.

Esse fenômeno reflete-se nos relatos das entrevistadas nesse estudo que, em sua maioria, são provedoras de seus lares e que durante o tratamento quimioterápico tiveram que se afastar de seus trabalhos. Nesse momento, aquelas que atuavam com vínculos precarizados ficaram ainda mais fragilizadas no que se refere à sua subsistência, necessitando recorrer às políticas públicas, em especial, aos programas de transferência de renda e ao auxílio financeiro de terceiros, para garantir o seu sustento e a continuidade no tratamento.

Ah, fica difícil, porque parei [de trabalhar], né. Eu parei e fiquei dependente dela [da filha] coitada (E8).

(...) passamos por um perrengue danado. Tem dia que os vizinhos que me dão dinheiro pra vir pro médico. Que eu ainda não consegui fazer o cartão de passagem, nem do auxílio... doença [a usuária se referia ao Benefício de Prestação Continuada – BPC/LOAS] (E1).

Relatos evidenciaram, ainda, que as entrevistadas vivenciaram o dilema entre o ter que garantir alguma renda e permitir se recuperar dos efeitos da quimioterapia, o que trouxe sofrimento para as que se submeteram ao tratamento e também seus familiares.

Como teve uma vez que eu fui fazer um bolo assim, (...) mas nesse dia eu tava péssima. Eu tava muito ruim. Aí minha filha falou 'Mãe, você vai ter que terminar, porque eu não sei fazer, só quem sabe fazer é você, então você vai ter que terminar', eu já tinha começado né, e só faltava confeitaria o bolo (...) (E3).

O trabalho possui um papel importante na vida da mulher, garantindo muito mais do que sua subsistência, garante também sua independência. Segundo Coelho²¹, na atualidade o trabalho "representa para muitas mulheres também uma realização pessoal, por ser um espaço construído individualmente, no qual se sentem valorizadas como pessoas". Durante o tratamento quimioterápico, o afastamento do trabalho não limitou apenas o poder de consumo das usuárias, também restringiu sua autonomia como pessoa portadora de direitos e como mulher economicamente ativa.

Eu nunca fui dependente de ninguém. Eu sempre trabalhei sozinha, minha vida sempre foi sozinha. (...) Não é depender, (...) mas é complicado, né, parar tudo (E7).

Como dito, a mulher ocupa cada vez mais espaço no mercado de trabalho, porém essa inserção se dá através de postos de trabalho precarizados. São mulheres que trabalham com vínculo informal, como costureiras, faxineiras que recebem baixos salários, não atuam com vínculo empregatício e que no período de adoecimento e tratamento enfrentam grandes dificuldades financeiras, pois não conseguem garantir renda alguma.

No caso das entrevistadas que atuavam no ramo informal da prestação de serviços por encomenda, a doença e o tratamento fizeram com que perdessem oportunidades de trabalho. Em algumas situações, ao tomar ciência do adoecimento da mulher, a clientela reduziu as solicitações de serviços. Em outras, a incerteza sobre o cumprimento do compromisso assumido com a freguesia fez com que as usuárias optassem por não aceitar mais nenhuma solicitação de serviço.

(...) assim devido às pessoas que iam fazer (...) as encomendas comigo assim, pessoas que eu conheço, devido assim saber que eu estava fazendo esse tratamento diminuíram um pouco [as encomendas]. (...) mas, assim, eu acho que eles diminuíram (...) por achar que eu (...) estando doente, fazendo quimioterapia, eu não podia trabalhar, eu não conseguia (E3).

(...) eu não pegava costura mais, porque pra mim ficar com costura dos outros presa dentro de casa para eu não entregar no dia, então eu parei realmente a minha vida, tipo de trabalhar, para cuidar só de mim. Entendeu? Eu não podia pegar costura de vez em quando, se eu não sabia quando eu ia dar (E9).

Mesmo as entrevistadas que possuíam vínculo empregatício e tinham uma renda assegurada durante o período de tratamento também vivenciaram mudanças na condição econômica familiar por diferentes razões. A perda de benefícios garantidos apenas aos trabalhadores que estão em atividade, como auxílio transporte, alimentação e refeição; a impossibilidade de complementarem a renda através de atividades informais que realizavam antes do tratamento ou o comprometimento ainda maior do orçamento com os novos gastos advindos do tratamento, como custeio de alimentação e transporte, foram dificuldades enfrentadas pelas trabalhadoras formais entrevistadas.

Aí muda, né, porque você recebe alguns benefícios que você deixa de receber até porque está em casa. Aí você acaba tendo gastos, (...) além do que você não tava prevendo (E7).

(...) eu sendo funcionária da prefeitura, é assim, estou pagando ainda o apartamento que eu moro lá em Del Castilho e vai descontar do meu salário. Que não é nada, não é nada, que já é a menos no meu salário, então eu teria um recesso no vale transporte, e ticket de refeição, entendeu? Que no meu caso é alimentação porque pra gastar em mercado senão, não tenho dinheiro (...) (E6).

Os rebatimentos do tratamento não atravessaram apenas as relações de trabalho das mulheres entrevistadas, mas também das pessoas que compunham sua rede de suporte, em especial os familiares. O sofrimento trazido com o tratamento ocasionou impactos na situação econômica da família.

(...) Assim foi, devido. (...) da minha filha, ela ter ficado muito nervosa (...) via como eu ficava me sentindo mal, ficava vomitando, aí chegava no trabalho ele começava (...) a exigir as coisas dela, (...) então ela achou melhor sair e procurar outra coisa. (...) ela tinha uma renda que era fixa, aí acabou atrapalhando um pouco (E3).

Em síntese, os fenômenos que atingem e fragilizam as mulheres, de maneira geral, se intensificam quando essas enfrentam um tratamento de câncer avançado, limitando suas possibilidades de exercer sua autonomia e garantir sua subsistência.

CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, sublinha-se a necessidade dos profissionais de saúde que atuam junto a essas mulheres, em especial os profissionais de Serviço Social, compreenderem e incorporarem em suas práticas a concepção de que elas são também trabalhadoras, provedoras e cuidadoras. O entendimento de que existe uma cultura que as oprime, as sobrecarrega e as responsabiliza por sua condição permitirá a esses profissionais repensarem a sua prática de forma a auxiliá-las a desmistificar e atenuar as consequências oriundas do papel lhes é atribuído. Tal compreensão poderá minimizar os desgastes provenientes do tratamento. Cabe aos profissionais de saúde, também, considerarem que, para além da doença, tais questões são determinantes para a continuidade e possibilidade de sucesso do tratamento.

Aponta-se, por fim, a urgente necessidade da criação de políticas públicas que ofereçam suporte a essas mulheres, possibilitando-lhes o acesso à atenção integral, entendendo que a garantia de suporte social e financeiro são fatores essenciais para o objetivo maior da promoção da saúde.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Liz Maria de Almeida pelas valiosas críticas e sugestões durante a elaboração deste trabalho.

CONTRIBUIÇÕES

Amanda Frazão participou da concepção, planejamento, trabalho de campo e análise da pesquisa. Márcia Marília Vargas Fróes Skaba participou da concepção, planejamento e análise da pesquisa.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
2. World Health Organization; International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Estimated cancer incidence, mortality, prevalence and disability-adjusted life. Lyon, 2008. Worldwide in 2008
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
4. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Falando sobre doenças da mama. Rio de Janeiro: INCA; 1996.
5. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Programa nacional de controle de câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
6. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev bras cancerol.* 2010; 56(2):227-36.
7. Rezende MCR. Causas do diagnóstico tardio no câncer de mama [dissertação Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010 [acesso 2012 jun 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/magda_cortes_rezende_dissertacao.pdf.
8. Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986.
9. Yamamoto MV. O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez; 2005.
10. Netto JP. Cinco notas a propósito da "questão social". *Revista Temporalis* 2001; 2(3):41-5.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Gomes R, Skaba MMVF, Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cad. saúde pública* 2002; 18(1):197-204.
13. Aureliano WA. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Rev. Estud. Fem.* 2009; 17(1):49-70.
14. Almeida TR, Guerra MR, Filgueiras MST. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis (Rio J).* 2012; 22(3):1003-29.
15. Marziona F, Varella AD, Scaleira N, Antunes RCP, Mendes GN, Gebrim LH. et al. Quimioterapia neoadjuvante com o esquema TAC em câncer de mama localmente avançado. Apresentação e discussão de nove casos. *Rev bras mastol [Internet].* 2009 [acesso 2012 jun 20]; 19(2):63-68 Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/revista%202009/19-02/pag%2063.pdf>
16. Carvalho L. Famílias chefiadas por mulheres: relevância para uma política social dirigida. *Revista Serviço Social e Sociedade* 1998; 19(57):74-98.
17. Mariano SA, Carlotto CM. Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. *Rev. Estud. Fem.* 2009; 17(3): 901-8.
18. França AL, Schimanski E. Mulher, trabalho e família: uma análise sobre a dupla jornada feminina e seus relatos no âmbito familiar. *Emancipação* 2009; 9(1): 65-78.
19. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Brasil). Anuário das mulheres brasileiras. São Paulo: DIEESE; 2011.

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílio-PNAD 2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
21. Coelho VP. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. *Revista Serviço Social e Sociedade* 2002; 23(71): 63-79.

Abstract

Introduction: Breast cancer is the second most common malignant neoplasm in women worldwide and the main tumor concerning to deaths of Brazilian women. This finding may be attributed to the high number of diagnosis in advanced stage. In this case, one of the available treatments is the neoadjuvant chemotherapy, which causes many side effects, including impacts in social life. **Objective:** To identify the meanings of social issues mentioned by female patients diagnosed with malignant breast cancer, during their neoadjuvant chemotherapy treatment at National Cancer Institute. **Method:** This is a qualitative study, based on the analysis and interpretation of “hermeneutic-dialectic”. There were conducted 10 semi-structured surveys with users with breast cancer who were enrolled at National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (INCA) in 2012, and who underwent neoadjuvant chemotherapy. **Results:** The central role of women in family structures and the process of feminization of poverty were aspects that stood out in the study. **Conclusion:** It was realized that the reflections of the phenomena that affect women in the world nowadays are even more decisive when they have passed through a chemotherapy treatment for breast cancer. We believe that public policies that support these women are needed in order to enable them the access to comprehensive health care, once we understand that the guarantee of social and financial support are central to the main goal which is the promotion of health.

Key words: Breast Neoplasms; Neoadjuvant Therapy; Neoplasm Staging; Women's Health; Social Work

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es el segundo tipo de neoplasia maligna más frecuente en las mujeres en el mundo y el que causa más óbitos en las mujeres brasileñas. Esta constatación puede atribuirse al elevado número de diagnósticos en estadiamiento avanzado. En este caso, una de las propuestas de tratamiento es la quimioterapia neoadyuvante, que produce muchos efectos colaterales con repercusión en la vida social. **Objetivo:** identificar las expresiones de la cuestión social, relatadas por pacientes mujeres con diagnóstico de neoplasia maligna de mama, durante el tratamiento de quimioterapia neoadyuvante en el Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Método:** Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, pautado en el método de análisis e interpretación de la “hermenéutica-dialéctica”. Han sido realizadas 10 entrevistas semiestructuradas con usuarias con cáncer de mama dadas de alta en el Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) en 2012, que han realizado quimioterapia neoadyuvante. **Resultados:** La centralidad de la mujer en la estructura familiar y el proceso de feminización de la pobreza fueron aspectos que se destacaron en la investigación. **Conclusión:** Se ha notado que los reflejos de los fenómenos que afectan a las mujeres en el mundo actual son aún más contundentes cuando ellas pasan por un tratamiento de quimioterapia para el cáncer de mama. Se sugiere la necesidad de políticas públicas que apoyen a esas mujeres permitiéndoles el acceso a la atención integral a la salud, pues entendemos que la garantía del soporte social y financiero son factores fundamentales para el objetivo mayor de promocionar la salud.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Terapia Neoadyuvante; Estadificación de Neoplasias; Salud de la Mujer; Servicio Social