



MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: ESTRATÉGIAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E MECANISMOS DE PROTEÇÃO SOCIAL¹

WOMEN WITH BREAST CANCER: STRATEGIES FOR ACCESS TO HEALTH SERVICES AND SOCIAL PROTECTION MECHANISMS

Thaislayne Nunes de OLIVEIRA* 
Mônica de Castro Maia SENNA** 

Resumo: Este artigo examina as estratégias de proteção social adotadas por mulheres com câncer de mama para acessar os serviços de saúde e realizar o tratamento. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com dez mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Procedeu-se à análise de conteúdo, do tipo temático, enfatizando-se três dimensões centrais: (a) acesso aos serviços de saúde; (b) rede social de apoio; e (c) oferta e utilização de programas e políticas sociais. Os resultados apontam para dificuldades de acesso aos serviços de saúde, incidindo no prognóstico e nas chances de cura. Em relação às políticas sociais, o auxílio-doença foi o recurso comumente acionado pelas mulheres, restringindo-se aos contribuintes da Previdência Social. Na escassez de políticas públicas, a família constitui a principal rede de proteção social à disposição das mulheres, mas com limites importantes em termos de sua capacidade protetiva.

Palavras-chave: Câncer de mama. Redes de Apoio Social. Proteção Social.

Abstract: This paper examines the social protection strategies adopted by women with breast cancer to access health and social care systems. A qualitative research was made and the data were collected through semi-structured interviews performed with ten women diagnosed with breast cancer. The thematic content analysis was used, by emphasizing three central dimensions: (a) access to health services; (b) social support network; and (c) provision and use of social programs and policies. The results point to difficulties in accessing health services, focusing on the prognosis and the chances of cure. In relation to social policies, the sickness benefit was the resource commonly used by women, being restricted to the Social Security taxpayers. In the lack of public policies, the family constitutes the main social protection network available to women, but with important limits in terms of its protective capacity. These issues need to be considered in the search for a guarantee of the right to health as an integral part of the achievement of social rights in Brazil.

Keywords: Breast cancer; Health Services Accessibility; Psychosocial Support Systems; Social policies.

Submetido em 24/09/2020.

Aceito em 02/03/2021.

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

*Assistente Social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Especialista em Saúde Pública. Mestre e doutoranda em Política Social pela Universidade Federal Fluminense. Bolsista CAPES. Rua Professor Marcos Waldemar de Freitas Reis – Bloco E – 3º andar – Campus Gragoatá – Niterói – RJ. CEP. 24.210-001. E-mail: thaislayne.seso@gmail.com

**Assistente Social sanitária. Mestre e doutora em Ciências – Saúde Pública. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Política Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense. Pesquisadora CNPq. Rua Professor Marcos Waldemar de Freitas Reis – Bloco E – 3º andar – Campus Gragoatá – Niterói – RJ. CEP. 24.210-001. E-mail: monica_senna@id.uff.br



INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais incidente no mundo entre as mulheres, excluindo-se as neoplasias de pele não melanoma. No Brasil, ocupa o primeiro lugar entre os casos novos estimados para o biênio 2020-2022 (INCA, 2019), sendo também a primeira causa de morte por câncer na população feminina, com taxa de 16,04 óbitos/ 100.000 mulheres em 2018 (INCA, *idem*). O aumento de casos tem gênese multifatorial e está associado ao envelhecimento populacional e a mudanças ambientais e de hábitos de vida, como obesidade, sedentarismo e consumo excessivo de álcool.

Diferente do câncer de colo de útero, o de mama não é passível de prevenção primária (THULER, 2003), o que torna o rastreamento e a detecção precoce medidas fundamentais para um bom prognóstico e maiores chances de cura (INCA, 2016). As altas taxas de mortalidade indicam, no entanto, que o acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento é um aspecto ainda falho no Brasil.

A experiência do câncer de mama afeta e também é afetada pelas condições de vida das mulheres. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde; vínculos precários de trabalho; renda pessoal e familiar insuficientes; fragilidade de vínculos familiares e de redes de apoio; ausência ou precariedade de direitos sociais e questões subjetivas relacionadas à feminilidade, autoestima e lidar com a doença interferem no cuidado à saúde e na adesão ao tratamento, com repercussões no prognóstico (SKABA, 2003; COSTA, 2014).

Entende-se assim que tanto quanto os serviços de saúde, a existência de uma rede de proteção social ampliada incide diretamente nas chances de tratamento e cura. Como argumentam Andrade & Vaitsman (2002), vínculos sociais frágeis representam um fator de risco à saúde comparável ao fumo, obesidade e sedentarismo, dentre outros. Para as autoras, a condição de enfermidade coloca os sujeitos diante de um conjunto de limitações que alteram sua rotina e sua relação com a família, amigos, vizinhos, com seu trabalho, gerando “uma espécie de círculo vicioso desintegrador das redes sociais” (p. 927).

Do mesmo modo, a existência de um conjunto de iniciativas públicas voltadas ao provimento de benefícios e serviços sociais pode mitigar a ocorrência de insegurança social (JACCOUD, 2009), reduzindo situações de vulnerabilidade social como aquelas associadas ao enfrentamento do câncer de mama. Incluem-se aqui medidas de proteção ao trabalhador e políticas previdenciárias e assistenciais.

Para Di Giovanni (1998), não existe sociedade humana que não tenha desenvolvido algum mecanismo de proteção social, alocando recursos e esforços em suas atividades protetivas. Trata-se, portanto, de um fenômeno de longa duração histórica (COSTA, 1995), cujas práticas são desenvolvidas tanto na esfera pública quanto privada (CASTEL, 2005), garantindo a sobrevivência de um conjunto de pessoas em situação de doença, deficiência, idosos, desempregados, dentre outros.

Os modos de proteção social variam de um grupo social para outro, marcados pelas condições sociais, econômicas, culturais e históricas de cada sociedade em particular (DI GIOVANNI, 1998). Essa

concepção abre, assim, a possibilidade de examinar diferentes estratégias e mecanismos adotados por mulheres com câncer de mama que se entrecruzam para garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento.

Embora ações públicas voltadas ao controle do câncer já fossem presentes nas décadas iniciais do século XX (BARRETO, 2005; COSTA, 2014; TEIXEIRA, 2010), foi somente em 2005 que se instituiu uma Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). No mesmo ano, foi elaborado, pelo governo federal, um Plano de Ação para o controle dos cânceres de colo de útero e mama para o biênio 2005-2007, que estabelecia seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo; garantia da qualidade da atenção; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; estratégia de mobilização social e avanço de pesquisas.

Entre as medidas governamentais adotadas a partir de então, merece destaque a implantação, em 2013, da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, em substituição à PNAO. Do conjunto de inovações trazidas por essa política, sobressaem a mudança na abordagem do câncer e a construção de linhas de cuidado envolvendo as três esferas de governo e os diferentes níveis de complexidade do SUS. Parte-se do reconhecimento de que intervenções na fase inicial da doença aumentam as chances de cura e reduzem tratamentos invasivos, além de serem mais custo-efetivas (PINTO, 2007). Assim, a assistência ao paciente oncológico é ampliada para além da alta complexidade, por meio do estabelecimento de fluxos e protocolos desde a Atenção Primária, que ganha centralidade como coordenadora do cuidado. No entanto, persistem dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, o presente artigo examina as experiências dessas mulheres no cuidado à saúde, buscando identificar as estratégias empregadas no enfrentamento à doença a partir de três dimensões principais: (a) acesso aos serviços de saúde; (b) rede social de apoio; (c) oferta e utilização de programas e políticas sociais.

Mais do que aspectos isolados, essas dimensões se articulam entre si, conformando o que se denomina de proteção social, aqui concebida como “ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência” (VIANA et. al, 2005, 17).

O artigo encontra-se estruturado em três seções, além dessa introdução e das considerações finais. A primeira seção, intitulada Material e Métodos se dedica a apresentar as opções e procedimentos metodológicos adotados no estudo. Em seguida, são expostos os resultados da pesquisa a partir das três dimensões acima descritas. A terceira seção se dedica à análise e discussão dos resultados, a partir do entre jogo das questões teóricas que iluminam a temática e do material empírico construído pelo estudo.

1. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo possui desenho qualitativo e examina as estratégias construídas por mulheres com câncer de mama para acessar os serviços de saúde e dar continuidade ao seu tratamento; os mecanismos de proteção social usufruídos por tais mulheres e a presença de rede de apoio social.

Foram feitas entrevistas semiestruturadas com mulheres diagnosticadas com câncer de mama vinculadas a duas instituições distintas, ambas sediadas em município da região metropolitana do Rio de Janeiro. Uma das instituições é um hospital geral público, habilitado como UNACON (Unidade de Alta Complexidade em Oncologia) e referência de atendimento à população de diversos municípios da região. A outra instituição é uma organização não governamental (ONG), constituída por mulheres com diagnóstico de câncer de mama e profissionais voluntários, cuja missão é promover acolhimento e apoio às mulheres após o diagnóstico. Em cada uma das instituições foram entrevistadas cinco mulheres.

A opção pelas instituições partiu da hipótese de que o grau de vulnerabilidade socioeconômica das mulheres difere de uma instituição a outra e que perfis sociais distintos tendem a incidir em estratégias e mecanismos também diferenciados de proteção social no que tange ao acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

As entrevistas ocorreram no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017 e seguiram um roteiro previamente elaborado, sendo entendidas como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 1997, 86).

A seleção das entrevistadas se deu por meio de amostra aleatória entre mulheres com câncer de mama vinculadas às respectivas instituições. Com os critérios de inclusão a confirmação do diagnóstico câncer de mama e o aceite de participação voluntária, e a exclusão das mulheres que não demonstraram interesse em participar da pesquisa. No caso das mulheres vinculadas ao hospital público, optou-se por entrevistar mulheres que estavam em tratamento, residentes na região metropolitana e em condições clínicas para realização da entrevista. O recrutamento dessas informantes se deu na sala de espera da consulta, ainda que as entrevistas propriamente ditas tenham ocorrido em momento posterior, conforme mais conveniente para as entrevistadas. Já entre as mulheres vinculadas à ONG foram entrevistadas aquelas que se encontravam em monitoramento médico e o recrutamento se deu em uma das reuniões do grupo de apoio da organização, com as entrevistas agendadas e realizadas em momento oportuno para as próprias mulheres.

Com anuência das informantes, os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos, garantindo-se lhes o anonimato. O conteúdo das falas foi submetido à análise de conteúdo do tipo temático (BARDIN, 2011), a fim de compreender os núcleos de sentido construídos pelas mulheres em suas experiências de proteção social durante o diagnóstico e o tratamento.

O estudo cumpriu as exigências da legislação que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetido à Plataforma Brasil e aprovado por meio do protocolo CAAE

61214016.7.0000.5243.

2. RESULTADOS

Perfil sociodemográfico das entrevistadas

Algumas das principais características socioeconômicas das entrevistadas são sintetizadas no quadro 1.

Quadro 1: Características sociodemográficas das entrevistadas.

Ambulatório de Oncologia de hospital público					
NOME (1)	IDADE	COR (2)	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA FAMILIAR
Dália	47 anos	Preta	Fundamental incompleto	Diarista	1 S.M.
Violeta	64 anos	branca	Superior completo	Advogada	3 S.M.
Rosa	48 anos	Parda	Fundamental completo	Doméstica	2 S..M.
Margarida	48 anos	Preta	Fundamental completo	Doméstica	1 S.M.
Hortência	59 anos	Parda	Médio completo	Cozinheira	2 S..M.
Organização não governamental					
NOME (1)	IDADE	COR (2)	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA FAMILIAR
Angélica	55 anos	branca	Médio completo	Do lar	5 S.M.
Açucena	49 anos	Parda	Superior completo	Do lar	2 S.M.
Amarílis	59 anos	branca	Médio completo	Representante Comercial	2,5 S.M.
Jasmim	33 anos	Parda	Superior completo	Professora	5 S.M.
Camélia	63 anos	branca	Superior completo	Revisora	3 S.M.

Fonte: Elaboração própria

(1) Optou-se por utilizar nomes de flores a fim de garantir o anonimato das entrevistadas.

(2) Cor autodeclarada

Observa-se que na instituição hospitalar predominam mulheres que se autodeclararam negras, com baixa escolaridade e renda de até dois salários mínimos. As profissões dessas mulheres são, em sua quase totalidade, pertencentes ao trabalho doméstico, em geral com vínculo informal e, portanto, tendencialmente desprotegido. A exceção é Violeta, com maior escolaridade, de cor branca, mas com renda declarada de três salários mínimos.

Já entre as mulheres vinculadas à ONG, a maioria se autodeclarou de cor branca, com maior nível de escolaridade e de renda, quando comparadas às entrevistadas na instituição hospitalar. Essas mulheres dividem-se entre as que se declararam do lar e aquelas com profissões compatíveis com maior escolaridade e, portanto, tendem a estar socialmente mais protegidas.

A faixa etária das entrevistadas variou de 33 anos (a mais nova) a 64 anos de idade (a mais velha), com média de idade de 53,2 anos para as mulheres vinculadas ao serviço hospitalar e 51,8 anos para as participantes da ONG. Apenas duas das entrevistadas podem ser consideradas idosas, mas, à exceção de

Jasmim que adoeceu bastante jovem, as demais entrevistadas encontram-se na faixa etária que concentra o maior risco de desenvolver câncer de mama.

Acesso aos serviços de saúde

Uma dimensão examinada pelo estudo diz respeito às estratégias tecidas pelas mulheres para acessar os serviços de saúde e, desse modo, dar início e continuidade ao tratamento do câncer de mama.

As mulheres vinculadas ao SUS referiram problemas no acesso aos serviços de saúde, seja na Atenção Primária, seja na realização de exames, como mamografia e biópsia, e ainda na marcação da cirurgia. Rotatividade de profissionais, alta demanda, falta de insumos e de recursos humanos e estrutura física precária foram alguns aspectos identificados. O impacto da demora do diagnóstico e início do tratamento na evolução da patologia é percebido pelas entrevistadas, como fica explícito nos trechos abaixo.

O acesso à marcação de consultas é muito difícil. Por vezes, precisamos dormir em filas. E agora com o sistema invisível de filas, aquele tal de sistema de regulação, para ter acesso à especialidade só dentro de quase um ano. Se precisar de cirurgia então, só Jesus! (Hortência).

Esperei por meses até conseguir uma avaliação do mastologista. Como esses meses são cruciais na vida de alguém com esse desafio, perdi a conta das vezes que aguardei por resultados de exames e consultas nos postos de saúde. (Violeta).

Buscando minorar as dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços do SUS, as mulheres adotaram diferentes estratégias. Uma foi a procura por consultórios e clínicas com preços “populares”, cujos serviços prestados se limitam a exames diagnósticos de qualidade duvidosa, cabendo o tratamento à rede de serviços de saúde do SUS. Outra estratégia bastante referida foi o recurso a mecanismos informais para facilitar o acesso aos serviços, tais como o contato com pessoas conhecidas e a intermediação de políticos influentes no sistema local de saúde. O depoimento de Dália é bem ilustrativo.

Há alguns anos atrás, uma médica identificou um cisto na minha mama, pediu acompanhamento com mamografia e ultrassom anualmente. Mas, às vezes não conseguia fazer pelo público, então eu pagava os exames. (...) Tive que buscar ajuda com uma amiga, pois sozinha eu não estava conseguindo o encaminhamento pela prefeitura para o hospital de referência. (Dália).

Na experiência das mulheres vinculadas à ONG, todas as entrevistadas referiram possuir plano privado de saúde e identificam essa condição como facilitadora para o agendamento das consultas ambulatoriais e, conseqüentemente, para a detecção precoce do câncer de mama, conforme declarou Jasmim.

O início do tratamento foi rápido, em menos de três meses. Não tive nenhuma dificuldade para iniciar o tratamento. (...) Imediatamente eu procurei um oncologista em uma clínica especializada. Como eu disse, foi tudo muito rápido. (Jasmim).

Rede Social de Apoio

Em todas as entrevistas, a família aparece como principal – e por vezes única – fonte de proteção social. O suporte familiar envolve desde o cuidado cotidiano (acompanhamento familiar, afazeres domésticos etc.) até assistência financeira, deslocamento e apoio no acesso aos benefícios sociais.

Acho que se não fosse a minha família eu não estaria aqui. Esse apoio foi fundamental. Eles me ajudaram a frequentar a oncologia. A rotina é intensa e cansativa para quimioterapia e radioterapia. (Girassol).

No entanto, limites da capacidade protetiva das famílias foram ressaltados. Violeta expressa bem essa perspectiva:

O apoio familiar é fundamental para o ser humano, mas não é muito fácil de ser alcançado. Por exemplo, meus filhos não têm liberação do trabalho para me acompanhar em consultas. Não é que eu queira que eles vivessem em função de cuidar de mim, até porque eu estou bem. Mas tem muitas mulheres que precisam de suporte e o Estado não fornece.

Entre as entrevistadas, identificou-se que mesmo no decorrer do tratamento de saúde, elas permaneceram assumindo a função de cuidadora: uma ficou responsável pela criação do filho de seu marido; outra abriu mão do repouso necessário e retomou atividade laboral para provimento e sustento familiar; outra ainda optou por não revelar a gravidade do seu estado de saúde para proteger o esposo idoso.

Em relação ao apoio feminino recebido pelas entrevistadas, Rosa afirma: “o tratamento que uma mulher recebe quando está doente não é igual ao que ela faz. Eu tenho sorte de ter duas filhas mulheres, porque depender do cuidado de homem não é nada fácil. Inclusive, voltei a trabalhar para sustentar meu ex-marido, que está doente e desempregado”.

Além da família, a religião conforma outra rede social acionada pelas entrevistadas. Todas afirmaram possuir algum tipo de crença e/ou religião e citam a fé e o apoio espiritual como importante auxílio no decorrer do adoecimento, tratamento e recuperação. Uma das mulheres referiu apoio da igreja nos deslocamentos para os exames e tratamento e na oferta de cesta de alimentos. Em relação à religião, como parte da rede social acionada, (FARIA et. al, 2005) corroboram os achados do presente estudo. Os autores demonstram a importância positiva da religião e das crenças como fonte de apoio, e também como parte relevante na vida das pessoas.

Na rede associativa da ONG, as mulheres participam dos encontros grupais semanais, que se configuram como espaço para troca de experiências e ampliação do conhecimento sobre o próprio câncer e assuntos transversais, tais como alimentação, direitos sociais, cotidiano, vida, relacionamentos etc. Percebeu-se que as mulheres acompanhadas pela ONG apresentam maior entendimento sobre o seu próprio tratamento e o significado da doença em sua vida, conforme explícito nos trechos dos depoimentos abaixo.

Eu frequento a ONG há quase uma década. Cheguei aqui por indicação do meu mastologista. Encontrei muita ajuda e orientação (Camélia).

Cheguei aqui meio perdida, mas logo encontrei pessoas que também têm familiares com problemas de saúde e se dividem entre cuidar de si e cuidar de mais alguém (Amarílis).

Eu acredito que o grupo tem me ajudado de diversas maneiras, me sinto mais fortalecida e cheia de entendimento sobre a minha própria vida e sobre essa doença, inclusive a possibilidade dela voltar. Além disso, consigo falar coisas com elas que não falo com minha própria família. (Angélica).

Um aspecto a considerar é a tendência de restrição da rede de apoio com o decorrer do tempo. Como o câncer é uma doença de longo tratamento e monitoramento, identifica-se a possibilidade de redução da oferta de suporte e apoio, aspecto este sinalizado por uma das mulheres entrevistadas que estava em monitoramento anual.

Eu confesso a você que tudo muda quando você descobre o câncer. No início você recebe várias ligações, mensagens [...] Umhas 100 pessoas te procuram no diagnóstico. Na cirurgia umas 70 pessoas se preocupam. Na quimioterapia umas 50 pessoas lembram de você. Na radioterapia esse número deve cair para umas 20 pessoas. E depois de tudo isso, as pessoas seguem suas vidas e ao seu lado só ficam as pessoas mais próximas, tipo: marido, filho, mãe, pai. (Camélia).

Políticas públicas de proteção social a mulheres com câncer de mama

Sem a pretensão de realizar um balanço dos avanços e vicissitudes das políticas sociais desde a introdução do paradigma dos direitos de cidadania instituídos na Constituição Federal de 1988 (ANFIP, 2008), cabe aqui conhecer a experiência das mulheres entrevistadas na relação por elas estabelecida com as políticas sociais em seu processo de adoecimento e tratamento do câncer de mama.

Um primeiro aspecto a considerar diz respeito à inserção laboral das mulheres. Como visto no perfil socioeconômico das entrevistadas, oito delas exerciam algum tipo de atividade remunerada e duas se declararam exclusivamente do lar. No entanto, predominam os vínculos informais e precários, o que reflete uma situação de desproteção social diante da necessidade de afastamento da atividade laborativa para o tratamento de saúde. Nesses casos, os benefícios assistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF) são os recursos acessados por cada uma dentre duas das entrevistadas. Apenas quatro das entrevistadas possuíam carteira de trabalho assinada e/ ou eram seguradas da Previdência Social, encontrando-se em auxílio-doença durante o período de tratamento. Das duas mulheres que se declararam do lar, uma depende integralmente da renda proveniente do salário do marido, enquanto a outra é pensionista da Previdência Social.

Essas distintas condições expressam as desigualdades também nas possibilidades de acessar as políticas sociais. E, nesse sentido, o contraste entre as situações vivenciadas por Jasmim, professora com nível superior completo e Dália, diarista com ensino fundamental incompleto é ilustrativo:

Eu nunca tive problemas em conciliar meu trabalho e cuidar da minha saúde. Sempre que preciso, vou às consultas e depois levo o atestado médico para comprovação junto ao setor de Recursos Humanos (Jasmim).

Na verdade, eu sempre fui empregada doméstica. Conciliei isso com meus filhos e minha casa. Para dizer a verdade, sempre priorizei o cuidado deles e me deixava de lado. Assim que começaram a falar sobre a regulamentação da profissão, eu fui dispensada. Então, decidi me tornar diarista. Aí mesmo é que não tinha tempo de me cuidar, pois se eu perdesse os compromissos diários, eu teria que ficar sempre procurando por casas diferentes (Dália).

As alterações na legislação apontadas por Dália dizem respeito à Emenda Constitucional nº 72, de 02/04/2013, conhecida como PEC das Domésticas, que estabelece igualdade de direitos trabalhistas entre trabalhadores domésticos e demais trabalhadores urbanos e rurais. Essas mudanças provocaram, no entanto, efeitos perversos como a situação descrita por Dália: em função das novas regras, ela acabou sendo demitida e passou a trabalhar como diarista, o que não configura vínculo empregatício e, portanto, não garante os direitos trabalhistas e previdenciários que seriam assegurados pela nova regulamentação. Ao adoecer descobriu-se sem direitos trabalhistas e previdenciários. Foi orientada a dar entrada no Benefício de Prestação Continuada (BPC), benefício assistencial destinado a idosos acima de 65 anos de idade e pessoas com deficiência com comprovada incapacidade para o trabalho e com renda familiar per capita inferior a 1/4 do salário mínimo. Para provar essa incapacidade, é preciso passar por avaliação da Perícia Médica do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Nessa avaliação, Dália teve sua solicitação negada por ser considerada apta ao trabalho. Entrou com recurso e tempos depois, por decisão da Justiça Federal, teve sua solicitação deferida, passando então a receber o BPC no valor de um salário mínimo, que constitui a única renda familiar.

Mesmo as mulheres que se encontram em auxílio-doença enfrentam um conjunto de dificuldades para acessar esse recurso. O excessivo rigor da perícia médica, a incompatibilidade entre o laudo médico emitido pelo oncologista e as exigências postas pela perícia do INSS e o desconhecimento de seus direitos contribuem para gerar uma situação de insegurança sobre a concessão do auxílio-doença, conforme pode ser observado nos seguintes trechos das entrevistas:

Eu tinha muito pouco tempo de contribuição ao INSS e para dizer a verdade eu não sabia que poderia pedir auxílio doença. [...] Estou recebendo desde a confirmação do câncer, mas preciso fazer perícia a cada três ou quatro meses. (Rosa)

Eu só tenho auxílio doença. Mesmo assim, com muita dificuldade, já que a avaliação do perito é tão difícil. Confesso que às vezes tenho vontade de desistir, pois parece que fico implorando por algo que deveria ser meu direito. (Hortência)

Uma das entrevistadas informou que só conseguiu acessar o benefício previdenciário após ingressar na Justiça, engrossando o processo de “judicialização da questão social” (SIERRA, 2011). Na experiência de Violeta, o recurso ao Judiciário foi a maneira encontrada para fazer valer seu direito ao auxílio-doença,

diante das negativas da Perícia Médica do INSS. A entrevistada tece críticas à abordagem médico-pericial por desconsiderar uma visão mais integral do segurado em suas relações sociais.

Na verdade, eu recorri ao Judiciário. A avaliação da perícia é muito cruel. Eles avaliam um pedaço de mim, sendo que esse desafio mexe com toda minha estrutura física, mental e social. Já faz alguns anos que recebo por decisão judicial. Mas acredite se quiser, o auxílio doença ainda não foi transformado em aposentadoria (Violeta).

Mesmo recebendo auxílio-doença, o valor é considerado insuficiente para a provisão familiar. Essa é a situação relatada por Rosa. Apesar de ciente dos riscos de seu esforço físico para recuperação da doença e na própria renovação do auxílio-doença, Rosa menciona que se viu impelida a trabalhar informalmente como salgadeira a fim de elevar a renda familiar.

Eu nunca penso em mim. Eu não posso fazer esforço, mas sei que eles [ex-marido e filhos] precisam do dinheiro. Então, além do benefício que recebo, eu complemento fazendo salgados para fora. Eu sei que não deveria estar fazendo isso, mas se não for assim, não dá para pagar as necessidades do próprio tratamento (Rosa).

3. DISCUSSÃO

As mulheres atendidas no hospital público encontram-se em situação de maior desvantagem socioeconômica se comparadas àquelas vinculadas à ONG: escolaridade e renda são menores entre o primeiro grupo, onde também prevalecem mulheres negras e com profissões pouco qualificadas. Tal diferenciação demarca condições de acesso a estratégias de proteção social também distintas entre as entrevistadas em todas as dimensões aqui analisadas.

No que tange ao **acesso aos serviços de saúde**, Viacava et. al (2018) destacam as importantes mudanças ao longo dos 30 anos de implantação do SUS, que ampliaram o acesso aos serviços públicos de saúde e o escopo de atuação da política setorial. Ao mesmo tempo, os autores reconhecem a persistência de desafios históricos na oferta e utilização do sistema de serviços, que limitam o acesso preventivo e oportuno para o cuidado em saúde. Para Paim (2018), há discrepâncias entre a proposta original do SUS e o seu desenvolvimento. O autor aponta a ausência de condições de sustentabilidade econômica e científica-tecnológica que marca a construção do SUS, limitando o desempenho de serviços e ações da saúde pública, tais como as medidas de prevenção e controle.

É sabido que, assim como Dália, muitos brasileiros valem-se do acesso informal aos serviços de saúde, sobretudo por meio do chamado “jeitinho brasileiro”, no qual perduram práticas clientelistas. Santos et. al (2014) apontam que o clientelismo possibilita encaminhamentos à saúde, em especial nos municípios de pequeno porte. Mas essa não é uma realidade exclusiva das pequenas cidades. Dificuldades burocráticas, esquemas e barganhas no acesso ao SUS são aspectos que fragilizam o cotidiano dos serviços, reduzem o conhecimento sobre direito à saúde e diferem dos princípios e diretrizes do SUS preconizados constitucionalmente.

É preciso chamar atenção para o histórico sucateamento a que vem sendo submetido o setor público de saúde, o que favorece a expansão do setor privado. Como bem sintetizam Farias et. al (2011):

O sucateamento da rede pública de saúde, aliado aos incentivos governamentais e à renúncia fiscal via benefícios agregados ao salário do trabalhador, contribuíram para o expressivo aumento da clientela beneficiária de planos privados de saúde, que de certa forma esvaziaram os órgãos de controle social e conseqüentemente sua capacidade de regulação da política de saúde no SUS. (p. 1047).

Talvez pela maior facilidade de acesso a consultas ambulatoriais, ou em decorrência das melhores condições de vida e maior escolaridade, o fato é que as mulheres ligadas à ONG realizavam acompanhamento da saúde de forma rotineira, o que favoreceu a detecção precoce do tumor e, conseqüentemente, a adoção de procedimentos menos invasivos e maiores chances de cura. Já as mulheres em acompanhamento no SUS afirmaram que, em virtude das atividades laborativas e dos cuidados à família, acabaram procurando os serviços de saúde apenas quando apresentaram algum sinal ou sintoma de enfermidade. Essa situação é expressiva de como as desiguais chances de vida afetam a atenção à saúde.

Estudos demonstram que a renda pode favorecer o acesso aos serviços de saúde e o próprio reconhecimento da importância do autocuidado, identificando que no Brasil níveis maiores de renda permitem às pessoas gozarem melhores status de bem estar e saúde (THULER, 2003; SKABA, 2003; VIACAVA, 2018). Logo, as vulnerabilidades socioeconômicas associadas a aspectos político-institucionais de acesso aos serviços de saúde influem diretamente nas possibilidades de diagnóstico e tratamento oportuno, motivos esses que contribuem para compreender porque uma doença com prognóstico de baixa letalidade como o câncer de mama (quando comparada a outros tipos de cânceres) mantém-se como uma das maiores causas de morte feminina no Brasil (INCA, 2019).

Quanto à **rede social de apoio**, parte-se do entendimento de que as sociedades sempre buscaram, na história da humanidade, promover algum tipo de proteção em situações de vulnerabilidade, criando estratégias e mecanismos de proteção social de acordo com cada contexto (DI GIOVANNI, 1998). Desse modo, antes mesmo de ser institucionalizada, a proteção social já existia como práticas familiares e comunitárias (MESQUITA, 2012).

Castel (2005) identifica dois modelos assumidos pelos sistemas de proteção social em sua trajetória histórica. Um baseado na “sociabilidade primária”, regido por vínculos estabelecidos na relação de proximidade, representada por “sistemas de regras que ligam diretamente os membros de um grupo a partir de seu pertencimento familiar, da vizinhança, do trabalho e que tecem redes de interdependência sem a mediação de instituições específicas” (p. 48). O autor identifica que à medida que as sociedades se tornam mais complexas, esses laços tendem a se tornar mais frouxos, fazendo surgir o que denomina de “sociabilidade secundária”, aonde “vão se desenvolver montagens cada vez mais complexas que dão origem a estruturas de atendimento assistencial cada vez mais sofisticadas” (*Op. cit.*, p. 57). É nesse momento que para Castel a proteção social se institucionaliza.

No Brasil, em face do histórico distanciamento do Estado no campo social, o desenvolvimento da proteção social ficou prioritariamente a cargo das famílias (MESQUITA, 2012). Nas entrevistas realizadas, todas as mulheres destacaram o apoio social da família como principal mecanismo de proteção social de que dispõem, principalmente durante o sofrido processo de tratamento do câncer de mama. Sanchez et. al (2010) reconhecem a importância da rede social ampliada, entendendo-a como uma espécie de dimensão estrutural ao qual o indivíduo faz parte. Por outro lado, os autores também salientam a fragilidade do apoio social associada a outras questões tais como suporte socioeconômico, idade, gênero dos membros etc.

Sobre esse último aspecto, é preciso reconhecer os limites da capacidade protetiva das famílias, em especial as mais pobres. Como ressalta Marques (2009), as redes sociais promovem a mediação do acesso dos indivíduos a estruturas e oportunidades, mas também representam a reprodução da pobreza e da desigualdade, evidenciando uma “faceta relacional da estrutura social”.

Ao mesmo tempo, cabe destacar que as funções de cuidado, organização e manutenção financeira da própria família têm sido historicamente imputadas às mulheres. Gutierrez e Minayo (2009) ressaltam a construção da imagem feminina associada à responsabilidade pela casa e tudo o mais que diz respeito à família e aos filhos, configurando o que chamam de “armadilha histórica”, uma vez que a mulher torna-se responsável simbolicamente pela educação dos filhos, sucesso do marido e também pela felicidade (ou não) dos membros familiares.

Quando não podem conciliar as atividades rotineiras e o tratamento da doença, as mulheres contam com o apoio de outras mulheres, que assumem o cuidado e se encarregam da rotina da casa e dos serviços domésticos. Com isso, naturaliza-se a distinção de papéis sexuais, em que o cuidado é um atributo exclusivamente feminino (VIEIRA, 2005; SILVA, 2015), como bem demonstraram as entrevistadas no presente estudo.

No que diz respeito ao apoio promovido pela rede associativa da ONG, vale apontar que, por se tratar de um grupo de mulheres com problemas de saúde semelhantes, essa rede tem contribuído para o fortalecimento de laços sociais de identidade e pertencimento, uma vez que as participantes enfrentam desafios similares e conseguem compreender as incertezas e sensações comuns. Pinheiro et. al (2008) descrevem de que maneira o universo simbólico presente em um grupo de ajuda mútua tende a favorecer o tratamento, aspecto corroborado nas entrevistas, que destacam impactos positivos na motivação e superação das dificuldades, minimizando tensões e medos presentes.

Em face das vulnerabilidades sociais agravadas pela experiência do adoecimento, as redes sociais de apoio configuram importante mecanismo de suporte social e emocional a essas mulheres. Ao mesmo tempo, a capacidade protetiva dessa rede depende da existência de robustas políticas públicas de proteção social, aspecto bastante frágil na realidade brasileira.

Nessa perspectiva, em relação às **políticas públicas de proteção social** a mulheres com câncer de mama, reconhece-se que as primeiras intervenções estatais no campo social no Brasil remontam ao início do século XX e se dirigiam quase que exclusivamente a certas categorias profissionais consideradas

estratégicas para impulsionar o nascente processo de industrialização (JACCOUD, 2009). Estabelecia-se, naquele momento, um padrão de proteção social que vigoraria pelo menos até 1988: a combinação entre um modelo de seguro social, baseado em uma relação de direito contratual para trabalhadores formais, na área previdenciária, e um modelo assistencial, dirigido à população pobre mais vulnerável, pautado em uma perspectiva caritativa e moralizante (FLEURY, 2003).

A Constituição Federal de 1988 inova ao implantar a noção de seguridade social como um direito universal e um dever do Estado e alargar a proteção social até então vigente. Mas sua materialização esbarrou em constrangimentos relacionados tanto aos limites estruturais da formação social brasileira, quanto ao legado das políticas pretéritas e ainda ao contexto social, político e econômico do pós-88.

O tipo de inserção laboral, associado à escolaridade, afeta o cuidado das mulheres com sua saúde assim como sua relação com as políticas sociais. As mulheres com menores índices de escolaridade tendem a assumir postos de trabalho mais precários e com baixa remuneração, o que incide em seus cuidados em saúde. Cabe aqui realçar, a partir do depoimento de Dália, a histórica precariedade do trabalho doméstico no Brasil, situação essa decorrente do legado escravagista brasileiro que construiu e consolidou, no imaginário social, a associação entre trabalho doméstico e servidão e submissão análogos ao das mucamas (NOGUEIRA, 2017). Chama atenção que apenas na segunda década do século XXI é que a profissão de empregada doméstica foi regulamentada no Brasil, sendo-lhes assegurado um conjunto de direitos já conquistados por outros trabalhadores, tais como obrigatoriedade da carteira assinada, jornada de trabalho de 8 horas diárias, remuneração de hora extra etc.

Em algumas das situações encontradas no estudo, o acesso a medidas públicas de proteção social só foram possível pela vida do acesso à justiça. Nota-se que a judicialização da questão social configura um fenômeno crescente e, ao mesmo tempo, complexo e multifacetado, cercado de polêmicas e dilemas, na medida em que se, de um lado, promove a garantia dos direitos constitucionais, sobretudo os sociais, por outro lado, tende a esvaziar a lógica da ação coletiva por favorecer o tratamento individualizado, exacerbar a atuação do Judiciário em face dos outros Poderes e interferir na organização da administração pública.

Do ponto de vista da proteção social via mundo do trabalho, todas as entrevistadas evidenciaram aspectos imbricados à precarização no mundo do trabalho e seus reflexos no modo de prover o cuidado em saúde. As mulheres com vínculos informais, menor renda e vinculadas ao SUS referem dificuldades em conciliar o exercício laboral com a procura por consultas e realização de exames, o que reflete nos diagnósticos tardios, procedimentos mutiladores e menores chances de cura, neste caso evidenciado quando comparadas às mulheres vinculadas à ONG.

Ademais, o acesso burocrático e rigoroso às políticas previdenciárias e assistenciais, também fragilizam a continuidade do tratamento em saúde das mulheres entrevistadas, que recorrem apoio de familiares e/ou de centros religiosos, na maior parte das vezes, e, em algumas outras, à judicialização. Ratifica-se, assim, a necessidade de discutir esta temática, pois, como demonstrado ao longo do texto, o quão breve forem oportunizadas medidas de cuidado em saúde para diagnóstico precoce e também a

desburocratização de políticas transversais, maiores serão as chances de cura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adoecimento por câncer de mama repercute de diversas formas e em diferentes esferas da vida das mulheres. Aliado à debilidade física, à adoção de procedimentos invasivos e dolorosos e até ao risco de morte, encontra-se um conjunto de alterações no modo de andar a vida dessas mulheres, que passam desde a rotina diária até suas relações familiares, de trabalho e sociais.

O acesso aos serviços de saúde é fundamental para o diagnóstico oportuno e início imediato do tratamento, aumentando as chances de cura. Diversas medidas governamentais voltadas à detecção precoce e rastreamento de casos e à conformação de uma rede integrada de cuidados à saúde foram adotadas no país nas últimas décadas, avançando no entendimento de que o câncer é uma questão de saúde pública que envolve os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde e as três esferas de governo. No entanto, ainda persistem dificuldades no acesso aos serviços de saúde, desafiando a própria governança do sistema. A falta de profissionais é um importante obstáculo na Atenção Primária à Saúde, mas a demora na realização de exames, no agendamento de consulta especializada e na marcação de procedimentos cirúrgicos foi recorrente em boa parte das entrevistas realizadas, contribuindo para o agravamento da doença.

Estratégias como pagamento de consultas e exames ditos “populares” (ou seja, de baixo custo) e intermediação informal de conhecidos para obtenção de vagas foram acionadas por algumas mulheres para conseguir o acesso aos serviços. São estratégias, no entanto, limitadas em termos do reconhecimento do direito à saúde.

Junto aos serviços de saúde, mecanismos de proteção social se tornam imprescindíveis no processo de tratamento. Aqui novamente é possível reconhecer avanços no campo dos direitos sociais no Brasil a partir da Constituição de 1988, mas ao mesmo tempo sua incompletude para fazer face às demandas sociais em um país marcado por imensas desigualdades sociais. O recurso ao auxílio-doença, possível aos contribuintes da Previdência Social, foi acessado pelas mulheres “elegíveis”, mas não sem algum grau de dificuldade. Ao mesmo tempo, esse recurso é insuficiente se representa a única renda familiar, o que leva mulheres em tratamento a complementar os ganhos monetários com atividades laborais informais, exigindo esforço físico quando deveriam estar em repouso.

Às mulheres sem direitos previdenciários, cabe a possibilidade de recorrer à política de assistência social, cujos avanços no campo da proteção social não contributiva nas últimas décadas são inegáveis. Todavia, como os critérios para acessar a maior parte dos programas e benefícios são bastante restritivos, há uma parcela da população ainda descoberta das políticas sociais, no limbo entre as políticas previdenciárias e assistenciais. O BPC, acionado por uma das entrevistadas, tem importância significativa na vida de seus beneficiários. Mas ele se dirige a idosos e pessoas com deficiência extremamente pobres, cujos impedimentos de longo prazo são avaliados por perícia médica. Assim, não é sempre que o diagnóstico de

câncer de mama implica em impedimento de longo prazo, e, portanto, não se enquadra nos critérios de concessão do BPC.

Na ausência e/ ou fragilidade dos mecanismos públicos de proteção social, a família segue como principal rede social de apoio às mulheres, consubstanciada tanto em termos de suporte psicológico e afetivo quanto na provisão material. No entanto, é preciso chamar atenção para os limites dessa capacidade protetiva, sobretudo entre as famílias pobres. Como apontado no estudo, mesmo doentes, as mulheres permanecem como o eixo central de suas famílias, corroborando o papel feminino de cuidadora e perpetuando as desigualdades de gênero.

Por fim, cabe destacar a importância da rede social de apoio expressa pela ONG da qual parte das entrevistadas eram integrantes. Constituída como grupo de ajuda mútua, essa rede favoreceu tanto o maior conhecimento da patologia pelas participantes e de seus direitos, quanto à partilha de experiências e suporte no enfrentamento da doença.

Os achados da pesquisa apontam, nesse sentido, para a necessidade de ainda percorrer um longo percurso na direção de consolidação do direito à saúde como parte dos direitos sociais, sobretudo se considerado o atual contexto histórico vivido no país, em que os ganhos sociais duramente conquistados pela sociedade brasileira desde a Constituição Federal de 1988 encontram-se seriamente ameaçados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, GRB; VAITSMAN, J. Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro: n. 7(4), p. 925-934, out. 2002.

ANFIP. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. **20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Brasília: ANFIP, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BARRETO, EMT. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro: n. 51(3), p. 267-275, mai. 2005.

BRASIL. **Portaria GM nº 2.439** de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Diário Oficial da União, 2005; 8 dez.

BRASIL. **Portaria GM nº 874** de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2013, 2013; 16 mai.

CASTEL, R. **As Metamorfoses da Questão Social: uma Crônica do Salário**. 5ª Edição Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.

COSTA, AM. **A organização da atenção ao câncer de mama nos municípios: estudo de um sistema local de saúde**. Niterói (RJ). Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Política Social, UFF; 2014.

COSTA, SG. **Signos em Transformação: a dialética de uma cultura profissional**. São Paulo: Cortez; 1995.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de Proteção Social: uma introdução conceitual. In Oliveira MA (Org.). Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil. Campinas: UNICAMP; 1998.

FARIA, JB; SEIDL, EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica** São Paulo: vol.18, n.3, p.381-389, set, 2005.

FARIAS, SF; GURGEL, JR; GD, COSTA, AM; BRITO, RL; BUARQUE, RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência saúde coletiva** Rio de Janeiro: n.16(Supl.1), p.1043-1053, mar. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700037&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 21 fev. 2020.

FLEURY, SM. Políticas sociais e democratização do poder local. In Vergara SC, Correa VLA, (Org.). **Propostas para uma gestão pública municipal efetiva**. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2003; p. 91-115.

GUTIERREZ, DMD; MINAYO MCS. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. **Saúde Sociedade**. São Paulo: n.4, p.707-720, mai. 2009.

HAGUETTE, TMF. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1997.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2020**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Atlas da Mortalidade por Câncer**. Rio de Janeiro: INCA. [s.d.]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 12 de jan. 2020.

JACCOUD, L. Proteção social no Brasil: debates e desafios. In Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS-UNESCO; 2009.

MARQUES, EC. As redes importam para o acesso a bens e serviços obtidos fora de mercados? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: n.71, p: 25-40, out. 2009.

MESQUITA, AA. **Proteção social na alta vulnerabilidade: o caso das famílias monoparentais femininas**. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências, em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, UFRJ, 2012.

NOGUEIRA, TPCCR. Mucama Permitida: a identidade negra do trabalho doméstico no Brasil. **Cad Gênero e Diversidade** 2017; 3(4): 47-58.

PAIM, JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência saúde coletiva** Rio de Janeiro: n.6, p.1723-1728, abr. 2018.

PINHEIRO, CPO; SILVA, RM; MAMEDE, MV.; FERNANDES, AFC. Participação em Grupo de Apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-americana de Enfermagem** São Paulo: n.16(4), p.733-738, mai/jun. 2008.

PINTO, MFT. **Custos de Doenças Tabaco-relacionadas: uma análise sob a perspectiva da Economia e da Epidemiologia**, Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública,

FIOCRUZ; 2007.

SANCHEZ, KOL; FERREIRA, NML; DUPAS, G; COSTA, DB. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem** Brasília: n.63(2), p.290-299, mar/abr. 2010.

SANTOS, DL; RODRIGUES PHA. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde debate** 2014; vol.38, n.103, pp.744-755.

SIERRA, VM. A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça. **Revista Katálysis**. Florianópolis (SC): n.14(2), p.256-264. jul/dez. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802011000200013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 jan. 2020.

SILVA, AD. Ser homem, ser mulher: as reflexões acerca do entendimento de gênero. In: **Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, p. 51-100. 2015.

SKABA, MMVF. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica**. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências, FIOCRUZ; 2003.

TEIXEIRA, LA. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História Ciências Saúde Manguinhos** Rio de Janeiro: n.17(Supl.1), p.13-31. jul. 2010.

THULER, LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia** Rio de Janeiro: n. 49(4), p. 227-238. 2003.

VIACAVA F, OLIVEIRA RAD, CARVALHO, CC, LAGUARDIA J, BELLIDO JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc saúde colet** 2018; vol.23, n.6, pp.1751-1762.

VIANA, ALD; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, ALD; ELIAS, PEM; IBÁÑEZ, N. (Org.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; 2005.

VIEIRA, JA. A identidade da mulher na modernidade. **DELTA** São Paulo, vol.21, n.spe, p.207-238, 2005.

Contribuições das autoras

Thaislayne Nunes de Oliveira: participou da concepção e delineamento do estudo, redação e revisão final do artigo.

Mônica de Castro Maia Senna: participou da concepção, elaboração e revisão do artigo.
