



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA (DCV)-CAMPUS I
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA –
MEPISCO



MILENE PEREIRA DE SOUZA SANTOS

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM
UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA ESTADUAL NA BAHIA

Salvador

2020

MILENE PEREIRA DE SOUZA SANTOS

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM
UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA ESTADUAL NA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como produto
para defesa final do Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva – MEPISCO.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Costa de Souza

Salvador

2020

MILENE PEREIRA DE SOUZA SANTOS

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM
UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA ESTADUAL NA BAHIA.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, na Universidade Estadual da Bahia.

Data de defesa: 18.12.2020.

Márcio Costa de Souza - Orientador. _____
Doutor em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública - Salvador/Bahia.

Yeimi Alexandra Alzate López. _____
Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva, da
Universidade Federal da Bahia - Salvador/Bahia.

Rudval Souza da Silva. _____
Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia - Salvador-Bahia.
Doutorado Sanduíche na Escola Superior de Enfermagem do
Porto - Portugal.

AGRADECIMENTOS

Ouvi uma frase de um certo alguém e para mim fez total sentido: “*o que tem de ser tem muita força*”, e teve! Força suficiente fornecida por familiares, amigos e, sobretudo pelos meus guias espirituais e pelo universo. Força que veio das mulheres que participaram dessa pesquisa. Aprendi com cada entrevista feita, que na seara da vida, valorizar o próximo é um exercício que deve ser feito de forma constante, pois o outro somos nós, só que dançando em músicas diversificadas, porém em ritmos semelhantes, hoje, amanhã ou depois. Chamo de exercício, porque neste planeta cheio de provas e expiações é difícil exercer a empatia, a compaixão e estender a mão, sem abster-se do ego intrínseco a nós seres humanos.

Vô Vivino, dedico esta defesa a ti, um dos maiores exemplos de seres humanos que já vi exercitar tudo isso que falei aí em cima. Obrigada por tanto e por trabalhar comigo na espiritualidade “(mesmo entre perigos, daremos as mãos, como bons amigos...)”.

Aos meus pais, irmão e cunhada me perdoem a ausência mesmo presente em corpo. A mente exigiu mais do que eu queria e o esforço foi necessário para esse produto. Questionar quase que diariamente se eu queria auxílio em alguma tarefa diária foi de grande valia. Esse parágrafo se estende ao resto da família também. Obrigada!

Ric, você apareceu do meio para o final, portanto uma fase de maior demanda. Sou grata pela sua compreensão das minhas ausências, do meu “hoje eu não posso” ou “quando o mestrado acabar a gente faz isso”.

Uma amiga especial, Ivaninha me ensinou que eu crio a realidade que eu quero e eu só consegui tudo, porque passei a acreditar e a manifestar isso quase que diariamente desde o início da primeira etapa da seleção. O Instituto Lua Nova e o Iakee também contribuíram lindamente para que isso acontecesse.

Ítalo Ricardo meu apóstolo eterno (rindo e chorando estou) e incentivador: **GRATIDÃO POR SER QUEM VOCÊ É!**

Márcio Costa. Obrigada por ser esse monstro do conhecimento. Sua sensibilidade é linda e acolhedora. Me fez aprender sem que eu sentisse que estava ensinando. Foi amigo e foi pai em vários momentos. Compreensivo e crítico como teve de ser! Obrigada.

Magno Mercês te dedico. Grata pela amizade e por ser um dos melhores professores desse programa. Você e Marcio possuem o brio necessário para transformar pensamentos e vida e isso lhes dará a prosperidade necessária para alcançarem o que desejam.

Minhas meninas do IC Uneb: sem vocês nada sairia! Quanto afinco e gosto para fazer as coisas bem feitas. A disciplina vai levar vocês a lugares e vãos cada vez mais altos. Ju, Debi, Kami, Eve, Larinha e Bru: a minha eterna gratidão e parceria!

Por fim, o MEPISCO veio para me ensinar exatamente sobre qual seria o meu propósito de vida. Logo, agradeço e honro a existência do programa e em especial aos colegas Moni, Danda, Carol, Jô, Marion, Paulinha e Neemias: amo vocês e levarei comigo por toda a vida! Não foi fácil, mas aqui estamos!

Amo vocês, Mi.

RESUMO

Esta pesquisa tem por **objetivo** analisar os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama em um Serviço de Referência Estadual na Bahia. A **metodologia** utilizada foi de caráter qualitativo, tendo como escolha o método das Histórias de Vida para a coleta das narrativas, que foram extraídas através de entrevista semiestruturada. A técnica do diário de campo também foi utilizada, no entanto para construção do Diário para o Cuidado da Mulher com Câncer de mama. O lócus do estudo foi o Centro de Oncologia de Referência Estadual, no setor de quimioterapia. Foram entrevistadas 11 mulheres em tratamento da doença, sendo tal amostra contemplada pelo método da saturação de dados. A análise de dados foi realizada com base na Análise do Discurso de Orlandi. Os **resultados** foram apresentados sob a forma de artigo científico, atribuído pelo nome: *O adoecer, o cuidar e seus itinerários: experiências de mulheres com câncer de mama*, com achados apresentados e pormenorizados sob a forma de categorias empíricas e seus respectivos núcleos do sentido: a experiência do adoecimento (coping religioso; o sentir-se mal e seus processos de subjetivação; estigma, sexualidade e feminilidade); um olhar subjetivo na produção do cuidado (tecnologias leves, comunicação e violência; barreiras de acesso à saúde) e a mulher com câncer de mama e seus itinerários (dobra público-privada e óptica do SUS). As **considerações finais** reflexionam, que os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama desnudaram dificuldades encontradas sob caminhos tortuosos, onde muitas vezes a primeira oportunidade de assistência, se dá por meio de mutirões ou campanhas do outubro rosa, fator que concede espaço para as redes vivas. Nesse cenário, diversas barreiras emergem-se nesse contexto, com destaque para as econômicas, que evidenciam a problemática da dobra público-privada dentro do SUS e corroboram para a óptica de um sistema pouco resolutivo ou ineficaz. Aspectos despercebidos da produção do cuidado em saúde como o uso das tecnologias leves e o estigma do câncer de mama e seu impacto na feminilidade e sexualidade ganharam destaque, pelo fato da doença simbolizar a fragilidade que causa para o gênero desde o momento diagnóstico. Ademais, materializar o produto técnico deste trabalho sob a forma de um Diário se configurou como importante ferramenta, para outorgar a voz de mulheres com câncer de mama.

Palavras-Chaves: câncer de mama, itinerários terapêuticos, cuidado.

ABSTRACT

This **objective** research is to analyze the therapeutic itineraries of women with breast cancer in a State Reference Service in Bahia. The **methodology** used was of a qualitative character, having as choice the method of Life Stories for the collection of narratives, which were extracted through semi-structured interview. The field diary technique was also used, however, to construct the Diary for the Care of Women with Breast Cancer. The locus of the study was the State Reference Oncology Center, in the chemotherapy sector. Eleven women in treatment of the disease were interviewed, and this sample was contemplated by the data saturation method. The data analysis was performed based on the Orlandi's Discourse Analysis. The **results** were presented in the form of a scientific article, attributed by the name: *Sickness, care and their itineraries: experiences of women with breast cancer*, with findings presented and detailed in the form of empirical categories and their respective sense cores: the illness experience (religious coping; feeling ill and its subjectivation processes; stigma, sexuality and femininity); a subjective look at the production of care (light technologies, communication and violence; barriers to access to health) and women with breast cancer and their itineraries (public-private fold and SUS perspective). The **final considerations** reflect that the therapeutic itineraries of women with breast cancer revealed difficulties found under tortuous paths, where often the first opportunity for assistance, occurs through joint efforts or campaigns of the Pink October, a factor that allows space for the networks alive. In this scenario, several barriers emerge in this context, with emphasis on the economic ones, which highlight the problem of the public-private fold within SUS and corroborate the perspective of a system that is not very effective or ineffective. Unnoticed aspects of the production of health care such as the use of light technologies and the stigma of breast cancer and its impact on femininity and sexuality have gained prominence, due to the fact that the disease symbolizes the fragility it causes to gender since the moment of diagnosis. In addition, materializing the technical product of this work in the form of a Diary was configured as an important tool, to grant the voice of women with breast cancer.

Keywords: breast cancer, therapeutic itineraries, care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 OBJETIVOS.....	12
1.1.2 Objetivo Geral.....	12
1.1.3 Objetivos Específicos.....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 CÂNCER DE MAMA: cenários, etiologia e conceitos.....	13
2.2 A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	16
2.3 A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: intercâmbios entre tecnologias duras, leve-duras e leves.....	21
2.4 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E AS DISPARIDADES DELINEADAS NO SEU FUNCIONAMENTO.....	24
3. METODOLOGIA.....	26
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	27
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
3.3.1 Critérios de Inclusão.....	27
3.3.2 Critérios de Exclusão.....	28
3.4 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DOS DADOS.....	28
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	29
3.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	30
4. RESULTADOS.....	31
4.1 ARTIGO 1 - O ADOECER, O CUIDAR E SEUS ITINERÁRIOS: experiências de mulheres com câncer de mama.....	31
5. PRODUTO TÉCNICO.....	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES.....	91
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	91
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO	93

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama em mulheres lidera o ranking dos mais incidentes no Brasil, com 60 mil novos casos estimados entre os anos de 2018 e 2019 (INCA, 2018a) e mais de 65 mil mulheres no ano de 2020 (INCA, 2020). Tais informações são de extrema relevância, pois além de ratificar ser um problema de saúde pública, podem traduzir nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela população, nos determinantes sociais da saúde e seus desfechos podem contribuir essencialmente para a formação e reformulação de programas e instituições para o controle do câncer (OLIVEIRA; SOARES, 2020).

O processo de adoecer da mulher com câncer de mama inicia-se desde o momento do diagnóstico, o que causa grande impacto em mulheres, pois além do estigma determinado pela doença, a alteração na estética provocada pelos tratamentos cirúrgico e quimioterápico trazem grande fragilidade, em virtude do pavor à extirpação e perda de cabelo, o que afeta diretamente na sexualidade e na feminilidade. Tais sensações podem ser muitas vezes perturbadoras, remetendo ao sentimento de óbito, como consequência das diversidades de sintomas provocados pela doença (LOPES *et al.*, 2018).

Diante do diagnóstico desse tipo de doença, a pessoa doente pode se prender a qualquer tipo de terapêutica no intuito de acreditar que uma conduta a mais pode ser realizada, unindo os diversificados saberes, tanto profissionais quanto as próprias escolhas ou preferências por outros atores que lidam com a cura, sendo feita uma inter-relação com fatores que abarcam a produção de cuidados em saúde para uma atenção à saúde mais qualificada (ROSA; RADUNZ, 2013).

Delinear os caminhos percorridos por mulheres com câncer de mama no Brasil na busca de saúde, pode ser instigante e mobilizador, pois no país hoje, as medidas de prevenção vigentes são de caráter secundário, com rastreamento por meio de exame diagnóstico mamográfico, cujo binômio oferta-demanda do sistema de saúde brasileiro não contribuem de fato, para detecção precoce da doença, posto que existem entraves de ordens diversas que dificultam e, conseqüentemente agravam o contexto do adoecimento (BARROS *et al.*, 2019).

Nessa conjuntura, os itinerários terapêuticos se emergem ao permitir que o sujeito percorra caminhos na procura pela cura, dentro processo do adoecer. Tal fato desnuda confrontos, ao lidar com suas condições subjetivas de saúde, o que tensiona reflexões do cuidado produzido em saúde, acessibilidade, barreiras de cunho sociocultural, posturas

profissionais e seus impactos, eficiência dos serviços de saúde, organizações dos processos em saúde e concepções do indivíduo e sua família acerca da melhora (BELLATO *et al.*, 2016; DEMÉTRIO, SANTANA, PEREIRA-SANTOS, 2019).

Nessa trilha, essas barreiras permeiam por questões de gênero, linguagem, os modos de viver a doença e o próprio corpo físico, além de refletir mais sobre como os serviços de saúde se articulam e funcionam (horários de atendimento, tempo de espera nas filas, agendamento de consultas ou exames diagnósticos), incluindo alocação de recursos (humanos ou financeiros), que vão se relacionar com outros fatores como faixa etária, ter ou não seguro-saúde, escolaridade e habitação. Tais fatores podem se tornar influenciadores no retardo para detecção precoce e, conseqüentemente, para o tratamento para o câncer de mama (MOREIRA *et al.*, 2018).

Outrossim, as disparidades socioeconômicas, as diferenças étnicas culturais minoritárias e as barreiras linguísticas também podem ser encontradas já no momento do diagnóstico. Neste aspecto, a comunicação torna-se um elemento desafiador, posto que a relação profissional-usuária, pode contribuir na adesão à terapêutica, por exemplo, fator que verte-se como um facilitador para que a mulher possa lidar com o câncer (GONZALEZ *et al.*, 2016, p.02, **tradução nossa**).

Estudos já apontam que a mortalidade por câncer de mama no Brasil está diretamente ligada a detecção tardia da doença e os pontos fortes responsáveis são as dificuldades no acesso aos serviços, escassez de serviços especializados em oncologia ou até mesmo ruídos na comunicação das redes de atenção à saúde (RAS). Além disso, um fator crucial para recrudescimento da doença é a descoberta com aproximadamente noventa dias entre a evidenciação por meio de sinais e sintomas, diagnóstico e início do tratamento. Entende-se assim, que a descoberta antes desse período traduz num melhor prognóstico (BRITO-SILVA *et al.*, 2014; MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017; MOREIRA *et al.*, 2018).

Corroborando com esse cenário, percebe-se que a detecção dessa doença deve ser o mais precocemente possível para que se haja eficácia na terapêutica, tendo em vista a evidência de maior sobrevida, além da diminuição dos custos para o sistema. Entretanto, o retardo no diagnóstico pode ter alusão à inúmeros entraves e limitações no percorrer da tentativa de se ter assistência adequada dos serviços de saúde oferecidos, como por exemplo, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. De acordo com pesquisas realizadas por Gonçalves *et al* (2014), este atraso no diagnóstico é mencionado como a maior causa de mortalidade pelo câncer de mama.

Outro estudo realizado por Lou et al (2016, p. 406), no Rio de Janeiro, constatou-se que a acessibilidade para tratamento especializado do câncer de mama “é pouco eficaz e não atende ao princípio da equidade”. Além disso, aborda também a questão da dificuldade no acesso desde a fase do diagnóstico, nos níveis primário e secundário de atenção e o retardo desde a realização da primeira consulta até a realização da biópsia.

A trajetória de mulheres com câncer de mama é relatada por mulheres em um estudo, onde o desfecho destacou, que a vivência após impacto do diagnóstico com uma enfermidade de tamanho estigma ultrapassa o olhar biomédico, pois elas passam a se ver sob a ótica do outro. Ainda, ressalta que não há como mensurar somente com números uma situação com uma diversidade de modulações, significados e ressignificações (COSTA; LIMA; NEVES, 2020).

Cabe aqui destacar um último ponto que exerce influência forte na vivência do adoecimento da mulher com câncer: a atuação dos profissionais envolvidos ecoa diretamente no experienciar da enfermidade, tendo em vista que valores, pontos de vista e juízos de valor se entrelaçam num processo dinâmico, que irá além do simples fato do adoecer. A conduta de uma escuta qualificada, o respeito, à responsabilização e o engajamento são posturas que irão desencadear um relacionamento entre profissional e usuários, onde a história de vida e adoecimento relatados poderão favorecer o estreitamento de laços de confiabilidade, que irão se enraizar ao longo do tempo, oportunizando a prestação de uma assistência integral (DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013, 2014).

A inspiração deste trabalho teve relação com a experiência pessoal do adoecimento com câncer. Aos 15 anos fui diagnosticada com carcinoma papilífero, compatível com neoplasia folicular na tireoide, maligno, com metástase para as vias aéreas inferiores. Ao que me recordo, não houve muito tempo para pensar, pois o tempo seria fundamental para o prognóstico do quadro. Eis que adolescente, sexo feminino, acabando de entrar no ensino médio, obrigada a sair do colégio, distanciar do ciclo de amigas e vida social, percebeu-se em um mundo confuso e desconhecido. Questões internas foram postas à prova como o impacto na aparência, a reposição hormonal para o resto da vida, cicatrizes físicas e emocionais ou a mudança na voz. No período do tratamento, familiares não poderiam ficar presentes, tendo em vista o potencial radioativo contido nele. Tal fato desencadeou no misto de sentimentos que variavam entre a solidão e o medo do que poderia acontecer durante e do que estava por vir. Durante o processo entre cirurgia e tratamento, cabe validar a mescla entre os sistemas de saúde público e privado, tendo em vista naquela época não haver tratamento com iodo radioativo na rede privada.

Portanto, entender a experiência do adoecimento e suas implicações têm um papel relevante pessoal para aprofundamento e análise, no que tange às subjetividades de mulheres após o diagnóstico com câncer, além do interesse pelos caminhos transitados, seja dentro ou fora das RAS.

Outro ponto que exerceu bastante influência no processo de construção da pesquisa, teve referência com a prática docente, vivida nos últimos sete anos no ensino superior privado, e 12 anos em serviço público de saúde, envolvendo comunidades em situações de risco e vulnerabilidade social, sobretudo as mulheres. Nessa vivência, houve uma grande diversidade de mulheres, com idades entre 35 e 60 anos com dificuldades, no que tange ao itinerário terapêutico para avaliação e constatação diagnóstica do câncer de mama, após detecção precoce de alteração que acarretasse tal enfermidade.

Nesse período de atividades laborais percorridas na Atenção Básica, ao ministrar componentes curriculares tanto práticos como teóricos, nos foi permitido assistir de maneira adjunta aos discentes, as realidades vivenciadas por mulheres, que após consultas em unidades de saúde, historiar dificuldades e barreiras desde alcançar o diagnóstico até mesmo o tratamento. Além disso, as experiências como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Coordenação da Atenção Básica foram cruciais para adquirir mais familiaridade com o tema, tendo em vista o cotidiano da práxis profissional.

Diante do cenário exposto, este estudo pode ser relevante no intuito de contribuir com os programas que fazem parte das redes de atenção à saúde, sobretudo na porta de entrada para o cuidado integral, que é a Atenção Primária em Saúde, no sentido nortear e criar estratégias que visem o remodelamento do processo de trabalho imbricado no cotidiano dos profissionais de saúde, que também participam do processo do cuidado e que são também responsáveis pela composição da rede, mesmo que de forma camuflada. Além disso, pode amparar mulheres no sentido de guiar, por meio de um fluxograma do cuidado para o câncer de mama, sob a forma de caderneta de orientação, contendo os serviços ofertados e as orientações para melhor entendimento dos diversificados aspectos que impactam diretamente na atenção à saúde.

Ainda, esta pesquisa pode ter relevância para a comunidade científica, pois a oferta do produto técnico pode promover propostas contributivas com informações que subsidiem e conduzam práticas relacionadas ao cuidado em rede, de forma a serem compreendidas pelas mulheres usuárias do sistema e praticadas por órgãos e setores implicados no processo, no Sistema Único de Saúde (SUS), além de apoiar com estímulo na realização de mais

pesquisas/artigos relacionados ao tema, o que visa impactar positivamente na assistência integral às pacientes diagnosticadas com câncer de mama.

Diante da problemática apresentada e dos poucos estudos de caráter qualitativo produzidos por profissionais de saúde, que proporcionem maior compreensão acerca da temática, cabe a seguinte pergunta de investigação: de que maneira são produzidos os itinerários terapêuticos das mulheres com câncer de mama em um Serviço de Referência Estadual na Bahia?

1.1 OBJETIVOS

1.1.2 Objetivo Geral

Analisar os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama em um Serviço de Referência Estadual na Bahia.

1.1.3 Objetivos Específicos

Compreender a experiência do adoecimento das mulheres com câncer de mama usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS);

Entender o cuidado produzido nas mulheres com câncer de mama usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS);

Conhecer a percepção das mulheres com câncer de mama usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca dos itinerários terapêuticos;

Elaborar um Diário para o Cuidado da Mulher com Câncer de Mama como ferramenta de educação em saúde para mulheres com câncer de mama usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE MAMA: cenários, etiologia e conceitos

Dentre as condições de saúde que atingem a população brasileira, o câncer de mama apresenta-se hoje no Brasil e no mundo como um problema de saúde pública, no qual aparece de forma idiopática ou por causa circunstancial desconhecida, ou seja, sem correlação com a hereditariedade, o representante de mais de 90% dos casos (BRASIL, 2013b; TIEZZI, 2009). De acordo com a última atualização caderno da atenção básica do controle do câncer de mama do Ministério da Saúde (MS), tal doença é a mais incidente em mulheres e é a quinta causa de morte dentre os cânceres em geral.

Atualmente, este tipo de câncer é considerado o primeiro mais recorrente nas mulheres das Regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19,21/100 mil). Além de se constituir como o mais frequente dentre os cânceres, o tumor maligno entre mulheres é a primeira causa de morte, sendo que foram estimadas em 2012, 522 mil casos, ficando com 14% de todos os óbitos e, em 2016, 16,069 óbitos. Neste mesmo ano as regiões Sul e Sudeste superaram as taxas nacionais, chegando a 20 mil óbitos por 100 mil mulheres no Rio Grande do Sul e no Rio de Janeiro respectivamente. No entanto, apesar de ter alta taxa de mortalidade comparado a outro tipo de câncer, tem letalidade baixa. Este possui também alta prevalência, tendo em torno de 8,7 milhões de casos estimados em 2012 (INCA, 2018b; INCA 2019).

O câncer de mama é uma doença que apresenta como características o metamorfismo e a grande heterogenicidade tumoral, ou seja, com diversificados comportamentos e diferentes formas clínicas e morfológicas. Em razão disso, tais aspectos em consonância com os fatores de risco, conhecidos ou não, traduzem numa patologia de caráter altamente dinâmico e em constantes transformações, fatores que podem corroborar em dificuldades na detecção precoce, e, conseqüentemente o retardo diagnóstico nos estágios iniciais (INCA, 2019; BRASIL, 2013b).

Assim como todas as neoplasias malignas, o câncer de mama é resultado do crescimento anormal celular que podem ser provenientes de alterações fisiológicas, hereditárias ou até mesmo exposição a fatores ambientais. Os carcinomas mais comuns são denominados in situ e invasor, sendo que o segundo é responsável por 70% a 80% dos casos, porém nem todas as

lesões proliferativas são precursoras do câncer, como por exemplo as hiperplasias habituais, no entanto as mutações colunares são efetivamente lesões precursoras (INCA, 2020; INCA, 2019; BRASIL, 2013b).

A história natural da doença pode ser dividida em fase pré-clínica e clínica: a primeira diz respeito ao intervalo de tempo entre o surgimento da primeira célula maligna até o crescimento para que esta consiga ser detectada por exames clínicos ou radiológicos, já a segunda, se inicia a partir de condições já detectáveis por meios diagnósticos (BRASIL, 2013b). Fatores de risco podem corroborar com o surgimento da doença e até mesmo com a piora do prognóstico, sendo os mais influenciadores os endócrinos, nutricionais e genéticos.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, obesidade, ingestão regular de álcool, sedentarismo e história familiar são fatores disparadores que favorecem o advento da doença (BRASIL, 2013b).

Desta forma, o aparecimento dos sinais e sintomas, já na fase clínica, incluem a percepção do nódulo que pode ser indolor, duro e irregular ou até globoso e bem definido, sendo que essas características, segundo pesquisas, são relatadas como primeiro sintoma percebido pela mulher em cerca de 90% dos casos. Outros sintomas englobam o edema em casca de laranja, secreção mamilar, que pode ser transparente, avermelhada ou rósea, espontânea e unilateral, retração cutânea, inversão do mamilo e rubor cutâneo (BRASIL, 2013b).

No Brasil, ainda se tem um investimento maior na prevenção secundária do câncer de mama, desencadeando numa sobrecarga nas ações que englobam o diagnóstico por imagem por meio de mamografia e ultrassonografia das mamas. Este fato pode contraditar o sistema público de saúde brasileiro, tendo em vista as questões de oferta e demanda, como muitas mulheres caracterizadas com risco alto para adquirir a doença e poucos serviços que ofertam diagnósticos por imagem. Nesse sentido, o MS através do manual do controle do câncer de mama enfatizou a importância da educação no âmbito da prevenção primária, para o controle dos fatores de risco como peso e sedentarismo, duas condições que aproximam a mulher das chances de adquirir a doença.

Ainda, nota-se que hoje a saúde brasileira se constitui num cenário complexo, em se tratando das diferentes relações sociais e econômicas existentes, acarretando em desigualdades na renda e conseqüentemente na situação de saúde da população. Sabe-se, portanto, que a desigualdade nesse aspecto faz alusão à equidade, crescimento social, educação, habitat e

distribuição de renda. Dessa forma, o aumento do risco de adoecimento de câncer de mama, pode estar inserido nas condições de vida como o histórico familiar, a obesidade, o sedentarismo, a idade, a escolaridade e a ingestão regular de álcool. Outro fator mencionado por outros autores, que contribui para o agravamento da doença é o atraso para realização de exames e, conseqüentemente para confirmação diagnóstica da doença (PRATA, 1994; BRASIL, 2013b; GONÇALVES, *et al.*, 2014).

No caso de mulheres com câncer de mama, tais fatores podem acarretar em altas taxas de mortalidade, tendo em vista o retardamento no atendimento e na detecção precoce de casos, em virtude de barreiras na trajetória do cuidado ao câncer de mama apontadas pelo estudo de Gonçalves *et al.* (2014). Estas podem ser classificadas como socioculturais, econômicas ou até mesmo geográficas, que envolvem o acesso à consulta, exames de imagem e diagnóstico. Ademais, tal estudo aponta as comissões intergestoras bipartites (CIB) como as principais responsáveis por tais dificuldades, além da desorganização do sistema de saúde, fazendo com que as mulheres se sentam como as únicas responsáveis pelo cuidado.

No que tange à detecção precoce, denominada mundialmente como *down-staging*, ressalta-se como relevância a educação da mulher, bem como dos profissionais de saúde na percepção de achados clínicos, assim como descomplexificar o acesso aos serviços de saúde, fato que se torna um desafio para a manutenção da saúde da mulher brasileira, tendo em vista os aspectos já supramencionados. O autoexame das mamas, por exemplo, já foi muito utilizado como forma de detecção precoce em outros países, no entanto, anos mais tarde constatou-se por meio de estudos, que a estratégia não reduzia a mortalidade pela doença, sendo adotada depois a estratégia da “consciência da mama” ou breast awareness, que em tradução expressa “estar alerta à saúde das mamas” (INCA, 2015; WHO, 2008).

Atualmente no Brasil, a mamografia de rastreamento ainda é a opção de escolha para a investigação dos casos, sendo único exame que tem comprovação na diminuição nas taxas de mortalidade por câncer de mama. Tal exame é realizado rotineiramente a cada dois anos em mulheres com faixa etária de 50 a 69 anos, juntamente com o exame clínico das mamas (ECM). Nas mulheres de 40 a 49 anos é preconizado o ECM anual e, caso haja alguma alteração, é necessária a realização da mamografia e em mulheres com faixa etária de 35 anos ou mais, com risco elevado (parente de primeiro grau com câncer de mama) é recomendada a realização de mamografia anual, juntamente com o ECM (INCA, 2015; BRASIL, 2013b).

2.2 A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

O diagnóstico do câncer de mama pode trazer inúmeras consequências para o estado emocional da mulher, tanto pelo fato de aguardar a confirmação da doença, quanto pelo acesso à realização de exames, além de condutas profissionais imprecisas ou duvidosas, com solicitações médicas repetitivas e muitas vezes desnecessárias, que causam inseguranças e desencadeiam ansiedades para a mulher ainda na fase de suspeição da doença (BRASIL, 2013b).

Por ser uma doença que traz marcas relevantes para a mulher, o câncer de mama é considerado como uma doença estigmatizante, fato que provoca grande impacto no que tange ao estado de saúde emocional da pessoa doente, o que pode acarretar na piora do quadro de saúde. Nesse contexto, o significado social que a mama feminina representa, traz questões de feminilidade e sexualidade muito fortes, por somente imaginar as alterações estética, o medo das mutilações e cicatrizes, da morte, do receio à rejeição nas relações pessoais e no próprio convívio social. Tais fatores, tendem a emergir desde o início da suspeita diagnóstica (CORDEIRO; NOGUEIRA; GRADIM, 2018; SANTICHI *et al.*, 2012).

Ademais, a terapêutica para o câncer de mama abrange uma série de efeitos colaterais, que geram além de consequências físicas, como dores, náuseas, baixa imunidade, também psicológicas, que podem trazer sofrimentos e transformações nos modos de ser e agir da mulher, o que leva ao isolamento do convívio social, ansiedade, medo das deformações, sentimento de inferiorização, tristeza profunda e depressão. Um estudo realizado por Almeida *et al.* (2015) aponta que muitas mulheres, independentemente da idade, ao receber o diagnóstico iniciam um processo de negação da doença e, até mesmo, do tratamento, em virtude da comoção emocional causada pelo estigma social da doença.

Sendo assim, o tratamento quimioterápico trata-se de um procedimento medicamentoso, pela via endovenosa que implica na agressão não somente às células cancerígenas, mas também nas saudáveis, que provocam além de sintomas supramencionados, a diminuição da libido, alopecia, fadiga, ganho de peso, menopausa precoce, infecções, diarreias, anemia, ou seja, uma diversidade de repercussões que desencadeiam na deturpação da imagem e esgotamentos de ordem física ou emocional, as quais comprometem, inclusive os relacionamentos afetivos, fomentando muitas vezes em desistência ou abandono ao tratamento (LOPES *et al.*, 2018; SANTICHI *et al.*, 2012).

As significações esculpidas pelo diagnóstico do câncer de mama transitam por subjetividades, que vão refletir processos intrínsecos, os quais somente o sujeito portador da doença pode expressar. Tais aspectos podem revelar descontinuidades de histórias de vida, com transformações avassaladoras nos modos de viver e no tomar de rédeas da própria vida, em busca de melhores formas de lidar com as circunstâncias experienciadas (MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017).

Deste modo, Castellanos (2015) aponta para uma dualidade no contexto da palavra diagnóstico: para uns pode traduzir em uma “salvação”, com possibilidades de cura ou desfecho da doença e para outros pode recair como uma explosão, que irá aflorar ressignificações de todo um construto de vida antecedente ao surgimento da doença.

O processo do adoecer vai além do cuidado biomédico, necessitando ultrapassar as barreiras do biológico, ao entender que o indivíduo é ativo no processo do cuidado e pode satisfazer as suas próprias necessidades. Além disso, o olhar profissional deve ser pautado nas representações sociais e nos fatores individuais da doença (GOMES, 2012). Destaca-se aqui também que, ao considerar o sujeito como um ser social, a questão das redes sociais onde as relações da comunidade, família, amigos, espiritualidade e as relações de trabalho são fundamentais para que haja integralidade na assistência, possibilitando maior bem-estar.

Para Rabelo, Alves e Souza (1999, p.171-173), a experiência da enfermidade perpassa o ente biológico “é também experiência que se constitui e adquire sentido no curso de interações entre indivíduos, grupos e instituições”. A situação experienciada pelo sujeito vai além da sensação do mal-estar, mas remete diretamente no estado de angústia ou perturbação. “O sentir-se mal remete ao corpo como corpo vivido, indissociável da nossa subjetividade (a qual, por sua vez, é sempre uma subjetividade encarnada)”. Essa afirmativa reflete a noção de que o significado da enfermidade é totalmente particular a cada sujeito, onde a dor de um jamais poderá ser experienciada por outro.

Para entender as necessidades e problemas de saúde dos sujeitos faz-se necessário perceber a diversidade de espaços nos quais estão inseridos, bem como suas predileções e caminhos para manutenção do bem-estar físico, social, mental e espiritual. Nesse contexto, cabe uma reflexão diante da ótica da representatividade de um mundo particular de vivências, seja numa perspectiva individual ou coletiva, onde a sabedoria e a natureza do próprio ser se fundem e se direcionam na interlocução com o universo. Assim, pode-se dizer, que o processo de sentir-se mal expressado pelo indivíduo, revelar-se-á de uma agregação entre o que é corpóreo e físico e o cultural e adquirido (CASTELLANOS, 2015).

Kleinman (1988) entende a enfermidade como o discernimento acerca de uma doença e dos aspectos que englobam a sua cura, bem como a forma como este é aplicado por todos os atores envolvidos no processo terapêutico. Além disso, a concepção sobre enfermidade traz a alusão do tempo, pelo fato de que, durante o processo da enfermidade há transformações, que decorrem do construto de diferentes diagnósticos empregados pela família, amigos, vizinhos e profissionais de saúde, os quais circundam o próprio enfermo.

Portanto, é fundamental compreender que o sujeito possui aspectos singulares, mas que podem ser transformados e ressignificados externamente, a partir do sentido que a enfermidade trouxe. Os modos de ser e de viver a vida nos diversos períodos e espaços reflete no ser o que se chama de subjetividade. É o imbricamento entre duas vertentes, de dentro para fora ou de fora para dentro, onde todos os fatores estão vinculados no universo em que habita o ser e se fundem com a história de vida, o biológico, a cultura, a religiosidade, as necessidades básicas, o corpo físico e o corpo espiritual e o que se divide com o coletivo ou com a família (CASTELLANOS, 2015).

Estudos e experiências sobre comportamento da doença se iniciaram desde o século XX e alguns autores como Talcot Parsons (1951, *apud* Alves, 1993), ao estudar sobre o “*sick role*” ou “papel do doente” e Mechanic e Volkart (1961, p.53, tradução nossa) já abordavam sobre o tema na publicação “*Stress, Illness Behavior, and The Sick Role*”, onde entendiam por comportamento da doença a maneira pela qual os sintomas são percebidos, avaliados e acionados por uma pessoa que reconhece alguma dor, desconforto ou outros sinais de ou função orgânica. Duas pessoas com os mesmos sintomas, consideradas clinicamente, podem se comportar de maneira bem diferente; um pode ficar preocupado e procurar ajuda médica imediatamente, enquanto o outro pode ignorar os sintomas e não considerar procurar tratamento.

Ainda, Parsons fez considerações relativas ao papel do doente: “estar doente constituía um desvio das normas sociais, nas quais uma pessoa era incapaz de funcionar normalmente como deveria em sua sociedade”. Tal teoria foi bastante criticada por muitos sociólogos e antropólogos, no entanto não se pode excluir a ideia de que tal pensamento provoca reflexões acerca da experiência da doença e enfermidades. Outra questão é que este mesmo autor propõe quatro aspectos para descrever o tal “papel do doente”: primeiro, a pessoa doente está isenta de obrigações sociais normais. Em segundo lugar, a pessoa também está isenta de responsabilidade por seu próprio estado, uma infecção ou outra doença ou acidente. Terceiro, é preciso assumir a responsabilidade de sair do estado de doença o mais rápido possível. E,

quarto, deve-se procurar ajuda para sair do estado de doença desviado, incluindo a solicitação de cuidadores e médicos, com os quais é preciso cooperar (BURNHAM, 2014, p. 72, tradução nossa).

A crítica partiu do pressuposto de que Parsons era conservador e defendia conformidade e passividade do doente, além de significar tornar-se improdutivo em termos laborais, fato de interesse para quem se encontrava no poder. Os defensores de outras abordagens alternativas, aderiram a uma nova ideia de que a doença eram construções sociais. Mais tarde, conceitos foram transformados, mas mencionados hoje nos estudos sobre itinerários terapêuticos, denominado comportamento da doença, que traduzia a dor com significações, a demanda por auxílio e as transformações e ressignificações do que foi ou é vivenciado (ALVES, 1993; BURNHAM, 2014, **tradução nossa**).

Em tempos atuais, no campo da saúde coletiva, itinerários terapêuticos vêm sendo utilizado metodologicamente por ser considerado um bom método para avaliação de sofrimentos, angústias, de pessoas nos contextos individuais e coletivos das vivências com as enfermidades, as quais são portadoras. Entender as escolhas dos sujeitos acerca dos caminhos para soluções terapêuticas mais satisfatórias, suas particularidades e necessidades está incorporado nos princípios do SUS, no que pode-se chamar de integralidade. Tal princípio tem certa influência de provocar nos atores envolvidos, o despertar por meio da junção saberes, práticas e experiências, que permitem adentrar em águas mais profundas, as quais perpassam o olhar mecânico e a visão biomédica tecnicista (GASPARINI; FURTADO, 2019; PINHEIRO *et al.*, 2016;).

Itinerários terapêuticos possibilitam uma maior compreensão das representações individuais, além de contemplar tanto as características sociais quanto as cognitivas. Falar da experiência da enfermidade é transpor a ótica biomédica, que aborda simplesmente o comportamento da doença com enfoque morfofisiológico. O enfermo é capaz de detectar e explicitar os indícios os quais ele identifica da doença, que é um conjunto que engloba crenças, valores, atitudes nos diversos de grupos sociais com diferentes culturas (ALVES, 1993).

Estudos sobre possibilidades de caminhos para terapêutica se traduzem num misto entre integralidade e tecnologias, que estimula um ponto em comum para reflexão: a voz do sujeito-usuário de um sistema, como corresponsável e co-partícipe na produção do cuidado. Na perspectiva do modelo de saúde tradicional ainda predominante, tal sujeito se encontra como objeto de interposição, sem levar em conta suas escolhas, saberes e fatos experienciados, o que leva a uma assistência à saúde segmentada, visando o lucro, anulando o usuário e tornando-o

passivo dentro da sua própria condição de saúde, contrariando assim nas entrelinhas o sentido da isonomia (LUCENA; PAVIANI, 2017).

Para Kleinman (1978, **tradução nossa**) o sistema de saúde deve articular a doença como um idioma cultural, ao inter-relacionar as crenças sobre a causa da doença, a experiência de sintomas, padrões específicos de comportamento da doença, decisões sobre alternativas de tratamento, práticas terapêuticas reais e avaliações dos resultados terapêuticos. Assim, se estabelecem relações sistemáticas entre esses componentes, onde fazem parte de um sistema cultural, a saúde, as doenças e os cuidados de saúde.

Ainda, o mesmo autor caracteriza os sistemas de saúde em três arenas: popular, profissional e folk (ou tradicional). A arena popular compreende principalmente o contexto familiar de doença e assistência, mas também inclui redes sociais e atividades comunitárias (cerca de 70 e 90% da doença nas sociedades ocidentais e não ocidentais são gerenciados exclusivamente dentro deste domínio). A arena profissional consiste na medicina tradicional/moderna, além de tradições de cura indígenas profissionalizadas (por exemplo, medicina chinesa ou quiropraxia). Por fim, a arena folk (ou tradicional) é constituída por não profissionais de cura, a exemplo curadores e rezadores.

Nesse contexto, constata-se que os itinerários terapêuticos perpassam por diversos espaços que estão diretamente ligados com a participação social, diretriz do SUS, que corrobora com fatos já mencionados, no que tange a compreensão da experiência da enfermidade pela própria linguagem provocada pelo sujeito enfermo, ativo e participante nas escolhas que percorrem em busca da sua intrínseca concepção de saúde (ALVES, 1993; CASTELLANOS, 2015).

Trajetórias de cuidado, trajetórias de cura ou trajetórias assistenciais atualmente tornaram-se sinônimos para entender os caminhos que os usuários percorrem para serem assistidos holisticamente para o suprimento das suas necessidades de saúde. No entanto, em meio a esses caminhos, ficam submersos aspectos que expressam e contrapõem a justiça social e distributiva e ferem o sistema único, universal e igualitário. Avaliar barreiras existentes nos serviços de saúde, seja de acesso, geográficas, econômicas, culturais ou organizacionais, percebem-se iniquidades, dentre outras questões como a efetividade no funcionamento de serviços, relações profissional-usuário ou até mesmo relações de poder, que se apresentam nesse contexto, como possibilidades de clarificação do cenário de saúde a que se busca elucidar por meio de estudos acerca da temática (CASTELLANOS, 2016; GERHARDT; BURILLE; MULLER, 2016; TRAD, 2016).

Nesses caminhos em busca da terapêutica ideal, observa-se de forma rotineira no construto da produção do cuidado, a negação dos saberes prévios dos usuários, ao impor determinadas ações e “ensinar” modos de viver incompatíveis com as realidades experienciadas no cotidiano deles. É importante validar, que quando o usuário adentra o serviço de saúde traz consigo um universo singular e cheio de oportunidades, que podem se tornar ameaças a depender da forma como é conduzida sua trajetória de cuidado. Daí manifestam-se as redes vivas, as quais aparecem como teias, onde os usuários produzem seus pontos de encontros com outros, que podem auxiliar no “agenciamento” de serviços, muitas vezes de forma mais efetiva (MERHY *et al.*, 2014).

Além disso, não se pode deixar de citar acerca da diversidade cultural presente na sociedade, onde se deve considerar valores, crenças e determinados comportamentos relativos ao processo saúde-doença. Apesar de todos os aspectos mencionados, percebe-se que ainda se faz presente o cuidado de forma fragmentada, necessitando de novos olhares para pontos que envolvam a intersubjetividade dos sujeitos, fortalecendo as redes vivas, de modo a aperfeiçoar a práxis em saúde, bem como fomentar o imbricamento de pesquisas epidemiológicas e sociais, contribuindo para uma assistência integral e qualificada (SCORSOLINI-COMIN; FIGUEIREDO, 2018).

2.3 A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: intercâmbios entre tecnologias duras, leve-duras e leves

Desde a regulamentação do SUS, a abordagem da temática da produção do cuidado envolve desafios, principalmente no que tange a transição do modelo biomédico, pautado no assistencialismo individual e hospitalocêntrico, desconsiderando os fatores determinantes e condicionantes que impactam no processo saúde-doença. Nos dias atuais, tal luta ainda se conserva, entretanto, apesar dos princípios do SUS já estarem estabelecidos, foi a partir da Atenção Básica que um olhar mais valorizado para o cuidado centrado no agir de forma integral e equitativa foi enaltecido, lugar este onde o paciente torna-se corresponsável na resolução da sua terapêutica (FRANCO *et al.*, 2020).

Dessa forma, percebe-se que nesse modelo ainda há uma fragmentação dos serviços de saúde, principalmente no que tange a prática dos profissionais de saúde, que ainda atualmente se valorize a formação tecnicista, muitas vezes com certo distanciamento em relação ao

enfrentamento de situações que envolvem as emoções. Assim faz-se necessário refletir sobre o agir de forma integral para o cuidado com o outro (DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013).

Na perspectiva da integralidade da assistência, faz-se necessário o estabelecimento do vínculo entre os determinantes sociais e as diversas formas de tecnologias e instrumentos, que visem impactar diretamente no processo saúde-doença do indivíduo. Entretanto, para que isso ocorra, faz-se necessário a articulação entre micropolítica, que envolve o relacionamento profissional-usuário e a micropolítica, que irá envolver suporte tecnológico e financeiro por parte dos gestores (MALTA; MERHY, 2010).

Ainda nesse pensamento, os autores supramencionados afirmam que o cuidado não deve ser fragmentado nos diferentes níveis da atenção à saúde, mas defende que para eficácia do cuidado integral, é fundamental que este seja pensado e planejado em rede, em que cada serviço e caminho que o indivíduo percorre é essencial para que ele alcance o resultado desejado, neste caso, a integralidade do cuidado. Assim, deve ser indispensável refletir o modelo de assistência atual, antepondo o sujeito como co-partícipe e a realização de ações mais diligentes.

Nesse contexto, cabe ressaltar que os caminhos percorridos em busca do cuidado nem sempre se darão dentro dos sistemas de saúde, mas podem envolver também serviços de assistência social ou até mesmo associações comunitárias, onde o indivíduo movimenta-se pelos três níveis de atenção à saúde, que irão perpassar desde o atendimento de equipes de saúde da família até o mais alto nível de complexidade, a exemplo dos serviços de oncologia ou unidades de terapia intensiva. Nesse processo, que envolve experiências, procedimentos, protocolos e rotinas, a práxis dos profissionais de saúde irá fomentar a integralidade do cuidado a ser prestado, seja de forma qualificada ou não (BRASIL, 2013a; CECÍLIO; MERHY, 2003).

Nesse sentido, ao pensar sobre o cuidado, cabe a reflexão de um pensamento exposto por Merhy (2004), no qual aborda o “saber militante” como aquele que emerge do incômodo, que parte do conhecimento motivado pela mobilização de uma certa circunstância, bem como a intervenção para transformá-la, traduzindo na continuidade do agir. Assim, nas experiências durante o processo do cuidar, o sujeito e o outro vão se imbricar numa relação de reciprocidade, em que questionamentos irão emergir para fomentar o transcurso da assistência.

O cuidado integral traduz a visão de que a assistência ao sujeito deve ser prestada de forma holística e interdisciplinar, considerando-o não só como ser individual, porém social, que se encontra em diversos contextos no coletivo. Deste modo, vê-se que o princípio da integralidade transpõe sob intervenções nos âmbitos da promoção e prevenção e articulam

serviços em todos os níveis de atenção à saúde, com tecnologias e recursos disponíveis com a finalidade de fomentar terapêuticas e qualidade de vida ao usuário (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018).

Há conceitos que precisam ser elucidados quando a discussão permeia na utilização das tecnologias em saúde pode ser classificada em leve, leve-duras e duras, onde articuladas aos saberes populares e científicos poderão atender às necessidades de saúde dos indivíduos e estão constantemente inter-relacionadas na produção do cuidado. Ao esmiuçar conceitos acerca da aplicabilidade de tais tecnologias, pode-se dizer, que as leves dizem respeito às relações inseridas no processo de trabalho, as leve-duras falam sobre o conhecimento técnico, que são operacionalizados no processo de trabalho e as duras são aquelas ferramentas e instrumentos utilizados no processo de trabalho, como protocolos e máquinas (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017; FRANCO; MERHY, 2012).

No que tange às tecnologias leves, o acolhimento se expressa de forma significativa, isso quer dizer, que onde há troca de relações no contexto do trabalho em saúde “vivo em ato”, desenvolvem-se as relações de escuta e de responsabilização, que vão acarretar na construção dos vínculos e comprometimento do cuidado, seguido de implementação de estratégias e ações, que visem amenizar ou eliminar as angústias e anseios do usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Para tal, faz-se necessário desenvolver a consciência ética no que se refere à responsabilidade e engajamento no reconhecimento do outro enquanto ser, levando em conta a subjetividade deste com relação aos aspectos culturais, religiosos, estilo de vida, modo de vestir, sentimentos, dores, alegrias e as diferenças como um todo (FRANCO; MERHY, 2017; FRANCO; PANIZZI; FOSCHIREA, 2004).

No caso de mulheres com câncer de mama, o acolhimento pode ser capaz de provocar uma resposta positiva, sendo capaz de minimizar dores de ordem físicas ou emocionais, além de propiciar a ressignificação de um pensamento, comportamento, ou até mesmo de uma vida, pois traz benefícios para o tratamento e consequências positivas com complemento de outras formas de tecnologias, podendo acarretar na melhoria da qualidade da atenção com maior vínculo profissional-usuária (SEIXAS *et al.*, 2019; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Assim, pode-se dizer que desenvolver o cuidado em mulheres com câncer de mama é intercambiar diversos aspectos envoltos de tecnologias, com destaques para as leves, onde as relações, a escuta e o diálogo são na maioria das vezes primordiais e possuem impacto direto sobre a mulher enferma, o que contribui com a troca de vivências essenciais para a produção

de um cuidado mais qualificado, com base com cada desenho de vida, na busca de um caminho satisfatório para a cura (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

2.4 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E AS DISPARIDADES DELINEADAS NO SEU FUNCIONAMENTO

É sabido que o sistema de saúde brasileiro abarca todas as classes sociais, sobretudo no que tange ao câncer de mama, cuja escolha pela terapêutica adequada se faz refletir e colocar na balança os potenciais riscos e benefícios para a saúde, em virtude do fator tempo de espera para o diagnóstico e inicialização do tratamento se mostrar crucial para as expectativas de remanescer à doença e desta influenciar de forma potencial na qualidade de vida do usuário (INCA, 2020).

Com isso, a desacreditação no sistema de saúde se faz presente e longa espera pela oferta de serviços é com frequência um dos motivos de maiores insatisfações dos usuários do SUS, fazendo com que estes criem um sentimento de descaso e sintam-se prejudicados em relação aos seus direitos, ocasionando a procura por serviços, sobretudo privados, no intuito das necessidades de saúde serem resolvidas sob formas mais rápidas e eficazes. Outrossim, a superlotação, que se traduz nas disparidades entre oferta e demanda dos serviços pode ser um agravante agrava para o despertar das percepções negativas a respeito do sistema (GOMIDE *et al.*, 2018).

Em contrapartida, em meio a insatisfações há também percepções positivas e resolutivas, que agregam qualidade na obtenção da saúde de muitos que necessitam do sistema. A humanização do cuidado repercute fortemente para a qualidade e satisfação dos usuários no acesso à saúde, quando o usuário se sente acolhido e ouvido isso reflete na satisfação e percepção positiva do SUS (GOMIDE *et al.*, 2018; REIGADA; ROMANO, 2018).

Ainda, o subfinanciamento do sistema exerce forte interferência neste aspecto, tendo em vista que a destinação de recursos para investimento em contratação de recursos humanos e materiais ainda se mostra insuficiente para assegurar na infraestrutura e ampliação do acesso (VIACAVA *et al.*, 2018)

Um fator que encontra-se continuamente presente na utilização dos serviços é a tal relação público-privada, que de forma desafiante, vem ao longo dos anos sendo evidenciada por estudos em crescimento exponencial, pois está fundamentado nos antecedentes dos

serviços privados concederem apoio aos serviços públicos, pelos desafios configurados pela própria estruturalização do sistema. Aqui, se cabe validar, que os serviços privados se utilizam disso para expansão, pois dependem diretamente da alocação de recursos advindos do SUS para o seu sustento. Desta forma, a atenção à saúde caracteriza-se resultam e enaltecem nas diferenças, contrariando o princípio da equidade (VIACAVA *et al.*, 2018).

Logo, nessa relação entre o público e o privado, cada usuário vai perpassando de acordo com a sua necessidade e condição econômica, o que reflete em maior acesso aqueles que ocupam as camadas superiores da pirâmide socioeconômica, enquanto aqueles com menor poder aquisitivo têm menor liberdade para atravessar esse imbricamento (SÁ, 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A trajetória metodológica utilizada na pesquisa foi apreciada em uma abordagem qualitativa, com preferência da História de Vida para interpretação das vivências relatadas. Tal método se baseia na premissa de que “nosso cotidiano é repleto de significações: é um conjunto de situações vivenciadas, percebidas individualmente e renovando-se a cada instante”, além disso, “um estudo do cotidiano dirige o olhar do pesquisador para uma dimensão, uma família, um grupo social que pode ser identificado pelas práticas sociais que elabora” (SPÍNDOLA; SANTOS, 2003).

A história de vida permite que o pesquisador e o participante se tornem ativos numa relação de mutualidade do conhecimento durante o processo da pesquisa. Esta relação pode ser explicada por Minayo e Guerreiro (2014) pelo nome de *reflexividade*, onde os atores envolvidos podem se transformar a depender da relação e envolvimento consolidados pelo processo de pesquisa. A escolha do método foi justificada pelo desejo de extrair maior subjetividade dos envolvidos.

O método da história de vida possibilita o entendimento da subjetividade dos sujeitos envolvidos por dois meios: dimensão relacional em pesquisa e dimensão dos vividos pelas pessoas ou famílias. O primeiro pressupõe que os encontros promovem histórias diversificadas – pesquisador e participante, ambos dispõem-se da escuta sensível e o cuidado partirá deste processo de reconhecimento no outro em “sua própria humanidade”, já no segundo, o participante relata sua experiência do próprio viver (BELLATO *et al*, 2016).

A pesquisa qualitativa é de particular relevância aos estudos de relações sociais devido às pluralizações das esferas da vida. Essa pluralização exige uma nova sensibilidade para o estudo empírico das questões (FLICK, 2009).

Segundo Minayo (1999), o método qualitativo é aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro Estadual de Oncologia (CICAN), instituição de referência no Estado, localizado no município de Salvador/Bahia, que possui 45 anos de experiência no atendimento com especialidades de ginecologia, mastologia, oncologia clínica, terapia de dor e cirurgia geral. Além disso, oferta serviços de psicologia, enfermagem, serviço social, fisioterapia, odontologia e nutrição direcionados para oncologia. São realizados também na Unidade, exames para detecção precoce dos diversos tipos de câncer, tratamentos quimioterápicos e atendimentos diagnósticos e terapêuticos, bem como a realização de cirurgias de pequeno e médio porte.

A reconstituição dos itinerários terapêuticos foi primordial para compreensão da interface entre as redes de atenção à saúde, sobretudo tomando a atenção básica como ponto de partida.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram selecionadas 11 mulheres já diagnosticadas e/ou em qualquer fase de tratamento do câncer de mama. A amostra foi contemplada no momento que pesquisador teve a percepção, de que as respostas obtidas não levariam a uma nova descoberta, tendo em vista os aspectos contidos no instrumento, atingindo assim o cumprimento aos objetivos da pesquisa.

Minayo (2017) se refere a saturação dos dados quando um estudo não possui mais informações, que venham a ser clarificadoras para o objeto estudado durante o processo de coleta de dados, além de ressaltar em seu estudo, que este método não necessariamente precisa ter um tamanho de amostra quantificável, mas que o pesquisador deve perceber, que o desenho e o escopo do estudo são de relevância para provocar um impacto positivo na validação dos resultados.

3.3.1 Critérios de inclusão

Incluíram-se mulheres que se encontravam em acompanhamento do tratamento do câncer de mama no referido Serviço de Referência, de procedência tanto da zona rural quanto da zona urbana do Estado da Bahia e com idade superior a 18 anos.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas da pesquisa mulheres diagnosticadas ou em tratamento para o câncer de mama, que fossem portadoras de transtornos mentais.

3.4 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, contendo dados acerca da identificação da participante, características sociodemográficas, produção do diagnóstico e do cuidado, impactos causados pelos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, itinerários terapêuticos e barreiras, dificuldades e enfrentamentos no processo do adoecimento. A entrevista semiestruturada de acordo com Poupart *et al.* (2008, p.222) “constitui um meio eficaz para coletar informações sobre as estruturas e o funcionamento de um grupo, uma instituição, ou mais, globalmente, uma formação social determinada”.

Na fase inicial, foi pedido que as entrevistadas se identificassem e narrassem a história desde o início do processo de adoecimento, tendo como premissa ser um “bate-papo” informal, a fim de evitar apreensões. As entrevistas duraram em média de quarenta a oitenta minutos e foram realizadas por meio de aparelho eletrônico, do tipo smartphone. As transcrições foram realizadas através de um computador do tipo notebook e fones de ouvido. Este processo durou em média de quatro a seis horas.

A técnica do diário de campo também foi utilizada, entretanto, para a realização do produto técnico final deste trabalho – Diário para o Cuidado da Mulher com Câncer de Mama. Este foi redigido em toda fase de coleta de dados, a partir das vivências do pesquisador e escritos através de um caderno próprio para tal finalidade. Minayo (2001) se refere a diário de campo como uma ferramenta na qual podemos recorrer em qualquer tempo durante o processo da coleta de dados e da pesquisa. É uma técnica pessoal, na qual o pesquisador pode se debruçar no construto de informações minuciosas que irão se adicionar aos diversificados momentos da pesquisa.

Cabe enfatizar que as narrativas subsidiaram a construção do Diário para o Cuidado da Mulher com Câncer de Mama, produto técnico escolhido e construído via plataforma Canva, pela própria pesquisadora.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Após leitura exaustiva do material transcrito, os achados principais foram colocados em planilha do excel, atribuída por nome de *Trilhas Interpretativas*, contendo a identificação das categorias empíricas encontradas e seus respectivos núcleos do sentido, revelados a partir de cada narrativa. A construção das trilhas permitiu ao pesquisador maior aprendizado e organização dos dados para posteriormente analisá-los.

Buscou-se pela interpretação dos dados através da análise do discurso, fundamentado pela teórica Eni P. Orlandi, pretendendo assim, identificar o *corpus* do material, extraindo a expressão da subjetividade linguística reveladas nas falas das entrevistadas, a fim de compreender os sentidos e as palavras, bem como rupturas destes, por meio de metáforas (diferenças de sentido), polissemia (o equívoco), paráfrases (sentido literal) e, ainda o não dito (o silêncio), a fim de intercalar as informações obtidas pelo instrumento da pesquisa.

A análise do discurso de Eni P. Orlandi (2015) tem seus preceitos baseados em três domínios disciplinares, sendo estes a linguística, o marxismo e a psicanálise. Na linguística, o método se sustenta pelo objeto próprio, que é a língua, já no materialismo histórico, ele apanha a forma encarnada ou material da história e utiliza a língua para a produção dos sentidos, por isso é considerado como “linguístico-histórica”, ou seja, transforma a língua em acontecimento. E finalmente, na psicanálise, a língua se torna um acontecimento do significante, encarnada na história de um sujeito afetado.

Nesse sentido, a análise do discurso se perfaz em três etapas, sendo a primeira etapa, a construção do objeto discursivo, desnaturalizando a relação palavra-coisa e tornando visível a relação do dito com o não dito. Na segunda etapa, analisa-se os processos de significação e as formações ideológicas que regem essas relações, em outras palavras, constituem-se os processos discursivos responsáveis pelos efeitos de sentidos, produzidos em um determinado material simbólico. Por fim, na terceira etapa dá-se lugar ao fenômeno semântico ou o chamado efeito metafórico, o qual é produzido por uma transferência ou substituição contextual (ORLANDI, 2015).

Para findar o processo de análise de dados deste trabalho, cabe aqui complementar, que leituras exploratórias e correlações entre a literatura científica e o referencial teórico, juntamente com a prática e os fatos experienciados também foram realizadas. Evidencia-se assim, que a experiência do processo saúde doença projeta nos discursos dos sujeitos envolvidos uma construção social diante da sua história de vida singular e coletiva, portanto, é

de fundamental importância apreender através das narrativas as subjetividades e singularidades, sem dissociar das questões que sociais que permeiam os cotidianos dessas vidas (LIMA *et al*, 2017; MACEDO *et al.*, 2008; MINAYO, 2014).

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

A coleta de dados foi realizada apenas após explicação da pesquisa e colheita das assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como trata-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, após autorização da instituição de saúde, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia e aprovada sob o parecer CAAE: 26049219.7.0000.0057, sendo respeitada a Resolução 466/2012, que trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1

O ADOECER, O CUIDAR E SEUS ITINERÁRIOS: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

AUTORES

Milene Pereira de Souza Santos¹

Marcio Costa de Souza²

RESUMO Objetivo: Analisar a experiência do adoecimento de mulheres com câncer de mama e seus itinerários terapêuticos. **Método:** Estudo qualitativo, realizado no Centro de Referência Estadual de Cuidado à Pessoas com Câncer, o qual utilizou-se o método de História de Vida para extração das narrativas das participantes. Foram entrevistadas 11 mulheres, através da técnica de entrevista semiestruturada. A análise de dados se deu pelo método da Análise do Discurso. **Resultados:** Foram encontradas categorias empíricas e seus respectivos núcleos do sentido: a experiência do adoecimento (coping religioso; o sentir-se mal e seus processos de subjetivação; estigma, sexualidade e feminilidade); um olhar subjetivo na produção do cuidado (tecnologias leves, comunicação e violência; barreiras de acesso à saúde) e a mulher com câncer de mama e seus itinerários (dobra público-privada e óptica do SUS). **Considerações finais:** O processo de adoecer da mulher com câncer de mama revelou-se desafiador, ao apontar caminhos tortuosos e com itinerários diversificados. A fé, subjetividade, feminilidade e sexualidade ganharam destaque, por ser uma doença que traz afetação desde o momento do diagnóstico. Ressalta-se a importância do uso das tecnologias leves pelos profissionais envolvidos na produção do cuidado em oncologia.

Palavras-Chave: câncer de mama, adoecimento, cuidado e itinerários.

ABSTRACT Objective: To analyze the experience of the illness of women with breast cancer and their therapeutic itineraries. **Method:** Qualitative study, carried out at the State Reference Center for the Care of People with Cancer, which used the Life History method to extract the participants' narratives. Eleven women were interviewed using the semi-structured interview technique. Data analysis was performed using the Discourse Analysis method. **Results:** Empirical categories and their respective nuclei of meaning were found: the experience of falling ill (religious coping; feeling ill and their subjectivation processes; stigma, sexuality and femininity); a subjective look at the production of care (light technologies, communication and violence; barriers to access to health) and women with breast cancer and their itineraries (public-private fold and SUS perspective). **Final considerations:** The process of falling ill for women with breast cancer proved to be challenging, pointing out tortuous paths and with diversified itineraries. Faith, subjectivity, femininity and sexuality gained prominence, as it is a disease that affects people from the moment of diagnosis. It stands out the importance of the use of light technologies by the professionals involved in the production of care in oncology is emphasized.

Keywords: breast cancer, illness, care and itineraries.

Introdução

O câncer de mama é uma doença crônica classificada no grupo das enfermidades não transmissíveis e se constitui um dos principais problemas de saúde pública, tendo em vista seu perfil de morbidade. O INCA estimou que entre 2020 e 2022 ocorreriam 66.280 casos novos em mulheres no Brasil, um quantitativo notório, que estimula reflexões diante da linha contínua

de números elevados com o passar dos anos. A nível mundial, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres, com 2,1 milhões de casos novos^{1,2,3}.

O processo de adoecimento da mulher com câncer de mama transpassa diversos aspectos de cunho subjetivo, que incita questionamentos sobre a vida e a morte, o real significado da enfermidade, os trajetos percorridos em busca da cura, as relações sociais vividas e até mesmo as angústias e aflições carregadas. Esse misto de vivências peregrina entre sintomas e sofrimento, que se adaptam consoante a significância que a doença traz para cada um e de um constructo histórico e cultural experienciado ao longo da vida^{4,5}. Desse modo, faz-se necessário descortinar os véus encontrados no cotidiano dos profissionais envolvidos nas redes pública e privada de cuidado oncológico, a fim de incitar reflexões que estimulem a ampliação do olhar pautado nas subjetividades de cada mulher afetada por esta condição de saúde.

Assim, há muitos desafios a serem enfrentados na rede cuidados para mulheres como câncer de mama, principalmente no que tange o diálogo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), pois implica na fragmentação do cuidado produzido, de forma a enaltecer o modelo de saúde vigente, com foco somente no problema de saúde e não no atendimento às necessidades das usuárias. É nesse contexto que se faz emergir a integralidade na atenção à mulher com câncer: um lugar no qual é substancial o encontro profissional-usuária, pois há um compartilhamento do mesmo cenário de produção do cuidado, rompendo entraves, despertando afetos e dando margens a novos modos contra-hegemônicos de cuidar^{6,7}.

Traçar a trajetória de mulheres com câncer de mama no cenário brasileiro é uma tarefa complexa, tendo em vista a multiplicidade de caminhos percorridos para soluções terapêuticas mais satisfatórias, no qual ficam submersos aspectos que se contrapõem aos princípios da equidade: barreiras no acesso aos serviços de saúde, iniquidades sociais, efetividade no

funcionamento de serviços, relações profissional-usuário ou até mesmo relações de poder, são alguns, desses múltiplos fatores inseridos nos bastidores dos itinerários terapêuticos, no cotidiano de mulheres em busca da cura⁸.

Com vistas ao tensionamento de discussões sobre a temática em questão, o qual denota uma necessidade de investigação, este estudo tem por objetivo geral analisar a experiência do adoecimento de mulheres com câncer de mama e seus itinerários terapêuticos.

Metodologia

O **percurso metodológico** utilizado nesta referida pesquisa foi a abordagem qualitativa, utilizando como fundamento o método da História de Vida para extração das vivências relatadas pelas entrevistadas. Como **local de estudo**, optou-se pelo Centro de Referência Estadual de Cuidado à Pessoas com Câncer, o qual é reconhecido como uma instituição de referência em oncologia a nível estadual, não apenas realiza exames para o diagnóstico precoce de diversos tipos de câncer, como também o próprio tratamento quimioterápico.

No que se refere aos **participantes da pesquisa**, definiu-se como critério de inclusão mulheres já diagnosticadas com câncer de mama e em qualquer fase de tratamento da doença. Em pesquisas qualitativas que utilizam as entrevistas como ferramenta para coleta de dados, a amostra pode ser considerada satisfatória, quando há uma saturação de informações, ou seja, há uma ausência de elementos novos no material tratado, atinge assim o cumprimento aos objetivos da pesquisa⁹. No que se trata ao critério de exclusão, mulheres diagnosticadas ou em tratamento para o câncer de mama que sejam portadoras de transtornos mentais não participarão do estudo.

Utilizou-se como **técnica de produção de dados** a entrevista semiestruturada para obtenção de informações com maior qualidade, tendo em vista que a própria metodologia

escolhida permitiu o surgimento da reflexividade a partir da relação pesquisadores-entrevistadas, no que tange à intersubjetividade, do ponto de vista ético com este grupo social¹⁰.

Para a **análise dos dados**, que consiste no tratamento das informações, optou-se pela sistematização dos dados coletados para uma posterior inferência e, realizando-se as seguintes etapas: a priori, ordenou-se as informações por meio das trilhas interpretativas (transcrição das entrevistas, releitura de material e organização dos dados adquiridos por meio das gravações). Após esta primeira etapa, realizou-se a estruturação das informações a partir da identificação das seguintes categorias empíricas e seus respectivos núcleos do sentido: a experiência do adoecimento (coping religioso; o sentir-se mal e seus processos de subjetivação; estigma, sexualidade e feminilidade); um olhar subjetivo na produção do cuidado (tecnologias leves, comunicação e violência; barreiras de acesso à saúde) e a mulher com câncer de mama e seus itinerários (dobra público-privada e óptica do SUS).

Por fim, para a **interpretação dos dados** da pesquisa, se deu através da análise do discurso apreendido a partir do *corpus* do material identificado, após leitura minuciosa para extração das enunciações reveladas, por meio das intersubjetividades linguísticas das falas das entrevistadas. Sendo assim, o *corpus* foi construído a partir de montagens discursivas decorrentes de concepções teóricas da análise do discurso, a fim de compreender os sentidos e rupturas das palavras por meio de metáforas (diferenças de sentido), polissemia (heterogeneidade do discurso/equívoco/ambiguidade), paráfrases (repetições/ o sentido literal) e, ainda o não dito, a fim de intercalar as informações obtidas pelo instrumento da pesquisa¹¹.

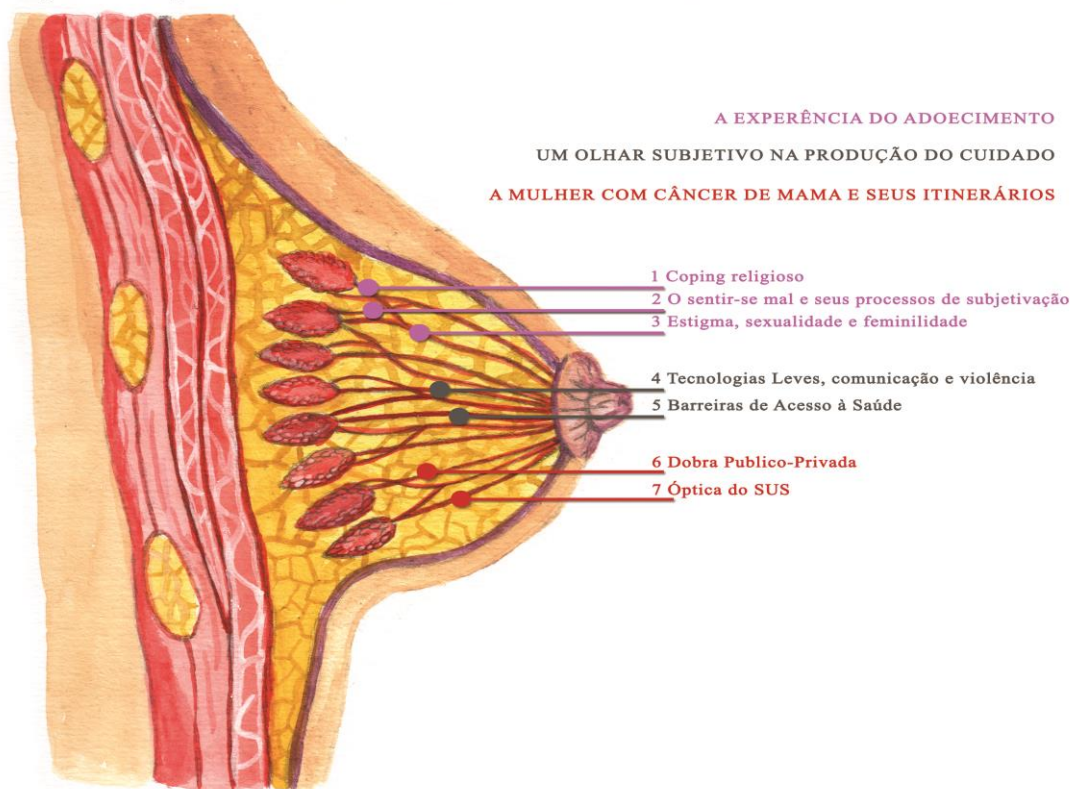
Resultados e Discussão

Foram entrevistadas onze mulheres no total, com idades que variaram entre 30 e 67 anos. No que tange à cor da pele, cinco delas autodeclararam pretas, outras cinco pardas e

apenas uma delas se declarou branca. Quanto ao estado civil, oito delas se declararam casadas e sete possuem filhos. Três das entrevistadas relataram ser solteiras e quatro não possuem filhos. No que diz respeito à religião: seis se declararam evangélicas, quatro não possuíam religião e uma se declarou católica. Com relação à presença de comorbidades, a maioria negou, e apenas três relataram hipertensão arterial muito antes do surgimento do câncer de mama. No que se refere ao local de habitação, nove declararam ser de zona urbana, porém habitantes de municípios distantes de Salvador, local onde fazem os tratamentos. Observou-se que seis delas são beneficiárias de auxílios ofertados pelo governo como aposentadoria, auxílio-doença e bolsa família. Uma delas relatou que ainda trabalha, tendo flexibilidade para adesão ao tratamento e quatro relataram dificuldades nos trâmites para conseguir o benefício.

Ao avaliar a passagem dos discursos das entrevistadas, percebeu-se uma teia peculiar de signos e significados do câncer de mama e como o processo de adoecimento é compreendido por elas. As categorias encontradas traduzem que tal processo vai além modelo de saúde biomédico e transita por dimensões, que requerem um olhar integral para produção de um cuidado mais qualificado. Isso pode ser demonstrado na figura 1 abaixo:

Figura 1 - Categorias extraídas das narrativas de mulheres com câncer de mama



Fonte: Criado pelo autor

A experiência do adoecimento

A espiritualidade, muitas vezes associada a uma religião, é um componente real/cultural na vida da humanidade, e se potencializa em alguns casos, principalmente quando a enfermidade tem uma relação mais intensa com a mortalidade. É muito comum que as pessoas acreditem na possibilidade de cura através da fé, o que pode contribuir para o cuidado, e assim, interferir para todo o processo, no entanto, os trabalhadores, independente do que creiam, precisam ter um olhar com atenção para a espiritualidade como ferramenta fundamental nessa produção, uma possibilidade para esta construção seria, a espiritualidade fazer parte como componente curricular ou elemento constitutivo na formação, deste os momentos iniciais, aos processos de educação permanente¹².

Destarte o **coping religioso**, ao parafrasear o objeto simbólico Fé expressada nas entrevistas, percebeu-se a entidade espiritual Deus nas falas expressadas abaixo, como sustentáculo para manutenção da força de continuidade, depositando em sua totalidade, a confiança para a cura e seguimento da vida,

[...] porque a gente que tem Deus né minha fia? em nossa vida, tem que confiar, primeiramente nEle e depois nos médicos porque quem tem Deus no coração... (silenciou). Então, Jesus traz paz no meu coração e aí foi assim, eu fiquei tranquila. (E1)

[...] quem sou eu? Quem sou eu pra questionar o que Deus quis? Deus permitiu pra eu saber que Ele pode tudo! Ele pode tudo! Mas Ele não permitiu? Então Ele vai permitir a minha cura, porque eu quero a minha cura! (E2)

[...] rapaz eu... Assim... Eu confio muito em Deus, mas eu não... Não frequento nenhuma igreja, nada assim... Eu que confio muito em Deus... Eu acho que... Isso talvez foi o que tenha me... Fortalecido nessa jornada toda (tsc refletiu). (E5)

Nota-se então que a repetição da palavra Deus produziu grande sentido para as entrevistadas. O não dito, simbolizado pelas pausas da E5, aparece diversas vezes, denotando reflexão. Tamanha força parece ser sentida e vinda de uma relação de confiabilidade, que esse objeto simbólico traz. As mulheres demonstraram, que buscar a religiosidade não somente foi de grande valia, mas também foi um construto contributivo para a ressignificação da doença. Além disso, a importância de um Poder Simbólico em vossas vidas, destacou-se mais do que o nome da religião em si. A palavra Deus ganha um destaque e um papel principal e a religião torna-se mera coadjuvante, no qual se finca um apego ao imaterial.

A presença da religiosidade pode ser associada a uma forma estratégica de enfrentamento do paciente oncológico, pois tem como consequência a atribuição de um novo significado aos processos relacionados a saúde e doença, diante disso há uma minimização do sofrimento e uma maior esperança de cura durante o tratamento, esta condição deve ser compreendida no processo de cuidar pelos profissionais de saúde. Ademais, este fator pode ser associado à baixa de angústia espiritual entre mulheres, que vivenciam o câncer, já que a crença

religiosa é um adjuvante que também possibilita uma maior utilização de coping religioso positivo, que por sua vez, é importante mecanismo de enfrentamento¹².

Há uma associação entre a religiosidade e o sentimento de renovação e força, que a crença possibilita no enfrentamento diário da doença¹³. Este fato pode ser considerado uma forma de resiliência do paciente oncológico, na qual a fé pode oferecer força e suporte e Deus é visto como um símbolo de superação¹⁴.

Experienciar um processo de adoecimento que tem como característica uma ação agressora potente e que concomitantemente ainda têm duração longa, traz sempre consigo situações singulares e múltiplas do viver a enfermidade, portanto contextos de natureza física, sociocultural e psicoespirituais interferem diretamente no enfrentamento destas condições inerentes a todo tratamento¹⁵.

Desta forma, o objeto simbólico **sentir-se mal** é descrito abaixo por efeitos metafóricos representados pelo Mal-Estar, causado pela doença e uso de quimioterápicos. Os impactos disso, podem ser relatados pelas mulheres nas falas abaixo,

[...] eu saía daqui tranquila, quando chegava de meio dia pra tarde, comia, botava tudo pra fora, eu já ficava com um balde do meu lado, eu achava que eu não ia conseguir voltar a comer nunca mais... (E3)

[...] coisa de já tá tomando morfina em casa de 4 em 4 horas e a dor não passar... Era peso, inchaço, muito calor na região... Queimava muito e dura como essa mesa (bateu na mesa)... Era muito difícil pra dormir e pra viver! Mas eu continuava insistindo! (E10)

[...] aí eu fico assim me perguntando – Meu Deus será que nunca vai acabar essa quimioterapia? Porque essa semana eu cheguei e falei assim – Poxa eu não aguento mais! Vou ficar toda vez vindo... até blasfemei, né? De pedir a Deus que me levasse...(E11)

Pontos cruciais podem ser observados nas falas, que revelam o quanto a vivência pode ser traumática, a ponto de fazê-las pensar na descontinuidade da própria vida. Pode-se dizer, que para efeitos metafóricos, esse vivido possui representações singulares. Uma das entrevistadas ao relatar o medo de que nunca mais iria voltar a comer, refletiu que o processo de sentir-se mal pode fragmentar as significações do viver. A Entrevistada 10, ao bater na mesa,

expressa a dimensão da dor e da angústia para persistir e dar seguimento à vida e, por sua vez, a outra entrevistada verte a palavra quimioterapia em morte, esboçando sua vontade de interromper o tratamento em virtude dos sintomas físicos e psicológicos causados pelas medicações.

Contudo, a experiência do sentir-se mal se transpõe nas diferentes maneiras subjetivas, que os sujeitos expressam diante do processo da enfermidade. Isso pode ser constituído de fatores biológicos desordenados, incorporados aos modos de adaptação do próprio indivíduo de defrontar-se diante das situações experienciadas, dentro do contexto do adoecimento. As circunstâncias e os cenários irão definir os significados das aflições e das dores vividas pelos corpos material e imaterial e tais vivências se vertem numa série de significados, que passeiam pelas sensações físicas, emocionais, mas também disfuncionais como a falta de utilidade ou de sentir-se incapaz de realizar suas atividades cotidianas, além da angústia e sofrimento¹⁶.

Diante da experiência da enfermidade, as mulheres podem compreender o vivido como parte de um contexto e de uma ótica singular, e diante destas necessidades peculiar a feminilidade e a cada ser, normalmente o cotidiano não dá conta de atender, e assim, torna-se um dispositivo constante e inerente aos **processos de subjetivação**¹⁷. Nesse âmbito, é possível observar nas falas, a presença de heterogeneidade nos discursos, fatores que caracterizam polissemia, com distintas significações para cada relato abaixo:

[...] pra alguns vai dizer que é desespero, que é o fim da vida... Não, pra mim não... É vamos lutar, vamos correr atrás... É fazer o que... O que os médico manda, se cuidar, entendeu? (E6)

[...] Aí os ôtos dizia – Ah, mas eu não senti nada (voz de desdém), mas eu dizia – Mas cada caso é um caso...cada um né? Cada pessoa é uma pessoa... (E7)

Os contextos descritos acima denotam, que as entrevistadas possuem noções ambíguas diante do impacto gerado pelo diagnóstico da doença, o que torna se evidente nas enunciações “para alguns” e “para mim”, “os ôtos”, “mas eu não” e “cada caso é um caso” e “cada pessoa é uma pessoa”, as divergentes perspectivas sobre o câncer.

Abordar a subjetividade e seus processos constitutivos em mulheres com câncer de mama é entender, que a doença para cada uma delas se estrutura sob divergentes olhares, as transforma diante da realidade. Estes trazem historicidade, cuja composição vem dos seus modos de viver, do cotidiano e da sociedade onde se habita, mas também não se pode ignorar a formação enquanto sujeitos, que se forma a partir do empírico, nutrido pela pluralidade das realidades preexistentes e construídas¹⁸.

Um elemento que se traduz no adoecer com Câncer, é o **estigma da doença**, que tem um poder de interferir na vida de quem adoece, familiares/cuidadores¹⁹. Os trechos abaixo abordam o objeto simbólico Câncer representado pelo efeito metafórico do Peso trazido pela própria palavra, que pode ter efeito de produção trazido pela historicidade subjetiva a cada entrevistada ou por ideologias sociais, já pré-construídas pela memória do vivido. Cabe validar, que este é um ponto capaz de tensionar ruptura dos processos de significação da doença.

[...] aí eu não sei, é uma palavra pesada, forte, muito forte essa palavra, num instante a menina falava meu câncer de mama, Deus é mais, tá reprendido negócio de meu. (E1)

[...] eu quando descobri, eu não quis dizer a ninguém... Eu só falei pra minha família, mas eu não quis dizer pra ninguém porque a maioria das pessoas, em vez dela te dar palavra de apoio... Elas vão falar coisas terríveis, entendeu? Então... Eu não comentava com ninguém...(E6)

A E1 chama atenção quando reprime a ideia de posse do dizer “meu câncer de mama”. Para ela, o ato de possuir, contempla a ideia de permanência da doença, fato que ela não deseja que aconteça, então utiliza a expressão “Deus é mais” para o afastamento dela. E6, por sua vez, esconde o câncer de mama por medo. A palavra em si já pesa e remete processo da morte e do morrer e este fator pode ser associado à mutilação e às alterações na aparência física.

O significado social que a mama feminina representa para as questões de feminilidade e sexualidade são muito fortes e, por isso, o medo das mutilações, cicatrizes, do processo da morte, do receio à rejeição nas relações pessoais e no próprio convívio social, por somente

imaginar as alterações na aparência corporal tendem a emergir desde o início da suspeita diagnóstica²⁰.

O impacto causado pelo diagnóstico do câncer de mama transita por subjetividades, que vão refletir processos intrínsecos, os quais somente o sujeito portador da doença pode expressar. Tais aspectos podem revelar descontinuidades de histórias de vida, com transformações avassaladoras nos modos de viver e na condução da própria vida em busca de melhores formas de lidar com as circunstâncias experienciadas²⁰.

O objeto simbólico Mutilação pode ser representado na **sexualidade/feminilidade** por efeitos metafóricos expressados pela repercussão na Autoestima de cada mulher em sua particularidade, ocasionada pela mudança na imagem corporal, que interfere na qualidade de vida, principalmente no que tange sobre a sexualidade. Notam-se repetições de expressão nas narrativas abaixo, que dão certa ênfase aos impactos causados pela cirurgia e alterações no corpo físico. Estas podem esboçar o mesmo sentido, como o fato das entrevistadas a seguir não conseguirem mais se olhar ou se tocar, além de sentimentos externalizados por riso, choro ou voz trêmula, que traduzem as situações que as afetam,

[...] eu não me olhava no espelho, tomava banho e não olhava... Até que um dia eu fiz assim: meu Deus eu não nasci mutilada, por que o senhor deixou eu me mutilar? (nessa hora riu). (E2)

[...] Quando eu tomo banho, eu ainda não consigo... (fez menção de toque) passar assim, sabe? A mão na mama direito... sem... sem chorar, né? (olhos marejados e voz trêmula)... A gente se olha assim no espelho... Eu me pergunto assim – Ahhh será que... eu algum dia, eu vou conseguir alguém? (E7)

A mama é considerada um símbolo de feminilidade, além disso é um órgão munido de representações sociais no que tange a sexualidade e a maternidade. A retirada da mama está associada a uma limitação de caráter estético e funcional, que induz implicações emocionais, físicas e sociais²¹. O emocional feminino é influenciado desde o momento do diagnóstico da doença, pois modifica a percepção de si como mulher e carrega uma rejeição da própria

imagem. Isso se dá pela sensação de perda da integridade feminina e sensação de mutilamento, o que causa o afastamento destas de seus relacionamentos e meios sociais²².

Mulheres submetidas a mastectomia apresentam uma alteração da sua sexualidade, manifestadas através da diminuição e do medo da vida sexual de pacientes oncológicas, associadas ao tratamento cirúrgico, além dos efeitos quimioterápicos como a magreza, o ressecamento vaginal e a alopecia²³. As situações representadas nas falas abaixo, corroboram com tais afirmativas, no que tange ao medo e as aflições em meio às incertezas que o momento suscita,

[...] Eu não queria mais... Eu não queria mais namorar ele mais. (E8)

Quando meu cabelo caiu, eu fiquei arrasada, né? Que eu me olhava no espelho e dizia – meu Deus, como é que um homem vai querer uma mulher assim e tal[...] (E11)

Percebe-se então, que a relação pode se modificar em virtude do bloqueio, medo de rejeição pela ausência da mama ou do cabelo, cujos fatores alteram as impressões sobre o corpo feminino, além do medo que se estabelece pela possibilidade de recorrência da doença^{24,25}.

Um olhar subjetivo na produção do cuidado

As **tecnologias leves** se apresentam como dispositivos capazes, por meio das relações para contribuir para a resolutividade no tratamento, na construção de um olhar humanizado e integral e reconhecer a subjetividade da pessoa atendida²⁶. Parafraseando o objeto simbólico Acolhimento, percebe-se nas falas a repetição de palavras originadas dos verbos conversar e acolher. Ambas entrevistadas abordam sobre a figura do médico e as formas contra-hegemônicas de atendimento, com o uso das tecnologias leves, que podem impactar positivamente na aderência ao tratamento.

Ele disse que ele já sabia, só que... Ele não ia me dizer, de boca assim! Então ele... Conversou muito comigo, ele conversava muito comigo. Ele falou – Pode vim conversar comigo o que você precisar. Pode perguntar [...] (E7)
[...]mas a gente encontrou pessoas boas também... pessoas acolhedoras... médicos acolhedores. (E9)

Em virtude de aspectos já discutidos sobre a perda da feminilidade provocada por alterações na aparência física e emocional, a mulher com câncer, na maioria das vezes encontra-se num estado de fragilidade. Esse aspecto pode ser amenizado pelo acolhimento no momento do impacto causado pelo diagnóstico. O acolher é além de tudo um ato estético/político, que produz através do encontro uma oportunidade de potencializar a relação profissional-usuária, por meio de uma escuta qualificada e conseqüentemente a produção de vínculos. A mudança das práticas para ações desta devem ser pautadas por meio de educação permanente, ou seja, com qualificação no trabalho em ato, e que tenha o cuidado no modelo interprofissional^{27, 28}.

Importante ressaltar que, ao pensar o cuidado integral com o usuário, este também envolve a forma de comunicação do diagnóstico. Nesse contexto de dor, sofrimento, medo e angústia diante do diagnóstico desta enfermidade é imprescindível reconhecer as tecnologias leves como ferramentas, pois, esta tem como base as relações interpessoais, com a produção de vínculo, acolhimento e corresponsabilização com o usuário. Assim, estas estratégias que envolvem o ato de acolher, apoiar, educar e dialogar, proporciona um encontro capaz de facilitar na adaptação da situação vivenciada, por meio de uma comunicação terapêutica não violenta, e significativa nas práticas de saúde^{29,30,31,32}.

Em outra perspectiva, percebe-se nos relatos a seguir o uso da **comunicação** de forma **violenta**, que pode ser representada por efeitos metafóricos enunciados pela marca Menosprezo, causando um sentimento de subjugação nas entrevistadas. Tais aspectos influenciam na E8 a ponto de não desejar dar continuidade na sua terapêutica, além de potencializar os efeitos psicológicos já produzidos pelo processo de adoecimento. As outras entrevistadas destacadas tratam das relações de poder desempenhadas pela figura do médico,

denotando incredulidade no tipo de produção do cuidado exercido. Essas relações são abordadas por Foucault³³, quando fala da relação de assimetria compostas pela relação dicotômica de autoridade e obediência,

[...] eu não tive vontade de voltar aqui não... Na médica... É porque ela é direta! E o direto nem sempre... A gente entende de uma forma, né? E aí eu não queria voltar depois. É... meu psicológico... Já tava com o psicológico... [...] me doeu o jeito que a médica me falou. (E8)

[...] não... Só teve... Essa com a médica...Que ela foi um pouco assim... poderia ser mais humano né? Trata como se fosse assim...[...] (E9)

Mas por ela ser uma médica desta área, a gente espera um outro tipo de postura [...] Então... Assim... Ehh....Mais fragilizada ainda do que eu já estava. (E10).

É extremamente pertinente que destacar que se faz necessário uma (de)formação dos profissionais de saúde, em especial neste caso, do médico, com a possibilidade de construção de relações horizontalizadas, com a percepção da potência do diálogo para a concretude resolutiva das necessidades do outro, que naquele instante deve ser a centralidade, o usuário³⁴.

No entanto, os caminhos percorridos pela mulher com câncer de mama, podem apresentar entraves para que elas galguem um atendimento de forma efetiva. Trata-se das **barreiras de acesso à saúde**, que englobam-se em quatro dimensões do acesso, sendo elas: acesso geográfico, acesso econômico, acesso funcional e acesso comunicacional. A barreira de acesso geográfica, pode ser definida como as dificuldades em que usuário possui no deslocamento (incluindo custos e distância), já a econômica se caracteriza quando elementos financeiros desencadeiam a interrupção do cuidado. A barreira funcional está relacionada com as dificuldades ocorridas com o usuário nos serviços de saúde os quais prestaram atenção à saúde. E a comunicacional trata da oferta de informações necessárias sobre as práticas e serviços ofertados para os usuários através dos encontros com trabalhadores e os pontos de atenção³⁵. Desta forma, observa-se tais questões nas falas a seguir,

[...] São 16 horas de viagem [...] Agora mesmo seis e meia a gente já vai viajar... (da noite) (E9)

[...] porque o dinheiro que eu recebia e recebo até hoje é 600 reais, 600 reais dá pra que hoje? (E1)

[...] a gente perguntava, mas eles não explicava nada, nada, nada, era um empurrando pro outro... a outra empurrava... daquele jeito lá na cidade. (E9).

[...] eu acho que eu faria diferente, eu não ia no posto de saúde [...] foi uma perda de tempo, de uma certa forma, porque eu ainda fiquei umas duas semana tentando ir lá [...] fiquei ainda umas duas semana tentando ir lá. (E11).

Podemos evidenciar nas falas o quanto estas barreiras são reais e comprometem o cuidado em saúde, por questões de natureza geográfica, econômica, funcional e comunicacional. Muitas destas questões podem interromper a continuidade do cuidar, ou, atrasar o processo, que no caso do câncer pode ser maléfico.

Estas barreiras do acesso implicam diretamente na efetividade do cuidado em saúde na construção de fatores que limitam ações assertivas que contribuíram para o sucesso do tratamento. Esta realidade pode interferir na continuidade do cuidado que já exige uma temporalidade peculiar, e assim, deflagrar na desistência da usuária para seu tratamento. Contudo, essa revelação perpassa ainda no campo das iniquidades sociais existentes no mundo, em especial do Brasil, movida pelas desigualdades históricas estabelecidas de forma injusta, que experenciou 350 anos de escravidão e vive estruturas sociais que através das disparidades, e contribuem para uma fragmentação ou produção de um cuidado que se distancia da integralidade³⁵.

A mulher com câncer de mama e seus itinerários

Conhecer os **itinerários terapêuticos** revelam a realidade sobre as redes de cuidados existentes, e como estas se apresentam ineficientes para atender as necessidades básicas da população. Os relatos abaixo marcam, o quão diversificados podem ser a caminhada de mulheres com câncer de mama. E1 e E2 descrevem experiências similares quando enunciam que os primeiros caminhos de busca para resolução das suas necessidades de saúde foram as

Campanhas/Mutirões de Saúde, realizados anualmente nas esferas municipais e estaduais. Em contrapartida, E11 utilizou das redes vivas para lograr locais para realização de consultas ou exames diagnósticos,

No início foi pra Canavieiras uma Campanha do Outubro Rosa e aí eu fui e fiz a mamografia [...] (E1).

[...] agosto de 2016 teve uma campanha do governo, mutirão, aí eu fiz (mamografia), quando foi em novembro mandaram me chamar [...] (E2).

[...] aí como eu trabalho em São Francisco e conheço o pessoal lá da secretaria de saúde...Aí eu pedi pra conseguir fazer minha USG lá. (E11).

Vale ressaltar que, os Itinerários terapêuticos são definidos como caminhos percorridos por sujeitos em busca da saúde e de cuidados. Estes ultrapassam os fatores biológicos e adentram em aspectos denotam olhar integral, de modo a englobar também o subjetivo e sua historicidade, o social, o cultural e o político de cada indivíduo. Delinear esses caminhos no SUS torna-se uma tarefa desafiante, pois há um dualismo entre oferta e demanda de serviços, sobretudo com relação ao câncer de mama³⁶.

Um fato que ganhou destaque nos itinerários relatados, foi a prática de realização de exames mamográficos como principal forma de prevenção, evidenciando certa contrariedade, pois sabe-se que não há oferta suficiente de tais serviços, além da estruturação da rede de saúde e da atenção básica como porta de entrada não serem suficientes para assegurar o acesso aos serviços, fator já explicitado em categoria anterior. A partir daí, se emergem as redes vivas, onde as próprias mulheres tecem suas redes, com suas respectivas conexões criadas com certas subordinações de uma perspectiva positiva ou negativa³⁷.

O SUS é um provedor de serviços em saúde, seja ele proveniente de uma instituição pública ou privada, no qual essa pode ser resultante de um convênio ou contratação num cenário em que a rede não seja eficiente para o usuário, o que resulta no imbricamento entre estes, formando uma **dobra público-privada**³⁸, transformando a saúde num bem comercial, onde há

relação de compra e venda entre os serviços particulares que podem ser prestados a esfera pública^{38,39}.

No contexto em questão, para o elemento câncer de mama, depender exclusivamente do serviço público poderia ocasionar um intervalo maior entre o diagnóstico e o início do tratamento, isto impacta diretamente no prognóstico dessas mulheres, uma vez que essa temporalidade alongada poderá aumentar o risco da evolução da doença.

Tais aspectos podem ser relatados nos trechos abaixo, ao parafrasear o objeto simbólico Custos, nas repetições das expressões em grifo, o que elucida a associação clara do serviço público com a demora da resolução das necessidades de saúde, além do fato de custear com recursos próprios os exames solicitados. Outro ponto interessante é indicação da falta de resolutividade do sistema, o que salienta a falta de opção das usuárias, a não ser pagar pelos serviços,

A ressonância eu paguei... eu paguei R\$750,00 [...] porque independente de boa ou má qualidade: é tudo pago! (E4)

O único exame que tá dando trabalho é a cintilografia... tá demorando muito [...] Agora vou ter que fazer um particular. (E5)

[...] porque ia demorar, entendeu? Por isso... Aí eu fiz logo particular. (E6)

[...] pago pra fazer! [...] o mais barato que eu encontrei foi 150 reais [...] (E10)

Um conceito oportuno de dobra é o produzido por Deleuze⁴⁰, o qual afirma não haver duas coisas feitas do mesmo modo e nem um modo contínuo de fazer as coisas. Sendo assim, a dobra pode ser caracterizada como um canal aberto e ilimitado, onde se produzem passagens, que vão se cruzar dentre trilhas dotadas de subjetividades, no construto de caminhos, onde se buscam resolutividades que se constitui os serviços de saúde no SUS, que teoricamente deveriam ser de administração pública, no entanto, como uma dobre pública /privada, se estabelecem na prática.

No que tange os serviços prestados por unidades particulares, que estabelece uma relação com a saúde mercantilista só é possível na posse de determinado valor monetário e, na

ausência dessa quantia pelo usuário, o consumo do serviço não se faz possível⁴¹. Logo, cada indivíduo irá transitar por essa dobra de acordo com a sua condição econômica, que se traduz em maior acesso aqueles que ocupam as camadas superiores da pirâmide socioeconômica, enquanto aqueles com menor poder aquisitivo se prejudicam^{39,41}.

Reconhecido nacionalmente como um sistema universal de saúde e de direitos de todos, o SUS, apesar disso, apresenta **ópticas** divergentes a seu respeito, sendo essas, a de um sistema burocrático, pouco resolutivo, voltado para o cuidado da população com menor nível socioeconômico e única alternativa dos mais pobres de ter acesso a saúde. A ideia de precariedade e pouca eficiência do SUS encontram-se enraizado na maioria dos usuários do sistema, porém, o contato com o SUS parece melhorar a opinião dos usuários sobre ele⁴². Em contrapartida, considera-se que em meio a insatisfações do sistema, há também percepções positivas e resolutivas que agregam qualidade na obtenção da saúde de muitos que necessitam do sistema⁴³.

As narrativas abaixo revelam diferentes ângulos sobre o sistema, fundamentados em experiências singulares, delineadas por meio de polissemias, onde o equívoco fica evidenciado pela heterogeneidade das informações nos trechos declarados.

[...] ai de nós fraco se não fosse o SUS! Se não fosse o SUS, meu deus do céu, já morre muita gente com SUS, né não? [...] e se não tivesse ele pra ajudar? Né não? aff". (E1)

Tem muito lugar aí que o povo reclama [...] eu não tenho do que reclamar [...] Comigo o SUS foi maravilhoso, tem gente que fica reclamando que não consegue, mas comigo deu tudo certo! (E3)

[...] reconheço como direito, mas eu não reconheço, que de fato eu consiga usá-lo. (E10)

A E3 baseia-se no vivido no SUS e se expressa, de forma positiva, desconstruindo a ideia, já arraigada pela historicidade, da desacreditação do sistema. O mesmo não ocorre na E1, que na locução grifada manifesta pensamento, de que o SUS serve para pessoas menos

favorecidas. Por outro lado, E10 dita de forma ambígua seu ponto de vista com certo desapontamento pelo sistema não atender de forma positiva às suas necessidades.

Portanto, é necessário destacar que o SUS é uma política constituída recentemente e já foi formada com robustez, pela sua concepção universal, equânime e integral, desta forma, há ainda fragilidades que estão em permanente produção, e ainda, há componentes capitalísticos que permeiam e dificultam a operacionalização do Sistema. No entanto, há de se afirmar que sem este, um grande abismo na vida das pessoas seria constituído com dimensões irreparáveis, o que nos faz acreditar, apesar das adversidades, a excelência do SUS no cuidar de todas as brasileiras, em especial, as que enfrentam o câncer de mama.

Considerações Finais

O processo de adoecer da mulher com câncer de mama revelou-se desafiador, ao apontar caminhos delineados por uma rede de saúde tortuosa e de configurações irregulares, ainda que na maioria das vezes tecidas pelas próprias mãos e conduzidas pelas próprias escolhas, por consequência de uma resolutividade que não responde às necessidades de sistema de saúde vigente.

Desta forma, os itinerários percorridos em busca da terapêutica se revelaram diversificados quando se trata da descoberta do câncer, seja por meio de campanhas ou mutirões de saúde ou pelas redes vivas. No entanto, estes possuíram características muito semelhantes, no que tange aos entraves encontrados nestes bastidores como as barreiras geográficas, comunicacionais ou estruturais, com certa notoriedade nas econômicas que dão margem à dobra público-privada e enaltecem a visão de um sistema brasileiro que necessita de ampliação da sua qualidade ao cuidado das mulheres com câncer.

Assim, os afetos presentes na feminilidade fincaram a relevância da dobra mulher-corpo, que se apresentaram de forma imanentes, o qual produzem afecções físicas e/ou emocionais, demarcadas pela existência de sofrimento psicológico, redução da autoestima e perda de força representativa, o que pode ser facultado pelo estigma da doença, já arraigado no contexto social. Para além disso, percebeu-se que o processo de sentir-se mal envolve a subjetivação de cada mulher, determinado pelos modos divergentes de experienciar a doença, conectadas com seus sintomas, que perpassam os mecanismos de ação causados pelos quimioterápicos e suas respectivas significações.

Outro ponto apreendido versa sobre a presença dos fatores espiritual ou religioso, que se mostraram imprescindíveis no processo de ressignificação da doença, além de que, independentemente da religião, as mulheres possuíam demonstração da fé como poder simbólico de renovação de força para seguir enfrentando a enfermidade.

Ressalta-se ainda, que o encontro de trabalhadores de oncologia e usuárias deve ser pautado na ética e estética do cuidar com uma dimensão subjetiva, o que exige a utilização das tecnologias leves como ferramentas do cotidiano das práticas dos profissionais com o intuito de construção de uma comunicação eficaz e não violenta, o que conseqüentemente fortalece a produção de vínculos e responsabilização, assim a mulher sentirá parte do processo e terá o desejo de manter-se na terapêutica para continuidade da vida, com a devida valorização do viver por meio de uma produção do cuidado humanizado e integral, sobretudo pela construção social desta doença que manifesta uma fragilidade da mulher enferma.

Referências

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. *Cancer today*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2018.

2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken* 2018; 68 (6): 394-424.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro : INCA, 2019.
4. Alves PC. “A Morte de Ivan Ilitch” e as múltiplas dimensões da doença. *Cien Saude Colet* 2018; 23(2):381-388.
5. Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing & The Human Condition*. New York: Basic Books; 1988.
6. Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? *Rev. Saúde Debate* 2019; 43(6) 93-103.
7. Conceição MR, Franco TB, Martino A. Inovações tecnológicas em saúde: cuidados intermediários e a atenção às condições crônicas. *Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde*. 1. ed. Porto Alegre : Rede UNIDA; 2020.
8. Lopes JV, Bergerot CD, Barbosa LR, Calux NMCT, Elias S, Ashing KT, Domenico EBL Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes. *Rev. bras. enferm* 2018; 71(6):3090-6.
9. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa* 2017; 5(7): 01-12.
10. Minayo MCS, de Guerreiro ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(4):1103-1112, 2014.
11. Orlandi EP. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 12ª Edição. Pontes Editores. Campinas, São Paulo. 2015.

12. Oliveira SSW, Amaral VRS, Vasconcelos RS, Rocha ES, Sá KN. O uso da prática espiritual no tratamento da dor de pessoas com câncer. *Rev Saúde Coletiva* 2020. 10(52): 2232-2235.
13. Bittar, C.M, Cassiano R.L; Silva, L.N. Espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento do câncer de mama: relato de um grupo de pacientes. *Mudanças* 2018; 26 (2) 25-31
14. Soratto MT, da Silva DM, Zugno PI, Daniel R. Espiritualidade e Resiliência em Pacientes Oncológicos. *Saúde e Pesquisa* 2016; 9(1), 53-63.
15. Barsaglini RA, Soares BBNS. Impactos de adoecimento de longa duração: experiência de adultos jovens com Leucemia Mieloide Aguda. *Cien Saude Colet* 2018; 23(2):399-408.
16. Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
17. Cabral MPG, Jorge MSB, Franco TB, Franca EV. “Ter câncer mudou minha vida”: cartografia de Luiza na micropolítica das redes de cuidado oncológico. *Physis (Rio J.)* 2019; 29 (03): e290318.
18. Foucault, M. *A arqueologia do saber*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense. 2008.
19. Johnson LA, Schereier AM, Swanson AM, Swanson M, Moye JP, Ridner S. Estigma e qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão avançado. 2019. *Fórum de enfermagem de oncologia* 2019;46 (3): 318-328.
20. Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva* 2017; 27(3): 433-451
21. Araujo VSC, Pereira RMO, Souza LO, Almeida MG, Almeida LS, Reis MHS, Portugal JKA, Reis TC, Junior JCFP, Gomes AP. A perspectiva da autoimagem e sexualidade

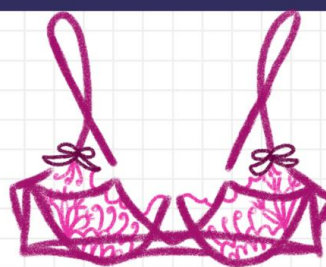
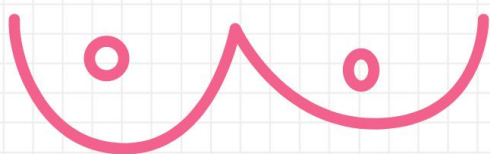
- de mulheres mastectomizadas: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2020; (52):e3618.
- 22.** Fireman KM, Macedo FO, Torres DM, Ferreira FO, Lou MBA. Percepção das Mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia. *Rev. Bras. Cancerol* 2018; 64(4):499-08.
- 23.** Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, Hernández-Carrillo M. Qualidade de vida em mulheres tratadas com quimioterapia para câncer de mama em Cali, Colômbia. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em quimioterapia em Cali, Colômbia. *Biomédico* 2020; 40 (2): 349-361.
- 24.** Oliveira LB, Dantas ACLM, Paiva JC, Leite LP; Ferreira PHL, Abreu TMA. A feminilidade e sexualidade da mulher com câncer de mama. *Catussaba: Revista Científica da Escola da Saúde* 2013; 3(1): ISSN 2237-3608
- 25.** Vale CCSO, Dias IC, Miranda KM. Câncer de mama: a repercussão da mastectomia no psiquismo da mulher. *Mental* 2017; 11(21);527-545.
- 26.** Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. *Rev. bras. enferm* 2018; 71 supl. 5, p. 2101-2108.
- 27.** Franco, TB; Mendonça, PEX; Conceição, MX; Nicoli, MA; Quaranta, I. *Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde*. 1ª edição. Porto Alegre. Rede Unida; 2020.
- 28.** Quintana RAC, Souza ICS, Pereira JM, Pires RA, Lima RStGS, Mercedes MC, Souza MC. Production of Interprofessional Care for the Person with Oncological Disease: A Study on the Patient's Perspective. *Biomed. J Sci & Tech Res*, 2020; 29(3): 22413-22418.
- 29.** Jalles MP, Santos VSJ, Reinaldo AMS. Análise da Produção Científica sobre comunicação terapêutica no campo da saúde, saúde mental e álcool. *Rev. med.* 2017; 96(4):232-40.

- 30.** Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertocello KCG. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* 2016; 20(3): e20160059.
- 31.** Antoniassi CP, Pessotto JG, Bergamin L. Práticas restaurativas na gestão de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: relato de experiência em Pato Branco, PR. *Saúde Debate* 2019; 43(6): 147-153.
- 32.** Martinot AF, Fiedler AJCBP. A importância da CNV – Comunicação não violenta na realização do processo de autoconhecimento. *Rev. Educação*. 2016; 11(1): 58-77.
- 33.** Foucault M. *Microfísica do Poder*. 28ª Edição, Rio de Janeiro. 2014.
- 34.** Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu, Online)*. 2016, 20(59): 905-916.
- 35.** Souza MC, Souza JN. Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 In Brazil. *Biomed J Sci & Tech Res*. 2020; (31) issue 4.
- 36.** Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Rev. Saúde Debate*. 2019; 43(7):204-221.
- 37.** Hadad ACAC, Jorge AO, Melo EM. A construção de redes vivas no percurso de usuários e familiares, vítimas de trauma, em sua trajetória na busca pelo cuidado. *Rev. méd. Minas Gerais* 2016; 26 (Supl 8): S107-S111.
- 38.** Cardoso MRO, Ferla AA, Oliveira PTR, Nunes NS. O mix público e privado no sistema de saúde brasileiro: coexistência em evidência. *Saúde Redes* 2017; 3(2):107-118.
- 39.** Sá RB. O público e o privado no sistema de saúde: *Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível Brasília: Ipea (Nota Técnica, n. 47)*. 2018.

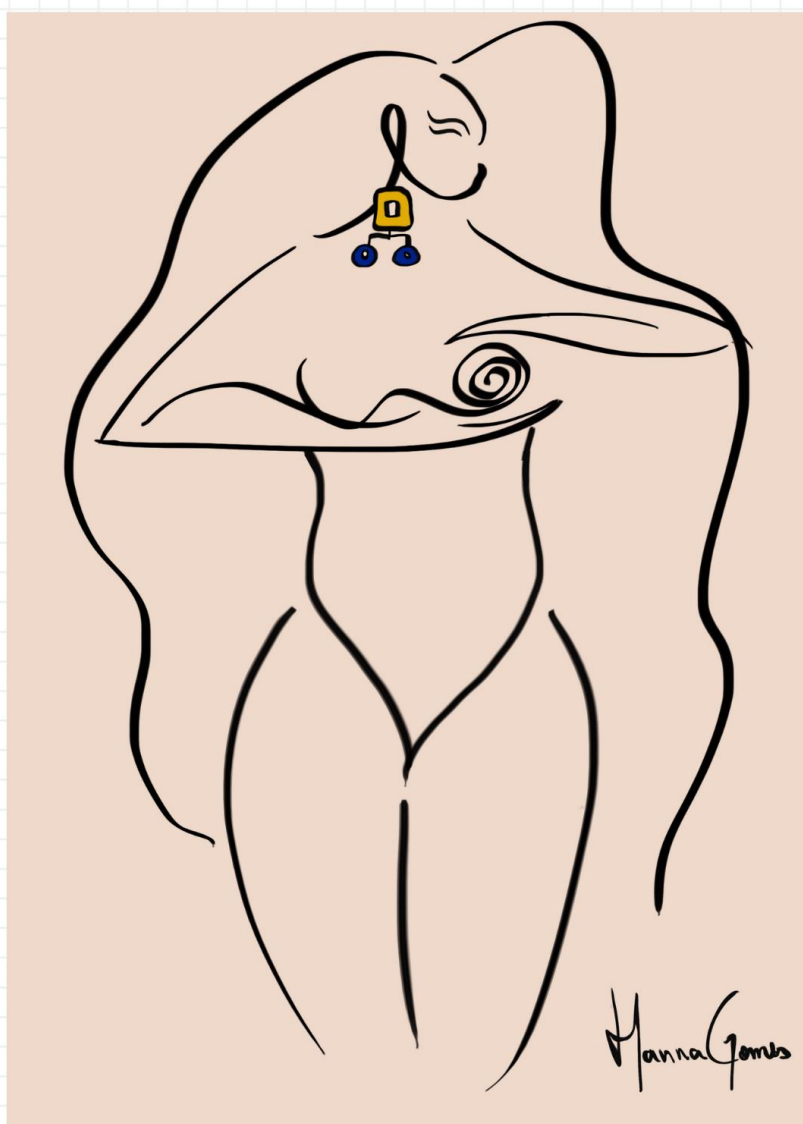
- 40.** Oliveira ALM. Entre plicaturas barrocas e inflexões contemporâneas: pensando com possibilidades a partir de Gilles Deleuze. *Synergies Brésil*, 2010; n° spécial 2. pp. 71-81.
- 41.** Santos IS. A solução para o SUS não é um Brazilcare. *RECHS (Online)* 2016, 10(3): e-ISSN 1981-6278.
- 42.** Reigada CLL, Romano VF. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. *Physis (Rio J.)*. 2018 28(3) 1809-4481.
- 43.** Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface (Botucatu, Online)* 2018 22(65):387-398.

5 PRODUTO TÉCNICO

O produto escolhido e apresentado abaixo denomina-se *diário para o Cuidado da Mulher com Câncer de Mama*. Este foi idealizado pela pesquisadora desde a realização do projeto de pesquisa e construído através da plataforma online Canva e possui o intuito de orientar mulheres, de forma educativa quanto aos serviços de saúde de referência responsáveis pelo diagnóstico e tratamento como um todo, além de abordar aspectos encontrados nos resultados deste trabalho, por meio das narrativas extraídas das entrevistadas e da técnica do diário de campo.



DIÁRIO PARA O CUIDADO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA





IDENTIFICAÇÃO DA MULHER



Nome Completo			
Data de nascimento	/ /	Idade	
Número do Cartão SUS			
Número do Prontuário/ Cadastro			
Telefone Fixo	()	Telefone Celular	()
Tipo Sanguíneo			
Em caso de emergência ligar para:	Nome:	Telefone:	Parentesco:
		()	
	Nome:	Telefone:	Parentesco:
		()	





SERVIÇOS DE ONCOLOGIA DISPONÍVEIS EM SALVADOR



Hospital CICAN:

(71) 3116-7563

Hospital da Mulher:

(71) 3034-5005

**Hospital Aristides
Maltez:**

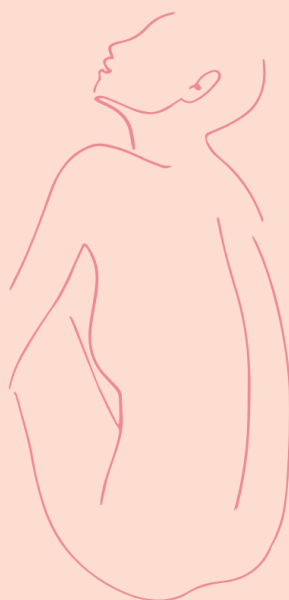
(71) 3357-6900

**Hospital Santa
Izabel:**

(71) 2203-8100

SAMU:

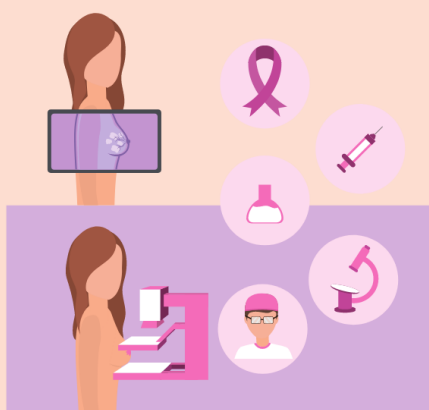
192



O MOMENTO DO DIAGNÓSTICO



Sabe-se que desde os primeiros indícios dos sintomas, a mulher sente medos, aflições e receios. Ser diagnosticada com câncer de mama não é fácil, mas queremos aqui dizer que estamos com você!



São muitos exames e a espera pelos resultados parecem que duram uma eternidade, aumentando as angústias.

Os exames acabam sendo dolorosos e as mamas já estão doloridas, mas estamos aqui para dizer que continuamos apoiando você!



Sabemos da importância de você ser bem acolhida nesse momento e de se sentir abraçada, por isso criamos esse diário: **PARA QUE VOCÊ SE SINTA MELHOR E MAIS FORTALECIDA!**

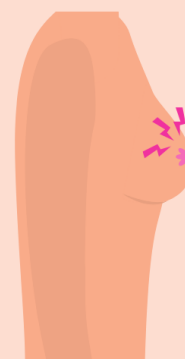
Com amor,

Equipe realizadora do MEPISCO e
Universidade Estadual da Bahia.



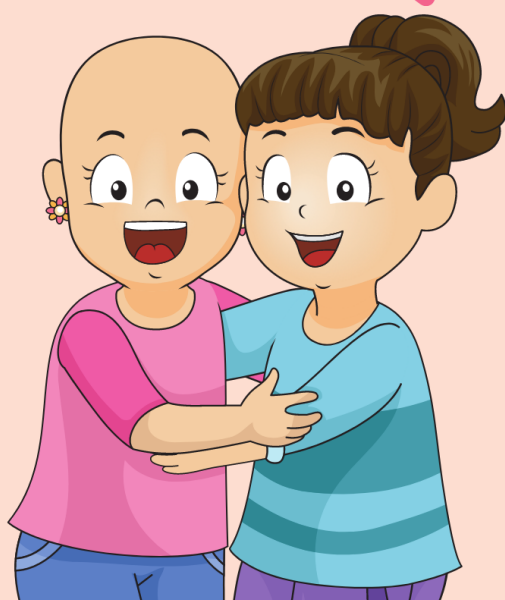
DESCOBI QUE TENHO CÂNCER DE MAMA, E AGORA?

A IMPORTÂNCIA DE RESSIGNIFICAR O PROCESSO DO ADOECER



Fica tranquila Jô!
Saiba que para cada pessoa, as experiências são diferentes, mas acima de tudo estou aqui para te apoiar!
Vamos juntas ressignificar esse momento!

Obrigada Leti! É bom saber que posso contar com alguém, que já vivencia o que eu ainda irei vivenciar!



AFINAL, O QUE É RESSIGNIFICAR?

É olhar de dentro pra fora, é encontrar novidade no que a gente vê todo dia, é saber que as coisas mudam tanto quanto pessoas. É recriar o que um dia foi criado. É a própria regra. É saber lidar com o novo. É perceber que tem um pouco da gente em tudo o que a gente faz. É um exercício de auto conhecimento. É um ato de extrema liberdade em que a gente pinta o mundo à nossa volta do jeito que a gente vê.

TRECHO DO LIVRO DOS RESSIGNIFICADOS
DE JOÃO DOEDERLEIN



QUAL SERVIÇO DEVO PROCURAR?

Isso irá depender da Unidade Hospitalar que você vá. Esta será responsável por fazer os devidos encaminhamentos, mas é importante que você saiba sobre alguns possíveis locais.



HOSPITAIS	SERVIÇOS
CICANI	<ul style="list-style-type: none"> • QUIMIOTERAPIA • FISIOTERAPIA
HOSPITAL DA MULHER	<ul style="list-style-type: none"> • CIRURGIA • QUIMIOTERAPIA • FISIOTERAPIA
HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ	<ul style="list-style-type: none"> • CIRURGIA • QUIMIOTERAPIA • RADIOTERAPIA • FISIOTERAPIA
HOSPITAL SANTA IZABEL	<ul style="list-style-type: none"> • CIRURGIA • QUIMIOTERAPIA • RADIOTERAPIA • FISIOTERAPIA





MEUS EXAMES



Este espaço é destinado para a organização da marcação de seus exames diagnósticos e de rotina.

DATA	HORÁRIO	LOCAL	EXAME
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			



A IMPORTÂNCIA DAS CONSULTAS INTERPROFISSIONAIS E DO ACOLHIMENTO



O QUE É UMA EQUIPE INTERPROFISSIONAL DE SAÚDE?

É aquela que possui profissionais de saúde de diversas áreas, que junto com o paciente podem planejar a terapêutica adequada. É importante que esta equipe sempre preserve e priorize as **escolhas do enfermo** e sua **qualidade de vida**.

O processo do adoecer da mulher com câncer de mama pode gerar fragilidades, pois a mulher tem grande significado de força e feminilidade, portanto, a equipe de saúde deve **acolhê-la** da forma mais passiva e utilizar a comunicação não violenta.

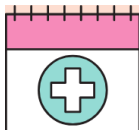
A equipe de saúde que atua em oncologia envolve profissionais como:

- Médicos;
- Enfermeiros e técnicos de enfermagem;
- Nutricionistas;
- Assistentes sociais;
- Psicólogos;
- Fisioterapeutas.



A equipe deve manter um bom diálogo entre ela acerca das necessidades de saúde do paciente, além de informá-lo sobre todo o processo terapêutico, respeitando suas escolhas.





MINHAS CONSULTAS



DATA	HORÁRIO	LOCAL	PROFISSIONAL/ ESPECIALIDADE
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			



O PAPEL DE CADA PROFISSIONAL



O médico (a)

O profissional que cuidará de você será o (a) mastologista e avaliará suas mamas desde o momento do diagnóstico, analisando seus exames, bem como definindo junto com você sobre o melhor tratamento.

Equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos)

Esta será responsável por cuidar de você em diversas dimensões do cuidado, desde a avaliação dos seus sinais e sintomas, até a administração de medicamentos, avaliação da exames e performance durante o tratamento.



O nutricionista (a)

Este profissional é responsável pelo acompanhamento nutricional, desde o diagnóstico confirmado através da biópsia e ao longo de todas as fases do tratamento, contribuindo assim para a diminuição dos impactos da doença no processo terapêutico. Lembre-se alimentação é a base para o sucesso da cura!



Os (as) assistentes sociais

Estes profissionais são fundamentais para promover bem-estar físico, psicológico e social, identificando possíveis riscos e situações de vulnerabilidade, além de identificar as condições de vida e saúde, orientando os pacientes a fim de atender às suas necessidades.



O PAPEL DE CADA PROFISSIONAL

Os (as) psicólogos

Estes profissionais são responsáveis por prestar apoio psicossocial e psicoterapêutico diante do impacto do diagnóstico e de suas consequências, possibilitando auxílio para melhor enfrentamento e qualidade de vida do enfermo e de seus familiares.



OS (AS) FISIOTERAPEUTAS



A eles aqui cabe um destaque, pois atuam na prevenção e redução dos eventos adversos do tratamento do câncer de mama, sobretudo o cirúrgico, pois auxilia na recuperação e reconstituição dos tecidos de mais rápida.

A fisioterapia minimiza os riscos de complicações pós-cirúrgicas e auxilia no processo de reparação da pele, garantindo a integridade e o bom funcionamento dos sistemas e órgãos.



LEMBRE-SE DE SOLICITAR A
PRESENÇA DO FISIOTERAPEUTA
NA SUA RECUPERAÇÃO PÓS-
CIRÚRGICA!



TRATAMENTO COM AMOR

A estética

A mulher é vista com sua força e beleza, principalmente pelos cabelos. Sabe-se que a perda do cabelo, causada pelo tratamento quimioterápico pode gerar baixa de autoestima e pode fazer com que você se sinta menos feminina, mas quer saber? O cabelo cresce rápido e você é linda de todos jeitos! Tenha isso em mente!



A quimioterapia



Muito temida, porém necessária no combate ao câncer de mama. São administradas as "vermelhas", que causam muitos efeitos físicos e as brancas que são menos agressivas.

Estarei aqui como sua rede de apoio e para qualquer coisa que precisar!

Mãe! Eu estava bem nervosa, mas percebi que o tratamento é suportável. Fiquei muito apreensiva, mas estou me recuperando bem a cada dia!

Alguns sintomas podem surgir, fazendo muitas vezes com que você queira desistir, mas resista! Estamos com vocês e no final de tudo isso, você dirá: eu venci!

É importante lembrar que a experiência vivenciada para cada pessoa é diferente, logo, não se impressione com o que os outros falam. Siga em frente, na certeza de que vai conseguir superar o momento!



Diarréia



Náuseas



Vômitos



Dores articulares



Indisposição





MEU TRATAMENTO



DATA	HORÁRIO	LOCAL	Tipo de quimioterapia (vermelha/branca/herceptin)
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			





MEU TRATAMENTO

VAMOS ESCREVER? ESSE É O SEU DIÁRIO!



DATA

Uma boa maneira de curar as emoções é escrevendo. Que tal escrever sobre aquele dia marcante pra você durante seu tratamento? Vale tudo! Coisas boas ou ruins!

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /





MEU TRATAMENTO

VAMOS ESCREVER? ESSE É O SEU DIÁRIO!



DATA

Uma boa maneira de curar as emoções é escrevendo. Que tal escrever sobre aquele dia marcante pra você durante seu tratamento? Vale tudo! Coisas boas ou ruins!

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

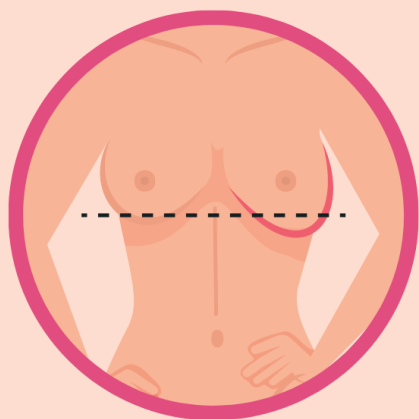
/ /

/ /

/ /



O TRATAMENTO CIRÚRGICO



Após o diagnóstico de câncer de mama, o tratamento cirúrgico é uma das etapas que compõe o plano terapêutico.

Tenho muitos receios, dentre eles é me achar menos feminina após a cirurgia e não conseguir me olhar no espelho...

A cirurgia mais comumente realizada é a mastectomia, que consiste na retirada total ou parcial da mama, com o objetivo de remover tecidos tumorais desta região.

Mas é possível ter a minha mama novamente?

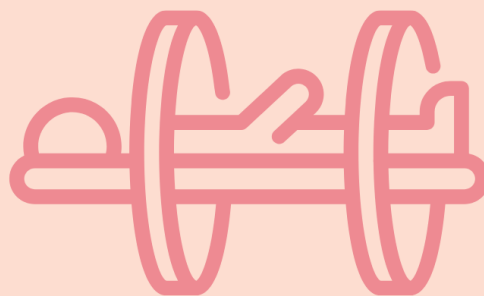
→ A RESPOSTA É SIM! Esta cirurgia reparadora é chamada de reconstrução mamária.

VAMOS FALAR DE NOTÍCIA BOA? Desde 2013, através da Lei 12.802/2013, a mulher mastectomizada tem o direito de realizar este procedimento por meio do SUS



A RADIOTERAPIA

O tratamento radioterápico se trata da utilização de radiações ionizantes para destruir ou inibir o crescimento das células anormais que formam um tumor.



É importante saber, que nem todas as mulheres com câncer de mama têm indicação de radioterapia!

A radioterapia pode ser utilizada como o tratamento principal do câncer, após o tratamento cirúrgico, antes do tratamento cirúrgico ou até mesmo como tratamento paliativo, para alívio de sintomas da doença como dor ou sangramento, além da indicação para o tratamento de metástases.

Dra! Estou apreensiva! Tem efeitos colaterais?

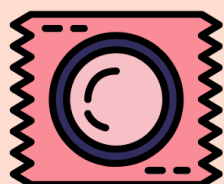


Sim Jô, você pode apresentar Inchaço e sensação de peso na mama, alterações na pele na área irradiada, que podem variar de vermelhidão leve até bolhas ou descamação e/ou Fadiga.

Mas fique tranquila e lembre-se de que o seu estado emocional é muito importante para o seu processo de cura. Estou contigo!



VAMOS FALAR DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E CÂNCER DE MAMA?



CAMISINHA



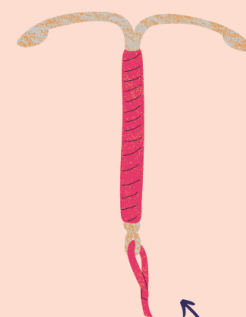
Atenção mulheres com câncer de mama!
É muito importante considerar o uso de preservativo (camisinha) durante todo o tratamento.

Todos os métodos contraceptivos hormonais são contraindicados!



Neste caso, a camisinha e o DIU de cobre são alternativas chamadas de métodos de barreira e são extremamente eficazes.

Além disso, o DIU de cobre é reversível, ou seja, caso termine o tratamento e queira engravidar basta retirá-lo!

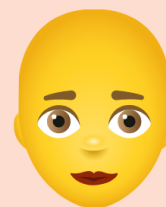


DIU DE COBRE

Tratamentos para o câncer de mama não são seguros para o bebê, podendo levar a mulher e o feto a ter sérias complicações, incluindo a morte, logo, **PREVINA-SE!** Caso iniciem o tratamento após o nascimento do bebê, a amamentação é contraindicada.



O QUE TODA MULHER COM CÂNCER DE MAMA DEVE SABER?



Tarefas diárias

Não se sinta mal e nem se cobre, por não conseguir realizar tarefas diárias, principalmente durante o tratamento. Você pode se sentir mais cansada e se sobrecarregar. Portanto, repouse!



Prática de exercícios físicos

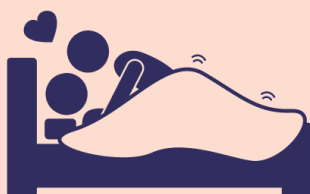
Este tópico é importante, porém terá um período que você não conseguirá fazer. Esteja sempre atenta ao que a equipe profissional recomendar e assim que for possível inicie ou retome a prática de realizar atividade física. É essencial para melhora da mente e do corpo!

Alimentação balanceada

Você terá auxílio de uma nutricionista e mesmo após receber alta da equipe de saúde, é de suma importância manter os hábitos alimentares para prevenção de outras doenças e manutenção da sua saúde.



Sexualidade



A quimioterapia pode causar perda do prazer sexual de forma temporária e ressecamento vaginal, porém isso não significa será permanente. Observe seu corpo e sempre que perceber que a libido voltou, converse com seu parceiro sobre suas vontades.

Feminilidade, beleza e lazer

Lembre-se de que você é prioridade! Se arrume, saia, se divirta na medida que conseguir. Respeite acima de tudo as suas vontades. Você não deixará de ser feminina pela perda de cabelo ou da mama! Existem projetos que auxiliam mulheres com câncer de mama a levantar a autoestima e o SAKURA, no CIGAN é um deles! Fique à vontade para procurar os responsáveis e desfrute dos seus momentos da melhor forma possível!





AGRADECIMENTOS:

JUNTAS SOMOS MAIS FORTES!

SOU MULHER CURADA DE UM CÂNCER E QUE APOIO E ELOGIO OUTRAS MULHERES.
A MINHA ETERNA GRATIDÃO ÀS PACIENTES E AOS PROFISSIONAIS DO CIGAN!

REALIZAÇÃO:

MILENE PEREIRA DE SOUZA SANTOS - MESTRANDA MEPISCO

COLABORADORES:

MÁRCIO COSTA DE SOUZA - ORIENTADOR

JULIANA BORGES - ALUNA DA GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E INICIAÇÃO CIENTÍFICA - UNEB.

LETÍCIA DE MACEDO SEARA - ENTREVISTADA E REPRESENTANTE DAS PACIENTES CIGAN.



SALVADOR - BAHIA

2020

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama desnudaram dificuldades encontradas sob caminhos tortuosos, onde muitas vezes a primeira oportunidade de assistência, se dá por meio de mutirões ou campanhas do outubro rosa, fator que concede espaço para as redes vivas. Nesse cenário, diversas barreiras emergem-se nesse contexto, com destaque para as econômicas, que evidenciam a problemática da dobra público-privada dentro do SUS e corroboram para a óptica de um sistema pouco resolutivo ou ineficaz.

Dentre esses caminhos percorridos em busca da terapêutica adequada ou ideal e da cura, se emergiram subjetividades, onde as escolhas se constituíram como fundamentais na jornada de enfrentamento aos desafios, que vão para além de aspectos geográficos e estruturais dos serviços de saúde, mas atravessam o vivido em sua essência mais crua, em virtude dos fatos confrontados desde o momento inicial, com sinais e sintomas, até a espera por atendimento, confirmação do diagnóstico, validação e enraizamento da doença.

Esta pesquisa revelou elementos da produção do cuidado, que muitas vezes passam despercebidos pelo cotidiano dos profissionais envolvidos, como as tecnologias leves e a significância do acolhimento, especialmente no embaraçoso momento em que se contempla o diagnóstico, o qual provoca impacto e sensação aflitiva para cada mulher que carrega o câncer de mama. Carregar, nesse sentido, traduz o peso revelado por elas, pelo estigma da palavra da enfermidade adquirida, na qual simbolizou as diversas fases de transição que estariam no porvir, com repercussão direta na força da palavra feminilidade.

O fator religioso se mostrou elemento fundamental para ressignificação da doença e independentemente da religião praticada, a expressão do significado em torno de um poder superior maior, que se traduziu em força, sustento e fé, fizeram o processo vivido pela enfermidade mais leve, confortável e superável.

Materializar um Diário para o Cuidado da Mulher com Câncer de Mama se configurou em tarefa de obrigação e responsabilidade para com as mulheres entrevistadas, tendo em vista que estas forneceram subsídios necessários para a construção e efetivação de tal produto, que caracteriza-se mais do que um material educativo, mas como um instrumento cuja intenção é não apenas enaltecer as subjetividades de cada mulher, mas outorgar as vozes de milhares de enfermas, para que sintam-se representadas por um grupo, o qual deve ser considerado majoritário, tendo em vista o aumento crescente de casos a nível mundial.

Ressalta-se aqui a importância de prestigiar o SUS, pois apesar dos percalços e das conjunturas políticas atuais, com a redução de investimentos por meio de emendas constitucionais, ainda consegue coadjuvar no tratamento do câncer de mama. Entretanto, faz-se necessário facetar o olhar, tornando-o mais sensível a esse cenário, de modo a corroborar com seus princípios doutrinários.

Estima-se que este estudo possa abrir as janelas, no sentido de estimular e valorizar mais pesquisas de caráter qualitativo, acerca dos itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama, de forma a trazer mais dados, novas noções e conhecimentos que contribuam para o aprimoramento de políticas públicas, as quais colaborem com a minimização do problema de saúde pública em questão.

REFERÊNCIAS

- ABREU, T.F.K de.; AMENDOLA, F. TROVO, M.M.; Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** 2017;70(5):1032-9. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-0981.pdf. Acesso: 11.11.2020.
- ALMEIDA, T.G. Et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [online]**. 19(3) Jul-Set 2015. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0432.pdf>. Acesso: 02.10.19.
- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública [online]**. 1993, vol.9, n.3 [cited 2019-11-03], pp.263-271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/14.pdf>. Acesso: 05.10.19.
- BARROS, A. F. Et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2019;53:14. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-14.pdf. Acesso: 11.11.2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo de útero e mama. **Cadernos da atenção básica [online]**, 2013b. 2ª Ed. Brasília. DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso: 15.01.19.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf. Acesso 03.01.2019.
- BELLATO, R. et al. História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso: 09.08.2019.
- BRITO-SILVA, K.; Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2014, vol.48, n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf>. Acesso: 02.11.19.
- BURNHAM, J.C. Why sociologists abandoned the sick role concept. **History of the Human Sciences**. 2014, Vol. 27(1) 70–87. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0952695113507572>. Acesso: 29.10.19.

CAMPOS, D.B.; BEZERRA, I.C.; JORGE, M.S.B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2018;71. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2101.pdf. Acesso: 11.11.2020.

CASTELLANOS, M.E.P. Et al. Acessibilidade, experiência de enfermidade e itinerário terapêutico de diabéticos: percepções de moradores e profissionais de saúde de um distrito sanitário de Salvador, Bahia. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso: 15.07.19.

CASTELLANOS, M.E.P. Et al. Cronicidade[e-book]: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: **EdUECE**, 2015. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/CRONICIDADE%20-%20EXPERIENCIA%20DE%20ADOECIMENTO%20E%20CUIDADO%20SOB%20A%20OTICA%20DAS%20CIENCIAS%20SOCIAIS.pdf>. Acesso: 02.10.19.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, Março, 2003. Disponível em: <https://docplayer.com.br/11198473-A-integralidade-do-cuidado-como-eixo-da-gestao-hospitalar.html>. Acesso: 16.10.19.

CORDEIRO, L. de A. M. ; NOGUEIRA, D. A.; GRADIM, C.V.C. Mulheres com neoplasia mamária em quimioterapia adjuvante: avaliação da qualidade de vida. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, 2018; 26:e17948. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17948/26112>. Acesso: 11.11.2020.

COSTA, J.B.; LIMA, M.A.G. de.; NEVES, R. da F. O retorno ao trabalho de mulheres após a experiência do câncer de mama: uma metassíntese. **Rev Bras Saúde Ocup**. 2020;45:e19. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e19.pdf>. Acesso: 14.11.2020.

DEMÉTRIO, F. SANTANA, E.R. PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Rev. Saúde Debate**. 2019; 43(7):204-221. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe7/0103-1104-sdeb-43-spe07-0204.pdf>. Acesso: 11.11.2020.

DOLINA, J.V; BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S. de. Diferentes temporalidades no adoecimento por câncer de mama. **Rev Esc Enferm USP**. 2014; 48(Esp2):77-84. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00073.pdf. Acesso: 11.11.2020.

DOLINA, J.V; BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S. de. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, 18(9):2671-2680, 2013.

Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/72ad/f826fe432fea35abbc62bce8916f63bf0dcf.pdf>. Acesso: 11.08.2019.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. p. 13.

Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em:

https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso: 29.11.19.

FRANCO, T.B. Et al. **Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde [livro eletrônico]**. 1. ed.Porto Alegre : Rede UNIDA; 2020. Disponível em:

<file:///C:/Users/profm/Downloads/798-2925-1-PB.pdf>. Acesso: 20.10.2020.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim-MG. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr./jun., 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso: 13.07.19.

FRANCO, T.; PANIZZI, M.; FOSCHIREA, M. O Acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 30.2004. Disponível em:

http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wpcontent/uploads/sites/151/2017/10/22acolher_chapeco_exp_mudanca_do_proc_trabalho_tulio_franco_et_al.pdf
http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wpcontent/uploads/sites/151/2017/10/22acolher_chapeco_exp_mudanca_do_proc_trabalho_tulio_franco_et_al.pdf. Acesso: 13.07.19.

GASPARINI, M.F.V.; FURTADO, J.P. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 30-42, jan-mar 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0030.pdf>. Acesso: 11.11.2020.

GERHARDT, T.E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T.L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso: 15.07.19.

GOMES, E.A. **Mulheres e câncer de mama: percepções, itinerário terapêutico e prevenção**. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora. 2012. Disponível em:

<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/1990/1/eloizaaugustagomes.pdf>. Acesso: 11.08.2019.

GOMIDE, M. F. S. *Et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 21 set. 2018.

GONÇALVES, L. L. C. *et al.* Barreiras da atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-394.pdf. Acesso: 02.01.2019.

GONZALEZ, P. *Et al.* Coping with breast cancer: Reflections from Chinese American, Korean American, and Mexican American women. **Health Psychology**, v. 35, n. 1, p. 19–28, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695243/pdf/nihms724473.pdf>. Acesso: 01.11.19.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede – 3. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2018b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//catalogo-expo-mama-3a-ed-2018.pdf>. Acesso: 04.01.2019.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. **A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação**. Disponível: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf. Acesso: 02.10.19.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Deteccao_precoce_CANCER_MAMA_INCA.pdf. Acesso em 03.01.19.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018a: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>. Acesso: 02.10.19.

Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

KLEINMAN, A. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems**. *Social Science and Medicine*, 12:85-93, 1978.

KLEINMAN, A. **The Illness Narratives: Suffering, Healing & The Human Condition**. New York: Basic Books; 1988. 284 p.

LIMA, D.W.da C. Et al. Historicidade, conceitos e princípios da análise do discurso. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12913/21717>. Acesso: 09.12.2019.

LOPES. J.V. Et al. Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2018;71(6):3090-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-2916.pdf. Acesso: 03.10.19.

LOU, M.B.A. de. Et al. Compreendendo os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama em busca de cuidado: vulnerabilidade e injustiça. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso: 09.08.2019.

LUCENA, M.A.G. de.; PAVIANI, J. O sujeito que cuida do outro: seus discursos e práticas em saúde. **Sapere aude** – Belo Horizonte, v. 8, n. 16, p. 522-535, ago./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.2177>. Acesso: 11.11.2020.

MACEDO, L.C. Et al. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface Comunicação, saúde, educação**. v.12, n.26, p.649-57, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a15.pdf>. Acesso: 06.12.2019.

MACHADO, M. X.; SOARES, D.A.; OLIVEIRA, S. B. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. **Physis [online]**. 2017, vol.27, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00433.pdf>. Acesso: 05.10.19.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acesso: 02.01.19.

MECHANIC, D.; VOLKART, H., 1961. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociological Review**, 26: 51-58. <https://doi.org/10.2307/2090512>.

MERHY, E.E., Et al. **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde**. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305808534_Redex_Vivas_multiplicidades_girando_as_existencias_sinais_da_rua_Implicacoes_para_a_producao_do_cuidado_e_a_producao_d_o_conhecimento_em_saude. Acesso: 30.10.19.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso: 20.11.19.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo, 1999. 269p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S.de.; GUERREIRO, I.C.Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, 19(4):1103-1112, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01103.pdf>. Acesso: 10.08.2019.

MOREIRA, C.B. Et al., Levantamento de determinantes sociais de saúde relacionados à adesão ao exame mamográfico. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2018;71(1):106-12. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0097.pdf. Acesso: 11.11.2020.

OLIVEIRA, S.B.; SOARES, D.A. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 169-181, jan-mar 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v44n124/0103-1104-sdeb-44-124-0169.pdf>. Acesso: 11.11.2020.

ORLANDI, E.P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 12^a ed. Pontes Editores, Campinas. SP. 2015.

PINHEIRO, R. Et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso: 15.07.19.

POUPART, J. Et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

PRATA, P.R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**. 1994, vol.10, n.3, pp. 387-391. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n3/v10n3a18.pdf>. Acesso: 09.01.19.

RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, IMA. **Experiência de doença e narrativa [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>. Acesso: 18.09.19.

REIGADA, C. L. de L.; ROMANO, V. F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 1809-4481, 20 dez. 2018.

ROSA, L. M. da. RADÜNZ, V. Itinerário terapêutico no câncer de mama: uma contribuição para o cuidado de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ [online]**, Rio de Janeiro, 2013 jan/mar; 21(1):84-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a14.pdf>. Acesso 02.01.19.

SANTICHI, E. C. Et al. Rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. **Psicol. hosp. (São Paulo) [online]**. 2012, vol.10, n.1, pp. 42-67. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v10n1/v10n1a04.pdf>. Acesso: 12.10.19.

SÁ, R.B. O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível Brasília: **Ipea**; 2018. (Nota Técnica, n. 47).

SANTICHI, E. C.; Et al. Rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. **Psicologia Hospitalar**. v.10, n.1. p. 42-67, 2012.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2018, vol.23, n.3 [citado 2019-11-03], pp.861-870. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf>. Acesso: 29.10.19.

SCORSOLINI-COMIN, F.; FIGUEIREDO, I.A. Concepções de saúde, doença e cuidado em Primeiras histórias, de Guimarães Rosa. **Saúde Soc. São Paulo**, v.27, n.3, p.883-897, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n3/1984-0470-sausoc-27-03-883.pdf>. Acesso: 11.11.2020.

SEIXAS, C.T.; Et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface (Botucatu)**. 2019; 23:e170627. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e170627.pdf>. Acesso: 11.11.2020.

SPÍNDOLA, T. SANTOS, R.S. da. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). **Rev Esc Enferm USP**, 2003; 37(2):119-26. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/207.pdf>. Acesso: 11.08.2019.

TIEZZI, G. D. Epidemiologia do câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009; 31(5):213-5 [online]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n5/v31n5a01>. Acesso: 15.01.19.


TRAD, L.A.B. O campo como exercício reflexivo: emanações de uma etnografia sobre itinerários terapêuticos de famílias negras em Salvador. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso: 15.07.19.

VIACAVA, F.; Et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1751-1762, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>. Acesso: 11.11.2020.

WHO. Library Cataloguing in Publication Data. **Early Detection. Cancer control : knowledge into action** : WHO guide for effective programmes ; module 3. 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf?sequence=1. Acesso: 05.10.19.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA</p> <hr/> <p>E-mail dos responsáveis pela pesquisa: mcsouzafisio@gmail.com / profmilenesmed@gmail.com Coordenação da pesquisa: Prof. Márcio Costa de Souza Pesquisadora: Mestranda Milene Pereira de Souza Santos Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) UNEB: (71) 3117 2399. <u>cepuneb@uneb.br</u>. Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador-BA. CEP: 41.150-000.</p>
---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós convidamos para que você a participar do nosso estudo intitulado de **“Itinerários Terapêuticos de Mulheres com Câncer de Mama em um Serviço de Referência Estadual na Bahia”**, é uma pesquisa de mestrado do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Tem como pesquisador responsável o Professor Márcio Costa de Souza e como colaboradora a Enfermeira Milene Pereira de Souza Santos, estudante do mestrado desta instituição. Os objetivos da pesquisa são compreender os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama em um Centro de Referência Estadual na Bahia; entender a produção do diagnóstico de câncer de mama em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), identificar o cuidado produzido nas mulheres com câncer de mama usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e elaborar uma Caderneta do Câncer de Mama com informações acerca da doença e com possíveis caminhos de acesso ao cuidado integral, dentro das Redes de Atenção à Saúde. Sua justificativa há uma possibilidade de se estudar algo que necessita de respostas no campo científico, que é de que maneira acontecem os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama em um Centro de Referência Estadual. O (a) participante da pesquisa não terá nenhuma despesa material e/ou financeira, bem como terá seu nome/identidade mantido em total segredo tanto pelo pesquisador, quanto pelo colaborador e instituição responsável pela pesquisa, o que garante a privacidade dos mesmos. Será ainda garantido respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em toda a fase da pesquisa sendo o (a) participante indenizado em qualquer risco ou prejuízo imediato ou tardio, desde que haja comprovação de que tais danos o atinja no que se refere à livre expressão de suas opiniões. O (a) participante que desejar colaborar com a pesquisa terá uma via deste documento garantida. Podemos ainda afirmar que, os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados ao constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas na entrevista que poderá ser realizada com o auxílio do gravador, em no máximo uma hora e marcado com antecedência a ser realizada em local e horário determinados pelo (a) participante, onde caso haja algum constrangimento durante a entrevista, o (a) participante pode pedir para parar a entrevista, onde será respeitada a sua vontade. No que se refere aos

benefícios, ressaltamos que os mesmos não são diretos aos participantes da pesquisa, mas a todos trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Neste sentido, tornam-se mínimos os riscos relacionados com possibilidades de gerarem incômodos e também aos benefícios, portanto o pesquisador responsável estará obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante. Esclarecemos que em qualquer momento o (a) participante poderá obter maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como, todos os procedimentos utilizados. Os pesquisadores só deverão divulgar os resultados da pesquisa em eventos como: congressos, simpósios, seminários e publicação dos resultados em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. Informamos que, o (a) participante tem o direito e a liberdade de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo para o mesmo se assim o desejar. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, o (a) entrevistado (s) pode entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou qualquer outra intercorrência entrar em contato com Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): E-mail: conep@saude.gov.br. Telefone: (61) 3315-5877. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar. Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília.


Salvador, de de 2020.

Assinatura do entrevistado

Pesquisador Responsável

Pesquisador Colaborador

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA</p> <hr/> <p>E-mail dos responsáveis pela pesquisa: mcsouzafisio@gmail.com / profmilenesmed@gmail.com Coordenação da pesquisa: Prof. Márcio Costa de Souza Pesquisadora: Mestranda Milene Pereira de Souza Santos</p>
---	---

1. *Momento inicial (identificação)*: Idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação, renda, moradia/proveniência (zona rural/urbana), composição e história familiar, raça/cor, benefício do governo, comorbidades.
2. *Preâmbulo (Produção do diagnóstico)*: Início da enfermidade (sinais e sintomas), redes de atenção (integralidade, intersetorialidade).
3. *Arcabouço Substancial (Produção do cuidado nas mulheres com câncer de mama)*

- a) Relato da trajetória da enfermidade e cotidiano
 - Tempo diagnóstico/tratamento/exames diagnósticos
 - Impacto nas atividades diárias
 - Sintomas e feminino/feminino e sexualidade
 - Sentido/significados da enfermidade para a sua vida
 - Rede de apoio
- b) Impactos causados pelos efeitos colaterais/tratamento quimioterápico
 - Ótica acerca da doença, dos profissionais, família/amigos
 - Experiência da dor/mal-estar
 - Transformações na aparência física/relações com mastectomia
 - Concepções acerca da enfermidade
- c) Itinerários Terapêuticos
 - Primeiro local da busca (níveis de atenção, religioso, práticas integrativas/complementares)
 - Autocuidado/Cuidado familiares
 - Acolhimento/vínculo/relações com profissionais de saúde ou líderes comunitários.
 - Tecnologias, leves, leve-duras, duras
 - Significação/ ressignificação dos caminhos de cuidados
- d) Barreiras, dificuldades, enfrentamentos

- Geográficas, organizacionais, econômicas, culturais
- Relações de poder
- Saúde como direito universal

Desfecho: questionar sobre algo que queira relatar que considere relevante para sua situação de saúde atual.