

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

**LARRUAMA SOARES FIGUEIREDO DE ARAÚJO**

**ITINERÁRIOS NO CUIDADO À SAÚDE DE MULHERES COM  
CÂNCER DE MAMA E SUAS EXPRESSÕES**

**TERESINA**

**2018**

LARRUAMA SOARES FIGUEIREDO DE ARAÚJO

ITINERÁRIOS NO CUIDADO À SAÚDE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA  
E SUAS EXPRESSÕES

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ciências e Saúde  
da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título  
de Mestre em Ciências e Saúde.

Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão  
em Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

TERESINA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA  
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

A663i      Araújo, Larruama Soares Figueiredo de.  
              Itinerários no cuidado à saúde de mulheres com câncer de  
              mama e suas expressões / Larruama Soares Figueiredo de  
              Araújo. – 2018.  
              85 f.

              Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) –  
              Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2018.  
              “Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa”.

              1. Saúde da mulher. 2. Câncer de mama. 3. Serviços de  
              saúde. 4. Itinerário terapêutico. I. Título.

CDD 613.909

LARRUAMA SOARES FIGUEIREDO DE ARAÚJO

ITINERÁRIOS NO CUIDADO À SAÚDE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA  
E SUAS EXPRESSÕES

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí  
para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

Linha de Pesquisa: Análise de Políticas, Sistemas, Programas e Serviços de Saúde

Data da defesa: 14 de agosto de 2018

Banca examinadora:

---

Presidente: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

---

1º Examinador: Prof. Dr. Viriato Campelo

---

2º examinador: Prof. Dr. Fábio Solon Tajra

---

Suplente: Profa. Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres que participaram desse estudo em um momento tão singular de suas vidas e permitiram que eu escrevesse esta dissertação a partir de suas experiências, dores e conquistas.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, presença constante em minha vida, que guia e renova minha fé diariamente.

Aos meus pais, Domingas e Alzeni, pois vocês são o meu porto seguro, o incentivo que nunca me falta! Obrigada por estarem sempre presentes. A minha irmã, Mariana, pela atenção, amor e ajuda na confecção deste trabalho! Amo vocês demais.

Ao meu marido, Denival Filho, por estar sempre ao meu lado. Compreendendo minhas ausências, apoiando-me e sonhando junto comigo, sua presença tempera minha vida com alegria e entusiasmo. Você se envolveu em todas as etapas desse trabalho. Muito obrigada. Amo você.

Ao professor Zé Ivo, pela disponibilidade e sugestões para que eu enxergasse as entrelinhas do trabalho. Tenho muita admiração pela sua trajetória e pelo ser humano que é. Obrigada por conduzir esse processo de forma tão acolhedora!

Ao professor Fábio que tanto me ajudou nessa caminhada, ao seu lado me senti cuidada! Obrigada pela atenção, paciência e conhecimentos compartilhados. Foram muitas dúvidas sanadas, muito apoio dispensado, quanta disponibilidade. Hoje vejo o mundo diferente daquele que via antes de ingressar no programa e me sinto uma pessoa melhor. Talvez, ele nem saiba o quanto foi importante. Gratidão e felicidade por tê-lo perto de mim.

As minhas amigas Thaís, Natasha e Diane, vocês apareceram em fases diferentes da minha vida e são muito importantes para mim! Obrigada pelas palavras de incentivo, por vibrarem comigo em muitos momentos, pelas conversas afetuosas, risadas e pela amizade linda que cultivamos. Como é bom estar com vocês!

Aos meus amigos da turma do Mestrado, como foi bom conhecê-los. Em especial Laís e Amanda, quantos momentos bons!

Ao amigo Breno, sempre solícito. Obrigada pelas valiosas dicas durante minha trajetória no Programa.

Aos professores do Programa, por dividirem seus saberes e possibilitarem o aprendizado em suas disciplinas.

A Edilene, que com sua alegria e boa vontade estava sempre à disposição na secretaria do Programa, ajudando todos os alunos.

Ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), que muitas vezes foi meu refúgio durante o processo de confecção da dissertação. Agradeço a dona Nilda que sempre me recebeu de braços abertos, com muitos sorrisos e cafés.

Ao Dr. Tiago que permitiu que o estudo acontecesse nas dependências da Clínica João Silva Filho, e a Dr<sup>a</sup> Danila por me ajudar a encontrar as mulheres que participaram deste trabalho. Muito obrigada!

As mulheres que se dispuseram a falar de suas vidas.

Meus sinceros agradecimentos a todos que me acompanharam nessa caminhada e que contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade. O meu muito obrigada!

*Aquelas que batalham, estudam, trabalham,  
Que cuidam, protegem e amparam,  
Que amam, acolhem, e por vezes se recolhem,  
Que lutam, desbravam e descobrem,  
As que afagam, dão colo, carinho e abraço,  
São consolo, são choro, são dores e, às vezes,  
puro cansaço,  
Mas também são flores, amores, uma explosão  
de mil cores,  
Meninas e mulheres, mães, filhas, pequenas  
grandes guerreiras,  
Todas e cada uma com sua essência feminina.  
No corpo as marcas de suas histórias,  
No coração os momentos de perdas, mas também  
de grandes vitórias,  
Na alma os registros que não saem da memória”  
(Clara Sanfelice)*

## RESUMO

As estatísticas sobre o câncer de mama são significativas. Com aproximadamente 2 milhões de novos casos por ano no mundo, é responsável por meio milhão de óbitos todos os anos, e representa um grande desafio para a saúde pública. Na escolha de um caminho em busca de solução para a doença, os pacientes traçam alternativas diferenciadas. Diante disso, o objetivo do estudo foi compreender a experiência de cuidado à saúde de mulheres com câncer de mama na cidade de Parnaíba – Piauí. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com sete mulheres, recrutadas na Clínica João Silva Filho, onde funciona a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON da cidade de Parnaíba. Os critérios de inclusão envolveram: ser mulher, maior de 18 anos, cadastrada na clínica para tratamento e que assinassem o TCLE. O instrumento para a produção dos dados foi a entrevista não diretiva e para a realização da análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. As informações foram agrupadas em quatro categorias temáticas: 1) Percepção sobre saúde, doença e cuidado; 2) Ser mulher com câncer de mama; 3) O itinerário de mulheres com câncer e a construção da rede de cuidados e saúde; 4) Sentidos atribuídos ao câncer. O itinerário não é linear e não segue a formalização prevista pelo Ministério da Saúde, pois as escolhas das mulheres são circunstanciais, constroem-se a partir das necessidades dos sujeitos e das potencialidades do território.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico; Acesso aos serviços de saúde; Câncer de mama.

## ABSTRACT

Statistics on breast cancer are significant. With approximately 2 million new cases per year worldwide, it accounts for half a million deaths each year, and poses a major public health challenge. In choosing a pathway in search of a solution to the disease, patients draw differentiated alternatives. Therefore, the objective of the study was to understand the health care experience of women with breast cancer in the city of Parnaíba – Piauí. This is a qualitative research carried out with seven women, recruited at the João Silva Filho Clinic, where the High Complexity in Oncology Unit - UNACON of the city of Parnaíba. The inclusion criteria involved: being a woman, over 18 years of age, registered in the clinic for treatment and who signed the TCLE. The instrument for the production of the data was the non-directive interview and for the analysis of the data, the Bardin content analysis technique was used. The information was grouped into four thematic categories: 1) Perception about health, illness and care; 2) Being a woman with breast cancer; 3) The itinerary of women with cancer and the construction of the health and care network; E 4) Sense attributed to cancer. The itinerary is not linear and does not follow the formalization provided by the Ministry of Health, since the choices of women are circumstantial, are built based on the needs of the subjects and the potentialities of the territory.

Key words: Therapeutic Itinerary; Access to health services; Breast cancer;

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária a Saúde.

INCA: Instituto Nacional do Câncer.

ECM: Exame Clínico das Mamas.

ESF: Estratégia Saúde da Família.

ACS: Agente Comunitário de Saúde.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde.

RAS: Rede de Atenção à Saúde.

TFD: Tratamento Fora do Domicílio.

PDR: Plano Diretor de Regionalização.

UFPI: Universidade Federal do Piauí.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNACON: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

IAP: Instituto de Aposentadoria e Pensão.

CAP: Caixas de Aposentadoria e Pensão.

CLT: Consolidação de Leis Trabalhistas.

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social.

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

CNS: Conferência Nacional de Saúde.

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SISMAMA: Sistema de Informação do Câncer de Mama.

SESAPI: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

SPMIP: Sociedade de Proteção a Maternidade e Infância de Parnaíba.

## SUMÁRIO

<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETO DO ESTUDO.....</b>	<b>10</b>
1.1 OBJETIVO GERAL.....	13
1.2 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO .....	13
<b>2 CONVERSANDO SOBRE O CÂNCER DE MAMA .....</b>	<b>14</b>
<b>3 POLÍTICAS DE SAÚDE MOTIVADAS PARA O CÂNCER DE MAMA .....</b>	<b>18</b>
<b>4 FLUXO ASSISTENCIAL.....</b>	<b>23</b>
<b>5 PROPOSTA METODOLÓGICA .....</b>	<b>29</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	30
5.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	30
5.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DE DADOS.....	31
5.4 ANÁLISE DE DADOS .....	31
5.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	32
<b>6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>33</b>
6.1 PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO .....	34
6.2 SER MULHER COM CÂNCER DE MAMA .....	39
6.3 O ITINERÁRIO DE MULHERES COM CÂNCER E A CONSTRUÇÃO DA REDE DE CUIDADOS E SAÚDE .....	44
6.4 SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO CÂNCER.....	61
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>81</b>

CAPÍTULO I

---

*Contextualização do problema e objeto do estudo*

O presente estudo reúne experiências de mulheres com câncer de mama em busca do cuidado à saúde na planície litorânea. Com o intuito de conhecer o itinerário dessas mulheres, foram analisados seus percursos ao acessar os serviços de saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos por representarem uma população que produz particularidades em busca da saúde e que requer atenção, pois sua alta incidência demanda diretrizes específicas dentro da Saúde Coletiva.

O câncer é o nome dado a um grupo de mais de cem tipos de doenças e têm como característica principal o crescimento de células anormais com potencial poder invasivo que compromete tecidos e órgãos adjacentes. Sua etiologia é multifatorial, podendo ser externa ou interna ao organismo. Além disso, os fatores predisponentes podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover a carcinogênese. Quando as células se dividem de forma agressiva e incontrolável ocorre a formação de tumores malignos que podem evoluir com metástase. Entretanto, quando o tumor é detectado precocemente, tem-se uma condição mais favorável para o tratamento da doença e, conseqüentemente, para sua cura (INCA, 2014; AQUINO e RODRIGUES, 2016).

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Os fatores de risco mais conhecidos para o desenvolvimento do câncer de mama são: envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, hereditariedade, consumo de álcool, obesidade, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário (INCA, 2014).

O impacto do câncer no cenário mundial o configura como um problema de saúde pública a ser enfrentado, principalmente pelo aumento gradativo da incidência e mortalidade nos pacientes com a doença, que é proporcional ao crescimento demográfico, ao envelhecimento da população, ao desenvolvimento socioeconômico e pela dificuldade de garantia de acesso pleno e equânime da população ao diagnóstico e ao tratamento, uma vez que o acesso e o uso dos serviços dependem da oferta e da conduta das pessoas frente à doença e aos serviços (OLIVEIRA et al., 2011).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) há um aumento crescente nas estimativas para novos casos de câncer, no Brasil, no biênio 2018-2019 são esperados 600 mil novos casos e, mundialmente, para 2025, a estimativa é de 25 milhões de novos casos de câncer. Nesse cenário, de aumento do número de doentes, segundo Rêgo e Nery (2013) vários fatores estão envolvidos, seja no trajeto entre diagnóstico e assistência oncológica, na frequência de procura por atendimento em hospitais públicos, o tempo de espera para ser atendido, e até mesmo a disponibilidade dos procedimentos complexos

que apresentam alto custo à população. Nas Regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais, a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população. Dentre as regiões, a Norte é a única em que as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres.

Segundo Tomáz (2009) o processo de diagnóstico e o tratamento do câncer são encarados pelo paciente e por sua família como um período de angústia, dor e sofrimento. É um período em que muitas preocupações estão presentes, principalmente pelo fato de o câncer ser considerado uma doença dolorosa e com possibilidade de morte, desencadeando ansiedades, angústias e incertezas quanto ao futuro. Além disso, o paciente muitas vezes tem um tratamento prolongado, o que pode gerar perdas ou prejuízos funcionais e emocionais.

Na escolha de um caminho em busca de solução para a doença, os pacientes traçam alternativas diferenciadas, que se desenvolvem de acordo com explicações e representações encontradas num contexto mais amplo, que abrange elementos sociais, culturais e pessoais, envolvendo as experiências vivenciadas por cada pessoa durante sua vida, os fatores econômicos e geográficos, as representações sobre o que é doença e saúde e a crença nas formas de cura, contribuindo para a adoção de estratégias nesse processo. A busca pela saúde segue então um itinerário determinado a promover saúde e responder à doença (FEIJÓ et al., 2008; TOMÁZ, 2009).

A resposta dos pacientes frente ao processo saúde/doença pode adotar diversas alternativas. Segundo Feijó e colaboradores (2008) o cuidado profissional não é o único meio utilizado pelo portador do câncer, muitos outros recursos podem ser utilizados na busca de tratamento e cura. Para que haja compreensão sobre a escolha do cuidado, é necessário saber quais as formas de cuidado emergem a partir da rede de relações do paciente com a própria representação que tem de sua situação com os familiares, vizinhos, terapeutas populares e com os profissionais de saúde.

O estudo do itinerário terapêutico do paciente permite conhecer as estratégias que são elaboradas para o enfrentamento do problema e se houve utilização de recursos “informais” ao sistema, assim como permite conhecer o fluxo de atendimento disponibilizado, as condições de acessibilidade para o tratamento necessário e a resolutividade do atendimento, compreendendo assim como funcionam as redes de atenção à saúde através da busca dos pacientes pelo cuidado.

A intenção da pesquisa foi compreender a experiência de cuidado à saúde das mulheres diante da descoberta de um câncer de mama. Como a doença foi percebida? Como essas

mulheres responderam à situação? A quem recorreram primeiramente? Como a doença foi discutida no âmbito familiar? Qual o percurso dentro do sistema?

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a experiência de cuidado à saúde de mulheres com câncer de mama na cidade de Parnaíba – Piauí.

### 1.2 JUSTIFICATIVA

A prevenção do câncer no mundo é um dos desafios enfrentados por pesquisadores, profissionais e gestores de saúde pública. Na planície Litorânea, os serviços de saúde na área oncológica são os mais referenciados para Teresina - PI. O conhecimento dos caminhos realizados pelo indivíduo contribui substancialmente para a redução do tempo entre diagnóstico e tratamento, diminuindo o número de mortes ocasionados por longos períodos de espera. Compreender o itinerário terapêutico do paciente com câncer possibilita tanto à população em geral como aos profissionais de saúde uma visão e reflexão apurada acerca das principais dificuldades enfrentadas para o acesso e percurso na rede de atenção oncológica, sinalizando os aspectos que facilitam ou dificultam as demandas e as reais necessidades desse público.

Face ao exposto, o processo de itinerário em busca da saúde se configura como um tema complexo e importante no sentido de que é pelo entendimento dos fenômenos que é possível melhorar os processos, neste caso o acesso e percurso terapêutico das pacientes com câncer de mama. Os estudos e investigações sobre o tema são relativamente recentes e apesar de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, ainda permanecem pouco expressivos nas pesquisas nacionais assim como limitados a situações pontuais e em relação às possibilidades de conhecimento dos fatores geográficos e patológicos.

Além disso, o conhecimento sobre o tema permite que gestores compreendam as principais dificuldades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde, além de facilitar a identificação dos principais obstáculos relacionados a fatores socioculturais e organizacionais. Os arranjos estabelecidos por usuários em sua busca da saúde expressam uma riqueza que pode ser aproveitada pelos gestores, profissionais e na formação dos profissionais - que no futuro cuidarão dessas pessoas - e servir de base científica para aprofundamento no tema.

Dentro da perspectiva da fisioterapia, nós observamos que o câncer de mama apresenta sequelas físicas, resultantes do tratamento. As mulheres com câncer de mama que são submetidas à cirurgia têm um comprometimento motor importante. Entretanto, embora o nosso trabalho não tenha observado uma abordagem relacionada a alguma técnica fisioterapêutica específica, nós pudemos observar como é lidar com o corpo, com o processo de adoecimento, como a dor e o sofrimento interferem na autoimagem da pessoa e não somente na realização de atividades funcionais. Além disso, nos atentamos para a importância de uma equipe multiprofissional no tratamento dessas mulheres.

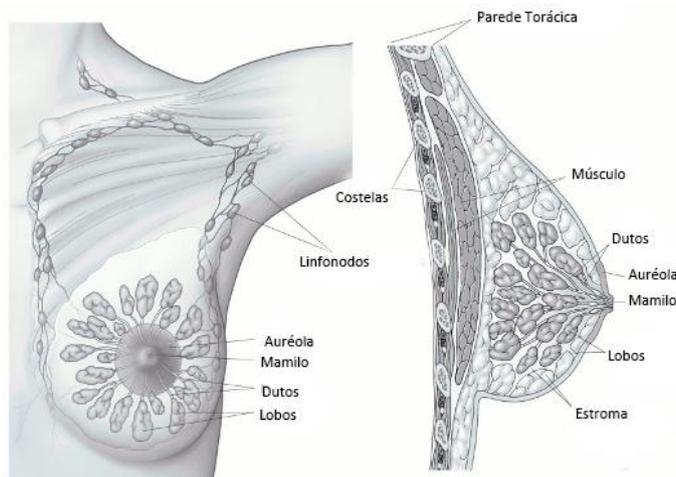
CAPÍTULO II

---

*Conversando sobre o câncer de mama*

A mama (Fig. 1) é definida como cada um dos órgãos que se localiza na porção superior e anterior do tórax, sendo formada pelos lobos (glândulas produtoras de leite nas mulheres), dutos (pequenos tubos que levam o leite dos lobos para o mamilo) e estroma (tecido adiposo e tecido conjuntivo que envolve os dutos e lobos, além de vasos sanguíneos e vasos linfáticos) (FABRO et al, 2016).

Figura 1. Anatomia da mama



Fonte: Adaptado de American Cancer Society (2017)

Do grego *karkínos*, que significa caranguejo, a palavra câncer foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, por volta de 400 a.C., que visualizou semelhanças entre um tumor e os vasos sanguíneos a seu redor a um caranguejo. O câncer é considerado uma doença crônica não-transmissível (DCNT) caracterizado por um crescimento desordenado e rápido de células que são capazes de se multiplicar - muitas vezes de forma incontrolável e agressiva - determinando a formação de tumores malignos, os quais podem migrar para outros tecidos e órgãos do corpo, sendo comumente chamado de neoplasia (SIQUEIRA et al, 2016; INCA, 2017).

As DCNTs vêm aumentando progressivamente no mundo e no Brasil, representando cerca de 63% das mortes. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2017), o câncer é a principal causa de morte por doença no mundo, responsável por 8,8 milhões de óbitos no ano de 2017. Com uma incidência de quase 2 milhões de novos casos por ano no mundo, o câncer de mama é responsável por meio milhão de óbitos todos os anos. Embora o câncer de mama apesente estatísticas alarmantes, a mortalidade decresce nos países desenvolvidos devido à detecção precoce e a melhora no tratamento (DA SILVA et al, 2015; SILVA et al, 2017; INCA, 2018).

As estimativas de câncer no Brasil, segundo o INCA, indicam que 582.590 novos casos ocorrerão no ano de 2018, com o câncer de próstata sendo o mais incidente no sexo masculino, e nas mulheres, o câncer de mama, com estimativa de 59.700 novos casos, o que representa 29,5% do total de cânceres no sexo feminino. Existem diferenças nas taxas do câncer de mama entre as regiões do Brasil, a região Sul detém a maior incidência, seguida das regiões Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte. A estimativa em 2018, para o Nordeste, aponta 11.860 casos novos, enquanto que para o Piauí, a taxa de incidência estimada foi de 36,24% para cada 100.000 habitantes, com 600 casos. Em Teresina, são estimados 250 casos novos com taxa de incidência de 55,46% (DA SILVA et al, 2015; SILVA et al, 2017; INCA, 2017).

Mesmo sendo o tipo de câncer mais comum nas mulheres, vale lembrar que o câncer de mama também acomete os homens, porém é raro, a proporção é de 1% do total dos casos visto que as células dos dutos mamários masculinas são menos desenvolvidas e, além disso, possuem níveis mais baixos de hormônios femininos que afetam o crescimento das células da mama (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

A prevenção do câncer de mama pode ser dividida em primária, secundária e terciária. A prevenção primária objetiva diminuir a incidência do câncer por meio de medidas que ajudem a diminuir o contato da mulher com possíveis fatores de risco. A prevenção secundária visa o diagnóstico precoce, facilitando o tratamento e a eventual cura. A prevenção terciária, compreende ações que minimizam o impacto da doença já instalada (ANTUNES et al., 2015).

O câncer de mama não tem causa definida, porém alguns fatores estão relacionados ao risco de desenvolvê-lo, como histórico familiar ou de mutação genética, idade avançada, fatores endócrinos/hormonais, excesso de peso, história reprodutiva, ausência de amamentação, menstruação precoce, menopausa tardia, hipercolesterolemia, além de questões comportamentais/ambientais. No entanto, há casos de mulheres que desenvolvem a doença sem apresentar fatores de risco identificáveis (COSTA, 2017; SILVA et al, 2017).

Os sinais e sintomas do câncer de mama variam conforme o tamanho e estágio do tumor, entretanto grande parte dos tumores da mama, quando iniciais, não apresentam sintomas. Yoshinari e colaboradores (2017) afirmam que os sinais mais comuns são vermelhidão na pele, inchaço ou calor, alterações no formato dos mamilos e das mamas, nódulos na axila, secreção escura saindo pelo mamilo, pele enrugada e, em estágios avançados, a mama pode abrir uma ferida. Além disso, destacam que quando o tumor é perceptível ao toque, a lesão é grande. A mastalgia é a principal causa pela qual a mulher procura o médico, entretanto raramente é um sintoma de câncer de mama, somente lesões mamárias malignas com grandes tumores ou em fase avançada se manifestam com dor (SILVA et al., 2017).

A mamografia, outros exames de imagem e laboratoriais e o exame clínico são indicados para detectar de forma precoce a presença de nódulos de forma fidedigna. A maioria dos nódulos de mama tem características benignas. Entretanto, para afastar qualquer erro diagnóstico, deve ser solicitada uma biópsia para definir se a lesão é maligna ou não e sua provável extensão (OLIVEIRA et al, 2016).

O tratamento para o câncer de mama varia conforme o estágio da doença, suas características biológicas e as particularidades de cada mulher e envolve: quimioterapia, radioterapia, terapia-alvo, hormonioterapia e cirurgia, que pode incluir a mastectomia e a cirurgia conservadora da mama. O tratamento pode incluir a combinação de dois ou mais recursos terapêuticos. Conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, o tratamento deve ser realizado por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (SILVA et al, 2013; MARX E FIGUEIRA, 2017).

CAPÍTULO III

---

*Políticas de Saúde motivadas para o combate ao câncer de mama*

Neste capítulo é apresentada, através de uma perspectiva histórica, a trajetória das Políticas de Saúde no Brasil a partir do início do século XX que contribuíram para o fortalecimento das mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando as primeiras iniciativas para o controle do câncer.

Na primeira metade do século XX prevalecia um modelo sanitarista campanhista direcionado para o controle das enfermidades endêmicas rurais e epidêmicas distribuídas por todo o território brasileiro com alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias. O Estado assume, nesse período, uma posição centralizadora e autoritária como forma de responder e superar os entraves da época. Como exemplo temos a instituição da lei de vacinação obrigatória, que culminou na Revolta da Vacina, em 1904 (BRASIL, 2002; ALBUQUERQUE, 2015).

No ano de 1920, o Estado, em resposta às reivindicações dos operários e dos trabalhadores dos serviços de transportes, deu início à criação da previdência e assistência social. Surgia, assim, um sistema de atendimento, regulamentado em 1923 pelo Decreto nº 4.682, conhecido como Lei "Elói Chaves", que criava as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), o marco inicial da previdência social. As CAPs eram mantidas pelas empresas para oferecer aos seus funcionários assistência médica, aposentadorias e pensões e os ferroviários foram os precursores (BRASIL, 2002; ALBUQUERQUE, 2015).

A criação do Ministério da Educação e Saúde ocorreu em 1930. Nesse mesmo período, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) em que os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, bancários, comerciários, etc.) e não por empresa. Ainda em 1930 foi criado o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, que atualmente é conhecido como INCA.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, resultado do desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde. No ano de 1960, os IAPs foram unificados em um regime único para todos os trabalhadores, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Então, em 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a estrutura foi se modificando e em 1977 foi instituído o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que apresentava uma política centralizadora, verticalizada, assistencialista, hospitalocêntrica, com muitos gastos e poucos resultados. Em 1970, as políticas estavam voltadas para a população que apresentava empregos formais. Só a partir desse período, após mudanças nas políticas, outros grupos populacionais foram incluídos como beneficiários da previdência social (BRASIL, 2002; GIOVANELLA et al., 2012; ALBUQUERQUE, 2015).

Em 1980 ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) pautada nas recomendações da Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, que enfatizava a atenção primária em saúde como prioridade, determinando seus fundamentos e defendendo a busca de uma solução para a promoção da saúde (ALBUQUERQUE, 2015).

O Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. Com o propósito de oferecer atividades de assistência integral à saúde da mulher, com ações voltadas para o ciclo gravídico-puerperal; abordagem dos problemas existentes desde a adolescência até a velhice; controle de doenças transmitidas sexualmente, do câncer de colo do útero e de mama, por meio da articulação entre os governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 1984; MARX E FIGUEIRA, 2017).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, foi a primeira Conferência com participação da sociedade e resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Foram debatidos três temas: Saúde como dever do Estado e direito do cidadão, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento. O relatório final foi utilizado para a confecção do artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 2002).

Em 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, houve a apresentação da Carta de Ottawa, referência no desenvolvimento das noções sobre promoção da saúde no mundo todo. Silva e colaboradores (2017) afirmam que esse documento auxiliou a criação de políticas públicas direcionadas para a mulher brasileira. No mesmo ano, o INCA criou o Programa de Oncologia, o PRO-ONCO, que tinha duas linhas básicas de trabalho como meta: a informação e a educação sobre os tipos de câncer mais incidentes, entre eles o câncer de mama (ABREU, 1997; MARX E FIGUEIRA, 2017).

A Constituição de 1988 foi o marco que consolidou a nova consciência social de promoção de saúde, que deu origem ao SUS, a maior conquista do movimento sanitário brasileiro. Então, foi possível estabelecer uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil em benefício do acesso pleno aos serviços em busca de um novo padrão de cidadania com uma política de caráter universal e não excludente (BRASIL, 1990).

Em 1997, o Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher - promovia ações voltadas à formulação de diretrizes e à estruturação da rede assistencial para a prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação do câncer de mama, reduzindo as mortes causadas por esses cânceres e esse fato despertou um novo olhar para a saúde da mulher, possibilitando a adesão a métodos de estruturação da rede assistencial, determinação de um sistema de informações para o monitoramento das ações para mobilização

das mulheres, e ainda a definição de competências nos três níveis de governo (MARX E FIGUEIRA, 2017; SILVA et al, 2017).

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher com objetivo de diminuir a mortalidade por câncer nas mulheres. A partir desta política, foi elaborado um consenso sobre o câncer de mama com propostas de princípios e diretrizes. O INCA produziu um documento de consenso “Controle de câncer de mama” para ser utilizado no SUS, com estratégias para a detecção precoce de acordo com a faixa etária das mulheres (SILVA et al, 2017).

No ano seguinte, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica e, assim, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi apontado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde. Após a identificação de alguns pontos a serem revistos no Programa Viva Mulher foi criado, nesse mesmo ano, o *Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama 2005-2007*, que recomendou seis diretrizes: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. (MARX E FIGUEIRA, 2017; SILVA et al, 2017).

O controle do câncer de mama é uma prioridade da política de saúde no Brasil e foi incluído como um dos objetivos do Pacto pela Saúde, em 2006, pois tem como propósito o fortalecimento, a integração e a resolutividade do SUS e, assim, promover melhoria dos serviços ofertados à população e garantia de acesso aos serviços ofertados. As estratégias de prevenção e controle do câncer de colo do útero e mama estão expostas na dimensão Pacto pela Vida (SILVA et al, 2017).

A Lei 11.664 foi decretada em 29 de abril de 2008 e dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Silva e colaboradores (2017) afirmam que no ano de 2009 foi dado maior ênfase à temática câncer de mama. Nesse ano, o INCA organizou, no Rio de Janeiro, o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama o qual resultou em recomendações para implantação de programa de rastreamento do câncer de mama. Além disso, foram publicados os Parâmetros para o Rastreamento do Câncer de Mama: recomendações para gestores estaduais e municipais com o objetivo de auxiliar o planejamento e a regulação das ações no rastreamento do câncer de mama e servir de referência para a previsão e estimativa de gastos de procedimentos a serem ofertados às mulheres (BRASIL, 2009).

Ainda em 2009, entrou em vigor o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama – SISMAMA. É um sistema eletrônico de informação, do Ministério da Saúde, que engloba dados de todas as regiões do Brasil sobre o câncer de mama. Responsável pela coleta e informações sobre identificação de pacientes, laudos de exames e qualidade de serviços, e assim proporcionar uma perspectiva ampliada dos serviços oferecidos para mulher com câncer de mama.

Em maio de 2013, a política de atenção oncológica foi atualizada pela *Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*, que pretendia reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer, e a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

No intuito de alcançar o controle do câncer de mama, uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil”, preconiza a identificação do câncer de mama em estágios iniciais por intermédio das estratégias de detecção precoce, pautadas nas ações de rastreamento e diagnóstico precoce e, assim, evitar um diagnóstico tardio e a morbidade por conta do tratamento, comprometendo a qualidade de vida e reduzindo a sobrevida dos pacientes (INCA, 2015).

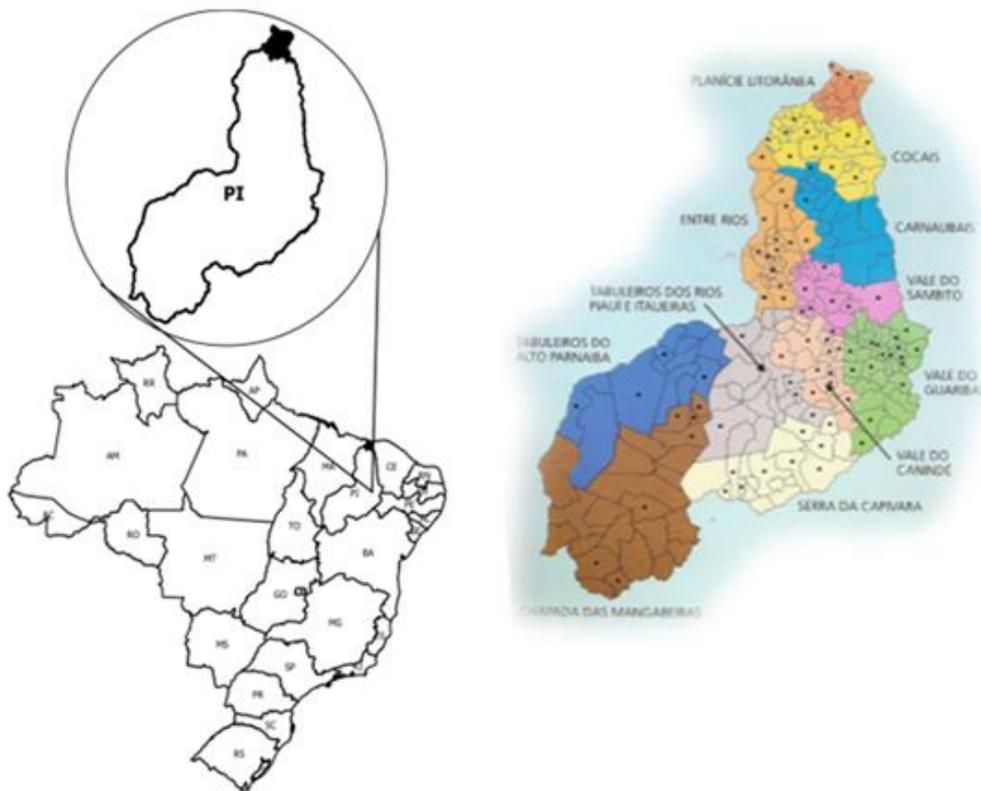
CAPÍTULO IV

---

*Fluxo Assistencial*

O território da Planície Litorânea, localizado ao norte do Estado do Piauí (Figura 2), é composto por 11 municípios e representa 5% do total de municípios do Estado. Com uma população de aproximadamente 273.189 habitantes, este território é composto pelos seguintes municípios: Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Cajueiro da Praia, Caraúbas do Piauí, Caxingó, Cocal, Cocal dos Alves, Ilha Grande, Luís Correia, Murici dos Portelas e Parnaíba (Figura 3) (DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA PLANÍCIE LITORÂNEA, 2016; SESAPI, 2016).

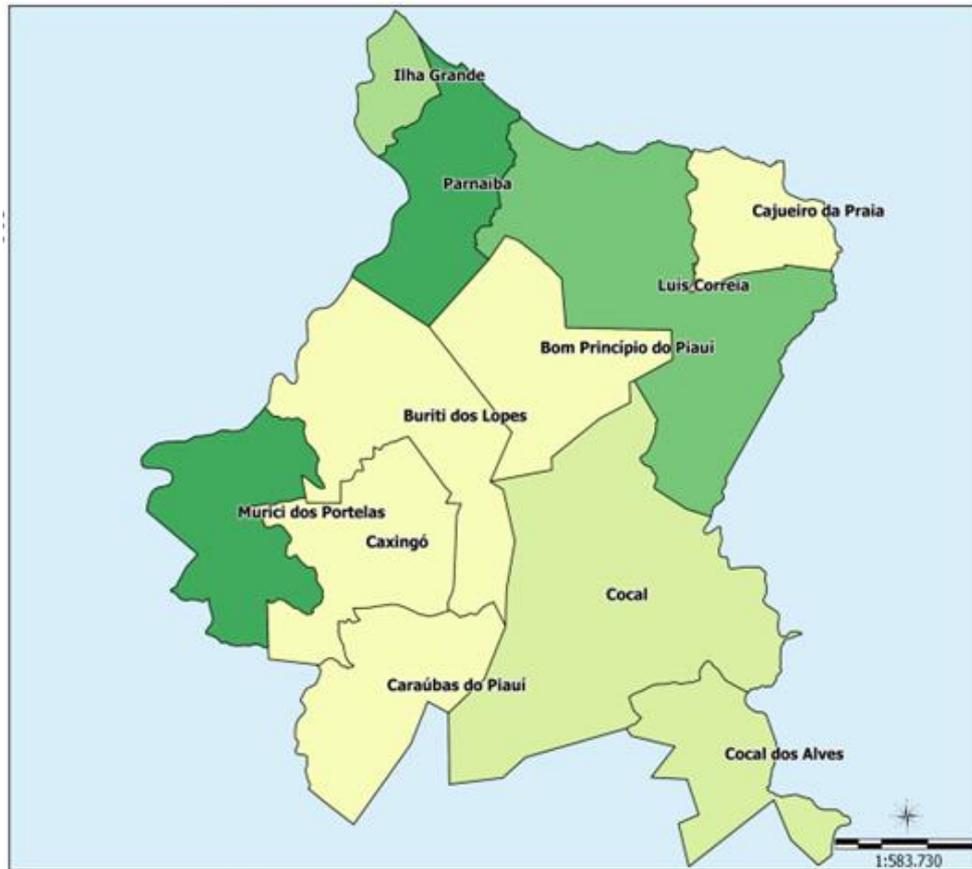
Figura 2: Delimitação da Planície Litorânea



Fonte: Caderno Territorial Planície Litorânea, 2015

O município com a maior população é Parnaíba com 149.803 habitantes, seguido por Luís Correia (28.406 hab.), Cocal (26.036 hab.), Buriti dos Lopes (19.074 hab.), Ilha Grande (8.914 hab.), Murici dos Portelas (8.464 hab.), Cajueiro da Praia (7.163 hab.), Cocal dos Alves (5.572 hab.), Bom Princípio do Piauí (5.535 hab.), Caraúbas do Piauí (5.525 hab.) e Caxingó (5.039 hab.) (IBGE, 2010).

Figura 3: Municípios da Planície Litorânea



Fonte: Caderno Territorial Planície Litorânea, 2015

A rede assistencial da Planície Litorânea é composta por 282 estabelecimentos de saúde (Quadro 1), conforme o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Quadro 1: Estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES do Estado do Piauí

MUNICÍPIO	Nº DE ESTABELECEMENTOS
Bom Princípio do Piauí	06
Buriti dos Lopes	17
Cajueiro da Praia	07
Caraúbas do Piauí	07
Caxingó	06
Cocal	20
Cocal do Alves	04
Ilha Grande	10
Luis Correia	25
Murici dos Portelas	06
Parnaíba	174
<b>Total de estabelecimentos</b>	<b>282</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2018

De acordo com o Diagnóstico Situacional da Planície Litorânea, Parnaíba é o município sede da Região de Saúde no território da Planície Litorânea, sendo referência nas mais variadas áreas, inclusive na saúde, já que nessa região prevalecem municípios de pequeno porte e pouca resolubilidade frente aos problemas de saúde da população. No quadro 2 é listada a quantidade de estabelecimentos de saúde na Planície Litorânea e em Parnaíba.

Quadro 2: Tipos de Estabelecimentos cadastrados na Planície Litorânea e em Parnaíba de acordo com o CNES.

	Planície Litorânea	Parnaíba
Academia de Saúde	8	5
Central de Regulação	1	1
Central de Regulação Médica das Urgências	1	1
Centro de Apoio a Saúde da Família	1	-
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	5	2
Centro de Saúde – Unidade Básica de Saúde	81	36
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	42	36
Consultório	43	43
Cooperativa	1	1
Hospital Geral	10	8
Hospital Dia	1	1
Laboratório de Saúde Pública	1	-
Policlinica	6	6
Posto de Saúde	20	1
Pronto Atendimento	1	-
Pronto Socorro Geral	1	1
Secretaria de Saúde	11	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	34	27
Unidade de Vigilância em Saúde	2	1
Unidade Mista	1	-
Unidade Móvel de Nível Urgência e Emergência	8	3
Unidade Móvel Terrestre	3	-
<b>TOTAL</b>	<b>282</b>	<b>174</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2018

Parnaíba apresenta o maior número de estabelecimentos de saúde da Planície Litorânea, o que justifica a alta demanda pelos serviços nesse município. Além de atender a população da Região de Saúde da qual faz parte, Parnaíba é referência para vários municípios do Estado do Maranhão (Tutóia, Araiões, São Bernardo, Água Doce, Brejo, Santana, Magalhães de Almeida, Paulo Neves e Santa Quitéria) e Ceará (Granja, Camocim, Barroquinha e Chaval). A assistência prestada a esses estados apresenta dois problemas: diminuição dos atendimentos para a população piauiense - aumentando as filas de espera de consultas ou exames especializados - e a ausência de repasse financeiro ao Piauí pela assistência impossibilita a aplicação de recursos na melhoria da qualidade da rede e ampliação dos serviços (DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA PLANÍCIE LITORÃNEA, 2016).

O fluxo assistencial visa otimizar o itinerário dos usuários do SUS para que o acesso seja facilitado e contribuir para a integralidade e equidade em saúde. Deve iniciar, preferencialmente, pela atenção primária, responsável por ordenar a coordenar os fluxos e contrafluxos dos usuários. Pessoas com doenças crônico-degenerativas utilizam os fluxos com frequência diante da necessidade de consultas e exames de controle. Para o câncer de mama, o Ministério da Saúde preconiza que o fluxo deve iniciar a partir da atenção primária, que deve identificar casos suspeitos e encaminhar para o nível secundário para avaliação por imagem e confirmação diagnóstica. Em casos confirmados, o tratamento é realizado nos serviços de atenção terciária (TÔLEDO et al, 2016).

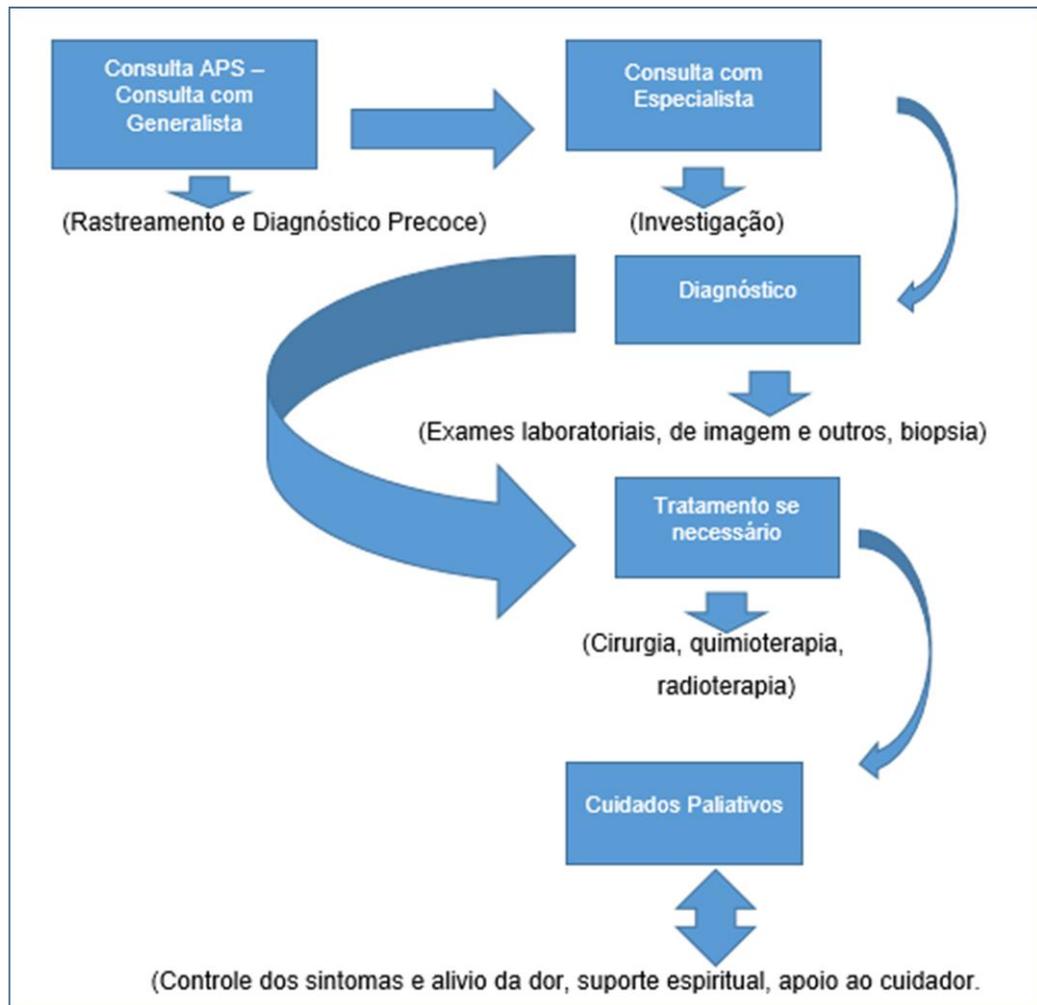
A Portaria nº 139, de 18 de fevereiro de 2016, habilita a Maternidade Dr. Marques Bastos e Hospital Infantil Dr. Mirócles Vêras (Sociedade de Proteção à Maternidade e Infância de Parnaíba – SPMIP), como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. As unidades básicas de saúde de Parnaíba e das demais secretarias de saúde dos municípios que compõem a Planície Litorânea referenciam para a SPMIP os pacientes com quadro clínico suspeito de câncer. Uma vez encaminhada para o estabelecimento, como caso suspeito ou confirmado, o usuário prossegue realizando os exames e avaliação médica no estabelecimento para diagnóstico e, assim, iniciar o tratamento.

Embora a rede de saúde seja organizada por nível de complexidade crescente, isso não significa que todas as necessidades da população sejam resolvidas, pois a fragilidade no funcionamento dos sistemas municipais de saúde e a não integração das ações, colaboram para que os casos não resolvidos localmente sejam encaminhados para municípios maiores, como Teresina. A implantação da UNACON, em Parnaíba, teve como objetivo estruturar uma rede de atendimento mais eficiente e consolidar um modelo de descentralização e distribuição da assistência dentro do Estado do Piauí para melhor atender o usuário garantindo integralidade

das ações de atenção a saúde. Vale lembrar que, quando não é possível o tratamento de algum tipo de câncer na UNACON, os usuários são referenciados para a CACON em Teresina (Plano Estadual de Atenção Oncológica, 2015).

Na figura abaixo, está ilustrada a linha de cuidado do câncer proposta pelo Plano Estadual de Atenção Oncológica.

Figura 4: Linha de cuidado do câncer



Fonte: Plano Estadual de Atenção Oncológica, 2015



Neste capítulo, apresentaremos a metodologia selecionada para o estudo, desde a escolha da coleta dos dados até a análise. Para tanto, foram abordados os seguintes tópicos: o tipo de estudo; o cenário; os participantes; os procedimentos e instrumentos para coleta de dados; a análise e, por fim, os aspectos éticos da pesquisa.

### 5.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que incorpora significado e intencionalidade como características essenciais aos atos, as relações e as estruturas sociais. Esse modelo se opõe ao uso de números e quantificações de dados, pois se preocupa com um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes. Aqui também se utiliza de métodos explicativos que exprimem os fenômenos sociais na forma como eles se manifestam em sua naturalidade e riqueza simbólica (MINAYO, 2001; OLIVEIRA, 2016).

O método qualitativo pode ser utilizado para entender o contexto onde algum fenômeno ocorre, permite a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo e permite um conhecimento aprofundado de um evento possibilitando a explicação de um comportamento. É basicamente realizada por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar as explicações e interpretações do que ocorre naquela realidade (GIL, 2008).

### 5.2. Cenário e participantes do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Parnaíba, município que faz parte da Região da Planície Litorânea. O Piauí, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização - PDR -, está dividido geograficamente em 11 (onze) Regiões de Saúde, definidas a partir de recortes territoriais e critérios populacionais, culturais, econômicos e sociais (SESAPI, 2016).

A Região da Planície Litorânea é composta, além do município de Parnaíba, por outros 10 municípios circunvizinhos: Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Cajueiro da Praia, Caraúbas do Piauí, Caxingó, Cocal, Cocal dos Alves, Ilha Grande, Luís Correia e Murici dos Portelas, totalizando 272.075 habitantes, o que equivale a 8,5% da população piauiense (DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA PLANÍCIE LITORÃNEA, 2016).

As mulheres foram recrutadas na Clínica João Silva Filho, onde funciona a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON – da cidade de Parnaíba, durante a

quimioterapia (logo antes do atendimento) sob orientação da enfermeira chefe do setor da clínica e as entrevistas agendadas no próprio estabelecimento de saúde ou no domicílio.

As pacientes atendidas na UNACON foram convidadas a participar do estudo através de convite verbal e selecionadas mediante disposição e interesse em participar da pesquisa. As participantes não formaram um bloco homogêneo, pelo contrário, pertenciam a universos econômicos e sociais distintos.

É importante mencionar que a seleção das participantes deu-se por conveniência. A amostra por conveniência é a forma mais comum de amostragem não probabilística e é caracterizada por selecionar os sujeitos do estudo com base em sua disponibilidade em participar (SHAUGHNESSY et al, 2012).

Os critérios de inclusão envolveram: ser mulher, maior de 18 anos, cadastradas na clínica para tratamento (em andamento) e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. As participantes informaram suas idades, ocupações, escolaridade e raça/cor. Com a finalidade de preservar a individualidade das mulheres e o sigilo de suas identidades, foram atribuídos codinomes a elas, que foram identificadas com nomes de pedras preciosas (Rubi, Opala, Esmeralda, Âmbar, Jade, Granada e Topázio).

### 5.3. Instrumentos e procedimentos para produção de dados

O instrumento para a produção de dados foi a entrevista não diretiva aplicada a cada mulher, que foi gravada e transcrita na íntegra. A pergunta que norteou o desenvolvimento da entrevista foi: Você teve câncer de mama? Conte-me como foi essa experiência (APÊNDICE A).

A entrevista ocorreu de acordo com a disponibilidade de cada participante, que escolheu o local e horário mais adequados a sua rotina. Todas as entrevistas foram gravadas em um celular e em um gravador portátil.

### 5.4. Análise dos dados

A perspectiva qualitativa para apreensão dos sentidos e significados foi obtida por meio da transcrição das entrevistas gravadas. Para a realização da análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo desenvolvida por Bardin (2011) e definida como técnica de tratamento de dados que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma

comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto analítico visado, e prevê três etapas fundamentais: pró-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Após a transcrição das entrevistas, o material foi organizado e leituras exaustivas foram realizadas para apropriação das narrativas. Na fase de exploração do material, foram escolhidas as unidades de codificação, processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades. Uma unidade de registro significa uma unidade a codificar e pode ser um tema, uma palavra ou uma frase. Essa fase é uma etapa importante, pois possibilitou a realização das interpretações e inferências. É a fase da descrição analítica e diz respeito ao estudo aprofundado do material coletado. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização ocorreram nessa fase (BARDIN, 2011).

Na terceira fase do processo, denominada de tratamento dos resultados, nós condensamos e destacamos as informações, interpretando o conteúdo de forma a torná-los significativos e válidos. Foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, pois nos interessava o sentido que se encontrava por trás do imediatamente apreendido.

#### 5.5. Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), com número do parecer de aprovação 2.007.331 (ANEXO A).

No contato inicial, as participantes foram orientadas sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo das entrevistas, a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para a continuidade do trabalho e a assinar o TCLE em duas vias (APÊNDICE B). Para o desenvolvimento da pesquisa, foram obedecidos os preceitos éticos constantes na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

CAPÍTULO VI

---

*Resultados e análise dos dados*

## 6.1 Categoria 1 - Percepção sobre saúde, doença e cuidado

A primeira categoria de análise diz respeito à percepção sobre saúde, doença e cuidado. Aqui trataremos sobre a compreensão da mulher sobre o câncer, os componentes subjetivos e psíquicos envolvidos, o estigma que o câncer representa, os aspectos culturais, a referência mística no aparecimento da doença, a fé no reestabelecimento da saúde, o diagnóstico, a apropriação tardia do sentir-se com câncer e as incertezas futuras.

O processo saúde/doença/cuidado pode ser compreendido como algo dinâmico e multicausal. A dimensão do objeto saúde deve ser ampliada para além da relação presença ou ausência da doença, assim o fato de se considerar saúde e doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais, traz para reflexão a compreensão do individual e do coletivo (CRUZ, 2011).

Segundo Machado e colaboradores (2017), o significado atribuído a esse processo está situado na interação entre características socioculturais, comportamentais, biológicas e a ação de cada pessoa na construção da experiência do câncer de mama. Nessa perspectiva de autonomia dos sujeitos, é possível incorporar ao processo saúde/doença/cuidado a dimensão de interação com o mundo singular em que vivem.

Por meio das narrativas, observamos que a compreensão da mulher sobre o câncer passa pela apropriação e conhecimento quanto as alterações no próprio corpo, seja por meio da expressão de sinais físicos seja pelos sintomas que esta doença apresenta. A descoberta de alguma anormalidade, no momento do autoexame, é facilitada quando existe o conhecimento e a apropriação, demonstrando intimidade com o seu corpo.

*“Um dia tomando banho lá em casa, eu nunca tinha sentido nada. Tomando banho eu passei a mão no meu seio e senti o caroço”.*  
(Âmbar, 56 anos)

A apropriação do próprio corpo já foi tabu, o ato de explorar o corpo, ainda que por necessidade de realização de algum exame, proporcionava desconcerto e vergonha às mulheres, sobretudo por uma herança retrógrada e machista. Atualmente, as mulheres adquiriram maior conhecimento e domínio sobre seus corpos e suas vidas.

Quando a mulher detecta o nódulo, passa por sua imaginação duas situações: pode não ser nada grave ou a iminência de um câncer maligno. Esse período de suposições e incertezas contribui para que sensações aflitivas sejam desencadeadas, resultando em sentimentos variados e de diferentes intensidades. Isso se justifica, historicamente, porque os índices de mortalidade relacionados a essa doença são elevados (BATISTA et al., 2015).

*“O médico me alertou para voltar com 5 meses [...] eu voltei [...] fiquei esses 5 meses toda angustiada, porque o nódulo que tinha já estava aqui [...] bem na pele da mama [...] dava para eu tocar ele [...] já estava doído”. (Rubi, 29 anos)*

Ao considerar o conceito ampliado, a saúde também incorpora o aspecto psíquico (BATISTELLA, 2007). A aflição desencadeada pela espera tem todo um significado particular para a mulher já que, culturalmente, o câncer apresenta-se com seu estigma de doença degenerativa que se faz acompanhar da dor, sofrimento e sentença definitiva de morte, transformando-se num tabu para toda a população, conforme exposto nas falas abaixo:

*“Porque [...] o pessoal quando fala em câncer [...] vê um bicho feio, aquela coisa feia”. (Âmbar, 56 anos)*

*“Uma senhora [...] chegou pra mim chorando, assim como se eu estivesse para morrer...ao invés das pessoas nos ajudarem, elas nos levam é ao desespero”. (Rubi, 29 anos)*

O câncer de mama ainda carrega consigo a agressividade da mutilação, pelo risco de amputação da mama, símbolo de feminilidade, interferindo na autoestima da mulher que passa a apresentar uma nova condição feminina (TOMÁZ, 2009). No discurso a seguir, Rubi relata a angústia vivenciada após constatação da doença:

*“[...] esse foi o pior dia da minha vida... a gente fica assim, sem rumo, sem direção...foi muito triste”. (Rubi, 29 anos)*

No âmbito social, os portadores de câncer são vistos como pessoas em iminência de morte por conta da sua doença. Algumas mulheres temem tanto o câncer de mama que evitam verbalizar o nome, o chamam de “aquela doença”, “essa coisa”, como se o fato de não pronunciar determinadas palavras ou não conversar sobre o assunto o fizesse deixar de existir.

*“Eu tenho fé em Deus que vai dar tudo certo, que nunca mais [...] aquela doença vai vir para mim, me afetar”. (Esmeralda, 34 anos)*

*“Eu não nego para ninguém não...foi uma coisa que aconteceu...todos nós temos [...] Só que [...] têm pessoas que desenvolvem e outras não, mas todo mundo já nasce com essa coisa”. (Opala, 68 anos)*

O aspecto religioso não deve ser esquecido e nem desprezado. Algumas mulheres relacionam o processo como uma provação, utilizando alguns conceitos como: “castigo de Deus”, “vontade de Deus” ou “descumprimento de obrigações”. O cristianismo declarava a

existência de uma conexão entre a doença e o pecado. Na época, acreditavam que este mundo representava apenas uma passagem para purificação da alma, e então as doenças passaram a ser compreendidas como castigo, expiação dos pecados ou possessão do demônio (BATISTELLA, 2007).

*"Meu Deus será castigo?" (Topázio, 77 anos)*

*"Por um lado [...] eu agradeço muito a Deus [...] por estar passando por isso, porque eu vejo que é uma provação, que eu tinha que passar por isso, até para [...] me tornar um ser humano melhor, mais humilde e me aproximar mais de Deus". (Rubi, 29 anos)*

As pessoas ligadas à fé cristã colocam em Deus a causa primeira do aparecimento e da cura das doenças embora possam vincular no seu discurso outras causas (MINAYO, 1988). Assim, buscam força na religiosidade para ter reestabelecida sua condição de saúde, possibilitando dar um sentido à vida e aos acontecimentos, diminuindo os conflitos e o sofrimento.

*"Você ter fé em Deus tudo dá certo, não adianta[...] Eu tenho muita fé. Acho que é [...] isso que me ajuda mais". (Opala, 68 anos)*

*"Com muita fé, tudo que eu peço a Deus, só tenho a alcançar [...] Deus a gente segurando a mão dele [...] só tem a ganhar". (Jade, 46 anos)*

O diagnóstico do câncer em fase inicial de sua história natural, bem como a iniciação ao tratamento, está diretamente relacionado a um melhor prognóstico, com maior taxa de cura e menor morbidade associada ao tratamento. Nesse contexto, percebe-se a partir dos relatos a seguir que a descoberta precoce foi motivo de comemoração pelas mulheres.

*"Agradeço a Deus [...] todo dia, obrigado por ter possibilitado que eu descobrisse cedo [...] eu agradeço a Deus por ter descoberto cedo". (Rubi, 29 anos)*

*"[...] porque quando eu descobri meu câncer ele estava com nove centímetros...era um caso assim [...] só Deus mesmo [...], botou na hora certa, porque ele fica [...] no corpo da gente incubado, quando ele*

*aparece é de uma vez [...] e aparece para lhe dar um recurso de recorrer e [...], muitas vezes, você não tem [...] essa possibilidade". (Âmbar, 56 anos)*

A partir das narrativas, o diagnóstico apresentou significados distintos. Foi gerado de forma pessoal e derivou das experiências anteriores com a doença. Algumas mulheres assumem a doença e permitem-se à adesão ao tratamento, e até mesmo à intervenção cirúrgica. Conforme esclarece Opala:

*"Por incrível que pareça eu não dei reação nenhuma [...] eu não tive reação nenhuma como eu lhe falei, aceitei normalmente". (Opala, 68 anos)*

Algumas mulheres só perceberam o câncer após realizarem a cirurgia. A apropriação da doença, mesmo que tardia, instiga medo e leva a um impacto emocional intenso desencadeado pela construção sociocultural da doença que está sempre associada ao significado de morte.

*"Realizou a cirurgia dia 27 de [...] dezembro, [...] graças a Deus deu tudo bem [...] aí caiu a ficha [...] que até então não tinha caído". (Rubi, 29 anos)*

*"Quando eu saí [...], eu peguei em mim e vi que ele tinha tirado, então [...] ali, naquele momento, eu percebi que aquela coisa não prestava para mim, se ele tirou é porque não iria [...] me fazer bem lá na frente". (Esmeralda, 34 anos)*

O desconhecimento, a falta de informação ou até mesmo a negação da condição existente podem ser causas dessa percepção apenas após a retirada da mama.

O câncer provoca mudanças na vida das pessoas, faz surgir novos hábitos e há necessidade de incorporação da doença na vida da mulher. O saber profissional deixa de representar o único caminho de tratamento e passa a ser compreendido como mais uma opção dentre os cuidados com a saúde.

O itinerário se desenvolve num contexto abrangente. Diante do câncer as pessoas precisam acreditar que algo mais pode ser feito e, então, procuram outras opções de tratamento. Envolvendo além do saber profissional, outros saberes, como o seu próprio, o das pessoas

próximas e de outros agentes de cura, numa rede de relações que interfere, consolida e transforma as crenças e os valores dos indivíduos na determinação dos cuidados à saúde (FEIJÓ et al., 2008; ROSA; RADÜNZ, 2013).

*“Tomo um remédio, a casca do ipê roxo que dizem que é bom”. (Rubi, 29 anos)*

*“Eu tomei chá de folha de graviola porque a minha filha pesquisou e viu que [...] um chá de folhas da graviola é [...] como se fosse uma sessão de quimioterapia. E eu perguntei ao médico e ele confirmou, então eu tomei, foi só”. (Âmbar, 56 anos)*

O ipê roxo é conhecido popularmente por seus efeitos anticancerígenos e tem sido muito utilizado em tratamentos alternativos e complementares aos tratamentos convencionais de doenças neoplásicas devido à sua ação anti-inflamatória, analgésica, antibiótica e antineoplásica. Assim, o Ipê Roxo tem sido alvo de muitas pesquisas. (JANUÁRIO E SILVÉRIO-LOPES, 2014).

Uma pesquisa desenvolvida no Departamento de Química da Universidade Federal de São Carlos, desde 2012, mostrou que o lapachol, substância retirada da casca do ipê roxo, tem alto poder de mortalidade sobre as células cancerígenas. Quando comparado com a cisplatina, foi necessária uma quantidade 100 vezes menos para ter efeito igual ou melhor.

A gravioleira é outra planta muito utilizada na medicina popular em razão de suas propriedades terapêuticas, o que está associado à presença de compostos com alta atividade biológica provenientes do seu metabolismo secundário. Estudos mencionam que as acetogeninas da graviola têm demonstrado, além de propriedades citotóxicas significativas, toxicidade seletiva contra vários tipos de células cancerígenas, não prejudicando as células saudáveis (HANSRA et al., 2014; MORAES, 2016).

A mulher, no intuito de se apropriar da doença, utilizou a internet como meio de informação, conforme observamos nas narrativas a seguir.

*“Eu pesquiso muito sobre essa doença na internet [...] eu pesquiso como se forma, quais são os tratamentos e se tem cura. Eu pesquiso bastante, eu acho respostas das minhas perguntas, às vezes eu não*

*acho! Porque eu já tive, então eu tenho que ser mais atenta agora”.*  
(Esmeralda, 34 anos)

*“Na hora que ela me disse que era classificação 4 na biópsia, eu já sabia, eu já vinha lendo, sabia que era câncer de mama”.* (Rubi, 29 anos)

O conhecimento divulgado na internet, os conteúdos disponibilizados e a dificuldade de avaliação da qualidade das informações, por ausência de mecanismo de controle da qualidade, representa um importante aspecto a ser ponderado visto que nem sempre as informações divulgadas na internet contribuem para a saúde da mulher. É preciso cautela com as notícias que podem ser incorretas e, assim, atrapalhar a mulher no seu itinerário em busca do cuidado à saúde (ROSA; RADÜNZ, 2013).

Regis e Simões (2005) destacam que viver com uma doença estigmatizante, lidar com sentimentos negativos, enfrentar o diagnóstico e o tratamento, que geralmente é longo, com suas consequências contribuem para o surgimento de incertezas.

O câncer de mama pode ser definido como um grupo heterogêneo de doenças que apresentam comportamentos diversos (GOMES, 2012). As perdas, físicas ou psicológicas, e os sintomas adversos como o aparecimento do nódulo, secreção, dor mamária, entre outros, acarretam prejuízos nas habilidades funcionais e vocacionais desencadeando interrogações quanto ao futuro conforme evidenciado nas falas seguintes:

*“Da cirurgia eu fui muito feliz, mas a circunstância é essa que eu lhe digo: o peso do tratamento que eu não vou aguentar! Só Deus na causa [...]. Já terminei tudo, mas tem que ter esse acompanhamento médico. Estou tomando uns remédios de 5 anos. Você sabe que eu vou até 5 anos? Eu tenho 77 anos, 5 anos quanto é que faz? Oitenta e poucos anos”.* (Topázio, 77 anos)

*“Eu não pensei não (no futuro), entreguei tudo nas mãos do Senhor, as vezes eu quero pensar [...] eu não sei o que será de mim, somente Ele dirá, não posso fazer planos, poder eu posso [...], mas eu entreguei nas mãos Dele [...] eu penso assim com fé em Deus eu vou conseguir [...] voltar a trabalhar, quero muito voltar a trabalhar”.* (Rubi, 29 anos)

Os depoimentos mostraram que o câncer de mama ocasionou modificações no contexto de vida das mulheres, tanto em decorrência da estigmatização da doença, como por meio das alterações físicas, psíquicas e sociais que aconteceram antes mesmo do diagnóstico médico confirmado. Essas alterações podem se prolongar por todo o tratamento que, marcado por efeitos colaterais intensos e evolução imprevisível, geram uma indefinição sobre o futuro.

## 6.2 Categoria 2 – Ser mulher com câncer de mama

Começaremos essa categoria com o objetivo de responder a seguinte questão: como é ser mulher com câncer de mama?

A compreensão do ser mulher com câncer vai desde a sua percepção do corpo, a descoberta do nódulo, o diagnóstico confirmado e o tratamento, que envolve uma reabilitação não só física, mas psíquica também. É preciso reconhecer a mulher diante de todo este contexto e experiência de vida, pois isso tem ressonâncias na construção de sua identidade.

De acordo com Duarte e Andrade (2003), a percepção do corpo envolve a consciência que temos do próprio corpo, estando vinculada a aspectos fisiológicos, psicológicos, cognitivos e relacionais. Deste modo, a imagem corporal formada é (des)construída ao longo das vivências com base nas experiências vividas.

A partir das narrativas, percebemos que o diagnóstico do câncer é percebido como um prenúncio para a paciente e sua família, desencadeando uma sequência de conflitos emocionais onde, por exemplo, a iminência da morte ou a perda da mama passam a simbolizar uma ameaça constante para a vida da mulher acometida, logo sua preocupação passa a ser com a perda da vida.

O tratamento para o câncer de mama pode envolver variadas condutas terapêuticas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e a reabilitação. Comumente, mais de um método é utilizado na intenção de aumentar as chances de cura e de preservar a estética e a função dos órgãos envolvidos (ROSSI E SANTOS, 2003).

De acordo com as recomendações do National Comprehensive Cancer Network, a cirurgia é a terapêutica para a maioria dos casos de câncer de mama, em consonância com tratamentos adjuvantes ou neoadjuvantes. Independentemente do tipo de mastectomia realizada, o que sabemos é que as mulheres passam por uma mudança corporal abrupta que gera repercussões físicas, psíquicas, socioculturais e sexuais. Como observaremos nas falas escolhidas para essa categoria.

As mamas são símbolos da identidade feminina. Correspondem a uma parte do corpo que define as mulheres e mesmo sendo consideradas órgãos não vitais, são determinantes na autovalorização do gênero. Além das sensações de prazer proporcionadas, os seios fortalecem o vínculo entre mãe e filho por meio da amamentação e influenciam na condição materna definida por cada mulher (AZEVEDO; LOPES, 2010; MARX; FIGUEIRA, 2017). Diante disso, a perda da mama tende a golpear a mulher, conforme observamos nos relatos a seguir:

*“Está sendo [...] horrível para mim [...] encarar assim de frente para o espelho! Ave Maria, ainda hoje eu ainda sofro com isso.” (Rubi, 29 anos)*

*“Às vezes, eu me olho no espelho [...] foi difícil me olhar no espelho [...] imagine você perfeita e você se olha no espelho [...] está faltando alguma coisa em você [...] é difícil, chorei muito na frente do espelho” (Esmeralda, 34 anos)*

A retirada da mama é uma realidade anatômica e fisiológica que provoca nas mulheres uma preocupação em relação a sua imagem corporal. Algumas delas evitam se tocar ou se olhar no espelho. As repercussões da mastectomia ocasionam enfrentamentos diversos na vida da mulher, que variam dependendo do contexto e da auto representação corporal da mulher, pois a experiência da mastectomia é ampla e distinta. Vale ressaltar que quanto maior a importância atribuída aos seios pelas mulheres, maior é o sentimento de perda após a cirurgia (FERREIRA E MAMEDE, 2003; FUNGHETTO et al., 2003; TALHAFERRO et al., 2007).

Outro efeito do tratamento, que foi relato constante entre as entrevistadas, diz respeito a alopecia em decorrência da quimioterapia. A queda do cabelo pode ter efeito avassalador para algumas mulheres por significar um indicador aparente da doença e alterar a imagem feminina.

*“Só não gostei porque meu cabelo caiu, mas vai nascer de novo.” (Opala, 68 anos)*

*“Eu imaginei que seria mais difícil [...] tirar a mama, a operação, o diagnóstico, mas foi, está sendo difícil mesmo para mim [...] a queda do cabelo, foi muito triste [...] torturante. Na hora que eu pegava caía.” (Rubi, 29 anos)*

*“Eu iria ficar mais triste ainda se meu cabelo caísse, mas até agora ele não caiu! Eu acho que eu iria me sentir a pior das pessoas [...] me olhar no espelho [...] ver que não tem nem um [...] fio de cabelo, eu acho que eu vou me sentir muito mal.” (Esmeralda, 34 anos)*

É possível perceber através dos relatos o quão importante é para a mulher a sua aparência. Além disso, as mulheres admitem que o sofrimento com a queda do cabelo chega a ser superior do que com a perda da mama. Le Breton (2007) nos ajuda a entender o significado dessa aflição quando fundamenta a importância do rosto como parte do corpo:

“O rosto é, de todas as partes do corpo humano, aquela onde se condensam os valores mais elevados. Nele cristalizam-se os sentimentos de identidade, estabelece-se o reconhecimento do outro, fixam-se as qualidades de sedução, identifica-se o sexo, etc. A alteração do rosto, que expõe a marca de uma lesão, é vivida como um drama aos olhos dos outros, não raro como um sinal de privação de identidade. Um machucado, mesmo que grave, no braço, na perna ou na barriga não enfeia; não modifica o sentimento de identidade. [...] O valor ao mesmo tempo social e individual que distingue o rosto do resto do corpo, sua eminência na apreensão da identidade é sustentada pelo sentimento que o ser inteiro aí se encontra” (LE BRETON, 2007, p. 70-71).

Enquanto em algumas narrativas observamos o sofrimento desencadeado pelas perdas físicas desencadeadas pelo tratamento, algumas mulheres tentam viver de acordo com as possibilidades e com maior facilidade de aceitação da doença.

*“Não escondo de ninguém não, fiquei com minha cabeça peladinha [...] isso para mim não vale nada.” (Topázio, 77 anos)*

*“Eu não quero [...] botar o seio novamente, porque é outra cirurgia [...] No início, você se acha estranha, mas depois acostuma.” (Opala, 68 anos)*

Gomes (2012) afirma que a experiência com o câncer de mama deve ser compreendida na sua totalidade e não se restringir apenas ao corpo físico. Trataremos dos aspectos psíquicos

e sociais que envolvem relações conjugais, aceitação e adaptação às novas mudanças que refletem no estado emocional, na qualidade de vida e nas funções pessoais, familiares, sociais e laborais da mulher.

A realização da mastectomia pode contribuir para que a mulher tenha receio de retomar suas relações sociais. Surge, então, uma nova realidade que deve ser encarada por meio da reelaboração de maneiras distintas de relacionamento com o próprio corpo. Quando a mulher não se reconhece e passa a distorcer sua autoimagem, sentimentos de inferioridade e receio de que ocorra rejeição tanto da família como do companheiro ou da sociedade em geral podem aparecer (DUARTE E ANDRADE, 2003). Como evidenciado na fala que segue:

*“Eu [...] ficava pensando... o meu companheiro é muito novo, mais novo do que eu [...] ele tem toda a vida pela frente. [...] eu pensava que ele [...] não iria me aceitar do jeito que eu sou, mas eu quebrei a cara, [...] nós estamos juntos até hoje [...] vamos superar tudo junto.”*  
(Esmeralda, 34 anos)

Azevedo e Lopes (2010) consideram a mama como uma metonímia do feminino, quando a mulher perde a mama é como se ela perdesse suas possibilidades como pessoa produtiva, especialmente em relação à maternidade e ao seu papel de esposa ou mãe. O apoio do companheiro é importante para a mulher que, muitas vezes, evita trocar experiências que antes eram compartilhadas pelo casal. A nova condição requer então compreensão e aceitação por parte dele.

De acordo com Talhaferro e colaboradores (2007) diante de uma sociedade que valoriza tanto a aparência, a situação requer apoio familiar, reestruturação relacional, paciência e dedicação diferenciada. Portanto, a forma como o parceiro reage interfere na recuperação da identidade corporal, sexual e no restabelecimento dessa mulher.

É sabido que o viver com o câncer provoca incertezas para a mulher, pode-se afirmar que todos que convivem com ela, em especial filhos e marido, são afetados pelo problema e estes exercem papel de fundamental importância para o enfrentamento da problemática (SILVA et al., 2010).

*“Eu tenho a mente muito boa, me ajudou muito, foi maravilhoso...e primeiro assim porque eu tive muito a presença dos meus filhos, porque eu só tenho dois filhos, estiveram todo o tempo comigo, me deram todo o apoio.”* (Âmbar, 56 anos)

A nova imagem pode gerar um estranhamento nas mulheres. O corpo transformado em algo repulsivo e fora dos padrões de beleza impostos pela sociedade altera as formas de convívio e por vezes limita as participações sociais. Nas narrativas a seguir, as entrevistadas contam como lidam com o olhar das pessoas:

*“A forma como as pessoas me olham, que até hoje eu fico mais é dentro de casa, até sentar na porta eu não sento, é difícil [...]. Um medo [...] de encarar a sociedade, [...] parece que o olhar da sociedade é [...] preconceituoso [...], sinto dificuldade [...] até pelas perguntas delas [...], então eu decidi parar bem aqui no meu limite, eu não saí mais, fiquei só em casa.” (Rubi, 29 anos)*

*“Eu sempre ando com paninho (na cabeça) porque o pessoal é muito curioso.” (Opala, 68 anos)*

Le Breton (2007), quando discute “O corpo deficiente”, afirma que a modificação desfavorável é socialmente transformada em estigma e que a distinção gera a contestação. A deficiência apresentada é capaz de despertar, unicamente pela presença, o imaginário do corpo desarranjado que assombra muitos pesadelos. Quando a deficiência é nítida, tona-se um atrativo de olhares e comentários, um operador de discursos e emoções, assim uma simples saída de casa provoca os olhares de todos.

Os relatos de algumas entrevistadas demonstram que a doença provocou uma ressignificação da vida, interferindo no modo de agir após a mastectomia, o cuidado demonstrado pelas mulheres foi aparente.

*“Evito muita coisa [...] sol, [...] comidas também que a gente não pode comer [...] eu já sei o que eu devo fazer e o que eu não devo.” (Granada, 63 anos)*

*“Ah eu mudei minha alimentação [...] eu não como mais fritura [...] carne eu como uma vez por semana [...] e estou tentando colocar arroz integral. [...] o adoçante eu já troquei, não como mais açúcar.” (Rubi, 29 anos)*

*“Viver, vou viajar [...] e aproveitar meus filhos, aproveitar minha casa [...] aproveitar a vida, tem meus pais que já tão com 81 anos os dois [...] cuidar um pouquinho deles, [...] como agora eu voltei e estou bem, eu vou continuar a cuidar deles.” (Âmbar, 56 anos)*

Duarte e Andrade (2003) afirmam que o câncer de mama é capaz de provocar uma série de modificações nas vidas das mulheres acometidas pela doença, uma vez que é considerada uma experiência única e inesquecível, pois a sensação de proximidade da morte que a doença provoca faz com que haja uma mudança de perspectiva de vida.

### 6.3 Categoria 3 – O itinerário de mulheres com câncer e a construção da rede de cuidados e saúde

A terceira categoria envolve o itinerário que as mulheres fizeram em busca de diagnóstico e tratamento para o câncer de mama, caracterizando a forma como o sujeito elabora a sua situação dentro de determinada conjuntura, buscando estratégias a fim de promover saúde e responder a doença.

O itinerário, nesse panorama, é encarado como o percurso dos indivíduos pelos serviços de saúde e todos os movimentos executados na preservação ou recuperação da saúde. Nesse caso, pode utilizar diversos recursos que abrangem desde os cuidados caseiros e religiosos até procedimentos médicos convencionais. Diz respeito a sucessão de acontecimentos e decisões que compõem uma determinada trajetória (AQUINO E RODRIGUES, 2016).

As ações que instituem o itinerário terapêutico fundamentam-se em variados processos de escolha e decisão designando um conjunto de planos, estratégias e projetos que não são previamente esquematizados ou pré-determinados. Discorrer sobre o processo de escolha é fazer referência a uma consciência de possibilidades que estão ao alcance e são igualmente acessíveis ao indivíduo (RABELO et al., 1999).

Diante disso, trataremos do itinerário das mulheres com câncer de mama a partir da identificação de alguma anormalidade na mama; a saída do campo individual e a busca por ajuda no campo familiar ou profissional; o acolhimento e o fluxo do atendimento disponibilizado, culminando no encaminhamento para serviço especializado; os fatores que contribuíram para a agilidade no acesso; o apelo para o serviço privado; o estabelecimento do diagnóstico seguido do impacto da doença para a mulher e a família; o início do tratamento e as dificuldades encontradas; as redes de cuidados informais e por vezes frágeis e o tratamento.

Todas as mulheres que participaram do estudo relataram algum sinal ou sintoma atípico com relação ao seu corpo, em particular a sua mama. Essa anormalidade percebida pelas mulheres foi o fator desencadeador para a busca dos cuidados com a saúde.

*“Um dia [...] eu deitei na cama e peguei no meu seio [...], tinha um caroço debaixo do bico do peito [...], me assustei, meu Deus que caroço é esse? [...]”.* (Rubi, 29 anos)

*“Eu desconfiei porque meu peito começou a inchar [...], eu me olhei no espelho e meu peito estava inchadão”.* (Jade, 46 anos)

*“Eu comecei a sentir uma dor na mama esquerda [...] fiz um exame [...] e descobri [...] vários nódulos”.* (Granada, 63 anos)

Em todas as narrativas, a presença de sinais e sintomas que são destacados pelas mulheres foram percebidos quando elas estavam em suas casas. Segundo Tomáz (2009), o fato das mulheres não detectarem anormalidades na mama em um serviço de saúde não explicita necessariamente negligência do serviço de saúde, entretanto faz-se necessária a reflexão sobre como estão sendo desenvolvidas as ações de assistência à saúde da mulher na região estudada.

De acordo com o Diagnóstico Situacional da Planície Litorânea (2016), embora exista uma expansão da cobertura da Estratégia Saúde de Família (ESF) no Território da Planície, ainda há uma deficiência de implantação das estratégias e carência de resolutividade nos serviços de saúde oferecidos à população, tendo em vista o acolhimento inadequado e a demanda espontânea imediata que chega às Unidades Básicas de Saúde.

Nenhuma das mulheres menciona atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) bem como existência de visitas domiciliares em seus bairros. O ACS tem papel primordial na intermediação do contato entre a população e a Unidade Básica de Saúde (UBS), pois está em contato permanente com os usuários. Além disso, é capaz de identificar situações de risco e encaminhá-las para a UBS, facilitando as ações voltadas para detecção precoce do câncer de mama (SILVA et al., 2017).

A partir do momento em que as mulheres detectaram em si alguma anormalidade, mobilizaram-se em busca de entender o que estava acontecendo. Saíram do campo individual e foram atrás de auxílio em outras esferas nas quais existissem vínculos. Nas falas abaixo, o primeiro contato variou entre os âmbitos familiar e profissional.

*“Falei para minha menina: -Eu não sei o que significa meu peito desse jeito [...], ela veio e falou assim: -Mamãe isso foi da queda que você caiu! Eu levei uma queda [...] com a mama no chão”. (Jade, 46 anos)*

*“Eu comecei a sentir que estava me incomodando, corri e contei para minha sobrinha, que toma conta de mim e de tudo meu. [...]ela falou assim: -Vamos para o médico! (Topázio, 77 anos)*

*“Eu comecei a sentir uma dor na mama esquerda, procurei o médico (no posto de saúde)”. (Granada, 63 anos)*

Feijó e colaboradores (2008) afirmam que a família é a fonte de cuidado primária para o doente e, na maioria das vezes, é neste meio, que possui forte influência na escolha, que os familiares são chamados a agir e a refletir sobre a natureza do problema e as condutas que devem assumir. Isso contribui para que a pessoa se sinta amparada e mais segura para encarar a doença e percorrer todos os caminhos até encontrar, se possível, a cura. Em uma das narrativas, a mulher dirigiu-se diretamente ao posto de saúde para consulta com o médico, pois segundo seus relatos a UBS era próxima de sua casa.

A busca por assistência envolve diversos percursos. Segundo Tomáz (2009), diante de uma nova condição de saúde, que não acontece de modo isolado dos demais aspectos da vida, as pessoas tendem a construir seus próprios caminhos buscando alternativas para enfrentar a situação e, assim, originar seu itinerário terapêutico. Nas transcrições abaixo, as mulheres descrevem diversos caminhos no primeiro contato com os serviços de saúde:

*“Eu tenho pressão alta, ia para o médico todos os meses, mas nenhuma doutora nunca passou esse exame. Quando foi um dia tinha um carocinho [...] - Doutor eu quero fazer aquele exame para mama. [...] (A consulta foi) aqui no posto de saúde”. (Opala, 68 anos)*

*“Eu passei a mão no meu seio e senti o caroço [...] fui lá no meu plano de saúde, tirei uma guia para fazer uma consulta, fiz. Nessa consulta que eu fiz o caroço já estava imenso”. (Âmbar, 56 anos)*

Nas narrativas observamos que uma das mulheres iniciou sua caminhada pela UBS do seu bairro, pois já existia um vínculo decorrente das ações do Hiperdia. Quando tratamos do acesso da população aos serviços de saúde, a atenção básica funciona como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo da comunidade. É considerada ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, a partir não mais da diretriz da hierarquização dos serviços, mas pela posição de centralidade que lhe é atestada na constituição de redes de cuidado (CECÍLIO et al., 2012).

*“Meu caso só foi sentir o problema e levei para a clínica, para o médico”. (Topázio, 77 anos)*

Sentir o problema pode ser incentivado por meio de campanhas desenvolvidas pela equipe de saúde da APS, como o Outubro Rosa, que estimula o toque como estratégia de prevenção de danos.

*“Foi em outubro de 2015, naquelas campanhas de Outubro Rosa [...] eu descobri um nódulo no meu peito”. (Esmeralda, 34 anos)*

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Outubro Rosa surgiu na década de 90, nos Estados Unidos, como forma de estimular a participação das pessoas no controle do câncer de mama. Desde então, a data é celebrada anualmente sempre compartilhando informações e conscientizando a população sobre a detecção precoce da doença.

O achado do nódulo pela própria mulher durante campanhas ou mutirões reforça o valor desse procedimento nas atividades educativas em saúde. Vale lembrar que a observação e a autoexame das mamas deve ser rotina durante o ano todo, sempre que a mulher sentir-se confortável para realizá-las, seja no banho, durante a troca de roupa ou qualquer outro momento do cotidiano.

O autoexame somente permite a detecção de nódulos palpáveis, o que limita seu impacto sobre o prognóstico da paciente. Conforme recomendação do Ministério da Saúde, o autoexame não deve substituir o ECM (Exame Clínico das Mamas) realizado por profissional de saúde qualificado para essa atividade.

Na Planície Litorânea, de acordo com Diagnóstico da Rede de Atenção à Saúde da Planície Litorânea (2016), o acesso da população à Rede de Atenção acontecerá por ordenação da Rede Assistencial de Atenção Básica, que deve estar qualificada para o atendimento e

resolução dos principais problemas dos usuários. E quando as adversidades não puderem ser solucionadas nesta Rede devem ser encaminhadas para os serviços de maior complexidade, visando a integralidade da assistência e a equidade através de acesso resolutivo de qualidade e em tempo oportuno.

De acordo com o Decreto nº 7508, de 28 de junho do 2011, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e completa-se na rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade do serviço. As portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) compreendem os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. Além disso, mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas portas de entrada às ações e serviços de saúde, de acordo com as características da Região de Saúde.

Apesar disso, o que percebemos é que a rede se constrói diferente daquela que o Ministério da Saúde determina. Assim, as mulheres vão compondo seus itinerários respondendo a nova condição crônica de saúde e enfrentando a nova situação, indo em busca do cuidado, independentemente da porta de entrada preconizada pelo sistema de saúde.

Os serviços de Rede Especializada necessitam de articulação entre si, possibilitando condições em que as ações complementem-se de acordo com as necessidades apontadas pela Atenção Básica, ordenadora e coordenadora da Rede de Atenção deste território, aumentando a resolutividade e contribuindo à integralidade da assistência.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, sendo definida como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

As redes, então, surgem como formas de organização articulando serviços e sistemas de saúde, com equipes multidisciplinares, conectando cada ponto da rede. Assim, é possível que o sistema responda às necessidades da população, havendo encaminhamento aos serviços

especializados quando preciso e evitando que o paciente peregrine nos serviços sem uma referência que faça sentido.

Algumas mulheres relataram falhas na conduta médica, demonstrando seu descontentamento com a atuação de alguns médicos no tocante a atenção destes em relação as suas queixas mamárias na UBS de seus respectivos territórios:

*“Eu fiz (o exame) e foi descoberto vários nódulos [...], mas ele (médico) falou para mim que não iria para frente, [...] que ia acabar, [...] ficou, e deixa o tempo passar, eu pensei que não iria chegar na situação que chegou, porque se tivesse sido no começo, eu acho que talvez eu tinha cuidado mais cedo”. (Granada, 63 anos)*

*“O caroço era bem pequenininho, se ela tivesse feito do jeito que eu pedi não tinha chegado a esse ponto” (Sobre ter pedido para a médica da UBS um encaminhamento para mamografia e não ter conseguido). (Opala, 68 anos)*

Nos relatos, percebemos a insatisfação das mulheres com o atendimento recebido pelo médico quando tiveram seu primeiro contato em busca de explicações para os sinais e sintomas que apresentavam. Os profissionais negligenciaram suas queixas e suas percepções sobre a alteração mamária constatada.

Silva e colaboradores (2017) defendem que a atenção básica deve ser uma conexão entre os pacientes e os serviços especializados, sempre que preciso, e para que isto aconteça é imprescindível que os profissionais estejam atentos a todas as queixas dos pacientes, descartando de imediato a viabilidade de um diagnóstico grave.

No estudo de Gomes (2012), nos relatos das participantes, a abordagem de alguns profissionais foi indagada, pois a inexistência de vínculo dos profissionais com essas mulheres favoreceu uma abordagem fragmentada, vazia e não resolutive.

Pesquisa realizada pelo INCA apontou a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para detecção do câncer nos estágios iniciais, sendo que a atuação profissional na atenção básica foi a que apresentou demandas mais urgentes seguida pela atuação em nível ambulatorial e pelas noções básicas de controle e prevenção do câncer devido à carência de qualificação na área oncológica (INCA, 2012).

Apesar da falha no primeiro contato, as mulheres demonstraram, contudo, a determinação e a perseverança na procura de respostas concretas sobre sua situação, e partiram em busca de novas possibilidades.

*“Eu procurei [...] outros médicos, não sei se você já teve conhecimento do doutor [...]. Eu procurei ele, marquei a consulta [...], fui no consultório dele e me consultei”. (Granada, 63 anos)*

*“Lá onde eu fiz a mamografia e a ultrassom colocaram como benigno, mas nunca me pediram biópsia. Minha filha me ligou e perguntou: - Mamãe como é que foi? Eu disse: -Deu tudo normal! Ela disse: -De jeito nenhum, como é que pode um caroço desse tamanho ser normal? E ser benigno, não existe, vá para Teresina! Então eu fui”. (Âmbar, 56 anos)*

*“Eu já sabia, porque eu já vinha lendo, sabia que era câncer de mama”. (Rubi, 29 anos)*

Rosa e Radünz (2013) afirmam que a curiosidade e a busca por informações são inerentes à natureza do ser humano. A iniciativa das mulheres em procurar outros profissionais ou estudar sobre o assunto na tentativa de se apropriar do que estava acontecendo representa a necessidade de entender melhor a situação que estão vivendo e, assim, encontrar novas possibilidades para cuidar de si.

Um dos motivos relatados para a procura por outras opiniões profissionais, relatado pelas participantes do estudo, foi a falta de confiança na assistência disponibilizada em Parnaíba. Algumas mulheres foram em outros médicos na tentativa de confirmar o diagnóstico.

*“Como era uma clínica nova, um médico novo aqui em Parnaíba, eu não confiei muito, fui fazer em outra clínica”. (Esmeralda, 34 anos)*

*“Eu já estava decidida a ir a Teresina mesmo fazer umas consultas para lá. Porque as vezes a gente faz as coisas aqui (em Parnaíba) e não dá muito certo”. (Âmbar, 56 anos)*

Após a confirmação do diagnóstico de câncer, as mulheres puderam ser encaminhadas para o serviço especializado em oncologia. Conforme relatado nos trechos abaixo:

*“Fiz o exame, detectou que tinha outro nódulo, com aspecto diferente, no caso...o câncer de mama, imediatamente a médica [...] indicou o médico mastologista”. (Rubi, 29 anos)*

*“Ele pediu exame... da mama, de tudo! [...] Mas também disse que eu estava com um nódulo, ele transferiu para o outro médico [...], então eu vim para clínica, trouxe os papéis, e esse médico me encaminhou logo para fazer os exames da biópsia”. (Jade, 46 anos)*

As barreiras existentes no próprio sistema de saúde contribuem para que o encaminhamento do paciente a uma unidade de saúde adequada aconteça após um longo período que não é compatível com a evolução e gravidade de sua doença (INCA, 2012) como observamos na fala a seguir:

*“Ele me mandou procurar um médico especialista nessa área, eu procurei, marquei a consulta. Para [...] encontrar com o médico foi uns dois a três meses [...]. Particular, não tinha vaga”. (Esmeralda, 34 anos)*

*“Eu queria particular, mas [...], só era daqui a três meses, particular! Para o mastologista”. (Opala, 68 anos)*

A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, do Ministério da Saúde, estabelece que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve se iniciar no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico ou em prazo menor, conforme necessidade terapêutica do caso registrada no prontuário do paciente. Entretanto o que observamos é que a mulher, muitas vezes, não consegue sequer um encaminhamento para o médico especialista em tempo hábil.

Em seu estudo, Traldi e colaboradores (2016) observaram que o tempo médio de espera entre os encaminhamentos era superior a 30 dias. Além disso, encontraram que o evento que mais contribuiu para a demora no diagnóstico foi a consulta médica no serviço especializado, com uma espera de aproximadamente 43 dias.

Anjos (2005) destaca que o diagnóstico do câncer nem sempre é simples e rápido, o que pode acontecer por vários motivos entre os quais está a demora pela busca especializada pelo fato de o indivíduo acreditar que a alteração no corpo possa ser algo passageiro e que não necessita de intervenção médica ou até mesmo pela dificuldade de acesso aos recursos.

A utilização do serviço privado para realização das consultas e/ou exames também foi atividade desempenhada entre as mulheres, que ora transitaram no SUS ora no serviço particular. O apelo para o serviço privado na tentativa de agilizar a consulta com o especialista foi relatado pelas mulheres. Entretanto, mesmo com a investida, o que percebemos é que nem sempre foi possível agilizar o processo. Com relação aos exames, algumas mulheres conseguiram imprimir velocidade ao tratamento quando o faziam no setor privado.

*“Os exames [...] de sangue fiz particular, que é difícil você encontrar no posto na data certa”. (Opala, 68 anos)*

*“Eu acho que se eu não tivesse, no começo, o dinheiro para pagar todas essas consultas particulares, ainda tinha ficado um pouco mais difícil...Só mesmo a cirurgia que foi de graça, pelo SUS, mas o restante tudo foi particular, consultas, exames [...] Hoje... eu não tenho nem um centavo na minha conta, mas eu tenho minha saúde”. (Esmeralda, 34 anos)*

*“Que tudo é com dinheiro, se você não tiver dinheiro, eu digo como minha mãe, você fica no meio do terreiro, fica no chão. Principalmente agora que o SUS não recebe ninguém, fica é no chão, na padiola”. (Padiola: espécie de cama portátil, geralmente de lona, para transporte de doentes ou feridos) (Topázio, 77 anos)*

A existência dessa prática pode ser justificada pela grande demanda de pacientes e da consequente demora na realização de alguns atendimentos e serviços, diante disso as mulheres em tratamento para o câncer, em determinado momento de seu itinerário, preferem efetivar consultas, exames ou outros procedimentos no sistema particular a fim de obter respostas precisas mais rapidamente (TOMÁZ, 2009; SILVA et al., 2017).

No estudo de Souza et al. (2016), os participantes utilizaram o setor privado como recurso complementar ao público para a realização de procedimentos indispensáveis com o objetivo de diminuir o tempo de espera para realização de consultas ou exames necessários para o estabelecimento do diagnóstico e que não são tão onerosos quando comparados aos gastos com a internação e o tratamento efetivo.

Em alguns relatos percebemos que as mulheres, em virtude da dificuldade do acesso ao mastologista, buscaram meios alternativos na tentativa de agilizar as consultas:

*“Difícil você conseguir uma consulta com o médico, pelo SUS... foi luta para conseguir uma consulta para ele, até para a mãe do doutor eu cheguei a pedir, para ver se ela conseguia [...] porque o homem é difícil [...] É muita gente, ele tem muito paciente”.* (Granada, 63 anos)

*“De repente ficou roxo, eu me apavorei, a minha filha se apavorou, ela tem uma amiga que trabalha na saúde, na prefeitura e falou com o secretário de saúde e no outro dia eu fui para o mastologista”.* (Opala, 68 anos)

*“A cunhada da minha menina, foi ela que ajeitou para mim”.* (Jade, 46 anos)

*“Não tem um ditado que diz que é muito melhor você ter um amigo do que dinheiro no bolso? Caiu direitinho, porque eu só tenho a agradecer a eles. [...] Foi através do pai do doutor, através do conhecimento dele com meu filho, que são amigos que as portas se abriram para mim”.* (Âmbar, 56 anos)

As mulheres declararam que se beneficiaram das redes sociais e comunitárias, envolvendo amigos e familiares, para ter acesso aos serviços de saúde. Segundo Souza et al. (2016), diante da demora em iniciar o tratamento para o câncer de mama é comum as pacientes usarem outras formas de acesso aos serviços de saúde. De maneira informal e contando com o apoio de mediadores que facilitam a entrada nas redes de cuidado, é possível proporcionar novas conexões frente a situação de adoecimento, mobilizando outras pessoas e outros recursos.

Quando uma consulta é marcada com facilidade, as mulheres associam o feito a pura sorte, pois já sabem que o corriqueiro é a espera pelo atendimento.

*“No outro dia eu fui para o mastologista... foi rápido, é difícil ter sorte assim, mas foi isso”. (Opala, 68 anos)*

O diagnóstico baseia-se na detecção de alterações fisiológicas e funcionais. O atraso na avaliação diagnóstica pode favorecer um pior prognóstico, pois só após confirmação da doença e estágio é possível determinar a melhor forma de tratamento (TOMÁZ, 2009; SOUZA et al., 2016).

Outro motivo que contribuiu para o atraso do diagnóstico de câncer de mama foi a necessidade de repetição da biopsia, conforme comprovado na narrativa a seguir:

*“Fizeram errado a biopsia [...]. Eu recebi e levei para o médico, ele falou que estava errado [...]. Disse que eu tinha que fazer outra, porque o que tinha no papel não era o que ele estava vendo no exame”. (Esmeralda, 34 anos)*

No estudo de Rosa (2011), o tempo para a realização da biopsia ou a sua repetição contribuíram para a demora no diagnóstico e consequente início do tratamento, pois há um intervalo de tempo longo em decorrência dos agendamentos e emissões de laudos.

Cada mulher apresenta uma forma única de responder a determinada situação. Nas narrativas a seguir observamos reações diferentes frente ao diagnóstico:

*“Foi o pior dia da minha vida”. (Rubi, 29 anos)*

*“Eu não senti nada”. (Opala, 68 anos)*

De acordo com Tomáz (2009), quando falamos de doença, além da experiência pessoal conferida ao problema de saúde, existe um significado que a pessoa infere à doença determinado pelos fatores socioculturais em cada espaço, pois cada cultura possui linguagem própria.

O câncer, no geral, apresenta grande impacto na vida das pessoas, não só da pessoa acometida, mas de todos que estão a sua volta. Considerando que o câncer de mama é bastante

temido e estigmatizado entre as mulheres, percebemos que algumas mulheres não se sentem preparadas para lidar com o diagnóstico da doença:

*“Quando o doutor disse que era um nódulo, que era fácil de operar, eu entrei dois dias tipo com depressão [...] com aquela coisa ruim em mim”. (Jade, 46 anos)*

*“Eu sentei na cadeira dele [...] chorei, ele falou [...] com todas as letras, eu dei um esparro lá, chorei muito na hora que ele falou”. (Rubi)*

A representação da doença como fatal tem todo um significado para a mulher e, muitas vezes, por não saber como conduzir a situação, em um primeiro momento, confia sua saúde à pessoa do médico ou a Deus, pois enxergam a cura como um milagre conforme exposto nos relatos a seguir:

*“Está nas mãos dele (do médico), o que o médico decidiu é a decisão dele, então ele decidiu, eu concordei”. (Rubi, 29 anos)*

*“Deus usa os médicos para dar a saúde da gente, Deus é o médico dos médicos. Ele está curando a gente, o doutor [...] eu estou muito satisfeita, muito alegre, com essas criaturas, essas bênçãos de Deus”. (Jade, 46 anos)*

*“Faça o que você souber e quiser. Está nas suas mãos e nas mãos de Deus, primeiramente”. (Topázio, 77 anos)*

Segundo Tomáz (2009), o ser humano, em situações adversas, tenta se adaptar à nova condição, estabelecendo estratégias de enfrentamento traçadas por ele próprio, dentro do campo de suas possibilidades socioculturais. O que observamos é que a mulher espera encontrar no profissional de saúde e na religiosidade a solução para a sua doença, traçando um percurso singular frente ao contexto no qual se encontra.

Percebemos nas narrativas que algumas mulheres consideram o câncer um divisor de águas, entre o que elas eram antes e como elas ficaram após o diagnóstico da doença. Começaram a ver a vida de outra forma, como se viver tivesse outro valor.

*“Eu era uma pessoa tão do mundo... que meu Deus do céu [...] eu tinha moda de andar bebendo, andar em festa...e isso não agrada a Deus [...], agora ando simples, estou na igreja que eu me batizei, é só benção na minha vida que eu estou recebendo”. (Jade, 46 anos)*

*“Eu era [...] do mundo, saía para beber, para curtir, não queria saber de nada [...] hoje não, eu penso muito [...], eu não sou mais aquela de antes, agora eu sou outra pessoa porque Deus me deu outra vida, porque você sabe que nesse tipo de doença a pessoa vive de novo”. (Esmeralda, 34 anos)*

O autoconhecimento e a reflexão, diante da nova situação adversa, aparecem nas narrativas do estudo. Rosa e Radünz (2013) afirmam que quando as mulheres percebem que a própria vida está em risco, passam a vê-la com outro olhar, e a vida se enche de significativas mudanças e aprendizados na tentativa de obter maior qualidade de vida.

A forte representação social do câncer relacionada à morte, à dor e ao sofrimento, bem como as evidências de que é uma doença de difícil tratamento e controle, afeta as estruturas e relações familiares. Ademais, a possibilidade de terminalidade ou finitude provoca na família muitas incertezas quanto ao futuro. Os familiares são considerados o alicerce das relações entre as pessoas e podem auxiliar no processo de enfrentamento da doença, proporcionando apoio para essas mulheres (ROSA; RADÜNZ, 2013; SILVA et al., 2017). Nos relatos abaixo são destacadas as reações da família frente ao diagnóstico:

*“Ela (filha da paciente) foi que chorou e tudo [...] se apavorou e aquela coisa [...]. Minha família de Teresina faltou enlouquecer”. (Opala, 68 anos)*

*“Choraram, mas eu dando consolo para eles, que isso aqui é uma coisa que eu estava com esse problema, eu digo que não estou mais, que Deus já me curou [...] eles ficaram tristes, eu disse: -não adianta ficar triste, eu vou ficar boa! Tem de ter fé, vou ficar boa, eu estou boa”. (Jade, 46 anos)*

*“Minha família, todo mundo ficou [...] abalado, ninguém fala comigo, acho que a família, eles vão falar mesmo para outras pessoas, mas [...] para mim eles não mostram nada”. (Rubi, 29 anos)*

A família apresenta grande influência para a mulher com câncer de mama, principalmente quando oferece condições para adaptação e equilíbrio diante da doença, pois é a principal fonte de cuidado para a pessoa com câncer. O diagnóstico impõe decisões e a família, de uma maneira ou de outra, adota estratégias em relação a doença na tentativa de determinar ações a serem tomadas durante o processo de adoecimento. Diante disso, os familiares também precisam de intervenções de saúde, com o objetivo de receber apoio para lidar com o novo contexto em que todos foram inseridos e, assim, ajudar a mulher a enfrentar a doença (FEIJÓ et al., 2008; TOMÁZ, 2009).

Nas narrativas, algumas mulheres ainda não estabeleceram um vínculo com a família a ponto de externar todas as angústias e o sofrimento que vem sentindo.

*“Eu nunca me desesperei, assim de botar a mão na cabeça e apavorar até minha família, eu penso tanto na minha família que eu vejo que se eles são fortes é porque me olham todo dia alegre, feliz, eu nunca mostrei para eles que eu estava triste”. (Rubi, 29 anos)*

Silva e colaboradores (2017) afirmam que algumas mulheres tentam poupar a família do sofrimento e que, muitas vezes, optam por não lhes revelar suas indagações, dúvidas e medos e até mesmo não informá-los sobre a doença, situação que pode evidenciar que a mulher não usufrui amplamente do suporte familiar e social que poderia ter, o que requer atenção especial da equipe de saúde, pois pode comprometer o tratamento.

A demora no período entre o diagnóstico e o tratamento é um fator que influencia o prognóstico da doença negativamente. Para o início do tratamento é necessário, obviamente, que seja confirmada a presença da doença, e nem sempre as mulheres conseguem tal feito em tempo hábil. Nesse contexto, grande parte das mulheres com câncer de mama é diagnosticada em fase avançada da doença e, muitas vezes, não realizam o tratamento no tempo adequado. A inexistência de integração do sistema de saúde limita a atuação e, por conseguinte, o desempenho apropriado para assegurar a integralidade da assistência à saúde com qualidade (BARROS, 2017).

Na narrativa a seguir a mulher evidencia sua preocupação com a delonga:

*“Demorou [...] e a minha preocupação era que quanto mais eu demorasse, a doença podia avançar mais, [...] a minha vontade era de iniciar o tratamento o mais rápido, porque quanto mais rápido, vai diminuindo mais, ela (a doença) vai morrendo mais”. (Granada, 63 anos)*

Segundo Souza e colaboradores (2017), quando o diagnóstico é realizado em fase inicial, a mulher tem mais chances de cura e o tratamento pode ser menos radical e sistêmico, o que contribui para a recuperação, que pode ser mais rápida e com o mínimo de sequelas advindas da terapia. São muitas as intervenções no tratamento do câncer: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e reabilitação, a escolha de qual tratamento seguir vai depender de diversos fatores, como por exemplo a idade da paciente, o tamanho do tumor, o estágio do câncer no momento no diagnóstico, entre outros.

Ademais, a demora no início do tratamento além de ser um fator determinante para a piora da doença e mortalidade, pode apontar ainda para uma fragilidade na rede de serviços. A dificuldade de acesso é um dos principais obstáculos para o início do tratamento (SOUZA et al., 2016; SILVA et al., 2017).

Duas das participantes do estudo realizaram a cirurgia em Parnaíba, mas para a continuidade do tratamento tiveram que ir a Teresina. Nos relatos evidenciam suas dificuldades, com relação a tempo e dinheiro:

*“Ele marcou a cirurgia, eu fui fazer, fiz [...] ele disse “agora você vai para Teresina, fazer o tratamento lá, que aqui tem, mas é só particular”, isso em 2015 [...] Mas para Teresina, foi uma dificuldade grande, porque tinha que ter preparo na prefeitura [...] fiquei quase um mês esperando o SUS liberar o tratamento, porque você sabe que demora, e tem muitas pessoas precisando na frente”. (Granada, 63 anos)*

*“Eu já digo a minha sobrinha: “Você não diga mais nada não, nem vá lembrar eles quando é que eu vou para Teresina.” Isso enche o saco! [...] Tem que pagar carro, eles estavam lutando para eu fazer uma tal de avaliação (em Teresina), uma coisa tão simples [...] já tinha fretado o carro que era para não perder essa radioterapia. Chego lá, só para*

*riscar o lugar e voltar! [...] Pensa que [...] o dinheiro cai do céu, parece que a gente tem guardado debaixo do colchão, tudo o que me revolta é isso”. (Topázio, 77 anos)*

O deslocamento para outra cidade, seja para realização de exames ou terapêuticas prescritas, acontece quando o município onde essas mulheres residem não dispõe de todos os tipos de tratamento necessários ao combate do câncer. Atualmente, em Parnaíba já é realizada a quimioterapia, entretanto quando o tratamento envolve radioterapia, a mulher ainda precisa ser referenciada para Teresina.

Silva e colaboradores (2017) observaram em seu estudo que algumas mulheres entrevistadas não residiam na capital do estado, onde eram realizados os exames mais avançados, as cirurgias e tratamentos. Então, para se deslocar, optavam por utilizar transportes particulares, e quando não era possível recorriam aos transportes públicos que eram destinados ao deslocamento de pacientes entre serviços de saúde de regiões diferentes como observado na narrativa a seguir:

*“Viajamos (para Teresina), [...] eu fiquei na pensão da prefeitura... a minha sorte é que ficamos [...] na pensão, paga pelo prefeito de Parnaíba, [...], porque dinheiro para manter um monte de despesa: almoço e janta e café todo dia e dormida...”. (Granada, 63 anos)*

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde - SUS. O TFD é um benefício que consiste na assistência integral à saúde, incluindo o acesso de pacientes que residem em um determinado Estado a serviços assistenciais localizados em municípios do mesmo Estado ou de Estados diferentes, desde que esgotados todos os meios de tratamento no local de sua residência e que o lugar indicado possua o tratamento para a resolução do problema do paciente. Entretanto nenhuma participante do estudo mencionou conhecer esse benefício.

Em contrapartida, algumas mulheres relataram não ter dificuldades com o tratamento, pois contaram com ajuda profissional:

*“Eu vi que o médico ficou assustado pois já estava suspeitando de câncer de mama...e gravidez! [...] Ele me deu seu número...na hora que eu recebesse o resultado da outra biopsia era para levar imediatamente [...] foi fácil, porque o doutor me ajudou muito, ele que ligava para a*

*prefeitura, fazia tudo para mim, falou que iria ajeitar tudo para operar em 15 dias [...] deu tudo certo”. (Esmeralda, 34 anos)*

*“Eu tive ajuda do médico, foi ele. Eu vim, fiz a consulta com ele. Eu tinha que começar urgente, porque quando eu descobri o meu o câncer já estava muito grande [...] não tinha coisa de pensar e esperar por nada...então ele mesmo autorizou, eu fiz as primeiras quimioterapias sem autorização do plano, o médico disse: deixa, vamos continuar! Depois meu plano autorizou e cobriu o gasto”. (Âmbar, 56 anos)*

Durante o itinerário da mulher com câncer de mama, a relação estabelecida com os profissionais de saúde poderá facilitar, ou não, a aceitação, adesão, adaptação e tomada de decisão quanto aos tratamentos, pois os profissionais de saúde são considerados elementos importantes nesse enfrentamento, ao acolherem, transmitirem informações sobre a doença e sua evolução, assim como ao encorajarem e confortarem. Esse cuidado apoia e dá suporte para que essas mulheres ultrapassem e reduzam o sofrimento do tratamento (BRUSTOLIN E FERRETTI, 2017; SILVA et al, 2017).

Nas narrativas abaixo, as mulheres descrevem algumas situações que facilitaram o tratamento.

*“Quando eu chego lá o doutor já me dá a guiazinha dele, já marcando o dia de eu voltar, [...] quando a gente chega já está agendada a consulta [...], então não tem dificuldade. Porque se a gente ainda fosse atrás, ainda marcar, ia perder muito tempo”. (Esmeralda, 34 anos)*

*“Hoje em dia se você não tiver um plano de saúde, fica muito complicado. Eu graças a Deus tenho um plano [...], está resolvendo tudo para mim”. (Âmbar, 56 anos)*

O agendamento das consultas foi citado como uma condição atenuadora dentro da terapia, pois permitia a continuidade do tratamento. A consulta marcada evitava interrupções no plano terapêutico da mulher.

O plano de saúde foi citado como um facilitador do acesso ao tratamento. Silva e colaboradores (2017), em sua pesquisa sobre a detecção precoce do câncer de mama no Brasil, observaram que entre as participantes do estudo com plano de saúde o acesso ao diagnóstico e

tratamento obteve um percentual maior quando comparado as que não o tinham fortalecendo a premissa discutida por eles de que a população que reside fora das grandes cidades e que depende unicamente de serviços prestados pelo SUS enfrenta mais dificuldades para o rastreamento do câncer de mama.

Algumas mulheres relataram a fragilidade de sua rede de cuidados conforme evidenciado nos relatos a seguir:

*“A pessoa tirou um seio, ficou só com um, será que elas (as amigas) preferiam que eu morresse?” (Esmeralda, 34 anos)*

*“Quando a pessoa adoece é onde você vai ver quem são realmente seus amigos”. (Âmbar, 56 anos)*

*“As pessoas se afastam na doença”. (Rubi, 29 anos)*

O câncer pode afetar consideravelmente a auto percepção, o comportamento e ainda as relações sociais da vida da pessoa. Segundo Siqueira e colaboradores (2007) na maioria dos casos, a contar do diagnóstico, as pessoas com câncer começam a ser abordadas de forma diferente, o que pode ocorrer pelo estigma da doença sempre relacionado a morte ou por acreditarem se tratar de uma doença contagiosa.

Ao mesmo tempo em que se deparam com uma rede de cuidado frágil, as mulheres com câncer passam a descobrir outros caminhos. A percepção de que outras pessoas estão próximas, disponíveis a ajudar e oferecer apoio, pode auxiliar a paciente a enfrentar o novo contexto que vem permeado de situações estressantes (HOFFMANN et al., 2006).

*“É porque lá você encontra todo mundo [...] lutando pela mesma causa, [...] nós estamos no mesmo barco. [...] Eu vou começar a fazer (lanche) aqui também, trazer o lanche para o pessoal... tem muita gente de fora que vem para cá, muita gente humilde”. (Âmbar, 56 anos)*

*“Evangélica. Faço, célula lá em casa [...] de sábado, [...] eu vou para minha igreja, para adventista”. (Jade, 46 anos)*

As atividades em grupos são importantes pois permitem que as mulheres tenham a possibilidade de aprender e trocar novas informações, de estar perto de mulheres que vivenciaram as mesmas dificuldades, de distração, diversão e descontração. Além disso, são eficazes porque contribuem para melhorar o ajustamento psicossocial perante a doença quando permitem a troca de experiência, percebendo também que não estão sozinhas, que podem trocar experiências, e com isso redescobrir a vontade de viver favorecendo o enfrentamento da doença e suas incertezas (ROSA; RANDÜNZ, 2013; SILVA et al., 2017).

Funghetto e colaboradores (2003) afirmam que a importância dos grupos de apoio está na possibilidade de permitir que as pessoas compartilhem seus sentimentos promovendo interação entre todos. Assim, poder conversar e discutir ideias sobre variados aspectos com outras pessoas que viveram experiências parecidas, auxilia a encontrar suas próprias soluções.

As mulheres especulam ainda o motivo de existir recidiva após finalização do tratamento quimioterápico ou cirúrgico:

*“O pessoal fala: o câncer sempre volta! [...] Uma senhora fez o tratamento todinho e o câncer voltou, mas eu acredito que é porque tem aquele negócio de não comprar os remédios. [...] ou você compra ou você não fica boa! [...] E você tem que comprar os remédios direitinho, que tudo no mundo você for esperar pelo SUS, não vai não” (Opala, 68 anos)*

*“Pois é, é a segunda vez que ela faz. Mas assim, eu conheço pessoas que tá com 15, 20 anos que teve e nunca mais voltou. Eu acho [...] que depende de cada organismo, da pessoa, porque a pessoa tem que se ajudar, se a pessoa não se ajudar.” (Esmeralda, 34 anos)*

As mulheres associaram a recidiva do câncer a uma falha do tratamento, seja por conta de não tomar todos os remédios prescritos durante a terapia ou ao aspecto psicológico da pessoa. Oliveira e colaboradores (2015) afirmam que os problemas de saúde são pouco explorados e mal compreendidos, o que contribui para que os doentes pensem que uma vez finalizado o tratamento não precisam mais de acompanhamento.

*“Muita gente [...] termina a terapia e por causa disso não vai nem para o médico mais, porque acha que está bom, não é assim não. São cinco anos, são cinco anos”. (Opala, 68 anos)*

*“Já terminei tudo, mas tem que ter esse acompanhamento médico.”  
(Topázio, 77 anos)*

As políticas de saúde existem, mas não amparam completamente e nem pontualmente as necessidades dos sobreviventes. Os serviços de saúde ainda apresentam deficiências quando o assunto é por em prática a integralidade do cuidado, pois o que se observa é uma fragmentação (OLIVEIRA, et al., 2015).

#### 6.4 Categoria 4 – Sentidos atribuídos ao adoecimento

Na quarta categoria, apresentaremos os sentimentos vivenciados pelas mulheres ao longo do seu processo de adoecimento. O adoecer, de maneira geral, altera a vida da pessoa, e quando a doença diagnosticada é o câncer, a mulher pode apresentar uma série de expectativas e reações, assim como os seus familiares, visto o caráter estigmatizado conferido ao câncer.

Trataremos dos sentimentos frente à suspeita de câncer, a surpresa do diagnóstico confirmado, seguido de pensamentos negativos, os momentos de tristeza, as preocupações e os medos relatados por essas mulheres.

Na narrativa a seguir a mulher revela angústia na espera pelo resultado dos exames diagnósticos de câncer de mama:

*“Eu fiquei esses 5 meses toda angustiada”. (Rubi, 29 anos)*

Silva e colaboradores (2008) afirmam que o câncer, quando diagnosticado precocemente, tem mais chances de ser controlado, ocorrendo a cura total do indivíduo. Entretanto, ainda existe a crença de que o diagnóstico confirmado de câncer é o anúncio de uma da morte próxima. Dessa forma, esses pensamentos influenciam diretamente no aspecto emocional do paciente.

Nas narrativas abaixo as mulheres demonstram surpresa ao se deparar com o diagnóstico:

*“Nunca pensei que fosse isso!” (Esmeralda, 34 anos)*

*“Eu pensei que [...] não ia chegar na situação que chegou”. (Granada, 63 anos)*

Segundo Carvalho e colaboradores (2016), o câncer, desde a antiguidade, simboliza uma vasta carga de significados negativos. A forma como as pessoas enxergam a doença, como se estivessem em iminência de morte, contribui para agravar o estado de saúde das mulheres.

O momento do diagnóstico de câncer de mama é vivido de modo conturbado. Geralmente ocorre em um contexto permeado por angústias e incertezas. É nessa situação que são percebidos os pensamentos de tristeza, medo e preocupações que interferem no bem estar do paciente.

*“No período que eu [...] recebi o diagnóstico de câncer de mama, foi o momento mais infeliz da minha vida”. (Rubi, 29 anos)*

*“Eu fiquei triste, me deu uma crise de nervoso, eu chorei muito preocupada”. (Granada, 63 anos)*

Os sentimentos gerados a partir do diagnóstico como o medo, a tristeza, angústia e o sofrimento são experiências emocionais que podem influenciar o processo de adoecimento, agravando o estado dessas mulheres (CARVALHO et al., 2016; ZILGUER et al., 2016). Na fala abaixo a mulher relata que demorou dois dias para absorver as informações fornecidas pelo médico:

*“Quando o doutor disse que era um nódulo, que ia operar eu entrei [...] dois dias tipo com depressão”. (Jade, 46 anos)*

Além do diagnóstico de câncer de mama ter um grande impacto na vida da mulher, ela vê-se frente a vários desafios, como o mal prognóstico, os vários tratamentos a que será submetida, as consequências físicas que são geradas a partir desses tratamentos, alteração de sua imagem, as restrições por conta da doença e os desconfortos físicos e efeitos colaterais do tratamento complementar à cirurgia.

Uma das preocupações relatadas pelas mulheres era com a possibilidade de morrer por conta da doença e os filhos ficarem sem amparo.

*“Em primeiro lugar vem a minha saúde, porque eu tenho um filha de 6 anos, eu não pensava assim em mim”. (Rubi, 29 anos)*

*“Tenho medo da morte... tenho medo de deixar as minhas filhas aqui”. (Esmeralda, 34 anos)*

*“Não tenho (medo) não [...]. Só tenho medo de deixar minha filha, mas tudo já preparei pra ela”. (Topázio, 77 anos)*

A possibilidade de terminalidade é uma preocupação evidenciada pelas mulheres entrevistadas. Diante disso, encarar uma doença que traz a ideia de que a morte está próxima contribui para que a mulher altere seu papel historicamente construído, de cuidadora e de mãe, pois no momento quem está necessitando de cuidados é a própria mulher.

O tratamento cirúrgico, embora não seja utilizado em todos os casos de câncer de mama, ocorre com muita frequência. Quando realizado, por ser um procedimento invasivo tanto do ponto de vista físico como psíquico, traz repercussões emocionais importantes. O câncer é considerado uma doença de grande poder letal, a perda da sensação de invulnerabilidade e a perda do domínio sobre a própria vida contribui para que o sujeito comece a trabalhar a questão da finitude e da morte (ROSSI E SANTOS, 2003).

Na fala abaixo, a participante revela sua tristeza ao realizar a cirurgia para retirada da mama:

*“Eu fiquei muito triste, porque uma pessoa retirar a mama, uma pessoa nova [...]. Quando eu saí [...] que eu peguei em mim e não tava no lugar, foi horrível, já vim aos prantos de choro da sala”. (Esmeralda, 34 anos)*

Além do tratamento cirúrgico, a mulher pode ser submetida a tratamentos complementares. Algumas participantes do estudo realizaram quimioterapia e outras radioterapia, ou ambas as terapias. Os desconfortos físicos e os efeitos colaterais advindos do tratamento complementar desencadeiam implicações negativas no processo de adoecimento, tornando-o ainda mais difícil e traumatizante (ZIGUER et al., 2016). Fato evidenciado no discurso abaixo:

*“Foi um sofrimento depois dessa radioterapia, para mim foi um sofrimento, um negócio queimando [...] por fora, por dentro”. (Granada, 63 anos)*

As mulheres relatam desespero, medo e tristeza com o desdobramento do tratamento, conforme observamos nas narrativas a seguir:

*“Quando eu venho com esse pensamento de morte, na mesma hora eu tiro da minha cabeça, não vão pra lá! Deus não quer que eu morra, eu vou lutar pela minha vida, porque se a gente deixar o medo dominar é pior, porque o medo vem”. (Rubi, 29 anos)*

*“Tem pessoa que [...] entra logo [...] no desespero, [...] faz tudo errado logo, se mata. Eu já tentei me matar! [...] Depois que eu fiz a cirurgia, vinham aquelas ideias na minha cabeça quando [...] eu ficava sozinha em casa”. (Esmeralda, 34 anos)*

*“Como o doutor fala mesmo, que o câncer, se você der oportunidade de ficar triste, você entra em depressão, adoecer”. (Âmbar, 56 anos)*

*“Ficar sozinha eu começo a lembrar muita coisa, eu penso que eu não vou resistir, eu penso muita coisa”. (Granada, 63 anos)*

Quando a mulher expõe seus medos, suas angústias, seus sentimentos abertamente, a nova realidade passa a ser vista de forma diferente. A solidão é um sentimento que interfere negativamente no tratamento. É importante que os familiares e amigos estejam cientes da situação e que fiquem juntos durante o processo de adoecimento sendo incorporados ao tratamento e a recuperação da mulher, pois isto proporciona confiança na realização das abordagens terapêuticas, pois a mulher não se sente sozinha (FUNGHETTO et al., 2003; CARVALHO et al., 2016).

A morte é referida de variadas formas nas narrativas. As mulheres, uma vez ou outra, já refletiram sobre a possibilidade. No discurso abaixo, a mulher exterioriza o sentimento de medo da morte:

*“As pessoas que fizeram tratamento junto comigo, outras que já foram, eu fico com aquilo, traz um medo [...] vem uma preocupação, [...] receberam alta no dia que eu recebi, e de repente já foram, quando morre alguma pessoa conhecida, minha amiga eu não vou, eu tenho medo, porque eu já estou com a doença, aquela pessoa morreu da doença que eu estou com ela [...] para mim eu não indo é melhor [...] eu não vendo a pessoa é melhor”. (Granada, 63 anos)*

De acordo com Gomes (2012), o medo é um sentimento que faz parte do comportamento humano e que pode ser definido como algo motivado pelo contato com novas experiências ou com alguma coisa estranha, diferente. Afirma ainda que o medo da morte está presente no percurso humano desde que o ser humano tome consciência de sua finitude, rejeitando situações aversivas e que ameacem sua integridade física.

Caso as pacientes tenham a compreensão de que o câncer é realmente o anúncio de morte antecipada, é inevitável que os pensamentos sobre a perda da vida apareçam e, percebendo-se nesta iminência, surjam reações emocionais em resposta a certeza sobre sua finitude (SILVA et al., 2008).

As crenças da mulher acerca da doença podem influenciar as emoções decorrentes do momento delicado em que se encontram, e cada pessoa reage a seu modo. Dentre as mulheres, uma não manifestou medo da morte, conforme evidenciado a seguir:

*“Não tenho (medo da morte). Todos nós vamos, ou mais cedo ou mais tarde”. (Opala, 68 anos)*

Em uma das entrevistadas, o câncer apresentou recidiva. A tristeza foi evidenciada com a falha no tratamento:

*“Eu senti como eu tivesse sido... tido... uma decepção! Para mim que o tratamento, não servia para mim, porque na minha cabeça a doença voltou, na minha cabeça eu já estava curada, a doença não ia voltar mais [...]. Foi mesmo que quebrar minhas pernas, você espera uma coisa [...] e de repente vem outra [...]. Eu fiquei muito triste, me deu uma crise de nervoso [...] fiquei ruim”. (Granada, 63 anos)*

O sofrimento familiar e pessoal diante do câncer pode ser observado com frequência. A seguir, a mulher relata como reagiram com o segundo diagnóstico da doença:

*“Eles sofreram muito, principalmente esse filho que você viu aqui [...] eu também sofri muito quando eu fui saber do resultado de uma coisa e [...] veio outra. [...] Ele (o filho) me viu chorando no canto da clínica em pé, triste, me tremendo toda. Ele imaginou: alguma coisa errada com a mamãe aconteceu, ó o jeito dela, ele ficou muito triste, ele chorou muito”. (Granada, 63 anos)*

O suporte emocional proporcionado pelos membros da família é fortalecido pelos laços afetivos e as interações positivas. Mesmo com o diagnóstico de câncer, traumático na maioria das vezes, o tratamento realizado junto à família funciona como um incentivo para que as mulheres acreditem na cura e na sobrevivência e, assim, enfrentassem o adoecimento.

O fim do tratamento é algo esperado com entusiasmo pelas mulheres. O sentimento manifestado com o fim do tratamento foi de alegria.

*“Eu vou fazer só 3 no próximo mês, e acabou a quimio. (Risos) Não vejo a hora”. (Rubi, 29 anos)*

CAPÍTULO VII

---

*Considerações Finais*

O câncer de mama promove modificações na vida da mulher que vão além dos aspectos físicos, incluindo os componentes psíquico, social, cultural e religioso. Ao descobrir-se com câncer, a mulher apresenta reações e sentimentos diversos que se iniciam antes mesmo do estabelecimento do diagnóstico e permanecem ao longo do tratamento. A família é peça fundamental para que a mulher enfrente o diagnóstico e o tratamento, pois ao sentir-se amparada a mulher torna-se mais confiante para responder à doença. Além disso, a crença em Deus, a apropriação da doença e as mudanças de comportamento foram importantes para o sucesso do tratamento. A negligência das queixas das mulheres pelos profissionais, a demora na consulta com o médico especialista, a utilização do serviço privado na tentativa de agilizar consultas e exames, as dificuldades de deslocamento para a realização de procedimentos em outro município revelam fragilidades na integralidade e na resolubilidade da atenção à saúde.

As escolhas das mulheres durante o processo saúde/doença/cuidado expressam construções em um contexto amplo, envolvendo as experiências vivenciadas por cada pessoa durante seu itinerário de vida. O itinerário desenvolve-se num contexto abrangente, não é linear e não segue a formalização do Ministério da Saúde, extrapolando as Redes de Atenção à Saúde, sendo construído a partir das redes informais as quais a mulher pertence. É produzido a partir da necessidade do sujeito e das potencialidades do território. Ao fim, destaca-se a necessidade de ações de cuidado humanizado e integral, facilitando o acesso ao conhecimento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, além de novos estudos sobre o tema em busca de estratégias que possibilitem uma atenção à saúde com qualidade.



ABREU, E. Pró onco10 anos. **Revista brasileira de cancerologia**. 1993. Vol 43. N 4. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_43/v04/editorial.html](http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v04/editorial.html). Acesso em: 30 jul 2018.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. – Recife: [s.n.], 2015. 33 p.

ANJOS, Anna Cláudia Yokoyama dos. **A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente**. 2005, 126f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ANTUNES, R.C.P.; PERDICARIS, A.A.M.; GOMES, R. (Editores). **Prevenção do câncer**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2015.

AQUINO, Rodrigo Cesar Abreu de; RODRIGUES, Mirella. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. **Rev. Saúde.Com** 2016; 12(1): 488-496. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/317>. > Acesso em: 30 abr 2018.

AZEVEDO, Rosana Freitas; LOPES, Regina Lucia Mendonça. Concepção de corpo em Merleau-P Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Rev Bras Enferm**. Brasília, p 1067-70, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/31.pdf>>. Acesso em: 28 abr 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARROS, A. F. **Fatores associados ao tempo de acesso para o tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil**. 2017. 100f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda de; SILVA, Samara Frizzeira da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 499 - 510, out. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA AF, CORBO AD, organizadores. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV,Fiocruz; 2007. p. 51-86.

BRASIL. Ministerio da saúde. **Assistência integral a saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília. Ministério da saúde, 1984. 27 p. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)> Acesso em 29 jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.220. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de

2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2014.

BRASIL. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010)>.html. Acesso em: 08 de abril 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRUSTOLIN, Angela; FERRETTI, Fátima. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. **Acta Paul de Enferm.** Vol. 30, N 1, 2017, p. 47-59 Universidade Federal de São Paulo São Paulo, Brasil.

CARVALHO, Cláudia Maria Sousa de et al. Feelings of women diagnosed with breast cancer. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 10, n. 11, p. 3942-3950, aug. 2016. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11476>>. Acesso em: 06 jul 2018

CECILIO, Luis Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciê. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v 17, n. 11, p. 2893-2902. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 abr 2018.

CRUZ, Marly Marques. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM R, GRABOIS V, MENDES JUNIOR WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em:<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12542&Tipo=B>. Acesso em 08 mai 2018.

DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Ângela Nobre de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2003000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 abr. 2018.

FEIJÓ, Aline Machado et al. **O itinerário terapêutico das mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico**. Ciência, cuidado e saúde. 2008, v7. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20717/pdf>> . Acesso em: 30 abr de 2018.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; MAMEDE, Marli Villela. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-Am.**

**Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 abr 2018.

FUNGHETTO, Sinvalana Schwerez; TERRA, Marlene Gomes; WOLFF, Leila Regina.

Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. **Rev.**

**bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 528-532, 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672003000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 abr 2018.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GIOVANELLA, L et al. (Org). Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. 2 ed. Ver e amp. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2012. 1100 p.

GOMES, Eloiza Augusta. **Mulheres e câncer de mama: percepção, itinerário terapêutico e prevenção**. 2012. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

HANSRA, D.M. et al. Patient with metastatic breast cancer achieves stable disease for 5 years on graviola and Xeloda after progressing on multiple lines of therapy. **Adv. Breast Cancer Res.**, 3, 84-87, 2014.

HOFFMANN, FS et al. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Advances in Health Psychology*. 14 (2) 143-150 p, 2006.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**; Organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 3. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2017. 108 p.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2018.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122p

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração e ensino – serviço**. 2 ed. Rio de Janeiro, INCA, 2002.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ensino em atenção oncológica no Brasil: carências e oportunidades**. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

JANUÁRIO, SR; SILVÉRIO-LOPES, S. O Poder Terapêutico do Ipê Roxo e seu Uso na Terapia Complementar ao Tratamento de Neoplasias. *Rev Bras Terap e Saúde*, 5(1):9-14, 2014.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MACHADO, Márcia Xavier; SOARES, Daniela Arruda; OLIVEIRA, Shirley Batista. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 433-451, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000300433&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300433&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MARX, Ângela Gonçalves; FIGUEIRA, Patrícia Vieira Guedes. **Fisioterapia no câncer de mama**. Barueri, SP. Manole, 2017. 515 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, Dec. 1988. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MINAYO, M. C. de L. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORAES, IVM. **Extração de compostos bioativos da folha da gravioleira (Annona Muricata L.) e concentração dos extratos por ultra e nanofiltração**. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia de Alimentos. Tese (Doutorado). Campinas, 2016.

OLIVEIRA EXG, et al.. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2): 317-26.

RABELO, MCM., ALVES, PCB., and SOUZA, IMA. **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. ISBN 85-85676-68-X. Available from Scielo Books <<http://books.scielo.org>>.

REGIS, Malena de Fátima; SIMÕES, Mara Faria Simões – Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 81 – 86, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 22 abr. 2018.

REGO, IKP; NERY, IS. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2013; 59(3): 379-390. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/08-artigo-acesso-adesao](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/08-artigo-acesso-adesao)

tratamento-mulheres-cancer-mama-assistidas-hospital-oncologia.pdf >. Acesso em: 25 abr 2018.

ROSA, Luciana Martins da. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2011. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de PósGraduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ROSA, Luciana Martins da; RADÜNZ, Vera. Itinerário terapêutico no câncer de mama: uma contribuição para o cuidado de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 84-89, jun. 2013. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6369>>. Acesso em: 25 abr 2018.

ROSSI, Leandra; SANTOS, Manoel Antônio dos. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 23, n. 4, p. 32-41, Dec. 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 abr 2018.

Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Documento: **Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019**. Secretaria Estadual de Saúde do Piauí/Diretoria de Unidade de Planejamento: Abril/ 2016. 86 p.

SHAUGHNESSY, John J et al. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia**. 9 edição. AMGH Editora Ltda. 2012.

SILVA, TBCS et al. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação a convivência pós-cirurgia. **Rev Esc Enferm USP**. 2010. 44 (1). 113- 119.

SILVA, Raimunda Magalhães; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; PINHEIRO, Cleoneide Paulo Oliveira (Org). **Câncer de mama: Políticas e Práticas na Rede de Atenção à Saúde**. Curitiba, PA: CRV, 2017. 210 p.

SILVA, SS et al. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. V 4. N 2. 2008.

SIQUEIRA, Karina Machado; BARBOSA, Maria Alves; BOEMER, Magali Roseira. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 15, n. 4, p. 605-611, Aug. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mai 2018.

SOUZA, KA et al. O itinerário terapêutico do paciente em tratamento oncológico: implicações para a prática de enfermagem. **Cienc Cuid Saude** 2016 Abr/Jun; 15(2): 259-267.

TALHAFERRO, Belisa; LEMOS, Suyane S.; OLIVEIRA, Elmari. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. **Arquivos de Ciências da Saúde**. 2007, 14(1), 17-22. Disponível em: <[http://repositorioracs.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf](http://repositorioracs.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf)>. Acesso em: 30 abr 2018.

TOMÁZ, Vanderléia Aparecida. **Itinerários terapêuticos de mulheres portadoras de câncer ginecológico a partir de seu diagnóstico**. 2009. 120 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

TOLÊDO, SRS et al. Fluxo assistencial de usuárias com câncer de mama na rede pública de atenção à saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39147>>. Acesso em: 06 ago 2018.

ZIGUER, Maria Lurdes Prestes de Souza et al. Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**. Londrina. V 17. N 1. P. 107-112. 2016.



**APÊNDICE A**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Pergunta que norteará o desenvolvimento da entrevista não diretiva:

01. Você teve câncer de mama? Conte-me como foi essa experiência.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** Mulheres e câncer de mama: itinerários no cuidado à saúde

**Pesquisador responsável:** José Ivo dos Santos Pedrosa

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Programa de pós-graduação em Ciências e Saúde / Telefone para contato: (86) 3215-5856.

**Informações ao voluntário:** Estamos convidando você para participar como voluntário de um projeto de pesquisa desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal do Piauí do Programa de Pós-graduação - Mestrado em Ciências e Saúde. É importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento caso venha a consentir a liberação do estudo. O pesquisador responsável ou o participante do estudo discutirá com você e responderá qualquer dúvida que você possa ter. A participação no estudo é totalmente voluntária e depende exclusivamente da sua vontade e você está livre para retirar-se do mesmo a qualquer momento. Isso não vai trazer nenhum prejuízo ao atendimento rotineiro, a que tem direito na unidade de saúde aonde vem sendo tratado.

**Objetivo do estudo:** Conhecer o itinerário terapêutico das mulheres com câncer de mama na cidade de Parnaíba.

**Procedimentos:** Estudo qualitativo, exploratório-descritivo. O instrumento para a coleta de dados será uma entrevista não diretiva aplicada a cada participante e será gravada e transcrita na íntegra. A pergunta que norteará o desenvolvimento da entrevista será: Você teve câncer de mama? Conte-me como foi. A entrevista ocorrerá de acordo com a disponibilidade de cada participante que escolherá o local e horário mais adequados a sua rotina.

**Desconfortos e riscos e benefícios:** O estudo não oferece desconforto ou riscos físicos. Entretanto o desconforto que você poderá sentir é o constrangimento de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que possa sentir incômodo em falar.

**Benefícios:** Conhecer os caminhos percorridos pelas mulheres com câncer de mama em busca de resolutividade demonstra uma importante ferramenta para a qualificação da atenção à saúde.

**Anonimato:** O participante não será exposto em nenhum momento do estudo. Todas as informações da pesquisa serão sigilosas. Ninguém divulgará o nome dos participantes. Se for solicitado por lei, somente o grupo de estudo, o Ministério da Saúde (Brasil) e os Comitês de

Ética terão acesso às informações confidenciais que identificam o paciente pelo nome. Você não será identificado em qualquer relatório ou publicação que resulte deste estudo.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_

estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

---

Pesquisador Responsável

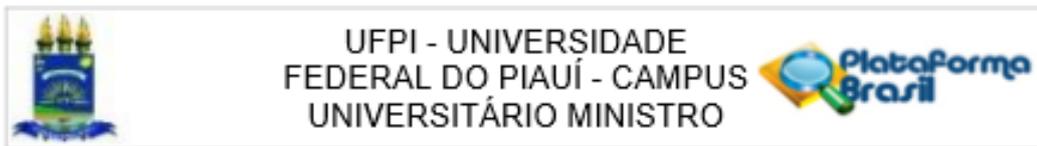
Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

---

Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa-UFPI /Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Ininga. CEP: 64.049-550 - Teresina – PI /Tel.: (86) 3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



## ANEXO A



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** MULHERES E CÂNCER DE MAMA: ITINERÁRIOS NO CUIDADO À SAÚDE

**Pesquisador:** JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66184517.3.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.007.331

**Apresentação do Projeto:**

O estudo de caráter qualitativo será realizado na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) da cidade de Parnaíba, PI. As pacientes serão convidadas a participar do estudo através de convite verbal e serão selecionadas mediante disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. A coleta de dados será por meio de entrevista que será gravada e transcrita na íntegra.

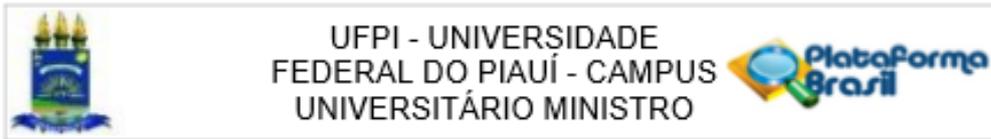
**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

Conhecer os itinerários de mulheres com câncer de mama em busca do cuidado à saúde na cidade de Parnaíba – Piauí.

**Objetivo Secundário:**

1. Descrever os itinerários das mulheres com câncer de mama em busca do cuidado à saúde na cidade de Parnaíba – Piauí;
2. Verificar quais as lógicas de regulação de acesso ao serviço de saúde;
3. Conhecer as representações sociais elaboradas por essas mulheres sobre sua situação como portadora da doença e usuária do sistema.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrólio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.007.331

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos**

O estudo não oferece desconforto ou riscos físicos. Entretanto o desconforto que você poderá sentir é o constrangimento de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que possa sentir incômodo em falar.

**Benefícios:**

Conhecer os caminhos percorridos pelas mulheres com câncer de mama em busca de resolutividade demonstra uma importante ferramenta para a qualificação da atenção à saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante relacionada a saúde da mulher com câncer.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram devidamente conferidos pelo secretário desse CEP.

**Recomendações:**

Sem Recomendações.

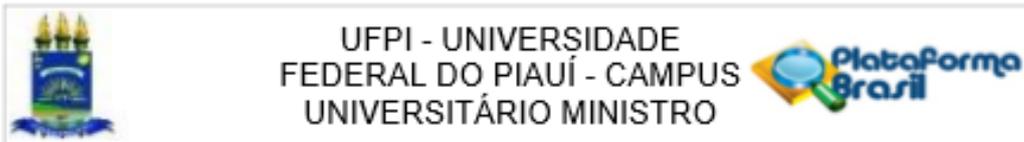
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto apto a ser desenvolvido.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_882467.pdf	24/03/2017 17:16:00		Aceito
Outros	12_Instrumento_da_coleta_de_dados.pdf	24/03/2017 17:15:34	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Outros	2_Carta_de_Encaminhamento.pdf	24/03/2017 17:11:52	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	6_Projeto.pdf	22/03/2017 18:59:23	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Folha de Rosto	11_Folha_de_rosto.pdf	22/03/2017 18:38:49	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Outros	10_Curriculo.pdf	16/03/2017 14:03:19	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Orçamento	9_Orçamento.pdf	16/03/2017	JOSE IVO DOS	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrólio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.007.331

Orçamento	0_Orçamento.pdf	13:59:54	SANTOS PEDROSA	Aceito
Cronograma	8_Cronograma.pdf	16/03/2017 13:59:39	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	7_TCLE.pdf	16/03/2017 13:59:20	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Outros	5_Termo_Compromisso_Utilizacao_Dados.pdf	16/03/2017 13:56:01	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_Termo_de_Autorizacao_Institucional.pdf	16/03/2017 13:55:42	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	3_Declaracao_dos_Pesquisadores.pdf	16/03/2017 13:55:25	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 07 de Abril de 2017

---

Assinado por:  
Herbert de Sousa Barbosa  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
 UF: PI Município: TERESINA  
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br