



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



EUDANÚSIA GUILHERME DE FIGUEIREDO

**ITINERÁRIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DE MULHERES COM
CÂNCER DE MAMA NO ESTADO PARAÍBA**

João Pessoa – PB

2021

EUDANÚSIA GUILHERME DE FIGUEIREDO

**ITINERÁRIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DE MULHERES COM
CÂNCER DE MAMA NO ESTADO PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teórico-filosóficos do cuidar em enfermagem e saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Marta Miriam Lopes Costa

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Glenda Agra

João Pessoa – PB

2021

Catálogo de Publicação na Fonte. UFPB - Biblioteca Central

F475i Figueiredo, Eudanusia Guilherme de.

Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com
câncer de mama no estado Paraíba / Eudanusia Guilherme
de Figueiredo. - João Pessoa, 2021.

95 f. : il.

Orientação: Marta Miriam Lopes Costa.

Coorientação: Glenda Agra.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Tumores - mulheres. 2. Neoplasias da mama. 3.
Itinerário terapêutico. 4. Serviços de saúde. I. Costa,
Marta Miriam Lopes. II. Agra, Glenda. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616-006(043)

Elaborado por Gracilene Barbosa Figueiredo - CRB-15/794



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM**



ATA DA 513ª SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

01 As 9.00 horas do dia 30/08/2021, realizou-se a sessão de defesa de dissertação da discente
02 EUDANUSIA GUILHERME DE FIGUEIREDO, regularmente matriculado no curso de
03 MESTRADO EM ENFERMAGEM da Universidade Federal da Paraíba, que apresentou a
04 dissertação intitulada "Itinerário Diagnóstico e Terapêutico de mulheres com Câncer de mama
05 no estado da Paraíba". Compunham a banca examinadora as/os docentes Dra. Marta Miriam Lopes
06 Costa (Orientadora), Dra. Glenda Agra (Membro Externo - UFCG), Dra. Jacira dos Santos Oliveira
07 (Membro Interno), Dra. Laisa Ribeiro de Sá (Membro Externo Suplente - UFCG), Dra. Kenya de
08 Lima Silva (Membro Interno Suplente). Após a exposição do trabalho, o aluno foi submetido a
09 arguição, dispondo cada membro da banca de 20 minutos. Encerrada a sessão pública de apresentação
10 e de defesa do trabalho final, a comissão examinadora, em sessão secreta, deliberou sobre o resultado
11 e atribuiu ao trabalho o conceito _aprovado_. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi encerrada às
12 11.40 horas e eu, Profa. Marta Miriam Lopes Costa, presidi a banca examinadora da defesa da
13 dissertação e lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos
14 demais membros da banca.

João Pessoa, 30 de Agosto de 2021.

MEMBRO	ASSINATURA
ORIENTADOR(A)	<i>Marta Miriam Lopes Costa</i>
MEMBRO EXTERNO	
MEMBRO INTERNO	
SUPLENTE EXTERNO	
SUPLENTE INTERNO	

DEDICATÓRIA

Dedico a todas as pessoas que lutam diariamente e vivem intensamente apesar do câncer. Dedico àqueles que já venceram (meu pai está neste meio). E àqueles que perderam o autodomínio, mas não perderam a fé.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por permitir que eu estivesse escrevendo estas palavras com o olho cheio de água e o coração repleto de gratidão. A Ele toda a Glória!

Ao meu círculo familiar que me apoia em tudo o que decido fazer e que vibra junto comigo em cada conquista. Meu pai **José Eudis**, minha mãe **Vanusia Guilherme** e meu irmão **Aristóteles Guilherme** tem o poder de estarem presentes mesmo a quilômetros de distância. Juntos formamos uma família de fé e persistência.

Ao meu digníssimo companheiro. Não podia ser de outra forma! Faz toda diferença ter com quem contar no dia a dia. **Túlio Manoel** é muito mais do que o amor da minha vida, é quem apoia, enxuga as lágrimas, não deixa desistir, prepara comida quando se passa o dia no computador, tenta arrancar um sorriso a toda hora e entende o humor preocupado com medo de não conseguir.

Aos envolvidos direta e indiretamente nesta pesquisa. Minha orientadora **Marta Miriam** que oferta um apoio maternal e a minha coorientadora **Glenda Agra** que enxerga nas entrelinhas e estimula a buscar cada vez mais. À direção e secretaria do **PPGENF** por toda disponibilidade. Ao diretor do Hospital Napoleão Laureano Dr. **Thiago Lins** que não se opôs em abrir as portas para pesquisa. A **Laiza Gouveia** enfermeira do ambulatório de oncologia que me acompanhou, me ajudou na busca pelas pacientes e me familiarizou com a rotina do serviço. Aos demais **profissionais do ambulatório** que foram parceiros, às **mulheres e acompanhantes** que permitiram a concretização da pesquisa.

A **toda equipe do Centro Paraibano de Oncologia**. Aqueles que me acompanham diariamente e assistem a correria para tentar conciliar o trabalho e o estudo. Obrigada por permitirem essa concretização. E uma ênfase de destaque aos enfermeiros que tanto me incentivaram e seguraram as pontas para que eu pudesse assistir as aulas, participar de reuniões e sair mais cedo para terminar de escrever: **Isabelle Pimentel, Aline Martins, Lysianne Pereira, Julianne Farias, Wilma Walesca, Rosemary Nóbrega, João Paulo e Fábio Lins**.

Aos verdadeiros **amigos e amigas que se tornaram irmãos e família**, eu carrego uma infinidade deles e é impossível citar um por um. Mas, especialmente, a **Nauã Rodrigues** que obrigou a me inscrever no mestrado quando eu achava que não conseguiria. Nauã fez a residência comigo e juntos produzimos frutos da pesquisa de mestrado dele. Ele me conhece de anos, amo a família que ele construiu e falar do caráter dele é algo que me orgulha demais, pois amigos assim são raros de encontrar na vida.

Aos amigos que o mestrado trouxe. Aqueles que arrancam sorrisos em meio ao desespero, vibram, que mandam mensagens de apoio, se preocupam, oram, choram e que visitam minha casa para uma boa roda de conversa: às meninas do Bonde dos Bancários (**Aninha Rodrigues, Mayara Evangelista e Gleicy Karine**), que sorte a minha em ter vocês! **Matheus Nóbrega, Gabriela Hollanda e José Nildo**, vou buscar vocês em Patos, Recife, Brasília ou qualquer lugar do mundo, obrigada por tudo!

EPÍGRAFE

“Existe cuidado sem cura, mas não existe cura sem cuidado.” Florence Nightingale

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1 - Figura 1: Fluxograma PRISMA de seleção de estudo e processo de inclusão	25
Artigo 2 - Figura 1: Ilustração criada pela pesquisadora para exibir as categorias.....	47
Artigo 2 - Figura 2: Fluxo de acesso às Redes de atenção à saúde criado pela pesquisadora para ilustrar o caminho que as mulheres do estudo percorreram.....	52

LISTA DE QUADROS

Artigo 1 – Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama: revisão integrativa

Quadro 1. Apresentação dos descritores e seu cruzamento nas bases de dados pesquisadas.....24

Artigo 1 – Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama: revisão integrativa

Quadro 2. Descrição da produção de conhecimento acerca do itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama. João Pessoa, Paraíba, 2021..... 25

Artigo 3 – Emoções, pensamentos e sentimentos de mulheres com câncer de mama durante a descoberta e o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido.

Quadro 1: Quadro síntese elaborado pela pesquisadora para apresentar as participantes.....67

LISTA DE SIGLAS

CACON	Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia
CDI	Carcinoma Ductal invasivo
CINAHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
IDT	Itinerário Diagnóstico e Terapêutico
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
MPB	Música Popular Brasileira
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICO	População/Problema, Interesse e Contexto
PNPCC	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer
PPGENF	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
QXT	Quimioterapia
QUIMIO	Quimioterapia
RADIO	Radioterapia
RAO	Redes de Atenção Oncológica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RXT	Radioterapia
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNACON	Unidade de Referência em Alta Complexidade em Oncologia
WOS	<i>Web os Science</i>

RESUMO

O câncer de mama ocupa o primeiro lugar entre as neoplasias malignas femininas, destacando-se também dentre as causas de mortalidade por câncer nessa população. O Itinerário Diagnóstico e Terapêutico se apresenta através da busca de cuidados terapêuticos que se inicia a partir da descoberta de alterações no estado de saúde. Os caminhos percorridos por mulheres em busca do diagnóstico correto e das possíveis modalidades terapêuticas passam por diversos obstáculos que não, necessariamente, coincidem com protocolos pré-determinados pelos gestores devido à baixa capacidade do Sistema de Saúde. Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido por mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa utilizando a matriz teórica de Kleinman. Participaram da pesquisa 21 mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama e o processo de amostragem deu-se por saturação de dados. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. E foi possível construir três artigos a partir dos resultados obtidos: Artigo 1 – Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama: revisão integrativa, Artigo 2 – Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba e Artigo 3 – Emoções, pensamentos e sentimentos de mulheres com câncer de mama durante a descoberta e o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido. Foi então possível conhecer a realidade e identificar os principais pontos de entrave acerca do acesso destas pacientes, foi possível identificar a organização das redes de atenção a saúde no Estado da Paraíba, compreender o caminho traçado e imergir nas experiências e sentimentos de cada mulher.

Descritores: Mulheres; Tempo para o Tratamento; Itinerário Terapêutico; Acesso aos Serviços de Saúde; Neoplasias da Mama.

ABSTRACT

Breast cancer ranks first among female malignancies, also standing out among the causes of cancer mortality in this population. The Diagnosis and Therapeutic Itinerary is presented through the search for therapeutic care that begins with the discovery of changes in health status. The paths taken by women in search of the correct diagnosis and possible therapeutic modalities go through several obstacles that do not necessarily coincide with pre-determined protocols by managers due to the low capacity of the Health System. In this context, the objective of this study was to analyze the diagnostic and therapeutic itinerary taken by women with breast cancer in the state of Paraíba. This is an exploratory research with a qualitative approach using Kleinman's theoretical matrix. Twenty-one women with a confirmed diagnosis of breast cancer participated in the research and the sampling process was based on data saturation. The collected data were submitted to Bardin's content analysis. And it was possible to build three articles from the results obtained: Article 1 – Diagnosis and therapeutic itinerary of women with breast cancer: integrative review, Article 2 – Diagnosis and therapeutic itinerary of women with breast cancer in the state of Paraíba and Article 3 – Emotions, thoughts and feelings of women with breast cancer during the discovery and the diagnostic and therapeutic itinerary followed. It was then possible to know the reality and identify the main barriers regarding the access of these patients, it was possible to identify the organization of health care networks in the State of Paraíba, understand the path traced and immerse in the experiences and feelings of each woman.

Key words: Women; Time to treatment; Critical Pathways; Health Services Accessibility; Breast Neoplasms.

RESUMEN

El cáncer de mama ocupa el primer lugar entre las neoplasias malignas femeninas, destacándose también entre las causas de mortalidad por cáncer en esta población. El Itinerario Diagnóstico y Terapéutico se presenta a través de la búsqueda de cuidados terapéuticos que comienza con el descubrimiento de cambios en el estado de salud. Los caminos recorridos por las mujeres en busca del diagnóstico correcto y posibles modalidades terapéuticas pasan por varios obstáculos que no necesariamente coinciden con protocolos predeterminados por los gestores debido a la baja capacidad del Sistema de Salud. En este contexto, el objetivo de este estudio fue analizar el itinerario diagnóstico y terapéutico que realizan las mujeres con cáncer de mama en el estado de Paraíba. Se trata de una investigación exploratoria con enfoque cualitativo utilizando la matriz teórica de Kleinman. En la investigación participaron 21 mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama y el proceso de muestreo se basó en la saturación de datos. Los datos recopilados se enviaron al análisis de contenido de Bardin. Y fue posible construir tres artículos a partir de los resultados obtenidos: Artículo 1 - Diagnóstico e itinerario terapéutico de mujeres con cáncer de mama: revisión integradora, Artículo 2 - Diagnóstico e itinerario terapéutico de mujeres con cáncer de mama en el estado de Paraíba y Artículo 3 - Emociones, pensamientos y sentimientos de las mujeres con cáncer de mama durante el descubrimiento y el itinerario diagnóstico y terapéutico seguido. Luego fue posible conocer la realidad e identificar las principales barreras en cuanto al acceso de estos pacientes, se pudo identificar la organización de las redes de atención de salud en el Estado de Paraíba, comprender el camino trazado y sumergirse en las vivencias y sentimientos de cada una. mujer.

Descriptores: Mujeres; Neoplasias de la mama; Tiempo de tratamiento; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Neoplasias de la mama.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. Introdução	18
2. Objetivos	23
3. Revisão da literatura.....	24
Artigo 1 – Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama: revisão integrativa.	24
4. Método	40
4.1. Caracterização do estudo	40
4.2. Local do estudo.....	41
4.3. Participantes.....	41
4.5. Instrumento da pesquisa.....	42
4.6. Coleta de dados.....	43
4.7. Análise dos dados.....	44
4.8. Considerações éticas.....	46
5. Resultados e discussão.....	47
Artigo 2 – Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba	47
Artigo 3 – Emoções, pensamentos e sentimentos de mulheres com câncer de mama durante a descoberta e o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido.....	69
6. Conclusão.....	90
Referências.....	91
Apêndices.....	95
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
Apêndice B – Instrumento da pesquisa	97

APRESENTAÇÃO

Ao introduzir a escrita desta apresentação, imagino Eudanúsia em sua infância aliancense (Aliança, cidade do interior de Pernambuco) a interagir com os livros, leituras e cadernos de caligrafia. Envolvida pela eloquência e o mundo das letras, expressava um tom proficiente na linguagem e se identificava com o som das muitas músicas de MPB. Desta forma, pretendia evoluir na transformação do ser humano e nas suas formas de organização social, pois é preciso compreender as múltiplas interligações no campo das ideias e do pensamento para que possamos viver de maneira dinâmica e autêntica, coerentemente com as suas convicções e afirmações.

Ela demonstrava muito forte a educação escolar e doméstica, pois a mãe é professora de língua portuguesa e o pai de geografia. O contexto em que foi gerada retrata o hibridismo do seu nome (Eudis e Vanusia) e a busca incansável, por formação de qualidade em todos os níveis de aprendizado pela qual foi inserida. Assim sucede sua trajetória escolar desde a tenra idade até o atual momento. Entrosada no ensino médio, já sabia apontar para sua vocação: enfermeira.

Seu primeiro vestibular, 2008, passou para fisioterapia, não aceitou cursar, pois era convicta do seu talento. Preparou-se em cursinhos para galgar seu objetivo e no ano de 2009 começou o tão almejado sonho: Enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco na perspectiva de desbravar um conhecimento renovado e uma prática diferenciada, seu foco mirou na Residência em Oncologia, logo ao término do curso de graduação. Ela falava com brilho nos olhos e com um sorriso encantado do compromisso e da grande responsabilidade em se tornar uma Enfermeira Oncologista.

Vivenciou de forma intensa a academia e a especialização, estava entre os projetos de pesquisa, iniciação, extensão e ação, fazendo valer cada esforço com muita vontade de voar alto. Desta forma, tão cedo terminou a residência, vivenciou na prática o seu primeiro emprego em Caruaru, uma experiência única, carregada de muitos desafios, mas enfrentada com muita dedicação, determinação e zelo. Estava imersa no Sistema Único de Saúde e provou dos impasses que desafiam a assistência ao paciente. Somada a tudo isso, conseguia conciliar a enfermagem durante o dia e docência universitária durante a noite.

Entre a teoria e prática, um misto de emoção, tratado, embasamento e coragem, regimentava seu seguimento na sua tão destemida função. Sempre de alma inquieta, baseava seus princípios em referência humanizadora como Carl G. Jung – “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.

Estruturava sua vocação em Florence Nightingale – “O cuidado, o carinho e a atenção de um enfermeiro são melhores que qualquer remédio.” Na busca incansável por conhecimento, mudou-se para João Pessoa, na Paraíba, com a saudade da família no peito, coragem nas costas e esperança de fazer a diferença.

Atualmente, é enfermeira do Centro Paraibano de Oncologia, ministra aulas na Faculdade de Timbaúba, preparatório para concursos e em cursos de Pós-graduação. Sempre carregando o conhecimento e a sua prática diária por onde passa. Partindo destas referências é possível compartilhar de uma prática humanizada com base nos princípios teóricos capazes de responder como tem se desenhado o Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba.

Este estudo aponta o caminho para a descoberta e o tratamento para o câncer de mama. Uma pesquisa minuciosa que demandou entrega, dedicação e que diante dos desafios do tempo e da profissão não se mediram esforços para o aperfeiçoamento desta dissertação, muitas vezes sacrificando o momento em família e o lazer. Portanto, o mais gratificante é poder contribuir de forma significativa para o fortalecimento da pesquisa vigente, bem como buscar soluções de melhorias a partir dos resultados encontrados.

Vanusia Guillherme da Silva Figueiredo (mãe da pesquisadora).

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que se origina nas células do corpo humano. Essas por sua vez, perdem o controle sobre si mesmas, tornam-se agressivas e incontroláveis e se multiplicam desordenadamente (INCA, 2019). No Brasil, 625 mil casos novos de câncer foram registrados em 2020, isto significa um aumento de cerca de 40 mil casos em relação a 2019. De acordo com a estimativa do câncer para o biênio 2020/2022, os indicadores mostram que entre as neoplasias malignas femininas, o câncer de mama ocupa o primeiro lugar, destacando-se também dentre as causas de mortalidade por câncer neste sexo. Neste mesmo período, estima-se cerca de 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos no mundo (INCA, 2019).

Esses dados corroboram para que a doença seja, também no Brasil, um dos principais problemas de saúde pública. Nesse sentido, quanto mais precoce a detecção, tem-se uma condição mais favorável para a modalidade terapêutica, e consequentemente, para a cura (INCA, 2019). Então, observa-se o grande desafio que isso representa para o sistema de saúde: garantir o acesso pleno e equânime da população ao diagnóstico e tratamento da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O Brasil tem demonstrado esforços crescentes para mudar este cenário, melhorando a eficiência dos níveis de atenção à saúde com políticas públicas voltadas à prevenção do câncer e estabelecimento de leis que reforçam os direitos dos usuários. Muitas ações fornecidas por esses programas podem reduzir a morbimortalidade pelo câncer de mama especialmente, porém verifica-se que o percurso dessas mulheres em busca de exames de rastreio, ao tratamento e resolutividade dos problemas não acontece de forma ágil de acordo com a literatura consolidada sobre o tema (ALENCAR *et al.*, 2020).

A pessoa que adoece percorre um itinerário de cuidado da saúde em busca de orientações, explicações e tratamento para sua doença. Chama-se de Itinerário Diagnóstico e Terapêutico (IDT) a sucessão de etapas, que vai desde o início da doença (sinais e sintomas), confirmação do diagnóstico, até o tratamento, que pode ser realizado com o uso da medicina tradicional (automedicação e curandeiros) e moderna (estruturas de cuidados modernos). Ou seja, é o percurso realizado pelos pacientes na busca pelo tratamento, em que os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de assistência (SOARES, 2017).

Desse modo, representa o caminho percorrido na tentativa de solucionar os problemas de saúde, de acordo com as práticas individuais e socioculturais (GUILLEVINA,

2013; MERCEL, 2012). Os obstáculos para esse acesso originam-se a partir das características do sistema e dos serviços de saúde, que vão desde a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, bem como mecanismos de funcionamento, modelo assistencial e informação sobre o sistema (PINHO; PEREIRA, 2016).

Os caminhos percorridos por pessoas em busca do diagnóstico confirmativo e das possíveis modalidades terapêuticas e cuidados não necessariamente coincidem com protocolos pré-determinados pelos gestores e por profissionais de saúde. Nessa perspectiva, o itinerário é considerado um caminho a percorrer de pessoas pelos serviços de saúde, desde o acesso ao diagnóstico até o tratamento da doença (DEMETRIO *et al.*, 2019).

É importante destacar que essas fragilidades podem ser identificadas se houver o conhecimento do itinerário das mulheres com neoplasia maligna de mama durante todo seu percurso pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) integrando a Atenção Primária, Secundária e Terciária, mapeando onde está ocorrendo os principais problemas para resolução dos seus problemas de saúde (BRASIL, 2005).

Dentre as políticas públicas voltadas aos direitos das mulheres, podem-se citar: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino - Viva Mulher, Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não-transmissíveis no Brasil e a Lei nº 12.732 (lei dos 60 dias) que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, porém a adesão a essas práticas permanecem frágeis.

As RAS são organizações articuladas e hierarquizadas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si, com o objetivo de desenvolver ações cooperativas e interdependentes, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral às pessoas. No que tange à organização das Redes de Atenção Oncológica (RAO), a Portaria do Ministério da Saúde nº 741/05 promove uma reconfiguração dos critérios para habilitação de unidades em alta complexidade em oncologia, passando a adotar as seguintes categorias: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centros de Alta complexidade em oncologia (CACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Essas unidades se diferenciam principalmente pela capacidade e tipo de atendimento realizado (BRASIL, 2005).

Entende-se por CACON, o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

Estes centros hospitalares, também devem, sob regulação do respectivo gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer. Vale ressaltar que, até o ano de 2020, existe apenas um CACON para todo o estado da Paraíba (BRASIL, 2012).

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Portaria nº 874/2013), que substituiu a PNAO apresenta questões centrais relacionadas à linha de cuidado já contempladas nas legislações anteriores, maior ênfase à integralidade do cuidado e à informação em saúde foram evidenciadas. Para organizar o sistema, novos critérios e parâmetros passaram a ser estabelecidos pela Portaria do Ministério da Saúde nº 140/2014. Essa redefinição buscou ampliar a qualificação e consolidar a atuação dos serviços especializados em oncologia.

Observa-se que o parâmetro para habilitação de UNACON e CACON passou a adotar o número de habitantes (uma unidade para 500 mil) e a definição de critérios para credenciamento de estabelecimentos que realizam atendimento em oncologia pediátrica ou hematológica. Ademais, foi criada a Portaria nº 189/2014, que é destinada ao diagnóstico e tratamento de lesões precursoras de câncer do colo do útero e ao diagnóstico do câncer de mama.

Existem dispositivos legais que tratam do acesso ao SUS e buscam garantir a atenção integral à população, para o diagnóstico e o tratamento do câncer, em tempo oportuno e de forma estruturada e hierarquizada. Dentre elas, inicialmente citada na PNAO, por meio da Portaria nº. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 e a Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, que dispõem sobre direito do paciente com neoplasia maligna comprovada a iniciar o primeiro atendimento pelo SUS, no prazo de até 60 dias contados a partir da data do anatomopatológico ou em prazo menor conforme a necessidade terapêutica do caso registrado em prontuário único (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que o câncer de mama é uma doença de características diferenciadas de outros cânceres, em virtude de sua fisiopatologia, que pode provocar deformidades e mutilações, além de trazer em seu entorno um estigma que causa forte impacto psicológico para a mulher, produzindo sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas, raiva e sofrimento emocional ao longo de todo o percurso entorno da doença (INCA, 2014). Em se tratando do câncer de mama, o seu tratamento interfere na vida diária de mulheres diagnosticadas devido às diversas abordagens terapêuticas realizadas, como quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia e cirurgia (TOLENTINO, 2016).

Considerando a crescente evolução da morbimortalidade do câncer em todo o mundo, e a despeito dos muitos esforços para o fortalecimento da rede de atenção oncológica, verificam-se fragilidades na rede de atenção à saúde, assim como no modelo de acesso e IDT aos serviços de oncologia, configurando entraves neste percurso, na medida em que se torna longo e demorado. Porém, o tempo não é o único fator impactante para as dificuldades do itinerário terapêutico. Existem também barreiras geográficas, econômicas e sociais que interferem diretamente no acesso aos serviços de atenção ao câncer. (DEMETRIO *et al.*, 2019)

Estudos sobre o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento diferem quanto aos resultados quando realizados em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, com cada um considerando seus contextos e peculiaridades para analisar os fatores determinantes (FREITAS; WELLER, 2015; RIVERA-FANCO; LEON-RODRIGUEZ, 2018).

Desse modo, pesquisas que tracem investigações que envolvam itinerário diagnóstico e terapêutico que revelem discursos que podem ajudar gestores e trabalhadores da área de saúde a traçar melhores estratégias para o cuidado desses atores sociais. Além disso, tais pesquisas podem identificar obstáculos nos sistemas de serviços de saúde e que, porventura estão influenciando negativamente na qualidade do cuidado e consequentemente na cura da doença (AQUINO e RODRIGUES, 2016; AQUINO *et al.*, 2018; BARROS *et al.*, 2018).

Estudos na área de oncologia têm focalizado nos processos biomédicos referentes ao diagnóstico e tratamentos e no conhecimento das reações oriundas destes, constatando-se um menor investimento na fase pós-tratamento e sobrevida, ou ainda no percurso vivenciado em busca de assistência adequada. Os caminhos percorridos na busca de soluções para os problemas de saúde são, em geral, pouco conhecidos, não sendo um tema prioritário na área da saúde (PINTO *et al.*, 2018).

As mulheres com câncer de mama constroem roteiros distintos em busca dos Centros de Referência de Oncologia. Por esse motivo, conhecer essas trajetórias pressupõe determinar aspectos relacionados à saúde, bem como identificar o universo cultural dessas mulheres, que vivenciam uma fase marcada pelo sofrimento e transformação, em que precisam tomar decisões desde o diagnóstico (SOARES, 2017).

Considerando a necessidade de imersão na realidade individual e na busca de melhorias de acesso e qualidade de assistência à essa população, este estudo objetiva identificar os pontos cruciais do processo de itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama e do acesso ao serviço de saúde de referência, analisando suas vivências,

opiniões, impressões e sentimentos. Desta forma, justifica-se o interesse em identificar fenômenos subjetivos acerca do IDT, utilizando a pesquisa qualitativa para explicitar a diversidade e riqueza de abordagens na perspectiva dos participantes do estudo (YIN, 2016).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba.

2.2 Objetivos específicos

- Averiguar o caminho percorrido até o diagnóstico confirmativo de câncer de mama;
- Investigar o caminho percorrido desde o diagnóstico de câncer até início do tratamento;
- Investigar o caminho percorrido durante o(s) tratamento(s) realizados;
- Descrever as dificuldades enfrentadas durante todo o itinerário diagnóstico e terapêutico de câncer de mama;
- Verificar os sentimentos e emoções permeados durante a trajetória.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Artigo 1: **Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama: revisão integrativa**

Resumo: O câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres e ocupa as primeiras posições na estatística brasileira. Sabe-se que quando detectado em fases iniciais aumenta, significativamente, a possibilidade de tratamentos menos agressivos e com taxas de sucesso satisfatórias. Então, é necessário a existência de uma rede integrada com serviços de saúde devidamente capacitados para garantir o acesso ao tratamento dos casos confirmados ou suspeitos para realizar o diagnóstico precoce, bem como o tratamento em tempo adequado. Assim se constrói o Itinerário Diagnóstico e Terapêutico (IDT) que apresenta a descoberta, a busca de cuidados e descreve os caminhos percorridos na tentativa de solucionar seus problemas. O objetivo da presente pesquisa é investigar a produção científica utilizando acerca dos IDTs de mulheres com câncer de mama. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura realizada no período de junho a julho de 2021. Os achados foram apresentados a partir de duas categorias para discussão: Categoria 1 - Identificação precoce, rastreamento e prevenção do câncer de mama e Categoria 2 - Experiências de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento para o câncer de mama. Foi possível avaliar as realidades de diversos países através desta revisão. Entretanto, identifica-se a necessidade de melhorar o diagnóstico oportuno do câncer de mama. Para tanto, são necessárias estratégias que aumentem a confiança das mulheres na detecção de alterações nas mamas, melhorem o conhecimento acerca dos sintomas, bem como o incentivo à busca de ajuda imediata.

Descritores: Mulheres; Tempo para o Tratamento; Itinerário Terapêutico; Acesso aos Serviços de Saúde; Neoplasias da Mama.

Introdução

No cenário mundial, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres. E ocupa as primeiras posições na estatística independente da condição socioeconômica do país¹. De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA)² estimam-se 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022. Esta informação evidencia este tipo de câncer como o que mais acomete as mulheres no Brasil, (excetuando o câncer de pele não

melanoma), correspondendo a 27,9% de incidência.

É um dos tipos de cânceres mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e efeitos psicológicos³. Apesar do avanço nas diversas modalidades de tratamento e melhorias nas políticas públicas, a desorganização de fluxos de atendimento e a falta de acesso aos serviços de saúde contribuem para uma descoberta tardia, encaminhamentos ineficientes e acompanhamento frustrado da pessoa acometida por essa doença e isso culmina em um diagnóstico em estádios avançados^{4,5}.

São diversos fatores de risco que podem levar a alteração e mutação celular, no entanto, a idade (acima dos 50 anos) é considerado o mais importante². Outros fatores que contribuem para o aumento do risco de desenvolver a doença são fatores genéticos, hereditários¹, além de fatores ambientais e comportamentais^{2,6}. Assim, é imprescindível que todas as mulheres, independentemente da idade, sejam estimuladas a conhecer seu corpo para identificar qualquer alteração. Além disso, a recomendação brasileira segue a orientação da Organização Mundial da Saúde⁷ e de países que adotam o rastreamento mamográfico para mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos.

No contexto da doença oncológica, o tempo entre o aparecimento de sintomas e o diagnóstico influencia diretamente nos resultados do tratamento e cura dos pacientes⁸. Se detectada em fases iniciais aumenta, significativamente, a possibilidade de tratamentos menos agressivos e com taxas de sucesso satisfatórias⁹. Para realizar o diagnóstico precoce, bem como o tratamento em tempo adequado, é importante a existência de uma rede integrada com serviços de saúde devidamente capacitados para garantir o acesso ao tratamento dos casos confirmados ou suspeitos.

Considerando que o acesso à saúde se fundamenta, principalmente, na disponibilidade e informação, é importante ponderar que vários contextos influenciam a conduta individualizada dos indivíduos na busca dos serviços de saúde⁸. É que é preciso compreender a lógica que direciona esta procura. Assim se constrói o Itinerário Diagnóstico e Terapêutico (IDT) que apresenta a busca de cuidados terapêuticos desde a descoberta de alterações no estado de saúde e procura descrever e analisar práticas individuais e socioculturais em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionar seus problemas^{8,10}.

O estudo se justifica no interesse de evidenciar fenômenos subjetivos acerca do itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama. Para tanto, foram selecionados apenas artigos pautados em metodologias qualitativas, pois só a pesquisa qualitativa consegue explicitar a diversidade e riqueza de abordagens na perspectiva dos participantes do estudo¹¹. Sendo assim, o objetivo da presente pesquisa é investigar a

produção científica utilizando acerca dos IDTs de mulheres com câncer de mama.

Método

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, método que permite avaliar cientificamente os diversos estudos publicados sobre a temática de maneira coerente e organizada. Foi sistematizada por meio das seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; busca de estudos primários; avaliação dos estudos incluídos; categorização dos estudos; interpretação dos resultados e síntese dos resultados evidenciados¹².

Utilizou-se a estratégia “População/Problema, Interesse e Contexto” (PICO), no qual favoreceu na delimitação da questão norteadora: Quais as evidências presentes na literatura acerca do itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama? Sendo o “P” correspondente a “mulheres”, “I” equivalente ao “itinerário terapêutico” e o “Co” a “diagnóstico do câncer de mama” e “tratamento do câncer de mama”. Salienta-se que a delimitação por estudos com metodologia qualitativa e justificado no sentido de ampliar a compreensão da temática, pois, proporciona melhor imersão nos discursos¹¹.

A pesquisa foi realizada durante o período de junho e julho de 2021 e para a seleção dos artigos, realizaram-se buscas nas seguintes bases de dados através do Portal de Periódicos da Capes: *National Library of Medicine* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science* (WOS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Utilizou-se termos vinculados aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e ao *Medical Subject Headings* (MeSH). Após verificação das combinações de descritores controlados foi determinado os seguintes termos: Mulheres (*Women*), “Saúde da Mulher” (*Women's Health*), “Procedimentos Clínicos” (*Critical Pathways*), “Tempo para o Tratamento” (*Time-to-Treatment*), “Acesso aos Serviços de Saúde” (*Health Services Accessibility*), “Neoplasias da Mama” (*Breast Neoplasms*), Neoplasias (*Neoplasms*) e “Itinerário terapêutico” disponível apenas no DECS. Os cruzamentos foram elaborados utilizando-se os operadores booleanos *AND* e *OR*, descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Apresentação dos descritores e seu cruzamento nas bases de dados pesquisadas.

Bases de dados	Descritores (cruzamentos)	Estudos encontrados
PUBMED	<i>(Women) AND (“Critical Pathways” OR “Time-to-Treatment” OR “Health Services Accessibility”) AND (“Breast Neoplasms”)</i>	364
CINAHL		117
WHO	<i>(Women) AND (“Critical Pathways” OR “Time-to-Treatment” OR “Health Services Accessibility”) AND (“Breast Neoplasms” OR Neoplasms)</i>	24
SCIELO	(Mulheres) AND (“Tempo para o Tratamento” OR “Acesso aos Serviços de Saúde”) AND (“Neoplasias da Mama” OR Neoplasias)	12
LILACS	(Mulheres OR “Saúde da Mulher”) AND (“Itinerário terapêutico”) AND (“Neoplasias da Mama” OR Neoplasias)	2

FONTE: Dados da pesquisa, 2021

Como critério de inclusão foi considerado: estudos originais com desenho qualitativo publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a temática do itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama desde o diagnóstico até a terapêutica realizada, entre corte temporal de 2016 até junho de 2021, tendo em vista averiguar as publicações mais atuais na área. excluíram-se as revisões, monografias, dissertações, teses, editoriais, respostas ao editor, cartas ao editor, relatos de experiência e estudos de caso.

Para a seleção dos artigos, utilizou-se a ferramenta *Rayyan QCRI*¹³, em que todos os artigos foram revisados de modo independente por dois autores nesta plataforma, mediante leitura do título e resumo. Os casos conflitantes acerca da inclusão ou exclusão dos artigos foram deliberados com o auxílio de um terceiro avaliador, resultando na amostra final de 10 artigos. Para refinamento do estudo, utilizou-se as quatro fases do diagrama de fluxo de seleção de artigos do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA)¹⁴, conforme a Figura 1.

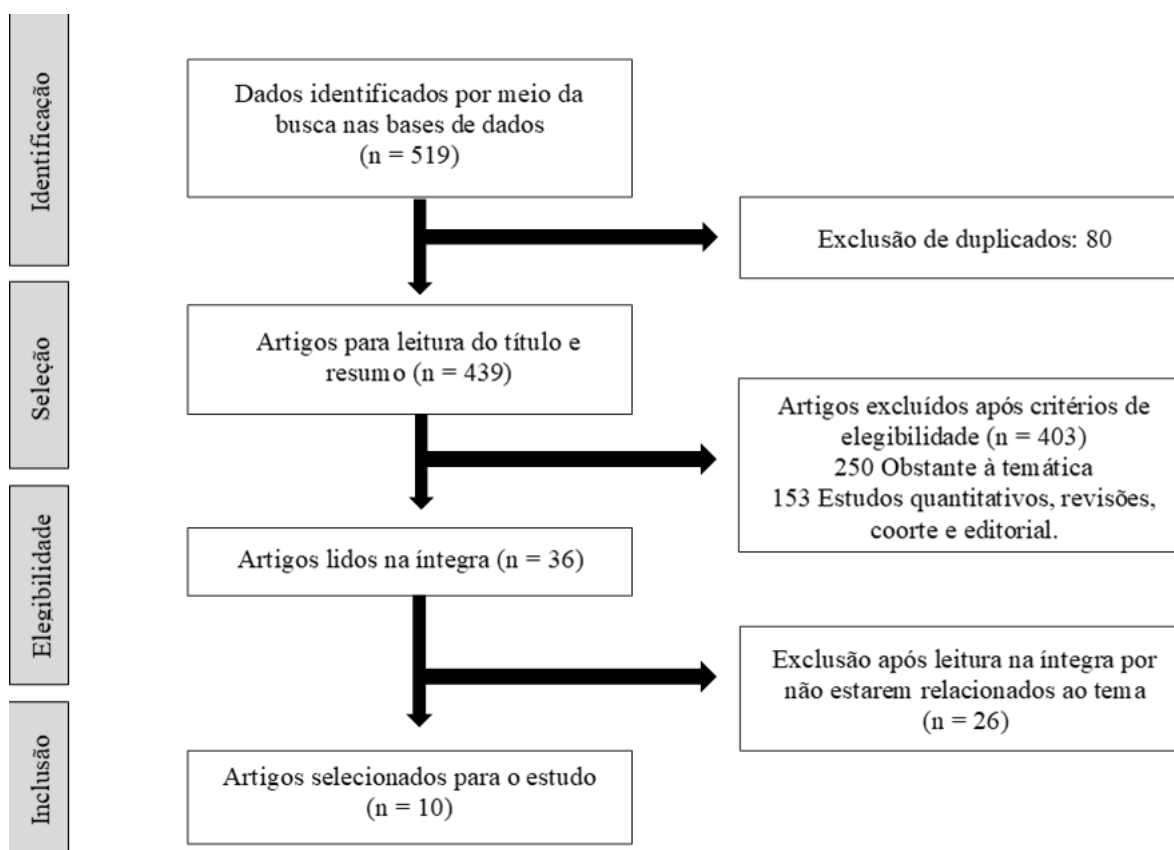


Figura 1. Fluxograma PRISMA de seleção de estudo e processo de inclusão.

Avaliou-se a qualidade dos estudos da amostra final por meio do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*¹⁵. Este *check list* está integrado a *Red Equator* como guia na construção e avaliação de estudos delineados na abordagem qualitativa, considerado como padrão-ouro. A avaliação da qualidade dos estudos teve como escopo os 32 itens do COREQ, no qual foram incluídos na amostra as pesquisas com mais de 70% (22 pontos) de conformidade. Os dados foram inseridos em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel® 2019* por dois revisores independentes, de maneira cega e nos casos em que houve conflitos, aplicou-se uma reunião com o terceiro avaliador para definição da avaliação.

RESULTADOS

A síntese dos estudos incluídos está descrita no Quadro 2, desenvolvida conforme as seguintes características: ano/origem/autor, título, objetivo, resultados e avaliação dos artigos conforme o COREQ.

Quadro 2. Descrição da produção de conhecimento acerca do itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama. João Pessoa, Paraíba, 2021.

Ano/Origem/Autor	Título	Objetivo	Resultados	COREQ*
2020/ Índia Kathrikolly, Shetty, Nair	Oportunidades e barreiras para o rastreamento do câncer de mama em uma comunidade rural na costa de Karnataka, Índia: uma análise qualitativa	Determinar as oportunidades e barreiras na utilização dos serviços de rastreamento existentes para câncer de mama entre mulheres rurais no sul da Índia.	Embora os entrevistados exibissem um conhecimento muito bom sobre a doença, inibições culturais, esquecimento, restrições econômicas e apreensão em relação à unidade de saúde terciária foram algumas das barreiras relatadas na aceitação dos serviços de triagem. Os participantes saudaram o papel das mulheres prestadoras de cuidados de saúde como figuras motivacionais e enfatizaram a necessidade de estratégias de divulgação de informações de fácil compreensão, além de esperar uma participação igual dos homens nas questões que envolvem a saúde da mulher.	31
2020/ Vietnã Jenkins et al	Experiências de acesso e uso de serviços de câncer de mama no Vietnã: um estudo qualitativo descritivo	Compreender, descrever e analisar as experiências de mulheres com câncer de mama no Vietnã ao acessar e usar serviços de câncer de mama.	Falta de conscientização e conhecimento das mulheres sobre o câncer de mama e seus sintomas. O apoio familiar e social foram descritos como fatores-chave que influenciam se uma mulher acessa e usa os serviços de câncer de mama. O custo do tratamento e as despesas do próprio bolso limitaram o acesso aos serviços e resultaram em desafios financeiros significativos para as mulheres e suas famílias.	26
2020/ África do Sul Lambert et al	Experiências do sistema de saúde de sobreviventes de câncer de mama na área urbana da África do Sul	Investigar as experiências de mulheres que buscam tratamento para o câncer de mama no maior hospital público da África do Sul.	Verificamos que a maioria das mulheres temia o diagnóstico, em parte, pela experiência de quimioterapia e mutilação física relacionada à mastectomia. A importância do apoio social da família, religião e equipe clínica foi fundamental para que as mulheres enfrentassem sua condição e aderissem ao tratamento e aos medicamentos.	24
2020/ Nova Zelândia	Usando o	Identificar	Os resultados sugerem que a	22

Jones et al	modelo integrativo de predição comportamental para compreender as barreiras e facilitadores das mulheres sobreviventes do câncer de mama para a adesão a um programa de exercícios em grupo baseado na comunidade	facilitadores e barreiras associadas à adesão ao programa de exercícios EXPINKT para sobreviventes de câncer de mama em uma amostra de mulheres por conveniência.	adesão ao programa pode ser alcançada pelo estabelecimento, por meio da equipe e dos processos, de um ambiente de exercício positivo e seguro, que instila um senso de responsabilidade ao desenvolver a autoeficácia do exercício. Além disso, várias vias de referência e promoção do benefício do exercício durante e após o tratamento por enfermeiras oncológicas podem ajudar na inscrição no programa.	
2019/ Brasil Cabral et al	Desigualdade na atenção ao câncer de mama em uma capital brasileira: uma análise comparativa de narrativas	Investigar diferenças entre mulheres de diferentes perfis sociodemográficos na trajetória do cuidado ao câncer de mama em Belo Horizonte, Brasil	A análise das narrativas permitiu a identificação de três eixos temáticos (cuidados preventivos e primeiros sinais / sintomas; busca pelo atendimento e diagnóstico do câncer; tratamento e percepções sobre o atendimento recebido) que evidenciaram diferenças entre as trajetórias, com preconceito para mulheres com características de maior vulnerabilidade.	22
2019/ Dinamarca Zøylner et al	Percurso do paciente com câncer de mama cirúrgico: experiências de pacientes e parentes e suas necessidades não atendidas	Explorar as experiências de pacientes e parentes com o percurso cirúrgico do câncer de mama e identificar as necessidades não atendidas	As pacientes e parentes consideraram a percurso do paciente com câncer de mama cirúrgico satisfatória. O tempo no departamento cirúrgico foi curto, e a maioria dos pacientes achou difícil lidar com a situação. A empatia e a relação de apoio entre pacientes, parentes e profissionais de saúde foram de grande importância. Cinco pontos-chave foram identificados em que alguns dos participantes tinham necessidades não atendidas. As sugestões de mudança foram relacionadas à informação, comunicação, escolha do tratamento, flexibilidade na via e fácil acesso ao ambulatório após a cirurgia.	25
2019/ Turquia Kilic et al	Rastreamento do cancro da mama e do colo do útero para	Conhecer as experiências de mulheres com deficiência física	Três temas principais foram descobertos: Fatores pessoais; tais como falta de conhecimento, medo e	26

	mulheres com deficiência física: um estudo qualitativo de experiências e barreiras	em relação às barreiras para sua participação no rastreamento do câncer de mama e colo do útero.	constrangimento, ansiedade em relação ao processo de exame e dependência de outras pessoas; Fatores ambientais e estruturais; e expectativas e sugestões das mulheres portadores de deficiência para permitir sua participação na triagem.	
2018/ Espanha Março et al	Barreiras e discursos sobre a prevenção do câncer de mama entre mulheres imigrantes na Espanha: um estudo qualitativo	Identificar conhecimentos, barreiras e discursos sobre o rastreamento do câncer de mama na Espanha entre mulheres imigrantes de países de baixa renda e espanholas nativas de classe socioeconômica baixa.	Analizamos as entrevistas para avaliar as percepções e crenças do câncer de mama, os discursos sobre a prevenção do câncer de mama e as barreiras ao acesso aos programas de prevenção do câncer de mama. Embora as mulheres tenham relatado uma associação do câncer de mama com a morte, elas reconheceram a eficácia da detecção precoce. Eles também mostraram relutância em falar sobre câncer. Os discursos sobre prevenção do câncer tendem a ser proativos ou fatalistas, dependendo do país de origem da mulher. Para todas as mulheres, o medo dos resultados e a falta de tempo foram barreiras que limitaram a participação em programas de prevenção do câncer de mama. Barreiras de idioma, mudanças frequentes de residência e medo devido ao status de imigrante irregular (sem documentos) eram barreiras específicas para mulheres imigrantes.	22
2018/ Espanha Baena-Cañada et al	Como uma abordagem deliberativa inclui as mulheres nas decisões de mamografia: um estudo de viabilidade do júri de cidadãos na Andaluzia, Espanha	Verificar se um estudo do júri de cidadãos é viável para a população andaluza e saber se as mulheres, quando mais bem informadas, podem responder à pergunta de pesquisa sobre se o Sistema Único de Saúde da Andaluzia deve continuar oferecendo mamografia de rastreamento para	Onze participantes votaram sim e dois votaram não. Há três razões para votar "sim": saúde, natureza do teste e liberdade individual. Algumas mulheres invocam a falta de eficácia e o custo para justificar seu voto negativo, pelo menos em termos universais. Ao finalizar, fizeram sugestões a serem encaminhadas às autoridades competentes para o aprimoramento dos serviços de informação, psicologia e pesquisa.	27

		mulheres de 50-69 anos		
2016/ África do Sul Moodley et al	Compreendendo os caminhos para o diagnóstico de câncer de mama entre mulheres na Província do Cabo Ocidental, África do Sul: um estudo qualitativo	Explorar e compreender os caminhos das mulheres para o diagnóstico de câncer de mama e os fatores que influenciam essa jornada.	Os déficits na autoconsciência da mama e no conhecimento dos sintomas do câncer de mama atrasaram a interpretação das mulheres sobre as mudanças corporais como anormais. Todas as mulheres notaram primeiro caroços nos seios; no entanto, muitos não o perceberam como anormal até que sintomas adicionais estivessem presentes. Boa saúde geral, atribuição de sintomas ao envelhecimento e doenças benignas da mama anteriores resultaram em mulheres complacentes com as mudanças corporais. A divulgação aos familiares serviu de gatilho para a busca por assistência médica. O tipo inicial de acesso aos serviços de atenção primária pelas mulheres foi influenciado por percepções sobre o atendimento de cada serviço prestado, finanças, fatores estruturais e segurança pessoal relacionados à localização física dos serviços.	28

* Valor obtido após avaliação dos 32 itens do COREQ por dois revisores e consenso com terceiro avaliador (em caso de discordâncias).

A caracterização dos estudos que compuseram o corpus do estudo apontou que, dentre as produções científicas mapeadas, oito (80%) foram encontrados na PUBMED, enquanto dois (20%) na CINAHL. Dentre os locais de realização das pesquisas, verificou-se a África do Sul e a Espanha com dois (20%) estudos cada. Os demais estudos foram realizados nos seguintes países: Índia, Vietnã, Nova Zelândia, Brasil, Dinamarca e Turquia.

Em referência à avaliação da qualidade, cinco artigos (50%) contemplou mais de 80% dos itens propostos no COREQ. Observou-se maior quantidade de artigos no ano de 2020, totalizando quatro (40%) artigos; em 2019 verificaram-se três, dois (20%) em 2018, e um (10%) em 2016.

No que diz respeito ao itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama, os achados foram apresentados a partir de duas categorias para discussão, a saber:

Categoria 1 - **Identificação precoce, rastreamento e prevenção do câncer de mama** e
 Categoria 2 - **Experiências de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento para o câncer de mama.**

DISCUSSÃO

Categoria 1 - Identificação precoce, rastreamento e prevenção do câncer de mama

Os estudos indicam que embora quase todas as participantes descrevessem a descoberta de um nódulo como o momento inicial de um problema potencial, muitas não equiparavam essa descoberta a algo que exigia ação imediata¹⁶⁻¹⁸. A falta de sintomas mais chamativos, como dor ou alterações na pele, levou a uma má interpretação do sintoma. Observa-se uma falsa sensação de tranquilidade e, conseqüentemente, demora na busca de atendimento médico¹⁷. Entretanto, um dos estudos relatava que as mulheres expressavam compreender que a detecção precoce aumentava a probabilidade de cura¹⁹. Chama atenção um estudo realizado no Vietnã, em que nenhuma das mulheres tinha amplo conhecimento dos sintomas do câncer de mama antes do diagnóstico¹⁶.

O autoexame das mamas como meio de detecção precoce pareceu comum entre mulheres brasileiras, africanas, chinesas e especialmente do leste europeu^{18,19}. Essa prática é bem conhecida nesses grupos, em razão de ações de promoção da saúde nesses países¹⁹. Participantes de um estudo indiano tinham considerável conhecimento sobre a importância da detecção precoce do câncer de mama, incluindo os diversos procedimentos de detecção precoce¹⁷.

Há um relato consciente da necessidade de cuidados regulares²⁰, incluindo a prevenção através de dietas saudáveis, exercícios regulares e exames médicos regulares, incluindo mamografia¹⁸. O autoexame da mama, o exame clínico regular, a manutenção da higiene, além de uma dieta prudente e atividade física adequada também surgiram como importantes atividades de autocuidado para manutenção da saúde²⁰. As participantes de um estudo na Nova Zelândia relataram falta de compreensão acerca dos benefícios da atividade física e exercícios específicos para o câncer de mama²¹. Houve mudança de hábitos após o diagnóstico de câncer, como parar de fumar e adotar dietas mais seletivas e saudáveis¹⁸.

Uma das principais barreiras para a realização da mamografia de rastreamento foi à falta de tempo, especialmente quando o motivo estava relacionado ao trabalho¹⁹. Muitas mulheres não se viram em risco, poucas associaram seu histórico familiar ao seu próprio diagnóstico, pois não expressaram suspeitas de que estavam em maior risco de desenvolver

câncer de mama¹⁷.

A ausência de informação sobre as vias formais de encaminhamento e possíveis rotas de tratamento ficou evidente para a maioria das mulheres¹⁷. As participantes identificaram barreiras de acesso ao recebimento de cuidados adequados, referentes à acessibilidade geográfica, disponibilidade e aceitabilidade²².

Algumas falas descritas das entrevistadas relataram associar câncer à morte e a carência de um tratamento eficaz a ser uma doença incurável. As mulheres marroquinas evitavam a palavra "câncer", e quando mencionada, elas automaticamente invocam a proteção divina; já as mulheres do leste europeu evitavam conversas sobre o câncer por referirem vergonha delas ou seus parentes sofrerem com isso¹⁹.

Mulheres africanas e chinesas também evitaram falar sobre a patologia. Mulheres chinesas associavam falar sobre câncer com a probabilidade de desenvolvê-lo. Africanas disseram que quando o câncer era mencionado na comunidade, geralmente estava relacionado com a morte de familiares ou amigos¹⁷. As indianas apoiaram os sobreviventes do câncer e disseminaram mensagens de conscientização, pois achavam que seria a atitude mais encorajadora²⁰.

Categoria 2 - Experiências de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento para o câncer de mama

A alteração corporal detectada nos relatos por cada mulher foi um nódulo mamário²³ ou na axila ou, até, dor intensa na mama como os principais motivos para procurar atendimento clínico, muitas vezes descoberto ao tomar banho¹⁷. Pesquisa realizada em países mais pobres apresentam a necessidade de múltiplos exames, frequentemente realizados em diferentes lugares (aumentando a rota percorrida) e a demora de agendamento acabaram aumentando o tempo de procura por um especialista^{16,20}. Em contrapartida, em um estudo realizado na Irlanda mostra que daquelas que foram encaminhadas para os serviços de oncologia, nenhuma sofreu qualquer atraso decorrente dos prestadores de serviços médicos²⁴.

Algumas mulheres relataram o recebimento de um diagnóstico incorreto ou informações incorretas sobre seu diagnóstico ou encaminhamento, e isto culminava em grande insegurança^{18,23}. Em todos os casos, o diagnóstico inicial errado foi associado a algo menos grave do que o câncer de mama é de fato. Outras acreditavam ser possível tratar, inicialmente, com analgésicos ou antibióticos²³. Tratando dos exames de imagem, os problemas mais comuns relatados foram: dificuldades no acesso à mamografia; a necessidade de repetir a mamografia devido à má qualidade ou perda de resultados e exames agendados

nos dias em que o serviço não estava aberto¹⁸.

A confirmação de um diagnóstico de câncer de mama foi frequentemente descrita como um momento de choque, medo e pânico. Algumas mulheres descreveram o desespero e a desesperança durante o tempo entre receber um diagnóstico firme e iniciar o tratamento¹⁶. Algumas participantes sentiram que não eram tratadas como seres humanos, mas como produtos a serem processados o mais rápido possível²⁴. Uma pesquisa turca abordou o processo de cuidar de pessoas com deficiência e parte de seu IDT, e evidenciou a imposição de barreiras para uma comunicação eficaz voltadas para mulheres com deficiência visual ou auditiva²⁵.

Receber o diagnóstico do cirurgião era uma situação importante e delicada para a maioria das pacientes e familiares, porém há uma referência ao dia da cirurgia como um ponto-chave importante e o cirurgião como uma pessoa respeitável. Algumas pacientes ficaram atordoadas, muitas acharam difícil lidar com a situação, referiram grande quantidade de informações recebidas, e se sentiram incapazes de fazer perguntas²⁶. Elas precisavam ouvir como foi a cirurgia pelo cirurgião responsável e conversar com ele ajudou a criar um sentimento de confiança²⁶. Muitas descreveram as sequelas da dissecação do linfonodo axilar como algo preocupante, pois sentiam que não podiam trabalhar adequadamente, devido ao edema, dificuldade de movimentação e dormência no braço¹⁸.

A quimioterapia alimentou o maior medo, angústia e dor entre as participantes. Muitas mulheres expressaram que não foi o câncer que as deixou doentes; em vez disso, foi a quimioterapia que as fizeram se sentirem doentes²³. Os efeitos da quimioterapia na aparência física foram profundamente sentidos. Sintomas físicos intensos, como náuseas e vômitos, foram relatados para durar alguns dias após receberem o tratamento. Mais angustiante foram os efeitos mais duradouros na aparência das mulheres, notadamente a queda de cabelo, a descoloração da pele e a perda de peso¹⁸. O mal-estar causado pela quimioterapia seguida de queda de cabelo e alterações corporais após a cirurgia (seja mastectomia ou não) foram difíceis de aceitar, porque tornaram a doença muito mais real.

Sem dor ou mudanças no cotidiano, após o susto do diagnóstico e até o início do tratamento, a doença é um tanto invisível. Além disso, os dias de quimioterapia eram marcados por longas distâncias percorridas e longas internações hospitalares, do início da manhã ao final da tarde, às vezes, sem refeições adequadas¹⁸. As pacientes que receberam quimioterapia experimentaram o caminho diagnóstico e terapêutico como desafiador e exaustivo²⁶. Discorrem, em algum momento de sua trajetória, atitudes ásperas ou inadequadas de algum profissional de saúde, seja o médico, enfermeiro ou recepcionista¹⁸.

Outras mulheres também falaram em temer as implicações financeiras do tratamento. Pacientes com câncer e suas famílias experimentaram estresse econômico globalmente¹⁶. Elas frequentavam unidades públicas de saúde por razões financeiras; as que buscavam atendimento por meio do setor privado o fizeram por conveniência em termos de atendimento médico imediato e dos horários de funcionamento mais longos, bem como do melhor atendimento e segurança percebidos¹⁷. O uso concomitante de serviços públicos e privados de saúde foi frequente, porém, a maioria das mulheres recorreu ao Sistema Público¹⁸. Mas, vale ressaltar que isto está totalmente relacionado à organização de saúde de cada país correspondente.

O tema mais prevalente durante todo o processo de acompanhamento foi a rede de apoio à família e dos entes queridos, tais como igrejas e grupos de aconselhamento com pessoas que também se depararam com o câncer de mama²³. Para muitas mulheres, ter um parceiro ou família foi fundamental, uma vez que eram apoiadas e incentivadas a procurar aconselhamento e serviços profissionais de saúde e este foi um fator central para reduzir o tempo entre detectar uma mudança e decidir investigar¹⁶.

Quando questionadas sobre a rede de apoio, foi permitido que as mulheres falassem abertamente sobre seus problemas, e afirmaram que serviu para renovar ou reforçar suas vontades de viver. A maioria das mulheres optou por contar à sua família e amigos próximos de seu diagnóstico, e essa foi a fonte mais fidedigna de apoio social²³. As participantes relataram que os familiares eram uma importante fonte de apoio emocional e de ajuda na prática clínica¹⁷.

CONCLUSÃO

Foi possível avaliar as diversas realidades de cada país através desta revisão. Entretanto, identifica-se a necessidade de melhorar o diagnóstico oportuno do câncer de mama. Para tanto, são necessárias estratégias que aumentem a confiança das mulheres na detecção de alterações nas mamas, melhorem o conhecimento acerca dos sintomas do câncer de mama entre as mulheres e a comunidade em geral, bem como o incentivo à busca de ajuda imediata.

A revisão integrativa utilizando artigos com desenho qualitativo permitiu uma coleta de dados sobre vivências, impressões, opiniões e pontos de vista. Analisar os artigos que compuseram a amostra permitiu desvelar o mundo subjetivo, as angústias, os medos, os estigmas, a cultura sobre o autocuidado e o processo de cuidar de mulheres com câncer de mama. Outros fatores como estigma social, questões financeiras, falta de sistemas de apoio e

diagnóstico incorreto ao longo da trajetória das pacientes foram dados consistentes, que devem ser abordados com intervenções focadas e pesquisas posteriores. Entretanto, é notório a dificuldade em encontrar artigos utilizando a metodologia qualitativa. O que sugere a necessidade de mais pesquisas com utilizando este método.

Referências

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;8(6):394-424. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/> doi: 10.3322/caac.21492.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
3. Barros AF, Araújo JM, Murta-Nascimento C, Dias A. Clinical pathways of breast cancer patients treated in the Federal District, Brazil. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2019;53. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SG7wxd3pQFJDWbSxkBQgvYr/abstract/?lang=pt#> doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000406>
4. Teixeira LA, Araújo Neto LA. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX. *Saúde e Sociedade* [online]. 2020;29(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180753> doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180753>.
5. Aiko ARLM, Melo LS, Sudre MRS, Sudre GA, Silva KM, Wernet M, et al. The therapeutic itinerary – the search for health care undertake by a person with colorectal cancer. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 2020;19. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/50321> doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.50321>
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes Nacionais para a detecção precoce do câncer de mama no âmbito do Sistema Único de saúde / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2015.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention. Cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2. Ed. Geneva: WHO, 2002. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Pinto ACSN, Bastos MAP, Gomes EA, Mendonça ET. Therapeutic itinerary of people with cancer: approximations and distances of the oncologic healthcare system. *Revista Enfermagem Atual.* 2018;85:11-20. Available from:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/239/138> doi:
<http://dx.doi.org/10.31011/1519-339X.2018a18n85.01>

9. Rivera-Franco MM, Leon-Rodriguez E. Delays in Breast Cancer Detection and Treatment in Developing Countries. *Breast Cancer (Auckl)*. 2018;8(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29434475/> doi: 10.1177/1178223417752677
10. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. 2016;21(1). Available from: [https://scielosp.org/article/csc/2016.v21n1/179-189/#:~:text=O%20termo%20Itiner%C3%A1rio%20Terap%C3%AAAutico%20\(IT,seus%20problemas%20de%20sa%C3%BAde%201](https://scielosp.org/article/csc/2016.v21n1/179-189/#:~:text=O%20termo%20Itiner%C3%A1rio%20Terap%C3%AAAutico%20(IT,seus%20problemas%20de%20sa%C3%BAde%201) doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>
11. Yin RK, Bueno DSD. Pesquisa qualitativa do início ao fim. 1. ed. Porto Alegre: Penso; 2016. 313p.
12. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758–64.
13. Mourad O, Hossam H, Zbys F, Ahmed E. Rayyan – a web and mobile app for systematic review. *J Hum Growth Dev*. 2016;5:210. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
14. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. 2015;350.
15. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:1–9.
16. Jenkins C, Ngan TT, Ngoc NB, Hien HT, Anh NH, Lohfeld L, et al. Experiences of accessing and using breast cancer services in Vietnam: A descriptive qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 2020;10(3):e035173. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
17. Moodley J, Cairncross L, Naiker T, Momberg M. Understanding pathways to breast cancer diagnosis among women in the Western Cape Province, South Africa: A qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 14];6(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26729392/>
18. Baena-Cañada JM, Luque-Ribelles V, Quílez-Cutillas A, Rosado-Varela P, Benítez-Rodríguez E, Márquez-Calderón S, et al. How a deliberative approach includes women in the decisions of screening mammography: a citizens' jury feasibility study in Andalusia, Spain. *BMJ Open* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 Aug 14];8(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29730621/>.
19. Kathrikolly TR, Shetty RS, Nair S. Opportunities and barriers to breast cancer screening in a rural community in coastal karnataka, India: A qualitative analysis. *Asian Pacific J*

- Cancer Prev [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Aug 14];21(9):2569–75. Available from: </pmc/articles/PMC7779458/>
20. Jones LM, Reinhoudt LL, Hilverda F, Rutjes C, Hayes SC. Using the Integrative Model of Behavioral Prediction to Understand Female Breast Cancer Survivors' Barriers and Facilitators for Adherence to a Community-Based Group-Exercise Program. Vol. 36, *Seminars in Oncology Nursing*. Elsevier Inc.; 2020.
 21. Zøylner IA, Lomborg K, Christiansen PM, Kirkegaard P. Surgical breast cancer patient pathway: Experiences of patients and relatives and their unmet needs. *Heal Expect*. 2019 Apr 1;22(2):262–72.
 22. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barriers in access to services in five Health Regions of Brazil: perceptions of policymakers and professionals in the Brazilian Unified National Health System. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019;35(11). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>
 23. Lambert M, Mendenhall E, Kim AW, Cubasch H, Joffe M, Norris SA. Health system experiences of breast cancer survivors in urban South Africa. *Womens Health (Lond Engl)* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 12];16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32842917/>
 24. Byrne J, Campbell H, Gilchrist M, Summersby E, Hennessy B. Barriers to care for breast cancer: A qualitative study in Ireland. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2021 Aug 14];27(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30028056/>.
 25. Março S, Villalonga B, Sanchez-Contador C, Vidal C, Mascaro A, Bennasar ML, et al. Barriers to and discourses about breast cancer prevention among immigrant women in Spain: a qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2021 Aug 14];8(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30455384/>.
 26. Cabral ALLV, Giatti L, Martínez-Hernández Á, Cherchiglia ML. Inequality in breast cancer care in a Brazilian capital city: a comparative analysis of narratives. *Int J Equity Health*. 2019 Jun 13;18(1):88. doi: 10.1186/s12939-019-0989-z.

4. MÉTODO

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que segundo Minayo et al. (2007) responde a questões muito particulares. Esta autora preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Como prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das ciências sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica. Ainda nessa perspectiva, Minayo et al. (2013) assinala que na área da saúde a pesquisa social se manifesta em todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo, como as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

Contemplando a historicidade da pesquisa social, Minayo et al. (2007) acrescenta: “Do ponto de vista antropológico, pode-se dizer que sempre existiu a preocupação do homem com o conhecimento da realidade. As tribos primitivas, por meio dos mitos, já tentavam explicar os fenômenos que cercam a vida e a morte, o lugar dos indivíduos na organização social com seus mecanismos de poder, controle, convivência e reprodução do conjunto da existência social” (MINAYO *et al*, 2007, p.14).

Em relação ao aspecto qualitativo, entende-se como um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das vivências, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam seus sentimentos, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. As abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (BATISTA, 2017).

Uma pesquisa de abordagem qualitativa preza pela representatividade da amostra e qualidade dos dados e não a quantidade (POLIT; BECK, 2019). Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo

(MINAYO *et al.*, 2007; YIN, 2016).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Oncologia do Hospital Napoleão Laureano, uma instituição filantrópica e de referência no tratamento do câncer. Localizada à avenida Capitão José Pessoa, 1140, Jaguaribe, João Pessoa/Paraíba. A instituição conta com uma equipe multiprofissional e vários serviços, dentre eles: ambulatório, urgência, clínica médica, clínica cirúrgica, bloco cirúrgico, unidade de terapia intensiva, pediatria, quimioterapia, radioterapia, hematologia, centro de imagens, agência de transfusão de sangue e derivados e cuidados paliativos.

A Fundação Napoleão Laureano, assim nomeada, tem por objetivo a assistência social no sentido mais amplo da palavra, baseada nos princípios cristãos e científicos, no combate ao câncer, foi fundada em 17 de março de 1951 pelo próprio Dr. Napoleão Rodrigues Laureano, que se esforçava para expressar o desejo de ver construído, em João Pessoa, na Paraíba, um centro de combate ao câncer. A ideia cresceu e resultou na construção do Hospital Napoleão Laureano, que hoje, ocupa uma posição de destaque entre os nosocômios especializados do Brasil. A entidade não somente está bem equipada, como possui uma equipe multidisciplinar do mais alto valor intelectual.

Foi cenário de escolha por se tratar do único Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia no Estado da Paraíba de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 e por atender um grande número de pessoas com diversos tipos de câncer, sendo o de mama o tipo mais comum.

4.3 Participantes

As participantes do estudo foram mulheres com câncer de mama que integravam o ambulatório de oncologia do Hospital Napoleão Laureano. Conforme Thiry-Cherques (2009) não existem instrumentos matemáticos ou lógicos de delimitação prévia do ponto de saturação e, por consequência, do número de observações requeridas. Contudo, alguns autores propõem diferentes metodologias e mencionam que 12 entrevistas são repetidamente mencionadas, acrescentando-se, eventualmente, duas entrevistas para confirmação é um número coerente de saturação (GALVIN, 2015; FONTANELLA; MAGDALENO JR, 2012; THIRYCHERQUES, 2009).

Os critérios de inclusão para seleção da população foram mulheres com idade igual

ou superior a 18 anos de idade; diagnosticadas com câncer de mama; que estavam em acompanhamento ambulatorial; em tratamento curativo e/ou paliativo para câncer de mama. Os critérios de exclusão para a seleção da amostra foram: mulheres que apresentassem alguma alteração na cognição, memória e/ou fala.

Foi realizado um teste piloto inicial com duas participantes que, posteriormente, foram excluídas não participaram da amostra, com o objetivo de avaliar a redação das perguntas. Vinte e três mulheres foram convidadas a participar do estudo, sendo que uma possuía dificuldade em participar da entrevista devido à fragilidade senil e a outra exibia uma voz que apresentava ressonância com foco anasalado dificultando a compreensão para posterior na transcrição. Ao final, participaram da pesquisa 21 mulheres.

O processo de amostragem deu-se por saturação teórica, em que se interrompe a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo de observação (MINAYO, 2017).

4.4 Instrumento da pesquisa

Na concepção de Taquette (2016), o instrumento da pesquisa é a forma como é realizada a coleta de dados. Nesse sentido, o instrumento da pesquisa foi composto por dois tópicos, um relacionado aos dados de identificação das participantes da pesquisa e outro com perguntas subjetivas que visavam atender aos objetivos do estudo (Apêndice B). Trataram-se de questionamentos pré-elaborados semiestruturados que foram utilizados para nortear a entrevista, técnica utilizada para a coleta do material empírico. Foi validado por 6 pesquisadores na área de oncologia, os mesmos avaliaram a clareza e a pertinência do instrumento.

A entrevista pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação ‘face a face’ e em que uma delas formula questões e a outra responde (TAQUETTE, 2016). As entrevistas foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora, face a face, no Ambulatório de Oncologia, durante o horário de expediente do serviço, em sala reservada, a fim de garantir sigilo de dados, privacidade e conforto das pacientes durante coleta.

Vale ressaltar que a entrevista semiestruturada é uma técnica utilizada para coletar dados a partir de um conjunto de questões previamente definidas pelo pesquisador, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sugerido. Este tipo de entrevista produz uma melhor amostra da população, obtém um direcionamento maior referente à temática e permite obter respostas espontâneas determinadas pelos significados pessoais de

suas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2019).

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, do qual foi recebido a certidão de aprovação em 27 de fevereiro de 2021, com CAAE nº 42986021.7.0000.51.88 e parecer nº 4.564.004.

Os dados foram coletados no período de março de 2021, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) pelas participantes do estudo. No encontro presencial para coleta de dados, foi apresentado e lido o TCLE para sua recusa ou assinatura. Nos casos de aceitação, foi entregue uma cópia do mesmo, datada e assinada pelo pesquisador e participante, procedendo para a etapa de coleta desenvolvida a partir de instrumento de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B).

Ao chegar ao ambulatório de oncologia, era realizado uma triagem dos médicos em atendimento e quais pacientes estavam aguardando. O convite era direcionado para aquelas pacientes que expressaram o desejo em relatar mais detalhadamente suas percepções e vivências sobre o IDT da doença oncológica. Quanto ao risco de comprometer a ordem de atendimento no ambulatório, visto que as entrevistas foram realizadas em horário de atendimento, durante a espera para consulta médica, foi realizada a seguinte estratégia: foram entrevistadas àquelas mulheres que não estavam próximas ao atendimento. A fim de evitar atrasos na consulta e a preocupação com o tempo de entrada no consultório médico.

Foi utilizado um aparelho gravador de áudio (Mini Gravador Digital Sony ICD-PX240) para registrar toda a entrevista entre pesquisador e participante, a fim de assegurar exatidão dos dados e posterior transcrição. A qualquer momento da coleta e do estudo a participante teria o direito de se recusar a responder quaisquer questionamentos ou mesmo se retirar da pesquisa sem nenhum dano.

Para garantir o anonimato das participantes do estudo, estas foram identificadas com nomes de flores escolhidos pela pesquisadora: Azaleia, Begônia, Calêndula, Camélia, Copo-de-Leite, Cravo, Crisântemo, Gardênia, Gérbera, Girassol, Hibisco, Hortênci, Lavanda, Lírio, Margarida, Magnólia, Narciso, Orquídea, Rosa, Tulipa e Violeta. Para garantir o anonimato das instituições de saúde citadas pelos participantes, estas foram identificadas por nomes de Planetas do sistema solar, a saber: Terra, Vênus, Marte, Mercúrio, Júpiter e Saturno. E os nomes dos profissionais de saúde (grande maioria médicos) citados na entrevista foram identificados com nomes de pássaros: Sabiá, Rouxinol, Canário, Curió, Beija-flor, Periquito e

Papagaio.

Cabe ressaltar que para manter o rigor metodológico na pesquisa qualitativa foi utilizado o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ). Este *check list* é um excelente instrumento, está integrado a *Red Equator* como guia na construção e avaliação de estudos delineados na abordagem qualitativa, considerado como padrão-ouro (SOUZA et al, 2021).

Os dados empíricos foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin que permite a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados e sua categorização (BARDIN, 2016). Essa técnica é composta por três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

4.6 Análise dos dados

Utilizou-se como matriz teórica para a interpretação do material empírico, os conceitos antropológicos propostos por Kleinman (1988) sobre os modelos explicativos da doença (*disease, illness, sickness*) e dos sistemas de cuidado disponíveis. O autor descreve a importância da interpretação das narrativas da experiência da doença como uma tarefa central no trabalho da terapêutica. Propõe uma visão ampliada para além do modelo biomédico, reflexões sobre suas limitações para a compreensão do comportamento dos indivíduos relativos à doença e à saúde, uma vez que centra a compreensão nos aspectos estruturais e funcionais desses modelos, numa espécie de agrupamento de algo difícil de categorizar como as representações, as experiências e vivências em torno do que é saúde e do que é doença (KLEINMAN, 1978; KLEINMAN, 1988).

Para analisar os dados, foi adotada uma abordagem qualitativa sob uma base indutiva, visando identificar as concepções, crenças, motivações e atitudes dos participantes. O percurso de análise deste trabalho toma como referência a obra de Laurence Bardin, literatura de referência atualmente em análise de conteúdo e também considerada a mais apropriada para as investigações na área da saúde (MINAYO et al., 2007; BARDIN, 2016). No entanto, outros autores serviram de base no transcorrer do texto visando atingir o objetivo proposto, a fim de tentar dar resposta aos questionamentos levantados inicialmente. Com esse intuito, realizou-se pesquisa bibliográfica que teve como objetivo dedicar ao tema um olhar aprofundado e crítico confrontando aspectos identificados como relevantes para essa discussão.

Os dados coletados foram transcritos *ad verbatim* para serem submetidos à análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016), por meio da qual os dados passam por técnicas de análise sistematizadas para conhecer seu conteúdo. Posteriormente, empreendeu-se a análise temática, identificando-se os núcleos de sentido contidos nas falas das participantes. De acordo com Bardin (2016), a análise de conteúdo é compreendida por três etapas: pré-análise (organização do material e sistematização das ideias); descrição analítica (categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (tratamento dos dados e interpretações).

São estas etapas (BARDIN, 2016):

1) A pré-análise inclui a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nessa fase pré-analítica determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;

2) A exploração do material consiste essencialmente na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. É uma etapa de organização. Nesta fase fez-se o recorte do texto em unidades de registro tal como foi estabelecido na pré-análise; depois, escolhe-se as regras de contagem e, posteriormente, realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas que comandarão a especificação dos temas;

3) Tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação aconteceram quando os resultados brutos foram submetidos a análise temática e a partir daí realiza-se inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico do estudo.

Na terceira fase da análise, os recortes foram categorizados, isto é, foi feito um agrupamento de conteúdos convergentes e divergentes, o que permitiu comparar as tendências detectadas nas entrevistas e definir o itinerário terapêutico percorrido por mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba em busca do diagnóstico e tratamento. Em seguida, foram retomadas as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, e a pesquisadora elaborou indicadores que fundamentaram a interpretação final.

Minayo (2007) destaca duas funções na aplicação dessa técnica: a verificação de hipóteses e/ou questões e a descoberta "do que está por trás dos conteúdos manifestos". Na sondagem dos temas emergentes nas entrevistas, buscou-se extrair os conteúdos latentes, que pudessem ter relevância na elucidação dos objetivos. A análise buscou aproximar-se da

compreensão que as participantes tinham do itinerário diagnóstico e terapêutico, que percorreram para o estabelecimento do diagnóstico e tratamento (MINAYO *et al*, 2007).

4.7 Considerações éticas

Este projeto de pesquisa obteve apreciação e aprovação do grupo de pesquisa GEPEFE (Grupo de estudos e pesquisas em tratamento em feridas) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, realizada no dia 03 de dezembro de 2020. Homologado pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no dia 22 de janeiro de 2021. Também obteve aprovação do Hospital Napoleão Laureano através da Carta de anuência.

Foram obedecidas e contempladas todas as observâncias constituintes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Isso inclui, mas não se limita à apresentação do TCLE e da pesquisa como voluntária, privacidade e confidencialidade dos dados pessoais e provenientes da entrevista, divulgação dos dados em periódicos científicos sem revelação dos dados pessoais, retorno para os profissionais participantes e sociedade os resultados da pesquisa e a minimização de quaisquer riscos e danos, sejam de ordem física, psíquica, emocional, social, financeira e espiritual.

Entende-se que durante a realização desta pesquisa haviam riscos das participantes sentirem constrangimento ao responder ao instrumento de coleta. Entretanto, para minimizar possíveis constrangimentos, a entrevista foi realizada em ambiente reservado para garantir anonimato e proteção dos dados da participante. Foi garantido e ressaltado o anonimato na pesquisa e a obediência à Resolução 466/2012 do CNS. Apesar dos possíveis e mínimos inconvenientes, a pesquisa seguiu os princípios da ética e da bioética por se tratar de pesquisa com humanos.

Frente à pandemia da COVID-19, no intuito de proteger pesquisadora e participante, ambas utilizaram máscara cirúrgica descartável durante o momento da entrevista. Além disso, foi disponibilizado álcool à 70% para higienização das mãos e desinfetado a caneta para assinatura do TCLE logo após o uso, além de respeitado a distância mínima de 1,5 metros entre a pesquisadora e a participante, conforme protocolos de biossegurança da OMS e Ministério da Saúde do Brasil apresentados na Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

5.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo 2: **Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba**

Resumo: Os caminhos percorridos por mulheres com câncer de mama em busca do diagnóstico correto e das possíveis modalidades terapêuticas passam por diversos obstáculos que não, necessariamente, coincidem com protocolos pré-determinados pelos gestores devido a organização dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. O itinerário diagnóstico e terapêutico é considerado um caminho percorrido pelos serviços de saúde. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido por mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada em uma instituição filantrópica e de referência no tratamento do câncer, único Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia no Estado. Foram entrevistadas 21 mulheres, uapós a análise de conteúdo de Bardin, foram analisados os relatos obtidos nas entrevistas e foram construídas as seguintes categorias: 1- A descoberta de algo diferente; 2- A busca pelo diagnóstico; 3- A procura pelo tratamento; 4- O tratamento oncológico que subdividiu em Subcategoria 1: as modalidades de tratamento e Subcategoria 2: reações adversas envolvendo as modalidades de tratamento, por fim, Dificuldade Vivenciadas na trajetória. Verifica-se que o percurso dessas mulheres em busca de exames de rastreio, ao tratamento e resolutividade dos problemas não acontece de forma ágil de acordo com a literatura consolidada sobre o tema.

Descritores: Neoplasias da Mama; Tempo para o Tratamento; Itinerário Terapêutico; Acesso aos Serviços de Saúde; Detecção Precoce de Câncer; Programas de Rastreamento.

Introdução

Nas últimas décadas, o câncer vem se destacando em morbimortalidade e está entre as principais causas de morte prematura na maioria dos países¹. De acordo com a estimativa do Instituto Nacional do Câncer para o biênio 2020/2022, os indicadores mostram que o câncer de mama ocupa o primeiro lugar entre as neoplasias malignas femininas, destacando-se também dentre as causas de mortalidade por câncer neste sexo².

Sabe-se que a detecção precoce gera uma condição mais favorável para a modalidade

terapêutica escolhida no tratamento, e conseqüentemente, para a cura³, o que justifica a adoção de exames de rastreamento como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴. Porém, os caminhos percorridos por mulheres em busca do diagnóstico correto e das possíveis modalidades terapêuticas passam por diversos obstáculos que não, necessariamente, coincidem com protocolos pré-determinados pelos gestores devido a baixa capacidade do Sistema de Saúde.

Os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde estão organizados em trama. Chama-se de Redes de Atenção à Saúde (RAS) as organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde^{5,6}. Nessa perspectiva, o itinerário diagnóstico e terapêutico é considerado um caminho a percorrer de pessoas pelos serviços de saúde⁷.

Diante desse contexto o objetivo deste estudo foi analisar o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido por mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba. Este estudo pode proporcionar uma nova produção científica que servirá de base para melhorias de acesso e qualidade de assistência à essa população.

O caminhar metodológico

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada no Ambulatório de Oncologia do Hospital Napoleão Laureano, uma instituição filantrópica e de referência no tratamento do câncer. Foi o serviço de escolha por se tratar do único Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia no Estado da Paraíba de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 140 de 27 de fevereiro de 2014^{5,6}.

A pesquisa foi guiada pelos critérios incluídos no checklist do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)⁸, que é considerado um guia padrão-ouro para manter o rigor metodológico na construção e avaliação de estudos delineados na abordagem qualitativa.

Participaram da pesquisa 21 mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama e o processo de amostragem deu-se por saturação teórica, em que se interrompe a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo de observação⁹.

Os critérios de inclusão para seleção da amostra foram as mulheres com idade igual

ou superior a 18 anos de idade; diagnosticadas com câncer de mama; que estavam em acompanhamento ambulatorial; tratamento curativo e/ou paliativo para câncer de mama. Os critérios de exclusão para a seleção da amostra foram mulheres que apresentassem alguma alteração na cognição, memória e/ou fala.

Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, estas foram identificados com nomes de flores: Azaleia, Begônia, Camélia, Copo-de-Leite, Crisântemo, Cravo, Gardênia, Gérbera, Girassol, Hibisco, Hortência, Lavanda, Lírio, Magnólia, Rosa, Tulipa e Violeta. Para garantir o anonimato das instituições de saúde citadas pelos participantes, estas foram identificadas por nomes de Planetas do Sistema Solar, a saber: Marte, Urano e Saturno. E os nomes dos profissionais de saúde (grande maioria médicos) citados na entrevista foram identificados com nomes de pássaros: Beija-flor, Rouxinol, Periquito, Papagaio e Curió.

Utilizou-se como matriz teórica para a interpretação dos achados os conceitos antropológicos propostos por Arthur Kleinman (1978; 1988) sobre os modelos explicativos da doença (*disease, illness, sickness*) e dos sistemas de cuidado disponíveis. O autor propõe uma visão ampliada para além do modelo biomédico, reflexões sobre suas limitações para a compreensão do comportamento dos indivíduos relativos à doença e à saúde, uma vez que centra a compreensão nos aspectos estruturais e funcionais desses modelos, numa espécie de categorização de algo dificilmente categorizável como as representações, as experiências e vivências em torno do que é saúde e do que é doença^{10,11}.

Foram convidadas aquelas que expressaram o desejo de relatar mais detalhadamente suas percepções e vivências sobre o itinerário diagnóstico e terapêutico da doença oncológica. A pesquisadora conduziu entrevistas em uma sala reservada, que tiveram em média 30 minutos de duração. Foi utilizado um aparelho gravador de áudio (Mini Gravador Digital Sony ICD-PX240) para registrar toda a entrevista entre pesquisador e participante para assegurar exatidão dos dados e posterior transcrição. A qualquer momento da coleta e do estudo a participante teve o direito de se recusar a responder quaisquer questionamentos ou mesmo se retirar da pesquisa sem nenhum dano, a mesma foi orientada desde a abordagem inicial.

Os dados foram coletados exclusivamente pela pesquisadora usando um instrumento semiestruturado, que explorou a jornada das mulheres desde a descoberta de que havia algo errado com a sua saúde, o atendimento no primeiro serviço de saúde, o caminho percorrido para iniciar o tratamento, a experiência com as modalidades de tratamento, dificuldades e facilidades que marcaram ao longo de toda essa trajetória e como ela estava se sentindo naquele momento (APÊNDICE B).

O instrumento de entrevista foi, então, testado em piloto com duas pacientes (que não participaram da amostra) com câncer de mama acompanhadas no referido ambulatório para avaliar possível alteração na redação de algumas perguntas. De forma a garantir maior robustez metodológica e científica.

Os dados coletados foram transcritos *ad verbatim* para serem submetidos à análise de conteúdo de Bardin (2016)¹², por meio da qual os dados passam por técnicas de análise sistematizadas para conhecer seu conteúdo. A análise de conteúdo é compreendida por três etapas: pré-análise (organização do material e sistematização das ideias); descrição analítica (categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (tratamento dos dados e interpretações). Nesta última, foi feito um agrupamento de conteúdos convergentes e divergentes, o que permitiu comparar as tendências detectadas nas entrevistas.

A coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, do qual foi recebido a certidão de aprovação em 27 de fevereiro de 2021, com CAAE nº 42986021.7.0000.51.88 e parecer nº 4.564.004. Obedeceu-se às observâncias éticas contidas na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos no cenário brasileiro. Os dados foram coletados no período de março de 2021, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes do estudo.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 23 mulheres, entretanto, duas participantes não fizeram parte da amostra, uma vez que a filha de uma participante apresentou conflitos de interesse com os objetivos da pesquisa e não autorizou que sua mãe participasse e a outra participante exibiu voz anasalada; dificultando a compreensão da escuta na gravação e por esse motivo, esta entrevista foi excluída, resultando, no final, em 21 participantes.

No que se refere à caracterização das participantes, a idade média foi de 53 anos, entre 40 e 50 anos, tinham 7 mulheres; entre 50 e 60 anos, 6 mulheres e acima de 60 anos, tinham 7 mulheres. Apenas uma participante tinha 30 anos de idade; casadas correspondiam a 8 mulheres e 7 solteiras; 11 se consideravam pardas, 17 católicas, as demais evangélicas; 10 possuíam o ensino fundamental, 5 sem escolaridade, 4 ensino médio e 2 ensino superior. Três não possuíam filhos, 7 possuíam 2 filhos, 6 possuíam 4 filhos ou mais. Doze mulheres mencionaram que recebiam até um salário mínimo, 5 delas três salários ou mais e 4 apenas 2 salários mínimos. Apenas 2 delas possuíam plano de saúde privado.

As profissões/ocupações variavam entre aposentadas (3), manicures (2), secretária (2),

professora (2), comerciante (2), agricultora (2), costureira (1), auxiliar de enfermagem (1), comerciária (1), doméstica (1). Duas precisaram mudar para a residência de algum familiar durante o tratamento e uma precisou mudar de município. Doze mulheres vieram de outras cidades, apenas 9 eram da capital João Pessoa. Apenas 5 delas estavam sem acompanhante no momento da entrevista.

O diagnóstico de Carcinoma ductal invasivo (CDI) foi identificado em 17 delas. No que se refere ao tratamento, 9 estavam realizando durante da coleta dos dados quimioterapia e 5 hormonioterapia; 10 já haviam passado pela quimioterapia e 11 pela cirurgia.

Com base na evolução natural da doença e no discurso empírico das participantes sobre o caminho percorrido desde o momento da percepção sobre a fragilidade de sua saúde, foram construídas as seguintes categorias, foram analisados os relatos obtidos nas entrevistas e foram construídas as seguintes categorias:

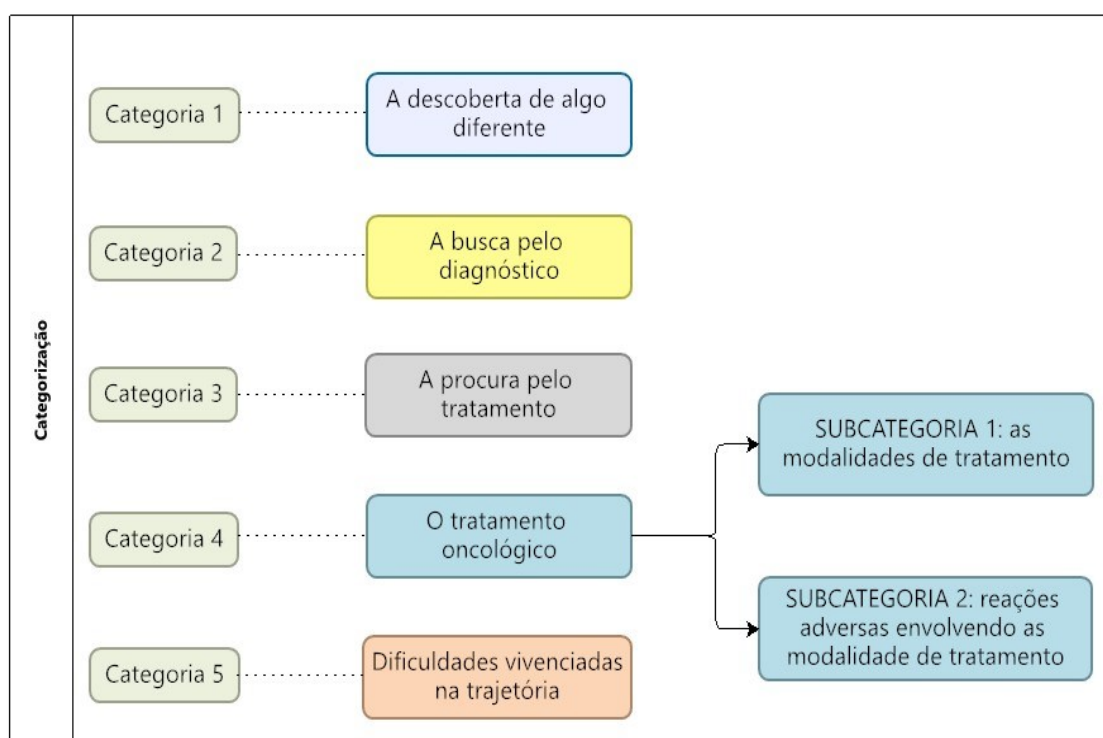


Figura 1: Elaborado pela pesquisadora. Dados da pesquisa, 2021.

Apresentando as categorias e subcategorias

Categoria 1 – A descoberta de algo diferente

Ao serem questionadas sobre a alteração que as levou à desconfiança, 19 das participantes da pesquisa afirmaram que identificaram alteração inicial na mama como: vermelhidão, nódulo palpável, inversão do mamilo, saída de secreção e lesão ulcerada. Estes são considerados sinais e sintomas que necessitam de avaliação médica de urgência, e,

posterior, confirmação ou não do diagnóstico⁴. O nódulo é a principal manifestação da doença, que uma vez detectado, é necessário iniciar a investigação e confirmação diagnóstica, a fim de definir se de fato é uma alteração maligna¹³.

Foi possível identificar que 11 mulheres identificaram, inicialmente, um nódulo palpável através do autoexame da mama; 8 apresentaram alterações visíveis na mama (por exemplo: inversão do bico, saída de secreção ou mudança do tecido mamário) e apenas 2, por meio de exames de rotina.

A partir de então, a mulher inicia as várias fases de conflito interno, que vão desde a negação da doença, resistência ao tratamento e medo, até a fase final onde há a aceitação da existência do tumor¹⁴. No contexto do itinerário terapêutico, o tempo entre o aparecimento de sintomas e o diagnóstico influencia diretamente nos resultados do tratamento e cura dos pacientes¹⁵. Nesta etapa, a mulher com câncer de mama percebe algumas alterações fisiológicas e vai em busca de atendimento, como é destacado nas falas dos participantes da pesquisa:

“Foi me autoexaminando. [...] Foi um ‘nodulozinho’ em cima da mama.” MAGNÓLIA

“Um dia eu fui tomar banho, aí eu senti um carocinho bem pequenininho, meu peito ‘tava dolorido, eu também não me importei, achei que ia sumir logo, com o passar do tempo foi crescendo, crescendo. Mas não doía não, sabe?” LAVANDA

“Eu senti um nódulo. [...] Eu fui fazer um ‘ultrasson’. Eu senti ‘num’ sábado, dia 10, eu senti um nódulo no toque, quando foi dia 12 na segunda-feira eu já estava fazendo o ‘ultrasson’”. AZALEIA

“Foi quando eu fui tomar banho, quando eu ‘tava’ passando a mão, né? Esfregando o sabonete, aí senti como se fosse um carocinho, só que eu pensei que fosse um caroço normal. Só que quando eu deitei na cama, que eu ‘apalpei’ mais, que eu fui fazer o exame, aí eu notei que tinha uma coisinha diferente”. LÍRIO

“Eu ‘tava’ no banho me olhando no espelho fazendo autoexame, eu vi aqui uma mancha vermelha que assim, e quente, aí eu fiquei

apavorada eu fui procurar a médica". CRISÂNTEMO

"Eu descobri sem querer no toque, sem querer [...] aí eu fui no médico particular". GIRASSOL

A estratégia de diagnóstico precoce é preconizada com o objetivo de educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde tanto na atenção primária quanto nos serviços de referência para investigação diagnóstica (atenção secundária)¹⁶.

A fala de Rosa permite identificar uma influência positiva de uma das campanhas mais populares da área da saúde, o Outubro Rosa. Um estudo analisou o grande volume de matérias vinculadas nas mídias sobre câncer de mama e demonstrou ser esse um momento de grande mobilização e disseminação de informações sobre a doença¹⁷.

"Eu cheguei em casa, liguei a televisão, aí 'tava' passando sobre câncer de mama, foi no mês de outubro, aí eu fiquei assistindo [...] Aí quando terminou fiquei curiosa pra tomar um banho e fazer esse exame. Foi em 2014. Aí eu passei sabonete como o médico ensinou, passei, e quando eu botei a mão assim na mama, mulher, aí eu fui logo vendo assim que eu coloquei". ROSA

Categoria 2 – A busca pelo diagnóstico

Para a investigação, além do exame clínico das mamas, exames de imagem podem ser recomendados e a mamografia é o mais indicado, uma vez que permite a detecção ainda na fase assintomática da doença, diminuindo o risco de diagnóstico tardio¹⁸. A confirmação diagnóstica só é feita através da biópsia, técnica que consiste na retirada de um fragmento do nódulo ou da lesão suspeita por meio de punções.

A partir dos discursos, identificou-se que a maioria dos participantes procurou serviços públicos (unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento e/ou ambulatório de hospitais públicos) para realizar exames diagnósticos:

"Chegou lá doutor CURIÓ olhou 'pra' mim e disse "Dona NARCISO, vou passar um exame 'pra' senhora". Aí passou. Foi na minha cidade. É do PSF. Aí eu levei o exame, aí ele exigiu outro. Aí eu disse: "Doutor me diga logo!". Aí ele disse: "Não, vou passar esse daqui",

aquele que tira um pedaço, né?” NARCISO

“Eu procurei meu PSF. Aí a médica mandou eu fazer uma ‘ultrasson’, aí eu fiz, aí depois do ‘ultrasson’ eu voltei no médico e ele me passou uma mamografia ‘pra’ fazer. Aí depois da mamografia eu vim aqui ‘pro’ Laureano. Aí [...] depois eu fiz a biópsia ‘pra’ saber se era câncer”. MAGNÓLIA

“Era um nódulo, né? Não falava nada ‘pra’ ninguém. Aí criou bichos, eu não sei o nome científico, né? [...] Aí depois que chegou no hospital MARTE a assistente social informou que eu tinha que marcar uma consulta aqui, aí pronto, eu vim, consegui, foi rápido, ‘num’ instante eu consegui a consulta. Fui atendida, o médico passou os exames. Aí eu dei uma prioridade aos exames”. BEGÔNIA

Para estadiamento clínico da patologia é preciso realizar diversos exames de imagem¹⁹, o que favorece o estresse e a demora para iniciar o tratamento. Esses mesmos exames são solicitados ao longo e ao término da terapia com o intuito de manter o seguimento clínico e o acompanhamento, além de identificar sinais de recidiva, como pode-se observar nas falas das participantes da pesquisa:

“Aí depois pegou os encaminhamentos para outros exames e a gente foi correr atrás dos outros exames. A gente veio logo ‘praqui’ a médica me indicou aqui no Laureano. Não, demorou muito tempo não, já fui fazendo tudo, não demorou nem um mês, a gente já foi fazendo os exames que tem que fazer”. GARDÊNIA

“Encaminham para Doutora ROUXINOL e Doutora ROUXINOL me encaminhou para o oncologista, e a partir daí eu comecei [...] fazendo mamografia, ultrassonografia. A primeira deu nódulo, a segunda... na segunda mamografia... aí eu fiz 6 e tô tomando vacina e depois das 6 quimios eu fui fazer a mamografia, aí nódulo tinha desaparecido não tem mais nódulo e agora não sinto nada na mama. Agora eu fiz outra mamografia depois de seis meses e vou mostrar a Doutora ROUXINOL, aí acompanhamento né?” CRAVO

Com o exame anatomopatológico em mãos é possível agendar uma consulta com o oncologista através da regulação das secretarias de saúde, sgeundo orientação do Ministério da Saúde, o que justifica muitas mulheres do estudo entrarem no serviço através do ambulatório da mastologia.

“Eu fui fazer um ‘ultrasson’. [...] Ai na ‘ultrasson’ já deu Birads 4. Ai lá mesmo na VÊNUS, aquelas clínicas que tem assim, eu fui ‘pra’ mastologista, da mastologista ela já mandou botar uma biópsia no mesmo dia. Eu conheço uma pessoa que trabalha ali na URANO, falei com ela, no mesmo dia eu já fiz a biópsia, com 15 dias depois eu já estava com a biópsia na mão. E deu o tumor maligno, né?” AZALEIA

“Na verdade, eu nunca tinha feito nenhum exame, nunca tinha ido nem no médico. Ai quando eu passei por doutor PERIQUITO (médico da estratégia de saúde da família) e ele já foi me encaminhando ‘pra’ doutora ROUXINOL (mastologista), daí foi tudo maravilhoso”. ROSA

O SUS garante assistência integral às pessoas com neoplasia maligna, por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS)^{5,6} conforme a Resolução nº 617, de 23 de agosto de 2019 das Pessoas com Doenças Crônicas - cujo planejamento, organização e controle são de responsabilidade das Secretarias de Saúde. A porta de entrada das RAS são as unidades básicas de saúde e a procura pela Estratégia de Saúde da Família justifica-se também pela proximidade da residência ou pelo vínculo já existente na instituição em decorrência de acompanhamento médico e/ou por terem utilizado o serviço em algum momento^{20, 21, 22, 23}, como pode-se perceber nos discursos das participantes:

“Foi no PSF. Ai fui fazer exames, aí demora ‘pra’ receber exame, essas coisas sabe? [...] Não ‘me lembro’ quanto tempo foi”. VIOLETA

“Foi pelo PSF, pediu para marcar um mastologista e marcou. Ai o mastologista pediu uma biópsia, eu fiz, quando chegou o resultado deu positivo”. CRAVO

“Lá no ‘Postinho de saúde’. [...] Ai ela me encaminhou ‘pra’ fazer o exame lá na SATURNO, aí eu fiz a ‘biopsiazinha’, aí já acusou, aí de

lá me encaminharam ‘praqui’”. TULIPA

A procura pelo serviço privado como policlínicas de bairro e/ou clínicas particulares pelas participantes da pesquisa aconteceu com a finalidade de reduzir o tempo de espera para a realização de exames específicos e necessários para a confirmação do diagnóstico da doença oncológica^{20, 21, 22, 23}. Entretanto, as pacientes retornaram à rede pública de saúde, para assim, dar continuidade ao tratamento na Alta Complexidade

“Particular foi bem mais fácil, foi tudo na hora, pelo PSF eu ‘tava’ fazendo ainda, como é uma doença que não pode esperar o que a gente pôde fazer particular a gente fez”. COPO DE LEITE

“Eu fui logo ‘pra’ uma clínica particular. Foi por conta própria. Eu paguei, porque ia demorar muito pelo encaminhamento do ‘postinho’, a menina disse que: “Se puder vá fazer particular, porque vai demorar, a gente até pegar o encaminhamento, chegar a solicitação, vai demorar muito””. LÍRIO

“‘Pra’ adiantar fiz tudo particular. [...] Foi ‘pra’ ser mais rápido. Fiz tudo, fiz uma vez só... eu fiz a mamografia, fiz a ‘ultrasson’ e biópsia. [...] Aqui em João Pessoa (a mesma reside em outra cidade do interior da Paraíba). Eu senti no mês de abril, quando foi no mês de maio já estava tudo esperando para ir para médica para mostrar o resultado da biópsia”. CAMÉLIA

A fala de Camélia e de outras 6 participantes despertou curiosidade na pesquisadora sobre um serviço em que foram realizados todos os exames de uma única vez. Descobriu-se que se trata de uma Clínica Particular situada em João Pessoa – PB, que possui um projeto voltado para mulheres de baixa renda, chamado de Sexta Solidária, onde as mesmas podem pagar um valor monetário muito abaixo do que o afixado pelas tabelas de planos de policlínica e fixo pela mamografia, ultrassonografia e biópsia.

Como forma de ilustrar o itinerário diagnóstico e terapêutico das mulheres participantes desta pesquisa, elaborou-se um fluxograma para melhor compreensão do processo de saúde-doença das mesmas:

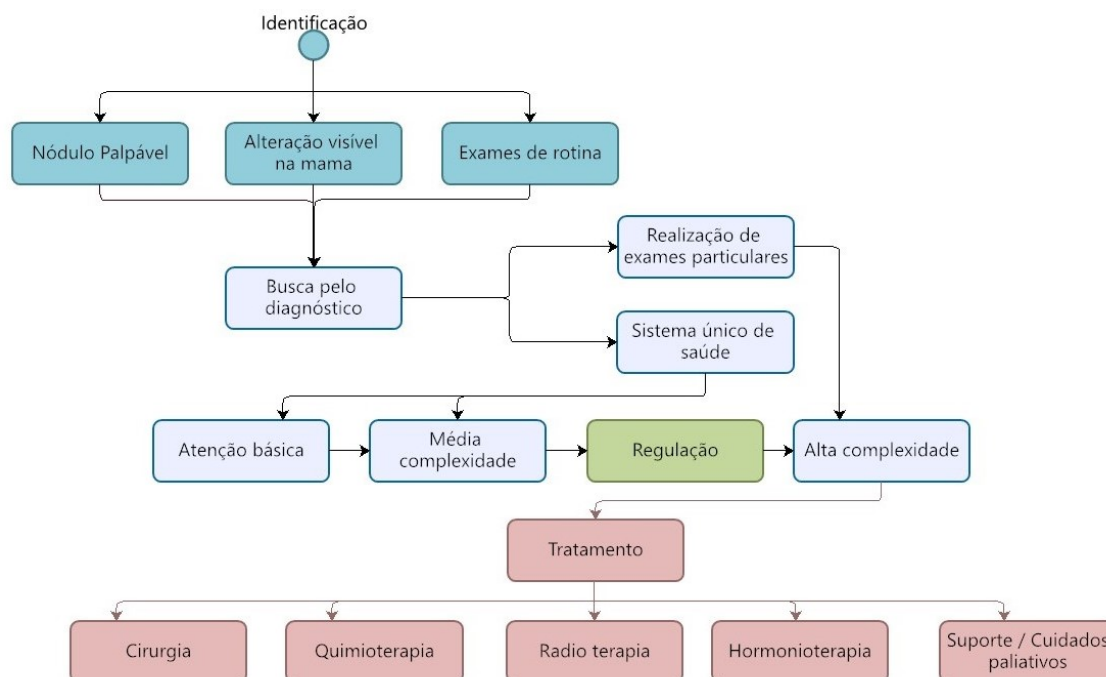


Figura 2: Fluxo de acesso às RAS criado pela pesquisadora para ilustrar o caminho que as mulheres do estudo percorreram. Dados da pesquisa, 2021.

A criação deste fluxograma foi possível, devido à análise das falas e da reconstituição do Itinerário diagnóstico e terapêutico das participantes do estudo. Foi possível inferir que após identificar a alteração na mama, as participantes foram em busca do diagnóstico através de duas formas distintas: 11 mulheres realizaram exames particulares para agilizar agendamento de consulta no ambulatório do referido hospital; as outras 10 seguiram o fluxo proposto pelo ministério da saúde^{5,6}. algumas conseguiram agendamento de consulta nos serviços de média complexidade, por meio de conhecimento com pessoas que trabalhavam neste serviço e facilitaram o agendamento para realização dos exames.

Categoria 3 – A procura pelo tratamento

A abordagem do câncer de mama perpassa todos os níveis de atenção e depende da articulação entre eles para o melhor resultado das ações de controle. Na Atenção Básica, são realizadas ações de prevenção e detecção precoce. Quando há suspeita de câncer, as mulheres são encaminhadas para os serviços de Média Complexidade para investigação, realização de exames confirmatórios e biópsia¹. Em seguida, são direcionadas para os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia ou para Unidades hospitalares, que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e

tratamento dos cânceres mais prevalentes^{5,6}.

A Paraíba apresenta apenas um CACON, e embora as participantes descrevam dificuldades enfrentadas e a longa espera para iniciar o tratamento, (muitas vezes excedendo os 60 dias preconizados pelo Ministério da Saúde), demonstraram gratidão e elogiaram a assistência oferecida.

“Aí eu passei por doutora ROUXINOL e ela me encaminhou para doutor BEIJA-FLOR, foi muito maravilhoso porque ele já me encaminhou logo pra me tomar, num instante, na outra semana já comecei a tomar quimioterapia, foi rápido, rápido, fiz os exames que ele pediu né e foi tudo maravilhoso. fiz quimio. Aí doutora ROUXINOL fez a cirurgia e com um mês depois da cirurgia eu fiz ‘radio’”. ROSA

“Foi muito rápido, ela descobriu em novembro, em fevereiro já fiz a cirurgia, ‘quimio’, ‘radio’. A medicação de cinco anos, ainda to tomando (se referindo ao bloqueio hormonal)”. GARDÊNIA

“Eu vim encaminhada, [...] fui muito, muito, bem recebida aqui, graças a Deus, desde o primeiro momento. [...] Desde o primeiro dia que eu entrei aqui eu não tive dificuldade, como muita gente diz que tem, eu fui muito bem acolhida, no mesmo dia eu consegui marcar minha consulta, com uns 15 dias depois eu consegui vir ‘pra’ médica. Aí eu tive que fazer todos os exames, né aquele ‘ultrasson’ abdominal, cintilografia óssea, esses negócios aí. Quando eu vim ‘pra’ ela foi mesmo em novembro, aí quando foi marcado pra 17 de dezembro que minha cirurgia aconteceu, que foi o primeiro quadrante né, [...] aí quando foi em fevereiro eu fiz a ‘mastomia’ total, cirurgia total (se referindo a mastectomia)”. LÍRIO

No que se refere ao período de tempo entre o início dos sintomas e a busca pela assistência médica, 12 mulheres mencionaram que procuraram a RAS em até um mês, três em dois meses e seis procuraram num prazo de três meses ou mais. No que se concerne ao período de tempo para o início de tratamento após o diagnóstico confirmativo, seis mencionaram que durou cerca de três meses ou mais, outras 6 mulheres afirmaram cerca de 30 dias; uma delas iniciou em uma semana e quatro se dividiram em 15 dias e um mês.

“Ela pediu os exames tudinho (se referindo à mastologista de uma clínica particular), aí eu fui fazer, aí quando eu fiz os exames ela marcou ‘pra’ operar. Ela que me encaminhou ‘pra’ cá. Ela trabalha aqui”. HIBISCO

“Quando recebeu o resultado do exame não passou nem um mês para vir para ela, aí pronto, ela já marcou a cirurgia”. VIOLETA

“Foi rápido, foi ligeiro, acho que uma semana eu já fiz o exame, aqui no SATURNO, aí encaminhou ‘praqui’, daqui já foi encaminhamento pra cirurgia e tudo”. TULIPA

“Aí eu vim ‘pra’ doutora PAPAGAIO, ela passou uma série de exames pra mim, comecei o tratamento, aí comecei a quimioterapia e hoje é a última ‘químio’ que vou tomar”. LAVANDA

“Não, foi de imediato, em menos de dois meses eu já fiz tudo da primeira consulta ao início do tratamento”. GIRASSOL

“Bem, eu descobri em dezembro, aí eu fiz umas consultas particulares, entendeu? [...] foi encaminhada praqui.... que em janeiro... fevereiro... aí março eu já comecei fazer o tratamento, os exames, essas coisas. E eu comecei o tratamento já em março”. CRAVO

“Teve um atraso de dois meses, nem a doutora não sabia por conta assim, não tinha medicamento e ninguém passou para ela, aí atrasou”. CAMÉLIA

“Eu acho que foi 25 sessões de radioterapia, tranquila, tranquila, só a gente fica assim só deitada lá, não dói, bem tranquila. [...] O que demorou foi a cirurgia, que eu descobri isso o início mesmo assim em janeiro mais ou menos, eu vim fazer cirurgia em junho, aí eu fiquei apavorada por conta disso também”. CRISÂNTEMO

Categoria 4 – O tratamento oncológico

O tipo histológico mais comum identificado nas maioria das mulheres (17) foi o carcinoma ductal invasivo (ou infiltrante)^{24, 25, 26}, que se caracteriza por iniciar-se nos ductos lactíferos, sendo capaz de rompê-los e desenvolver nos tecidos adjacentes. esse câncer pode crescer localmente ou produzir metástases e representa entre 70 a 80% de todos os cânceres de mama^{24,25,26}.

Subcategoria 1 – As modalidades de tratamento

As modalidades terapêuticas para o câncer de mama são indicadas de acordo com aspectos biológicos da doença, sejam isoladas ou em associação. O tratamento pode ser realizado de forma sistêmica (quimioterapia, hormonioterapia e/ou terapia-alvo molecular) ou local (cirurgia e radioterapia)²⁷. Quando realizado antes da cirurgia curativa, o tratamento sistêmico é chamado de neoadjuvante e tem por objetivo a redução do tumor, eliminação de micrometástases e avaliar a sensibilidade do tumor ao tratamento sistêmico. Após a cirurgia curativa, o tratamento adjuvante sistêmico e/ou local também tem por objetivo eliminar possíveis micrometástases. Ademais, existe o tratamento de suporte e paliativo, em que o objetivo é promover qualidade de vida²⁸.

“Hoje vou na médica porque quarta-feira é a última quimioterapia porque foi uma série de seis. Ai hoje falar com a médica para saber qual o procedimento daqui ‘pra’ frente”. BEGÔNIA

“Ai decidiram fazer primeiro o tratamento para depois fazer a cirurgia, a retirada do tumor. Eu fiz quimioterapia da vermelha, fiz 3 até agora, falta mais uma vermelha e vou ter mais 12 brancas”. AZALEIA

“Eu fiz a minha cirurgia. Eu vou passar agora pelo oncologista ‘pra’ saber se eu vou fazer algum tipo de radioterapia, ou ‘radio’ ou ‘químio’, entendeu? Ai eu vou passar por ele agora pra saber”. LÍRIO

“Fiz a cirurgia primeiro, depois a ‘químio’, e ‘tô’ fazendo radioterapia. Na oitava. São 25”. MAGNOLIA

“Depois da ‘químio’ eu vou fazer a cirurgia, já ‘tá’ marcada”.
LAVANDA

Subcategoria 2 – Reações adversas envolvendo as modalidades de tratamento

A quimioterapia é reconhecida pelos efeitos adversos sistêmicos, dentre eles, pode-se citar: náuseas, vômitos, alopecia, diarreia ou constipação e fadiga, os quais comprometem a qualidade de vida durante o período de tratamento³⁰.

“Ai, eu achei muito ruim a ‘químio’, tive uma reação tão forte, tinha hora que achava nem ia resistir [choro]; Mas passou, né?”
HORTÊNSIA

“Nas vermelhas a única coisa que eu senti só um pouquinho de ânsia de vômito nos primeiros dias, mas não cheguei a vomitar, encarei muito bem os tratamentos da quimioterapia. As brancas eu não senti nada, para não dizer que eu não senti nada, nada, foi só dores nos pés, mas aí faz parte”. GIRASSOL

“Porque tem pessoa que diz... depende de pessoa, de organismo para organismo. Tem pessoa que falava que já começava a passar mal na ‘químio’, enjoava, fazia vômito e eu não, eu vinha sentir depois de três, quatro dias ou até cinco dias, é que eu vinha começar a sentir os sintomas da reação. Aí dava ânsia de vômito e diarreia um pouquinho, falta de apetite, mas superei graças a Deus”. CRAVO

“E um momento difícil desses dias foi a minha queda de cabelo, eu sofri eu chorei muito é tanto que assim, meus colegas do pedal minhas amigas estão tudo usando lenço por conta de mim, aí foi criada mas dá para ir levando né. Mas é assim mesmo, a gente muito chocada ver o cabelo tudo caindo, mas dá para ir levando”. GÉRBERA

“Eu acho que o pior foi a ‘químio’. Na ‘químio’, assim, não era ruim por causa... assim, na vermelha quase não senti nada, não senti nenhum sintoma não, mas a branca senti mais sintomas, porque eu acho que o organismo vai ficando fraco, né? Aí eu sentia fraqueza,

muita diarreia teve muito na branca”. GARDÊNIA

“Eu só fico muito enjoada, quando eu tomo a vermelha eu fico 10 dias em cima numa cama vomitando direto, só bebo água, eu tô doida que termine isso”. ORQUÍDEA

“Sempre dá, na branca ela não me deu muito não, mas na vermelha eu passo 5 dias assim... ‘meia’ ruim, mas depois passa, quando passa esses 5 dias eu volto ao normal. [...] o único remédio que tomo é ‘pra’ náusea e vômito, por causa da quimioterapia”. LAVANDA

Categoria 5 – Dificuldades vivenciadas na trajetória.

O itinerário percorrido pela mulher com câncer de mama é vivenciado por múltiplas dificuldades, dentre elas: a distância entre a residência e o local do tratamento; custeio com exames particulares, medicamentos e alimentação, e fragilidades na própria organização da RAS (por ex: falta de medicamentos quimioterápicos, máquinas de rxt quebradas atraso no agendamento de exames diagnósticos, consultas médicas e procedimentos para tratamento), como pode-se perceber pelos depoimentos das pacientes.

Entre as falas destacadas, percebe-se evidências em relação às dificuldades no deslocamento para o tratamento, a fragilidade da organização da RAS (por exemplo: morosidade do sistema de saúde para agendamento de exames e consultas médicas), a ausência de recursos (falta de medicamentos ou a máquina de radioterapia sem funcionar), além da demora nas marcações de procedimentos e cirurgias.

“Eu vim tomar Herceptin, Zometa, Perjeta, quando eu cheguei aqui ‘os’ Zometa ‘estava’ faltando”. CRAVO

“A maior dificuldade ‘tá’ sendo agora. É a da cirurgia, é ‘pra’ marcar. É uma loteria. Porque assim, você vem fazendo as ‘quimios’, e você acha que assim que você acabar as ‘quimios’ você vai direto ‘pra’ sala de cirurgia, fazer a cirurgia. A gente vem nesse pensamento, porque a gente quer tanto que a gente vem nesse pensamento. E eu fiquei frustrada por causa disso, porque vai fazer 2 meses que eu terminei a ‘químio’ e não tenho data. Vou saber agora com ela (a mastologista) ‘pra’ quando tem data e se tem ainda pra

esse ano, entendeu? Isso que ‘tá’ realmente me perturbando e a parte mais difícil ‘pra’ mim ‘tá’ sendo essa depois da descoberta”. COPO DE LEITE

“A dificuldade foi que quando eu ia começar a radioterapia deu um problema nas máquinas e eu fiquei um período. [...] Fiquei preocupada com isso também. [...] Eu acho que foi uns dois meses que eu fiquei aguardando, se não foi mais”. CRISÂNTEMO

Algumas mulheres residem em cidades do interior paraibano e as viagens para realizarem o tratamento variam entre 15 quilômetros a 309 quilômetros percorridos

“Continuei morando e vindo ‘pra’ cá (se referindo a distância para o tratamento)”. ROSA

“Eu tenho problema de osso (metástase óssea), fica doendo. A viagem é ruim, assim, eu passo muito tempo sentada, né?” NARCISO

“Porque a gente vem no carro da prefeitura, e quando tem um dinheirinho é ‘pra’ lanchar... [...] E teve que fazer algumas coisas particulares, os exames, a cintilografia óssea e os exames de sangue, todos os exames de sangue foi particular. Toda semana quando for fazer a ‘químio’, né”? VIOLETA

Há referência ao caos gerado no sistema de saúde pela pandemia, remetendo ao atraso de procedimentos eletivos e de diagnóstico prévio, conturbando a trajetória dessas pacientes e ampliando o caminho terapêutico percorrido.

“‘Foi’ uns quatro meses... eu achei um pouco ‘difícil’ porque foi no início da pandemia, aí atrasou tudo um pouco, né? Porque quando eu passei pela médica que ela passou os exames tudo direitinho para fazer a cirurgia, aí ficou remarcando por causa da pandemia que não ‘tava’ fazendo cirurgia, que ‘tá’ tudo suspenso”. MAGNÓLIA

Diante o quadro pandêmico que se vivencia, o caminho terapêutico dos pacientes oncológicos sofreu forte impacto. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica avaliou o

impacto da covid 19 e buscou mitigar riscos e complicações caso a caso. Dessa forma, foi discutido a importância da avaliação multiprofissional, a não indicação e realização de cirurgias eletivas, que não impactariam no prognóstico dos pacientes e o cuidado com as vias hospitalares no manejo dos pacientes oncológicos, que, na maioria das vezes, são imunodeprimidos³¹.

Alguns autores enfatizaram a importância do uso de tecnologias modernas como a telemedicina, como possibilidade de reduzir o risco dos pacientes contraírem a COVID-19, ampliando o distanciamento social, uma vez que a redução do distanciamento nesses pacientes é quase impossível, devido à realização de exames de rotina, tratamento, procedimentos cirúrgicos de urgência e internações. Dessa forma, instruíram a redução dos riscos, minimizando as saídas de casa dos pacientes³².

Conclusão

Foi possível compreender o itinerário diagnóstico e terapêutico das mulheres com câncer de mama e o quanto esta neoplasia afeta não só a dimensão física, mas principalmente seus aspectos emocionais. Verificou-se que o percurso dessas mulheres em busca de exames de rastreio, do tratamento, para a resolutividade dos problemas não acontece de forma ágil entrando em desacordo com o que se preconiza na literatura vigente sobre o tema.

Também foi possível visualizar as inúmeras dificuldades que se iniciam antes da confirmação diagnóstica e se estende além da trajetória de tratamento. A efetividade dos programas de controle dos cânceres é alcançada com a garantia da organização da RAS, da integralidade e da qualidade dos serviços, para isso, é fundamental aprimorar as redes assistenciais para estruturação de serviços de diagnóstico e tratamento.

É notório a necessidade de modificações e estruturação das RAS para pessoas com doença oncológica como preconizado pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS, haja vista que este estudo apresentou inúmeras fragilidades no acesso, acolhimento, no diagnóstico, na manutenção do tratamento, palição e suporte das participantes do estudo.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
2. Inca. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Estimativa 2020:

- incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2019 [acesso 01 jun 2019]. Disponível: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Sena L; Neves MGC. Os impactos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 30, n. 01, 2020. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/367>.
 4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Early detection. Geneva: WHO, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes, module 3). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf...
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/2013, de 16 maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2013. [acesso 08 jul 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 876/2013, de 16 de maio de 2013. 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). Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html
 7. Demetrio F. *et al.* O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde debate* 43 (spe7) 13 Jul 20202019.
 8. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:1–9.
 9. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualit.* 2017;5(7):1-12.
 10. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, v. 12, p. 85-93, 1978.
 11. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
 12. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.

13. Migowski, A., Silva, G. A., Dias, M. B. K., Diz, M. D. P. E., Sant'Ana, D. R., & Nadanovsky, P. (2018). Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00074817. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2018.v34n6/e00074817/>
14. Mardani-Hamooleh, M., & Heidari, H. (2017). Cancer patients' effort to return to normal life: a hermeneutic study. *Scand J Caring Sci*, 351-358
15. Instituto Nacional do Câncer et al. câncer de mama: fatores de risco. 2017. Disponível em: . Acesso em: 08 set. 2017.
16. BREAST CANCER ASSOCIATION CONSORTIUM et al. Breast Cancer Risk Genes - Association Analysis in More than 113,000 Women. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 384, n. 5, p. 428-439, Feb 2021. DOI 10.1056/NEJMoa1913948. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1913948?articleTools=true>.
17. Assis M, et al. A detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Ros Physis 30 (01) 23 Set 20202020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2020.v30n1/e300119/>
18. Oliveira, JM de; Reis, JB; Da Silva, RA. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. *Revista de enfermagem UFPE on line*. v12, n4, p. 938 - 946. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231359/28643>
19. Silva, K. K. da S., Barreto, F. A., Barreto de Carvalho, F. P., & da Silva Carvalho, P. R. (2020). Estratégias de enfrentamento após o diagnóstico de câncer de mama. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 33, 1–10.
20. Souza KA, Souza SR, Tocantins FR, Freitas TF, Pacheco PQC. O itinerário terapêutico do paciente em tratamento oncológico: implicações para a prática de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde*. 2016 ; 15(2):259-67. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v15n2/1677-3861-ccs-15-02-0259.pdf>
21. Brustolin A, Ferretti F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(1):47–59. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0047.pdf>
22. Girardon NMOP, Oliveira NM, Debus PS, Rosa BVC, Dalmolin A, Somavilla IM, et al. Entre uma consulta e outra: itinerário terapêutico de pessoas com câncer de cabeça

- e pescoço. J Res Fund Care Online. 2018; 10(14):1032-40. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-915953>
23. Teston EF, Fukumore EFC, Beneditti GMS, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. Esc Anna Nery. 2018 ;22(4):1–8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180017.pdf
 24. Gobbi H. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. JBPML, v. 48, n. 6, p. 463-474, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/TrwKCnFgcr6bZ438KJFLKLc/?lang=pt&format=pdf>
 25. Bray F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018.
 26. AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2019. Atlanta: American Cancer Society, 2019a.
 27. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines (NCCN Guidelines). Breast Cancer. Versao 4. 2017. Estados Unidos da America: NCCN, 2018. Available at: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.]
 28. Vieira SC, Oncologia básica para profissionais de saúde. Teresina: EDUFPI, 2016
 29. Bushatsky M, Silva RA, Lima MTC, Barros MBSC, Neto JEV, Ramos YTM. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 14];16(3):36094. Available from: <https://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i3.36094> » <https://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i3.36094>
 30. Wakiuchi J et al, A QUIMIOTERAPIA SOB A ÓTICA DA PESSOA COM CÂNCER: UMA ANÁLISE ESTRUTURAL. Texto contexto - enferm. 28 • 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/sNYBdP58PxzFcJNfRfVh5Bx/?lang=pt>
 31. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA - SBOC. Considerações sobre opções de manejo de neoplasias durante a pandemia pelo COVID-19.2020. Disponível em: <https://sbco.org.br/wp-content/uploads/2020/04/SBCO-CONSIDERAC%CC%A7O%CC%83ES-SOBRE-OPC%CC%A7O%CC%83ES-DE-MANEJO-DE-NEOPLASIAS-DURANTE-A-PANDEMIA-PELO-COVID-19.pdf>

32. Kutikov, A et al. A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19. *Ann Intern Med.* 2020 Jun 2;172(11):756-758. doi: 10.7326/M20-1133. Epub 2020 Mar 27.

Artigo 3: Emoções, pensamentos e sentimentos de mulheres com câncer de mama durante a descoberta e o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido.

RESUMO: Após a descoberta do câncer de mama se inicia uma trajetória terapêutica em busca dos Centros de Referência de Oncologia (Alta complexidade). Chama-se de itinerário terapêutico a sucessão de etapas, que vai desde o início da doença (sinais e sintomas identificados), confirmação do diagnóstico, até o tratamento. Conhecer essas trajetórias ajuda a constatar precocemente sinais e sintomas associados a alterações psicológicas capazes de prejudicar o enfrentamento do tratamento preconizado. Uma vez que o diagnóstico do câncer de mama traz consigo impactos biológicos, psicológicos e sociais, identificar as formas de enfrentamento e os suportes sociais disponíveis, auxilia numa maior adaptação às mudanças corporais e emocionais, além de uma melhor qualidade na atenção à saúde. Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar as vivências e os sentimentos permeados durante a descoberta e o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido por mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com 21 mulheres em um Hospital de Referência no tratamento do câncer. Com base na análise dos relatos obtidos nas entrevistas, foi estabelecida a categoria: **Emoções, pensamentos e sentimentos de mulheres com câncer de mama**, e foi subdividida em **Subcategoria 1** - Impacto emocional diante da descoberta do câncer de mama; **Subcategoria 2** - Sentimentos vivenciados durante e após o tratamento oncológico; **Subcategoria 3** – Rede de apoio a mulher com câncer: família e religião e **Subcategoria 4** – Sentimentos de resignificação e o retorno às atividades da vida diária pós-tratamento.

Descritores: Mulheres; Neoplasias da Mama; Itinerário Terapêutico; Acesso aos Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente em mulheres na maior parte do mundo. De acordo com as últimas estimativas mundiais, corresponde a 2,1 milhões de casos novos e 627 mil óbitos pela doença¹. No Brasil, estimam-se que 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022². Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,6 casos novos a cada 100 mil mulheres².

É considerada uma doença de comportamento dinâmico e em constante transformação devido sua fisiopatologia, capaz de provocar deformidades e mutilações, além de trazer em

seu entorno um estigma que causa forte impacto psicológico, produzindo sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas, raiva, negação e sofrimento emocional ao longo de todo o percurso entorno da doença³.

Após a descoberta se inicia uma trajetória terapêutica em busca dos Centros de Referência de Oncologia (Alta complexidade). Chama-se de itinerário terapêutico a sucessão de etapas, que vai desde o início da doença (sinais e sintomas), confirmação do diagnóstico, até o tratamento, que pode ser realizado com o uso da medicina tradicional (automedicação e curandeiros) e moderna (estruturas de cuidados modernos)⁴.

Conhecer essas trajetórias ajuda a constatar precocemente sinais e sintomas associados a alterações psicológicas capazes de prejudicar o enfrentamento do tratamento preconizado. Uma vez que o diagnóstico do câncer de mama traz consigo impactos biológicos, psicológicos e sociais, identificar as formas de enfrentamento e os suportes sociais disponíveis, auxilia numa maior adaptação às mudanças corporais e emocionais, além de uma melhor qualidade na atenção à saúde⁵. Também permite planejar intervenções que minimizem o sofrimento da paciente, melhore sua qualidade de vida e evite a evasão ao tratamento⁶.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar as vivências e os sentimentos permeados durante a descoberta e o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido por mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba.

MÉTODO

É uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, norteadas pelos critérios incluídos no checklist do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)⁷. Este *checklist* é considerado como padrão-ouro para manter o rigor metodológico está integrado a *Red Equator* como guia na construção e avaliação de estudos delineados na abordagem qualitativa.

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Oncologia do Hospital Napoleão Laureano vinculado à Fundação Napoleão Laureano, uma instituição que atua no combate ao câncer de personalidade jurídica de direito privado, foi fundada em 17 de março de 1951 pelo próprio Dr. Napoleão Rodrigues Laureano, que se esforçava para expressar o desejo de ver construído, em João Pessoa, na Paraíba, um centro de combate ao câncer. Foi o serviço de escolha por se tratar do único Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia no Estado da Paraíba de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 140 de 27 de fevereiro de 2014⁸.

Participaram da pesquisa mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama e

o processo de amostragem deu-se por saturação teórica: em que a coleta de dados é interrompida quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo de observação⁹. O convite foi realizado e os objetivos da pesquisa foram esclarecidos para aquelas pacientes que expressaram o desejo de relatar mais detalhadamente suas percepções e vivências sobre o itinerário diagnóstico e terapêutico da doença oncológica.

Vinte e três mulheres, inicialmente, foram abordadas para participar do estudo, sendo que duas foram excluídas aquelas que apresentassem alguma dificuldade em se comunicar/expressar e/ou fala, resultando em 21 participantes ao final. Foram incluídas as que possuíam idade igual ou superior a 18 anos de idade diagnosticadas com câncer de mama que estavam em acompanhamento ambulatorial; tratamento curativo e/ou paliativo.

Os dados foram coletados exclusivamente pela pesquisadora no mês de março de 2021, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) usando um guia de entrevista de cerca de 30 minutos que explorou a jornada das mulheres desde a descoberta de que havia algo errado com a sua saúde perpassando pelo diagnóstico e tratamento no serviço de saúde. Foi utilizado um aparelho gravador de áudio (Mini Gravador Digital Sony ICD-PX240) para registrar toda a entrevista para assegurar exatidão dos dados e posterior transcrição. A qualquer momento da coleta e do estudo a participante teria o direito de se recusar a responder quaisquer questionamentos ou mesmo se retirar da pesquisa sem nenhum dano a ela.

Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, estas foram identificadas com nomes de flores: Azaleia, Begônia, Calêndula, Camélia, Copo-de-Leite, Cravo, Crisântemo, Gardênia, Gérbera, Girassol, Hibisco, Hortência, Lavanda, Lírio, Margarida, Magnólia, Narciso, Orquídea, Rosa, Tulipa e Violeta. Para garantir o anonimato, os nomes dos profissionais de saúde médicos citados na entrevista foram identificados com nomes de pássaros: Rouxinol e Canário.

Para orientar este estudo, utilizou-se a literatura socioantropológica baseada no modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Kleinman¹⁰. O autor descreve subsistemas que baseiam-se em noções que levam à percepção e à interpretação da doença para além do modelo biomédico, e permitem o desenvolvendo de mecanismos de cura distintos e consoantes com o contexto cultural de cada indivíduo através das representações, experiências e vivências¹¹.

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada: Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba, em que as entrevistadas puderam discorrer sobre todo o caminho percorrido até o tratamento, as dificuldades que

marcaram ao longo de toda essa trajetória e como ela estava se sentindo naquele momento. Apesar de uma vasta experiência de trabalho e formação em enfermagem e em oncologia, foi necessário imergir na realidade do local. O guia de entrevista foi, então, testado em piloto com duas pacientes com câncer de mama acompanhadas no referido lugar.

Os dados coletados foram transcritos *ad verbatim* para serem submetidos à análise de conteúdo em três etapas propostas por Bardin (2016)¹²: pré análise, descrição analítica e interpretação referencial. Os dados passaram por essas técnicas de análise sistematizadas e, ao final, foi realizado um agrupamento de conteúdos convergentes e divergentes, o que permitiu comparar as tendências detectadas nas entrevistas.

Foram obedecidas as observâncias éticas contidas na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos no cenário brasileiro. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, do qual foi recebido a certidão de aprovação em 27 de fevereiro de 2021, com CAAE nº 42986021.7.0000.51.88 e parecer nº 4.564.004.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo as participantes do estudo:

AZALEIA	Jovem, 30 anos, parda, solteira, católica, sem acompanhante no momento da entrevista, apresentava-se receptiva e disposta a participar. Possui um filho, estudou até o ensino médio, é empreendedora e manicure, renda mensal de cerca de 3000 reais. Reside na região metropolitana da capital da Paraíba, descobriu o câncer em janeiro de 2021, Carcinoma Ductal Invasivo (CDI) triplo negativo, estava realizando o 3º ciclo de quimioterapia neoadjuvante, depois que descobriu o câncer, aderiu a um plano de saúde particular. Intervalo entre a descoberta e início do tratamento: 32 dias.
BEGÔNIA	Solteira, católica, branca, sem filhos, 63 anos, ensino fundamental apenas. Recebe um salário mínimo, aposentada, reside em uma instituição de longa permanência devido dificuldades no seio familiar em manejo das reações adversas ao tratamento, porém, há a condição de ter alguém da família acompanhando a cada ida ao serviço de saúde. Compreende bem e se expressa bem, porém um pouco dispersa e algumas respostas sem nexo, estava acompanhada da cunhada que contou um pouco da história de vida. Afirma que devido demora para o diagnóstico preferiu realizar a biópsia particular. Ela afirma que escondeu por muito tempo o "caroço na mama" e "quando descobriram já tinha bicho". Paciente em tratamento neoadjuvante (6 ciclos), com medo de realizar a mastectomia, afirma ao término da entrevista: "Tô bem, se não precisasse fazer a cirurgia era bom". Intervalo entre a descoberta e início do tratamento: 74 dias.

CALÊNDULA	Viúva, 59 anos, parda, estudou até o ensino fundamental, aposentada, recebe cerca de 2 salários mínimos por mês. Reside na capital, em tratamento quimioterápico neoadjuvante. Descobriu o câncer em julho de 2020. Estava acompanhada da irmã, muito falante e animada, se emociona uma vez ao afirmar que pouco tempo após o óbito do esposo teve o diagnóstico, também se lamenta pela morte do seu filho único e diz ser "muito forte". Possuía displasia mamária e sempre fazia os exames, inclusive a última Mamografia antes do diagnóstico havia uma alteração que não foi identificada pela médica que interpretou, a mesma usa a palavra "Negligência" com muito afinho. Conta que teve um filho, mas amamentou outras 3 crianças da família e que foi dito a ela que amamentação era um fator de proteção para não desenvolver câncer. Ela afirma que a biópsia foi a pior parte de todo tratamento porque doeu muito, a lesão estava ulcerada. Descreve melhora significativa da ulceração após o início da quimioterapia. Em tratamento com quimioterapia e terapia alvo neoadjuvantes. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 37 dias.
CAMÉLIA	Idosa, 73 anos, viaja 55 quilômetros partindo da sua cidade para realizar o tratamento no Hospital referenciado. Sem escolaridade, trabalha como costureira, é divorciada, parda, católica, mãe de 7 filhos, recebe o equivalente a um salário mínimo. Diagnosticada com CDI não especial, faz tratamento exclusivamente com terapia alvo iniciado em julho de 2020. Refere que precisou realizar alguns exames particulares e que terminou a última sessão de quimioterapia e terapia alvo com atraso porque "não tinha medicamento" e isso gerou um atraso de dois meses "sem vacina". Intervalo entre a descoberta e início do tratamento: 74 dias.
COPO-DE-LEITE	Reside na capital, estudou até o ensino fundamental, trabalha como secretária e tem uma renda familiar de cerca de 4 salários mínimos. Parda, católica, casada, 45 anos, 4 filhos, estava acompanhada do esposo, que queria participar da entrevista e sugeriu, inclusive, uma pesquisa com acompanhantes. Finalizou a quimioterapia neoadjuvante em fevereiro de 2021, estava aguardando agendamento da cirurgia de retirada do tumor. Estava angustiada com a espera pelo agendamento. Intervalo entre a descoberta e início do tratamento: 36 dias.
CRISÂNTEMO	Parda, 52 anos, solteira, um filho, católica, professora, possui nível superior completo e plano de saúde particular (trata pelo SUS porque o plano não dá acesso a tratamento de alto custo). Reside na capital, ganha cerca de 5000 reais por mês. Diagnosticada com CDI já realizou cirurgia e RXT. Atualmente em seguimento, segue em uso de hormonioterapia (comprimidos). Descreve longa espera para iniciar os tratamentos: cirurgia (3 meses) e RXT (2 meses) devido lista de espera do hospital. Encontrava-se inquieta e apressada para finalizar. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 119 dias.
CRAVO	Reside a 96 quilômetros da capital, é casada, branca, católica, aposentada (renda de dois salários mínimos), dois filhos, 62 anos. Realiza tratamento de suporte com hormonioterapia e inibidor de osteólise (metástase óssea). Já realizou quimioterapia e terapia alvo. Iniciou em janeiro de 2020 com novos sintomas, trata-se de um segundo câncer de mama com nove anos de intervalo. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 15 dias.
GÉRBERA	Viaja de balsa para tratar na capital, reside no litoral sul da Paraíba. Possui 41 anos, um filho, casada, branca, católica e trabalha como manicure, recebe menos de um salário mínimo, estudou até o ensino fundamental. CDI moderadamente diferenciado, está em tratamento neoadjuvante com quimioterapia. Realizou o primeiro ciclo de quimioterapia em outro serviço particular para adiantar o tratamento, atualmente no segundo ciclo, em seguida irá para cirurgia. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 111 dias.
GIRASSOL	É evangélica, branca, casada, dois filhos, possui o ensino médio, 40 anos, reside na capital, trabalha como secretária e ganha o equivalente a dois salários mínimos. Iniciou a quimioterapia neoadjuvante em setembro de 2020, fez quimioterapia, última em 26/03/2021 e aguarda o agendamento da mastectomia. Realizou diversos exames particulares. Entre a primeira consulta e o diagnóstico foram sete meses de intervalo. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 8 dias.

HORTÊNSIA	Em seguimento clínico, tratou em 2013. Estudou até o ensino fundamental, atualmente aposentada, trabalhava como auxiliar de enfermagem. 63 anos, viúva, dois filhos, parda, evangélica, ganha cerca de três salários mínimos por mês. Realizou cirurgia seguida de quimioterapia adjuvante (em outro serviço público). Percorria 120 quilômetros diariamente entre ida e retorno para sua casa a fim de realizar a RXT, mas se referiu ao período de quimioterapia como o mais difícil enfrentado. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 30 dias.
GARDÊNIA	Comerciante, 49 anos, católica, solteira, dois filhos, reside na capital, estudou até o ensino médio e ganha cerca de 5000 reais por mês. Realiza apenas o bloqueio hormonal com medicamento oral, realizou cirurgia em fevereiro de 2020, quimioterapia adjuvante em abril de 2020, RXT e hormonioterapia em outubro de 2020. Descobriu através de exames que realizou "no mês do Outubro Rosa", se referiu a quimioterapia como a pior fase do tratamento. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 82 dias.
ROSA	Está em seguimento oncológico, reside a 309 quilômetros da capital, viúva, branca, católica, 53 anos, dois filhos, do lar, ensino fundamental completo. Já passou pela cirurgia, quimioterapia e RXT para tratar um CDI. Afirma que no mês de outubro viu algo sobre câncer de mama que despertou o interesse pela investigação. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 77 dias.
LÍRIO	Casada, dois filhos, do lar, reside na capital, 47 anos, parda, católica. Realizou quadrantectomia em dezembro de 2020 e mastectomia total em fevereiro de 2021. Foi encaminhada para adjuvância, aguardando definição do oncologista. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 8 dias.
MARGARIDA	Professora de formação, possui pós-graduação na área educacional, 66 anos, solteira, quatro filhos, branca, católica, residia em Salvador (BA) onde iniciou o tratamento há 28 anos e deu continuidade em João Pessoa (PB). Tem uma longa história envolvendo o itinerário acerca do diagnóstico e tratamento oncológico. Foi a entrevista mais longa, estava bem à vontade para contar toda sua trajetória iniciada em 1993 quando ainda não existiam tantas modalidades disponíveis. Já realizou 13 cirurgias, três esquemas de quimioterapias, três vezes submetida a tratamento radioterápico, e atualmente com doença controlada em tratamento de suporte com hormonioterapia e inibidor de osteólise.
MAGNÓLIA	Jovem, 40 anos, parda, casada, quatro filhos, ensino fundamental, evangélica, autônoma, recebe o equivalente a um salário mínimo por mês. Realizou cirurgia em março de 2020 e tratamento quimioterápico adjuvante em julho de 2020. Atualmente em hormonioterapia e RXT, viaja 120 quilômetros diariamente para tratar. Lembrou da pandemia e o impacto para realizar a programação de tratamento. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 26 dias.
LAVANDA	Agricultora, trabalha desde de muito nova na plantação. Tem 45 anos, casada, um filho, católica, parda, reside a 87 quilômetros da capital. Estudou até o ensino fundamental e ganha cerca de 1500 reais por mês. Em tratamento quimioterápico neoadjuvante devido um CDI triplo negativo. No dia da entrevista era sua última aplicação e externou toda sua alegria. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 21 dias.
TULIPA	Reside na capital, é solteira, branca, católica, comerciária, ganha menos de um salário por mês, estudou até o ensino médio, não tem filhos, 58 anos. Precisou mudar de residência durante o tratamento, a casa da sua irmã era mais perto para ir ao hospital. Já realizou quimioterapia neoadjuvante e cirurgia. Atualmente em hormonioterapia. Intervalo entre a descoberta e início do tratamento: 20 dias.
VIOLETA	Solteira, sem filhos, reside a 56 quilômetros da capital, do lar, evangélica, branca, sem escolaridade, recebe cerca de um salário mínimo mensal. Reside próximo a sua irmã, que estava como sua acompanhante naquele instante, visível o apoio e companheirismo entre ambas. Tratando o CDI com terapia alvo, realizou cirurgia em maio de 2020 e tratamento quimioterápico em agosto de 2020. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 90 dias.

ORQUÍDEA	Sem escolaridade, possui 2 filhos, católica "não praticante", parda, 52 anos. Trabalhava como empregada doméstica e recebe um salário mínimo mais o benefício do neto com deficiência de quem cuida. Viaja 52 quilômetros para realizar as sessões de quimioterapia neoadjuvante, atual modalidade de tratamento para um Carcinoma Lobular invasivo. Realizou exames particulares e isso agilizou o tratamento, além das informações concedidas por seu empregador que era profissional da área da saúde. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 15 dias.
NARCISO	Idosa, recuada, pouco comunicativa, olhos lacrimejando quando iniciou a entrevista. 73 anos, reside a 287 quilômetros da capital, queixa-se da condução precária oferecida pela prefeitura que torna a viagem cansativa. Do lar, sem escolaridade, casada, negra, 4 filhos, católica, CDI, já realizou cirurgia e quimioterapia em 2015. Atualmente em hormonioterapia exclusiva. Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 15 dias.
HIBISCO	Viúva, cinco filhos, 64 anos, católica, sem escolaridade. Estava relaxada, participativa e estava acompanhada da filha. Em tratamento adjuvante, viajava semanalmente 300 quilômetros para os ciclos de quimioterapia semanal. Queixa-se de dor na mama cirurgiada devido "balançado da condução". Repete várias vezes que depois de um ano e três meses da primeira cirurgia teve que fazer outra (demonstra revolta, pois ela havia realizado a mastectomia total). Era agricultora, afirma que sua ocupação era "na enxada e hoje os filhos não deixam mais". Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento: 90 dias.

Quadro 1: Quadro síntese elaborado pela pesquisadora para apresentar as participantes.

Com base na análise dos relatos obtidos nas entrevistas, foi estabelecida a categoria: **Emoções, pensamentos e sentimentos de mulheres com câncer de mama**, e foi subdividida em **Subcategoria 1** - Impacto emocional diante da descoberta do câncer de mama; **Subcategoria 2** - Sentimentos vivenciados durante e após o tratamento oncológico; **Subcategoria 3** – Rede de apoio a mulher com câncer: família e religião e **Subcategoria 4** – Sentimentos de resignificação e o retorno às atividades da vida diária pós-tratamento.

Subcategoria 1: Impacto emocional diante da descoberta do câncer de mama

Através destas falas é possível identificar os emoções, pensamentos e sentimentos experimentados pelas mulheres após identificarem alterações no próprio corpo:

“Me assustei. Meu Deus, eu ‘num tô’ com um caroço na mama! Aí terminei de tomar meu banho, fiquei muito nervosa”. ROSA

“Aí eu botei logo ‘pra’ chorar, pensei logo coisa ruim”. NARCISO

“‘Tava’ no banho me olhando no espelho fazendo autoexame, eu vi aqui uma mancha vermelha [...] e quente, aí eu fiquei apavorada. Eu fui procurar a médica. [...] A médica falou: “Não se preocupe não, isso não é nada, pode ser uma inflamaçãozinha”. Aí pediu uns exames

de rotina, né? Aí eu fiz a ultrassonografia e mamografia, aí no exame deu uma suspeita, aí depois vai pedindo para confirmar, a biópsia".
CRISÂNTEMO

"Não, nunca eu tinha feito mamografia, não tinha feito exame nenhum. [...] Senti como se fosse um carocinho [...] Aí aquilo ali já me preocupou". LÍRIO

Os sinais e sintomas de alteração mamária foram percebidos em 19 participantes (apenas duas identificaram a partir de exames de rotina). Entre os sinais e sintomas do câncer de mama, o mais comum foi a presença do nódulo e/ou alteração visível na mama, acompanhado ou não de dor no local, conforme as falas supracitadas.

O reconhecimento de um sinal ou sintoma corporal depende da percepção individual e das noções prévias, por isso se faz tão importante o estímulo às estratégias de conscientização sobre as mamas e sinais de alerta para o câncer, valorizando o autoconhecimento¹³. Além disto, o incentivo ao rastreamento mamográfico e o encaminhamento prioritário para a investigação diagnóstica pela atenção primária são ações relevantes para detecção e início do tratamento de forma precoce^{14,15}.

Então, a busca por uma terapêutica é iniciada após a percepção de que algo não está bem, geralmente são observadas por manifestações físicas que geram desconforto ou estranhamento. Nessa etapa, o indivíduo e seus familiares começam a refletir sobre o que pode estar causando esse sintoma e buscam uma resposta concreta, iniciando a busca por exames, cuidados e tratamentos¹⁶.

É possível observar a resistência que algumas participantes tiveram em não procurar um serviço de saúde de imediato, muitas vezes pela desvalorização dos sintomas:

"Um dia eu fui tomar banho, aí eu senti um carocinho bem pequenininho, meu peito tava dolorido, eu também não me importei, achei que ia sumir logo, com o passar do tempo foi crescendo, crescendo. [...] Demorou, demorou mais ou menos um ano, que foi que eu procurei. [...] Assim, uma foi a dificuldade e pelo trabalho da gente que é um trabalho meio difícil. Aí eu fui deixando, achando que não era nada sério, aí quando eu percebi que era sério [...], aí eu resolvi agir". LAVANDA

“Eu descobri porque, aparentemente, na minha mama esquerda ‘tava’ aparecendo um carocinho, aí foi quando eu achei que tinha alguma coisa, mas não fui de imediato. Fui deixando levar. [...] Acho que foi um ano depois”. COPO-DE-LEITE

“Rapaz, eu não ‘tô’ muito lembrada não, mas durou na base de uns 6 meses. Eu nem queria, ela que mandou (se referindo a filha)”. HIBISCO.

O planejamento de estratégias de controle do câncer de mama por meio da detecção precoce é fundamental. Se detectado precocemente, maior probabilidade de cura e tratamentos menos invasivos. O desenvolvimento de novas tecnologias e medicamentos mais eficazes, além da melhoria na prestação de cuidados de saúde, contribuiu para o controle da doença e aumento da sobrevida das pacientes diagnosticadas¹⁷.

Há uma relação entre o atraso no diagnóstico e estágios avançados da doença, o que leva a uma piora no prognóstico e na sobrevida¹⁸. Diversos são os motivos percebidos nos discursos das participantes para o atraso em buscar o serviço de saúde, como medo, negação, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, demandas de trabalho, afazeres domésticos, não priorização do autocuidado e questões financeiras¹⁹.

Ainda segundo Pinheiro *et. al* (2019), a procrastinação da saúde prejudica a terapêutica e diminui a qualidade e /ou o tempo de vida. A procrastinação do cuidado se justifica por argumentos variados, colocando o autocuidado em segundo plano, em detrimento dos papéis sociais que as mulheres assumem na contemporaneidade, como trabalho, filhos, afazeres domésticos, sustento familiar, sempre postergando o cuidado individual¹⁹.

Um atraso maior que três meses entre a identificação do sintoma e o tratamento do câncer de mama está associado com diminuição em 12% da sobrevida para pacientes com a doença, a detecção precoce da doença facilita o tratamento e melhora o prognóstico. Um estudo apresenta a associação do atraso com estágio avançado em vários países e verificou que possui uma associação com o baixo grau de instrução, à menor renda familiar e à residência distante do local de tratamento²⁰.

Ao receber um diagnóstico tão estigmatizado, com uma carga emocional e social tão significativas é notável que o medo do desconhecido e das alterações físicas advindas com o tratamento causam sofrimento psicológico nestas pacientes:

“O que mais me marcou foi o dia que descobri, que eu peguei assim a biópsia [...] foi ele que me contou (apontando para o esposo), abriu o chão, parece que tocou fogo em mim, uma queimadura, que eu fiquei desorientada, foi no dia que eu descobri, que eu tive a certeza que eu estava com câncer de mama. [...] É complicado... de aceitar na verdade, né? [...] Aceitação assim, ‘pra’ gente mulher, aceitar o tratamento, a queda do cabelo, todo mundo diz: “É besteira, o cabelo nasce”. Mas não é desse jeito, ‘pra’ gente é um impacto muito grande. Mas como tinha que aceitar, aceitei e comecei a fazer a quimioterapia, passei 8 meses no tratamento de quimioterapia, terminei em fevereiro. [...] Hoje o meu dia não ‘tá’ bom não. [...] Assim, como vou te dizer, é justamente porque eu sou muito ansiosa, sabe? E depois da doença eu fiquei mais. Então... é a minha pressa de querer tirar e eu não ‘tô’ vendo luz no fim do túnel, aí eu fico desesperada (a mesma está aguardando agendar a cirurgia)”. COPO-DE-LEITE

“Passou tanta coisa, eu ‘num’ sei nem dizer. Fiquei muito mal, eu chorava demais, quase peguei uma depressão”. NARCISO

“Eu fiquei muito abatida, foi umas duas semanas ‘pra’ cair a ficha”. LÍRIO

“Minha filha, eu chorei, eu me ‘aperreei’ [...] A pessoa fica tão ‘pra’ baixo [...] É um susto que pensa que não acontece com a gente [...] Porque eu fazia minha prevenção. Você ‘tá’ me entendendo? Não vou mentir, eu me revoltei, chorei. A enfermeira disse assim: “Esse aí, minha filha, não começou de agora não”. Mas ela não sabe, quem sabe sou eu, foi rápido. [...] Vou ser sincera ‘pra’ você, hoje, eu ‘tô’ bem... foi muita dor, sofri demais. Cheguei ao ponto de sentir nojo de mim, eu pensava que ia morrer... porque a gente fica... eu não sei nem te explicar... a gente fica tão pra baixo... eu acho que eu nasci de novo”. CALÊNDULA

“Aí eu chamei minha família, louca, desesperada, eu com dois meses de vida (se referindo à fala do primeiro médico que procurou), com quatro filhos, fiquei louca. E eu chamei minha mãe, no outro dia

‘tava’ lá com meu pai, aquela agonia toda, e aí fomos para um médico particular. [...] Então eu fui para o médico particular, ele me mandou fazer todos os exames e nos resultados do exame eu ‘tava’ com câncer, com tumor na mama”. MARGARIDA

“Aí ela (a mastologista) me explicou tudinho, quando recebi o resultado meu mundo caiu, entendeu? Ela me deu muita força, tudo, minhas filhas, e eu ‘tô’ aqui. É isso!” CRAVO

“Quase que eu fico louca dentro da sala, eu acho que eu passei umas duas horas chorando dentro da sala. Porque eu tenho uma filha especial [...] aí eu disse: “Meu Deus, que vai ser da minha filha, Doutora?” Aí ela disse: “Não se preocupe que isso não vai impedir que você tome conta da sua filha. No início você tem uma chance muito grande de cura, 100% de cura, então minha filha, não se desespere não”. Aí eu disse: “Mas Doutora, nunca imaginei, já sofri muito” eu disse a ela. [...] Assim, é muito difícil tá entendendo? Muito difícil mesmo! Porque a gente, pensa assim: “Meu Deus, será que vai dá tudo certo”? Porque eu já passei por um momento difícil com a minha filha porque ela foi prematura, passou três meses no hospital quando ela nasceu, então assim, eu vivo para ela e quando veio essa doença assim me deixou sem chão, muito, muito triste [choro]”. GÉRBERA

“Hoje eu ‘tô’ um pouquinho mais forte, mas normalmente me dá um pouquinho de insegurança. [...] Eu ainda tenho um pouquinho de insegurança, por mais que a médica me passe toda segurança, né? Me diz: “Olhe você vai fazer o tratamento, você ficar boa, você tem que ter a cabeça boa”. Mas bate aquela insegurança”. LÍRIO

Ao receber o diagnóstico de câncer, uma doença que traz tantas preocupações, cria-se uma situação assombrosa, não só para quem é por ele acometido, mas para todos que o cercam, uma vez que se veem surpreendidos por um momento de grande estresse, que gera mudanças de comportamento e coloca os sujeitos diante de uma nova etapa de vida, a princípio não esperada¹⁸.

É possível inferir que o diagnóstico desencadeará várias reflexões, revoltas e sentimentos, que são influenciados pelas experiências anteriores e diferenças individuais, os quais resultarão em comportamentos de ajuste, cuja finalidade é enfrentar o estresse e a ansiedade provocada por esse momento¹⁶. Outro aspecto importante a ser discutido é a forma como o diagnóstico de câncer é informado à paciente e à família pelo profissional de saúde como é possível perceber na fala das participantes Calêndula, Cravo e Gérbera.

Os aspectos negativos vêm, muitas vezes, da insegurança e da incerteza com sobre o futuro. O aparecimento da doença acarreta mudanças de papéis devido às alterações físicas ocasionadas pelos tratamentos. Por consequência dos eventos estressantes associados às alterações corporais, em conjunto com outros estressores, relativas às transformações vivenciadas em diferentes aspectos da vida, como autoestima, relações sociais, capacidade funcional, situação de trabalho e universo psicológico dos pacientes¹⁷.

É muito comum que mulheres precisem se afastar das suas atividades de vida diária, como trabalho, assistência à família e assistência domiciliar. Essa desorganização ocasionada pelo processo de adoecimento se reflete na dificuldade dessas mulheres em desempenharem os papéis que permeiam suas interações sociais, desde o papel de mãe e cuidadora ao profissional, fato este que gera ainda mais ansiedade e insegurança frente ao desconhecido²¹.

Subcategoria 2 – Atitudes resilientes frente ao diagnóstico de câncer de mama

Algumas apresentam positividade na fala desde o início do itinerário e que o diagnóstico não se tratava de uma sentença de morte, também explicitam seu desejo de realizar o tratamento e a forma como encararam a descoberta:

“Desistir não! De jeito nenhum. Eu recebi a notícia de câncer e eu não senti nada, fiquei do jeito que estou aqui, minha família chorando e eu de boa”. ROSA

“Tranquila, a gente tem medo, né? Do futuro porque a gente não sabe o que reserva, mas até agora tranquila demais. Desde que eu recebi a notícia. Do jeito que eu ‘tô’ falando com você aqui hoje, foi sempre. Bem normal”. AZALEIA

“Quando recebi o resultado ela disse (referindo-se à acompanhante)

que o marido dela chorou tanto. E é para eu chorar? Não chorei não [risos], para que chorar? Ela disse: “Eu vou chorar porque teus cabelos ‘vai’ cair”. Eu disse: “Não, meus cabelos ‘vai’ crescer, ‘pra’ que chorar?” VIOLETA

“Aí pronto, mas ‘derna’ o começo eu fiquei assim na minha mente, que se for câncer, eu tenho que ser forte e tenho que lutar. [...] É, porque agora que vai ser a luta, né? E como eu disse a ela (se referindo a mastologista), o que tiver de vir eu encaro, porque sendo um tratamento ‘pra’ eu ficar boa. No dia 22 de fevereiro eu fiz a minha cirurgia. Eu vou passar agora pelo oncologista ‘pra’ saber se eu vou fazer algum tipo de radioterapia, ou ‘radio ou quimio’, entendeu? Aí eu vou passar por ele agora ‘pra’ saber”. LÍRIO

Como acontece com todas as doenças graves, ao mesmo tempo que os procedimentos e tratamentos do câncer de mama representam privação, também significam oportunidade de reformulação. Com o tempo, as mulheres percebem que precisavam reinventar suas vidas e resgatar seus contextos sociais e familiares, adaptando-se às mudanças corporais e emocionais decorrentes das terapêuticas a que foram submetidas.

O principal contato social destas mulheres, além dos profissionais de saúde, é o núcleo familiar. Os entes são considerados o principal núcleo social dos indivíduos e são a base da socialização e da transmissão dos valores éticos, estéticos, políticos, culturais e religiosos²². A família está no centro das preocupações e alegrias das mulheres com câncer de mama, sendo um dos temas mais frequentes em seus discursos, tendo em vista que na vivência familiar, estes compartilham suas angústias e conquistas durante todo o itinerário diagnóstico e terapêutico¹⁷.

Subcategoria 3 – Rede de apoio a mulher com câncer: família e religião

Além do apoio da família, há evidências que sugerem que determinadas estratégias e estilos de enfrentamento voltados para o problema estão relacionados a um melhor ajuste à doença e, portanto, produzem melhorias na qualidade de vida. Considerando que as mulheres tendem a adotar duas posturas: ativas e passivas, sendo as primeiras centradas na capacidade de empoderamento, espírito de luta, resiliência, positivismo, o que permite que enfrentem os processos e alcancem a sobrevivência. Já o passivo é uma postura pessimista, assume uma

postura de resignação e fatalidade, centrado na emoção, acarretando na perda de qualidade de vida.

Desta forma, a equipe de apoio social deve concentrar seus esforços no fortalecimento das habilidades das mulheres para encontrar as ferramentas que lhes permitam se sentirem emocionalmente saudáveis e otimistas²³. Nesta perspectiva, algumas mulheres encontram na espiritualidade e fé estratégias de enfrentamento e resiliência, como se observam nas falas abaixo:

“Se eu disser a tu que eu me sinto muito bem?! Tu ‘acredita’ que desde que eu comecei a saber disso de câncer, que tem gente que se desespera, né? E chora, e faz aquele ‘balalau’ todinho, eu não botei uma lágrima [...] porque eu acho que minha fé é tão grande em Deus, sabe? Que eu não me abalo assim como as pessoas se abalam, às vezes eu penso até que sou meio doida, sabe, do juízo. Tudo é na mão de Deus, o que tiver de ser, é tudo da vontade do senhor. Entrega e pronto”. TULIPA

“Tive bastante medo, mas hoje eu não sinto mais não, eu sei que Deus ‘tá’ no comando e vai tomar conta de tudo”. LAVANDA

O momento do diagnóstico do câncer de mama costuma causar um impacto psicológico importante no cotidiano das mulheres, desencadeando inúmeros sentimentos, até podendo ser interpretado como um ‘castigo de Deus’. Estes sentimentos ressaltam a necessidade de um tratamento humanizado e individualizado, abrangendo aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Observa-se que a religiosidade e a espiritualidade proporcionam força e confiança às pacientes, funcionando como alicerce, fornecendo apoio emocional, devolvendo a expectativa de vida no futuro e trazendo esperança diante o enfrentamento das situações ao longo da terapêutica²⁴.

O tratamento do câncer requer a eliminação de células desordenadas e para evitar a recorrência destas células é realizado modalidades de terapias antineoplásicas geralmente sistêmicas que são capazes de gerar diversos efeitos adversos e indesejáveis ao paciente oncológico²⁵.

No que diz respeito aos sentimentos vivenciados no decorrer do tratamento quimioterápico, encontram-se divergências entre a esperança da cura e as incertezas pós tratamento. De acordo com o tipo de tratamento realizado, há diversas toxicidades induzidas

por agentes antineoplásicos e que necessitam de conhecimento e trabalho em equipe multiprofissional para redução dos efeitos adversos que interferem na qualidade de vida dos pacientes, entre eles: toxicidade pulmonar, neurológica, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinária, metabólica, endócrina, dermatológica e hematológica²⁶. Observou-se que as participantes demonstraram apego religioso em suas falas e marcação estética identificada pela alopecia pós início da quimioterapia.

“Eu já fiz quimioterapia, venci né? A primeira etapa, que é pesada, viu? Eu estou careca [risos]. Mas ‘tô’ feliz, porque Deus ‘tá’ me curando. Hoje ‘tô’ me sentindo bem, graças a Deus”. CALÊNDULA

Acompanhar pacientes com câncer de mama recidivado ou com metástase, muitas sem perspectiva de cura, é sentir o medo presente do futuro próximo, ansiedade e angústia. Alguns autores enfatizam que nessa hora, a espiritualidade e a fé emanam o conforto dessa angústia, amparadas pelo bem-estar físico presente²⁷.

Subcategoria 4 – Sentimentos de resignificação e o retorno às atividades da vida diária pós-tratamento

Algumas falas configuram sentimentos de redução do ânimo nas atividades laborais e liberdade. Outras explanam resiliência.

“Eu não faço nada porque minha filha não deixa, né? Eu não faço nada mais, eu fico até preguiçosa [risos]. Não posso fazer mais nada. Trabalhava na enxada, limpando feijão, limpando roça [...] trabalhei muito, não tinha vida boa não visse [risos]”. HIBISCO

“Eu me sinto assim, não sou a mesma pessoa que eu era, não posso fazer o que eu fazia, não posso fazer minhas coisas, minhas atividades assim como eu fazia. Eu agora eu não trabalho com nada, gostava de vender umas coisas, roupas... agora só o bolsa família mesmo”. MAGNÓLIA

“Eu através de tudo isso que ‘tá’ acontecendo, eu me sinto normal... Normal! Eu faço tudo: eu cozinho, eu lavo, eu tenho... as minhas meninas ‘tão’ comigo, né? Porque eu sou separada, tenho 63 anos,

ninguém quer que eu ‘passo’ um dia sozinha, mas eu tiro tranquilo. [...] Bem... lavo roupa, costuro, com cuidado mesmo. Faço tudo, varro a casa, espano até a casa se não tiver ninguém... e a casa é grande”. CAMÉLIA

“Quase normal. Porque assim, não posso pegar peso, não posso levar muita quentura, se bem que eu faço assim mesmo sem poder. É isso aí, isso só que incomoda, essas coisas, às vezes o peito incha e também incomoda”. GARDÊNIA

“Mas é isso, a vida é isso, tem essa mão defeituosa (pós mastectomia com ressecção do nervo braquial), não faço muita coisa, mas varro, passo pano, lavo banheiro, lá em casa são cinco banheiros, criatura. E eu vou para o chão, passo balde e lavo ele todinho, pronto. O medo que eu tenho hoje é de escorregar e cair, eu tenho medo para não quebrar as pernas [risos] mas o resto confiar em Deus, minha filha. Ir no médico que isso é um abençoado. [...] Em questão de dor, o que me incomoda muito é essa dor aqui, essa dor aqui me incomoda muito pelo peso do braço, porque eu trabalho muito, eu não paro em casa, tomo conta de netinho de 3 anos que é abençoado, entendeu”? MARGARIDA

O tratamento oncológico gera alterações físicas e emocionais. Alguns autores remetem as alterações emocionais como um acometimento que pode perdurar desde o diagnóstico indo além do término do tratamento, atrelado ao estigma de morte que o câncer carrega, gerando ansiedade, medo, frustração, desespero e impotência diante o processo de adoecimento, que desaparecerá ou não de acordo com o enfrentamento de cada paciente²⁸.

A maioria das falas remetem a esperança no final do tratamento, ao agradecimento e a necessidade de transmitir serenidade e força na luta contra o câncer.

“Eu ‘tô’ muito à vontade porque eu ‘tô’ feliz. ‘Tô’ feliz que eu recebi alta hoje, eu ‘tô’ muito feliz, né? E ‘tô’ muito bem, né? Graças a Deus, agradeço a Deus e a esse hospital, de ‘tá’ bem, né? E eu ‘tô’ muito feliz. Eu ‘tô’ muito feliz porque já ‘tô’ recebendo alta né, aí já ‘tô’ passando ‘pra’ minha irmã que ‘tá’ com câncer, aí já ‘tô’ abrindo a porta pra ela, né, para o tratamento dela”. ROSA

“Então é isso entendeu? Eu não sou super-herói, mas eu procuro passar às pessoas a força que eu tenho dentro de mim e eu vivo hoje de sinceridade”. MARGARIDA

“Hoje eu ‘tô’ me sentindo muito bem, ‘tô’ me sentindo confiante”. LAVANDA

“Eu ‘tô’ me sentindo muito bem, graças a Deus, passei por tudo normal, trabalhando normal, uma vida totalmente normal, não aparentemente, normal mesmo”. GIRASSOL

“‘Tô’ bem, não sinto tristeza não. Mais tranquila, mais tranquila, né? A gente fica com medo porque a gente sabe que tem a questão de poder voltar sabe? Não é uma coisa que a pessoa fique tão tranquila por conta disso, né? [...] Aí eu até comentei, eu acho que talvez no meu caso não tenha tanto risco de voltar porque não espalhou, eu acho que quem espalhou já para a axila tem mais probabilidade, eu acho que existe uma lógica não? [risos] Sempre tem um ‘riscozinho’, né”? CRISÂNTEMO

Alguns autores refletem e justificam o sentimento mútuo de mundo e Deus, utilizando a religiosidade e espiritualidade para superar os cenários visualizados no decorrer do tratamento. O apego a religiosidade reflete a esperança na manutenção da vida e aceitação da autoimagem pós quimioterapia²⁹

O medo do amanhã é refletido nessas falas. A descoberta da recidiva ou metástase desregula o cenário de força e a esperança vislumbrada em falas anteriores.

“Mais ou menos [choro]. Porque a Doutora ROUXINOL achou que eu ‘tô’ com nódulo aqui, né? Na outra mama, né? [...] O que eu sinto assim é um suspense, né? [choro] [...] Aí isso que eu ‘tô’ assim, ‘tô’ me preocupando sabe”? HORTÊNSIA

“Graças a Deus eu ‘tô’ me sentindo bem, não sinto mais dor na mama, não encontrou nada... fiz outro ‘ultrasson’ agora que eu vou apresentar agora, só não sei dizer assim né, a conclusão do exame.

[...] O que mais que me prejudica é que eu ‘tô’... é porque tá nos ossos, né? Doutor CANÁRIO falou que era já metástase, para não me enganar não [...] o que mais está me prejudicando, assim, é uma dor que eu sinto, rolando assim ‘de um lado de outro’, onde justamente tem aqueles pontinhos assim (se referindo às lesões ósseas apresentadas nos exames de imagem)”. CRAVO

A importância de identificar as limitações físicas das pacientes é crucial para a reabilitação de um modo geral. Alguns autores enfatizam a importância da avaliação e acompanhamento dos profissionais de saúde para facilitarem a retomada das atividades laborais das pacientes acometidas com câncer de mama e da importância do apoio familiar nesse processo de recuperação pós cirúrgica²¹.

CONCLUSÃO

O câncer de mama é vivenciado de forma diferente por cada pessoa, uma vez que pode gerar alterações físicas e emocionais que capazes de perdurar desde o diagnóstico até depois do tratamento. Os sentimentos de enfrentamento e conceitos negativos podem coexistir, eventualmente causando conflitos e tornando-se mais um problema a ser enfrentado. Entretanto, a fé, a coragem, resignificação e a percepção do apoio familiar ajudam significativamente na construção de um itinerário diagnóstico e terapêutico menos assustador.

É possível verificar uma limitação do presente estudo pelo fato de haver sido realizado em apenas um centro atenção oncológica do Estado, o que não permite que represente o cenário global da pesquisa clínica no Brasil. Mas a intenção é a de contribuir com as reflexões, discussões e práticas em pesquisa qualitativa, além de estimular estudos similares, visando a um melhor conhecimento dessa complexa questão.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;8(6):394-424. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/> doi: 10.3322/caac.21492.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

3. Bernat ABR, Pereira DR, Swinerd MM, organizadores. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Hospital do Câncer I. Seção de Psicologia. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? – Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_psicologia_sofrimento_psiquico_paciente_oncologico.pdf
4. Pinto ACSN, Bastos MAP, Gomes EA, Mendonça ET. Itinerário terapêutico de pessoas diagnosticadas com câncer: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica. REVISTA ENFERMAGEM ATUAL | 2018; 85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31011/1519-339X.2018a18n85.01>
5. Regis MFS, Simões SMF. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia. 2015. 7(1). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/851>.
6. Sena L, Neves MGC. The psychological impacts of the diagnosis and treatment of breast cancer in women. Com. Ciências Saúde. 2019; 30(1):19-28 Disponível em: [367-Outros-3561-1-10-20200719.pdf \(fepecs.edu.br\)](367-Outros-3561-1-10-20200719.pdf(fepecs.edu.br))
7. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:1–9.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do sistema único de saúde (SUS).
9. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesq Qualit. 2017;5(7):1-12
10. KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, v. 12, p. 85-93, 1978.
11. KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
12. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.
13. Jenkins C, Ngan TT, Ngoc NB, Hien HT, Anh NH, Lohfeld L, et al. Experiences of accessing and using breast cancer services in Vietnam: A descriptive qualitative study. BMJ Open [Internet]. 2020;10(3):e035173. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>

14. Migowski, A., Silva, G. A., Dias, M. B. K., Diz, M. D. P. E., Sant'Ana, D. R., & Nadanovsky, P. (2018). Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cadernos de Saúde Pública, 34, e00074817. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2018.v34n6/e00074817/>
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Early detection. Geneva: WHO, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes, module. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf.
16. Brustolin A; Ferreti F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. Acta Paul Enferm. 30 (1) • Jan 2017 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/cBn55k6MbLdXfm7Vfjq77gx/?lang=pt>
17. Yoshinari, S. T. V., Júnior, G. H. Y., Masson, M. V., & de Mello, L. F. (2017). Vivência de mulheres frente ao câncer de mama: revisão da literatura brasileira/The experience of women facing breast cancer: a review of Brazilian scientific literature. Revista ciências em saúde, 7, 20-25.
18. Oliveira MEC, Oliveira TA, Santos TTM, Andrade LSS, Weller M. Atraso na primeira consulta após percepção dos sinais/sintomas de câncer de mama. REFACS (online) Out/Dez 2020; 8(4). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/346343500_Atraso_na_primeira_consulta_apos_percepcao_dos_sinaissintomas_de_cancer_de_mama
19. Pinheiro et al. Procrastinación en la detección precoce del cáncer de mama. Rev. Bras. Enferm. 72 (suppl 3) • Dec 2019. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0547>
20. Barros et al. AF. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 35 (10) • Out 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001000006>
21. Magalhaes, PAP et al. THE MEANING OF LABOR ACTIVITIES FOR YOUNG WOMEN WITH BREAST NEOPLASMS. Texto contexto - enferm. 29 • 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0422>
22. Lambert M, Mendenhall E, Kim AW, Cubasch H, Joffe M, Norris SA. Health system experiences of breast cancer survivors in urban South Africa. Womens Health (Lond Engl) [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 12];16. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32842917/>

23. Doria SCR et al. Living conditions and coping strategies of women with breast cancer in Córdoba, Colombia. Anal. Psicol. vol.36 no.1 Murcia ene./abr. 2020 Epub 07-Dic-2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.36.1.351701>
24. Kunz JA et al. A Religiosidade e Espiritualidade de Mulheres com Câncer de Mama Submetidas a Tratamento Cirúrgico. REVISTA ENFERMAGEM ATUAL|2018; 86. EDIÇÃO ESPECIAL. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/80/9>
25. GALE, R.P. MSD - Manual. Visão geral da terapia para o câncer. 2020. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/hematologia-e-oncologia/princ%C3%ADpios-da-terapia-para-c%C3%A2ncer/vis%C3%A3o-geral-da-terapia-para-c%C3%A2ncer>
26. MOC - Enfermagem. Manual de Oncologia Clínica do Brasil. São Paulo: Dendrix, 2017.
27. Prado, E do et al. Experience of people with advanced cancer faced with the impossibility of cure: a phenomenological analysis. Escola Anna Nery [online]. 2020, v. 24, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0113>.
28. Oliveira, JM de; Reis, JB; Da Silva, RA. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. Revista de enfermagem UFPE on line. v12, n4, p. 938 - 946. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231359/28643>
29. SENA, L.; NEVES, M. das G. C. Os impactos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres. Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, 2020. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/367>.

6. CONCLUSÃO

Foi possível analisar o itinerário diagnóstico e terapêutico percorrido por mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba, conforme objetivo proposto ao início da pesquisa. Além da criação de três artigos como tentativa de responder aos objetivos específicos. Foi possível conhecer a realidade do Hospital referência para o tratamento do câncer no estado, identificar os principais pontos de entrave acerca do acesso destas pacientes, foi possível identificar a organização das RAS no Estado da Paraíba, compreender o caminho traçado e imergir nas experiências e sentimentos de cada mulher.

Investigações sobre acesso e itinerário se fazem necessário, uma vez que são escassas as publicações que abordem o caminho percorrido pelos pacientes com câncer em busca do diagnóstico e tratamento, bem como a escassez de serviços de referências de média e alta complexidade no estado da Paraíba. Espera-se, portanto, que os resultados ora apresentados possam incitar ao exercício e ao diálogo mais críticos entre os diferentes atores e instituições envolvidos na área da oncologia, mais especificamente ao que envolve o câncer de mama.

7. REFERÊNCIAS

ALENCAR A. P. A. et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer. *Brazilian Journal of Development* Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 6, p.42023-42035, jun. 2020.

ALVES, P.C. Itinerários terapêuticos e os nexos de significados da doença. *Revi Cienc. Sociais.* n.42, p.29-43, 2015. Disponível em: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/05/ALVES-2015-Itinerarios-Terapeuticos.pdf>. Acesso em 01 jun 2019.

AQUINO, R.C.A. et al. Acesso e itinerário terapêutico aos serviços de saúde nos casos de óbitos por câncer de boca. *Rev. CEFAC.* v. 20, n.5, p.595-603, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n5/pt_1982-0216-rcefac-20-05-595.pdf. Acesso em 01 jun 2019.

AQUINO, R.C.A; ROFRIGUES, M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. *Revi Saúde Com.* v.12, n.1, p. 488-96, 2016. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/400/323>. Acesso em 01 jun 2019.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARROS, A, F. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. *Ver. Saúde Pública.* v.53, n.14, p. 1-11, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-14.pdf. Acesso em 01 jun 2019.

BATISTA, Eraldo Carlos. MATOS, Luís Alberto Lourenço. NASCIMENTO, Alessandra Bertasi. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, TRI III 2017

BIDLLE, L.; DONOVAN, J.; SHARP, D.; GUNNELL, D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behavior. *Sociology of Health & Illness.* v.29, n.7, p.983-1002, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x>. Acesso em 01 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no 12.732. Dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início; Brasília –DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.439/GM DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília- DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005. Redefinição que buscou ampliar a qualificação e consolidar a atuação dos serviços

especializados em oncologia. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

CABRAL, A.L.L.V.; MARTÍNEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E.I.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciê n e Saúde Coletiva*. v.16, n.11, p.4433-42, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>. Acesso em 01 jun 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução COFEN 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, de 06 de novembro de 2017 (BR). Dispõe sobre a aprovação do novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que acrescenta os Capítulos sobre o oferecimento de cuidados paliativos; cuidados em fim de vida; respeito à autonomia do paciente e às suas diretivas antecipadas. *Diário Oficial da União*. 6 Nov 2017. Seção I: 157.

DEMETRIO F. et al. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde debate* 43 (spe7) 13 Jul 20202019.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 1, p. 1763-1771, 2012

FREITAS, A.G.Q.; WELLER, M. Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Cienc Saude Coletiva*. v.20, n.10, p. 3177-89, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26465859>.

GALVIN, R. How many interviews are enough? Do qualitative interviews in building energy consumption research produce reliable knowledge? *Journal of Building Engineering*, New York, v.1, p. 2-12, 2015.

GUILLEVINA, L. The national plan for orphan rare diseases: nearly 10 years on. *Rev Neurol*. v.169, suppl 1, p.9-11, 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452775>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Hospital do Câncer I. Seção de Psicologia. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Ana Beatriz Rocha Bernat, Daphne Rodrigues Pereira, Monica Marchese Swinerd (organizadores). – Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

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

KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.

MARCEL, Y.B. Itinéraires thérapeutiques d'un malade decede du sida a Abidjan. *Eur Sci J*.v.8, n.13, p.81-92, 2012. Available from: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/199/240>

MINAYO, M. C. S. et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

Minayo, M.C.S. (2013). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (13ª Ed). São Paulo, SP: Editora Hucitec.

Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualit*. 2017;5(7):1-12

MINAYO, M. C. S., COSTA A. P. Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia. Pesquisa qualitativa em ação. Portugal: Ludomedia, 2019.

OLIVEIRA, E.X.G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. *Cad Saúde Pública*. v.27, n.2, p. 317-26, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/13.pdf> Acesso em: 01 jun 2019.

PINHEIRO, R. et al. O estado do conhecimento sobre itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, E. et al. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface*.v.16, n.41, p.435-50, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2612.pdf>. Acesso em: 01 jun 2019.

Pinto ACSN, Bastos MAP, Gomes EA, Mendonça ET. Itinerário terapêutico de

peessoas diagnosticadas com câncer: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica. REVISTA ENFERMAGEM ATUAL | 2018; 85.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem : avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.

RIVERA-FRANCO, M.M.; LEON-RODRIGUEZ, E. Delays in breast cancer detection and treatment in developing countries. Breast Cancer (Auckl). v.12: 1178223417752677, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29434475>. Acesso em: 01 jun 2019.

SOARES DA, SANTOS EMS, ARRUDA, IS. Itinerários terapêuticos de pessoas com câncer: produção científica no Brasil. Rev. APS. 2017 jan/mar; 20(1): 118 - 129.

Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:1–9.

TAQUETTE S. R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. In: Congresso Ibero Americano de Investigação Qualitativa, 5, 2016, Porto. Porto: CIAIQ, 2016. p. 1111-20.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. Revista PMKT, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 20-27, 2009.

TOLENTINO, G. et al. Câncer de mama e exercício físico. Revista Brasileira de Medicina. Brasília, v. 67 n. 3 p. 78-81, mar., 2016.

YIN, R. K. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre (RS): Penso, 2016. 313p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba

Objetivo da pesquisa: Analisar o itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba

Prezada Senhora:

Esta pesquisa intitulada **“Itinerário diagnóstico e terapêutico de mulheres com câncer de mama no estado da Paraíba”** está sendo desenvolvida pela aluna do curso de mestrado Eudanúzia Guilherme de Figueiredo do Curso de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da Prof^ª. Dra. Marta Miriam Lopes Costa.

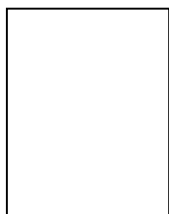
A finalidade deste trabalho é contribuir para compreensão do caminho percorrido desde o diagnóstico até a terapêutica atual para integrantes da comunidade científica, profissionais e sociedade. Solicitamos a autorização para a gravação da entrevista face a face com auxílio de gravador de áudio e verificação dos dados analisados em momento posterior, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde, exceto o desconforto ou inibição em responder às questões da pesquisa. Por se tratar de entrevistas, a senhora pode se sentir desconfortável ou constrangida, ou ter seu tempo interferido. Para isto, a pesquisa será realizada em algum local preservado do ambulatório, caso decida não participar da pesquisa ou resolver desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência. Vale ressaltar que é assegurado às participantes, as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação. Além disso, diante da pandemia do COVID-19, é ofertado uma máscara cirúrgica para sua proteção e será estabelecido a distância mínima de 1,5 m entre você e o pesquisador.

A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma via desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

João Pessoa, ____/____/____



Participante do estudo

Pesquisador Responsável

Pesquisador responsável: Eudanúzia Figueiredo

Endereço residencial: Rua Euclides Ferreira de Carvalho, 77 – Residencial Porto Imperial, Apto 2016 – Jardim Cidade Universitária. João Pessoa – PB – CEP: 58052236. E-mail: eudanusiagf@gmail.com Fone: (83) 996479463

Comitê de ética:

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde - 1º andar
Campus I - Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB

☎ (83) 3216 7791

✉ comitedeetica@ccs.ufpb.br

🕒 Horário de Funcionamento: 07:00 às 12:00 e das 13:00 às 16:00 h

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DA PESQUISA

Dados sociodemográficos e clínicos

Data nascimento ____/____/____ Idade ____ anos

Cor: () branca () negra () parda () outras

Estado civil: () casado () união consensual () divorciado () viúvo () solteiro.

Número de filhos: ____

Escolaridade: () Sem escolaridade () Ensino fundamental () Ensino médio () superior completo () superior incompleto () Pós graduação () sem informação

Renda Familiar: _____

Profissão/Ocupação _____

Plano de Saúde Privado () não () sim. Se sim, qual? _____

Município de residência _____

Foi necessário mudar de município devido ao adoecimento, mesmo que temporariamente?
() não () sim

Tempo entre o início dos sintomas e primeira consulta: () uma semana () duas semanas () um mês () um mês e 15 dias () dois meses () Dois meses e 15 dias () 3 meses () mais de 3 meses

Tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento: () uma semana () duas semanas () um mês () um mês e 15 dias () dois meses () Dois meses e 15 dias () 3 meses () mais de 3 meses

Data de diagnóstico do câncer de mama: _____

Data de início do tratamento câncer de mama: _____

Modalidades de tratamento realizadas: () Quimioterapia () Cirurgia () Radioterapia
() Hormonioterapia () Terapia alvo

Questões norteadoras da pesquisa:

- Fale como descobriu que havia algo errado com a sua saúde.
- Fale sobre o atendimento no primeiro serviço de saúde que você procurou.
- Fale como foi o caminho percorrido para a senhora iniciar o tratamento.
- Fale sobre os tratamentos que você já fez.
- Fale sobre as dificuldades e facilidades que te marcaram ao longo de toda essa trajetória.
- Como você se sente hoje?