

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**ANDRÉA FERREIRA OUCHI FRANÇA**

**Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama em  
município de fronteira**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2020**

**ANDRÉA FERREIRA OUCHI FRANÇA**

**Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama em  
município de fronteira**

**Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa  
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.**

**Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no  
ciclo vital.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marislei Sanches Panobianco**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2020**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE**

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

França, Andréa Ferreira Ouchi

Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira. Ribeirão Preto, 2020.

200 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Panobianco, Marislei Sanches.

1. Saúde da mulher. 2. Câncer de mama.
3. Atenção primária à saúde. 4. itinerário terapêutico.
5. Assistência integral à saúde da mulher.

França, Andréa Ferreira Ouchi

Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor  
em Ciências

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Comissão Julgadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

## ***Dedicatória***

*Dedico este trabalho:*

*A **Deus**, meu consolador e salvador. Digno de toda honra e toda glória.*

*Aos meus pais, insigne senhora **Maria Ferreira Ouchi** e exímio senhor **Paulo Ouchi (in memorian)**, por terem me educado, transferido amor, cuidado, princípios e valores. Pilares da minha formação como ser humano. Saudades eternas de você, pai. Como eu gostaria de compartilhar este momento contigo.*

*Às minhas filhas **Amanda Ouchi Espósito** e **Marina Ouchi França**, motivos de orgulho, de alegria e de sincero amor. Vocês são os meus maiores presentes. Razões de lutas diárias e amor incondicional.*

*Ao meu esposo, amigo, companheiro, confidente e alentador, **Sidney França**, cuja presença foi fundamental para manter nosso lar operacional durante minha ausência e capaz de suportar todos os meus momentos de estresse durante a elaboração deste trabalho. Agradeço o encorajamento e amparo nas circunstâncias difíceis.*

## ***Agradecimento especial***

*À querida e estimável **Professora Doutora Marislei Sanches Panobianco**, minha orientadora, por me acompanhar durante todo o processo de desenvolvimento deste trabalho; pelo conhecimento compartilhado; pelos ensinamentos preciosos; pela imensa paciência comigo; pelas orientações acolhedoras e incentivadoras; por acreditar em mim quando nem mesmo eu acreditava e por fim por não desistir de mim. Agradeço sua generosidade e humanidade. Mulher forte por ter superado um passado de grande sofrimento, e hoje é uma referência como profissional e pessoa. Minha eterna gratidão e consideração. Que Deus te abençoe sempre.*

## ***Agradecimentos***

*Agradeço primeiramente a **Deus**, meu abrigo seguro, meu socorro, meu amigo fiel, aquele que me sustentou até aqui e não permitiu que eu desistisse. Sempre presente em todos os momentos com intervenções acolhedoras. Maior dirigente e conhecedor da minha vida.*

*À minha família, meu maior referencial, pelo incentivo, apoio e pelo desejo sempre de que tudo desse certo. **Sidney, Amanda e Marina**, saibam que mesmo na minha ausência vocês sempre estiveram no meu coração.*

*À minha irmã **Luciana**, meu cunhado **Juliano**, minha **mãe**, tia **Elícia** e meus sobrinhos **Kauany, Ivin e Andressa** pelas orações e pelas palavras de estímulo e carinho.*

*À minha amiga e colega de trabalho **Rosane Meire Munhak da Silva**, pela boa vontade em ajudar com sua experiência e conhecimentos. Estimada companheira na inesquecível jornada do estágio doutoral. Vivenciamos momentos que ficarão marcados em nossas memórias para sempre. Mas tudo valeu a pena.*

*À minha irmã do coração **Elisabete (Bete)**, mulher valente e temente a Deus, experienciou uma enfermidade estigmatizante, mas enfrentou as adversidades com muita fé e sempre com um sorriso nos lábios. Uma verdadeira sobrevivente. Agradeço por me permitir cuidar de você e aprender profundas lições do seu lado. Grata pelas orações e palavras de encorajamento.*

*À minha amiga **Joveliana (Jô)**, que tem lutado firmemente contra duas enfermidades graves com muita fé e oração. Mulher guerreira por ter enfrentado um passado aflitivo em decorrência de grandes e lamentáveis perdas familiares. Que maravilha te reencontrar e dar sequência na nossa amizade tão sincera. Agradeço suas orações e preocupação comigo.*

*Ao meu amigo **Dr Maurício**, sempre que precisei, me ajudou da melhor maneira possível. Agradeço a preocupação, carinho e nossa amizade verdadeira.*

*Aos amigos **Álvaro e Marília** sempre presentes em nossas vidas. Agradeço pela amizade sincera, pelos nossos encontros sempre recheados por uma boa culinária, risadas e conversas animadas.*

*Aos demais amigos, minha gratidão por almejarem meu sucesso. Feliz é quem tem amigos.*

*Ao **Pastor João, Diáconos Dalvino e Leandro** e demais irmãos da fé. Agradeço as orações, cuidado e demonstração de afeto.*

*Aos diretores do Parque Tecnológico Itaipu (PTI) da **Usina Hidrelétrica binacional Itaipu.***

*Ao diretor do campus da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste em Foz do Iguaçu- PR, professor **Drº Fernando José Martins.***

*Ao coordenador da Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade de São Paulo-USP, na aprovação do doutorado Interinstitucional, o professor **Drº Pedro Palha.***

*À coordenadora do Doutorado Interinstitucional entre USP e Unioeste, a **professora Drª Susana Segura Muñoz***

*À coordenadora local do Doutorado Interinstitucional, a **professora Drª Adriana Zilly***

*À **professora Drª Ana Maria de Almeida** pela ajuda e conhecimento compartilhado.*

*À equipe e mulheres participantes do **Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mectomizadas – REMA**, pela recepção calorosa; pelo campo de ensino oportunizado; pela audição de histórias e lições de vida emocionantes e inesquecíveis. Foi uma experiência inigualável. Meu respeito e gratidão.*

*À equipe do **Centro de Oncologia (COC) do Hospital Ministro Costa Cavalcanti** pela excelência no acolhimento durante minha estada para coleta de dados. Em especial as Enfermeiras Olenir e Flávia e também a técnica de enfermagem Flavinha, assim carinhosamente chamada.*

*À **diretoria do Hospital Ministro Costa Cavalcanti** pela autorização para realização do presente estudo.*

*Aos colaboradores do Serviço de Pós-Graduação da EERP-USP, pelos atendimentos prestados com primazia e simpatia. Em especial à **Shirley e Edilene**. Vocês foram essenciais para esta conquista, muito obrigada.*

*À **Livia Porto Zocco**, pelo excelente e prestativo trabalho de revisão das referências.*

*Finalmente, à todas as mulheres que vivenciaram a experiência do câncer de mama, principalmente aquelas que participaram deste estudo. Muito obrigada.*

*“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”*

*“Não se pode criar experiência. É preciso passar por ela”.*

***Albert Comus***

*“Antes de eu o sentir me pôs a minha alma nos carros do  
meu povo excelente”.*

***Cantares de Salomão capítulo 6: verso12***

## RESUMO

FRANÇA, A.F.O. **Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira**. 2020. 200f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Esta pesquisa teve como objetivo compreender o Itinerário Terapêutico de mulheres com câncer de mama, usuárias do Sistema Único de Saúde, do diagnóstico ao início do tratamento, em município de fronteira, na perspectiva delas. Este estudo é qualitativo, interpretado sob a perspectiva do Paradigma da Complexidade de Edgard Morin. Realizado a partir de dois encontros com 13 mulheres selecionadas de forma aleatória, maiores de 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama em tratamento ambulatorial, usuárias do Sistema Único de Saúde, residentes no município de Foz do Iguaçu-PR; foram excluídas aquelas com diagnóstico de problemas de saúde mental, registrado em prontuário. O primeiro encontro aconteceu no Centro de Oncologia para caracterizar as mulheres; a seguir, visita domiciliar realizada após sete dias. A análise de conteúdo proposta por Bardin, foi eleita para análise dos dados. A coleta de dados ocorreu em Foz do Iguaçu- PR entre março a junho/2018. Responderam à questão norteadora: “Conte-me como foi o caminho percorrido desde a descoberta do câncer de mama até o início do tratamento?”. Emergiram sete categorias de análise: Traçando o itinerário terapêutico - da descoberta do nódulo ao início do tratamento; O acesso em serviços de atenção primária em busca de atendimento para o câncer de mama: facilidades e dificuldades; (Des)construindo a longitudinalidade na atenção à mulher com câncer de mama; A integralidade na atenção à saúde da mulher com câncer de mama; A coordenação na atenção primária à saúde: perspectivas no cuidado à mulher com câncer de mama; O cuidado à mulher com câncer de mama no contexto familiar e comunitário e Construindo serviços de saúde para a atenção ao câncer de mama: perspectivas da usuária. A idade média foi de 49,92 anos. Em relação à raça/cor, religião e escolaridade, 53,85% eram brancas, católicas e cursaram ensino médio completo. O itinerário de cuidado e cura se configurou pela busca de atenção nos serviços públicos de saúde, serviços privados e além das fronteiras do Brasil, no Paraguai. A análise da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde mostrou incongruências. As dificuldades para o acesso, vínculo, coordenação e desprovimento do cuidado integral, colaboraram para a não resolutividade dos agravos de saúde da mulher com câncer de mama, na concepção das usuárias. Espera-se que os dados obtidos possam subsidiar reflexões, e orientar as decisões de gestores, a fim de investirem na capacitação dos profissionais de saúde e formulação e implementação de políticas públicas direcionadas para a garantia da qualidade da assistência prestada e maior resolutividade da ABS, tendo como base os atributos da APS. Essas ações poderiam contribuir no atendimento às necessidades de saúde das mulheres acometidas por neoplasia mamária, no contexto da atenção primária, em regiões de fronteira.

**Palavras chaves:** Saúde da Mulher; Câncer de Mama; Atenção Primária à Saúde; Atributos da Atenção Primária; Itinerário Terapêutico; Assistência Integral à Saúde da mulher.

## ABSTRACT

FRANÇA, A.F.O. **Therapeutic itinerary of women with breast cancer in a border municipality.** 2020. 200f. Thesis (Doctorate). Ribeirão Preto Nursery School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

This research had as objective understanding the therapeutic itinerary of women with breast cancer, users of the Sistema Único de Saúde (Unique Health System), from the diagnosis to the beginning of treatment, in a border municipality, in their perspective. This study is qualitative and interpreted under the perspective of the Complexity Paradigm from Edgar Morin. The study started from two meetings with 13 random selected women, all of them over 18 years old, with a diagnosis of breast cancer in ambulatorial treatment, users of the Sistema Único de Saúde (Unique Health System), who reside in the city of Foz do Iguaçu-PR; the ones with a diagnostic of mental health problems were excluded, according to their registers. The first meeting took place in the Centro de Oncologia (Center of Oncology) to characterize the women; next, a home visit was made after seven days. The content analysis proposed by Bardin was chosen for the data analysis. The data collection occurred in Foz do Iguaçu-PR between March and June/2018. They answered the main question: “Describe the route from the discovery of your breast cancer until the beginning of the treatment”. Seven analysis categories emerged: Tracing the therapeutic itinerary – from the discovery of a nodule to the beginning of treatment; The access to primary attention services in search of attendance for breast cancer: facilities and difficulties; (Des)constructing longitudinal aspects of the attention to the women with breast cancer; Integrality in the attention to the health of women with breast cancer; the care to the women with breast cancer in a familiar and community context; constructing health services for breast cancer attention: user perspectives. The average age was 49,92 years old. Regarding race/color, religion and education, 53.85% were white, catholic and attended high school. The itinerary of care and cure was configured by the search of attention in the public health services, private services and beyond the borders of Brazil, in Paraguay. The analysis of the presence and extension of the attributes of Primary Health Attention showed incongruities. The difficulties of access, bonding, coordination and lack of full health care all contributed to the no resolution of women with breast cancer health grievances, in the view of the users. It is expected that the data obtained can support reflections and guide the decisions of management agents, in order to invest in the training of health professionals and formulating the implementation of public policies directed towards reassuring the quality of attendance and better resolution of Basic Health Attention, having as basis the attributes of the Primary Health Attention. Those actions could contribute to the attendance of the health necessities of women with mammary neoplasia, in the context of primary attention in border regions.

**Keywords:** Women health; Breast Cancer; Primary Health Attention; Attributes of Primary Attention; Therapeutic Itinerary; Integral Assistance to Women’s Health.

## RESUMEN

FRANÇA, A.F.O. **Itinerario terapéutico de mujeres con cáncer de mama en un municipio fronterizo.** 2020. 200f. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Esta investigación tuvo como objetivo comprender el Itinerario Terapéutico de las mujeres con cáncer de mama, usuarias del Sistema Único de Salud, desde el diagnóstico hasta el comienzo del tratamiento, en una ciudad fronteriza, en su perspectiva. Estudio cualitativo, interpretado desde la perspectiva del Paradigma de la Complejidad de Edgard Morin. Realizado en dos reuniones con 13 mujeres seleccionadas aleatoriamente, mayores de 18 años, diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento ambulatorio, usuarias del Sistema Único de Salud, que viven en la ciudad de Foz do Iguaçu-PR; las diagnosticadas con problemas de salud mental fueron excluidas, registrado en historial médico. La primera reunión tuvo lugar en el Centro de Oncología para caracterizar a las mujeres; luego, una visita a domicilio llevada a cabo después de siete días. El análisis de contenido propuesto por Bardin fue elegido para el análisis de datos. La colecta de datos tuvo lugar en Foz do Iguaçu-PR entre marzo y junio / 2018. Respondieron la pregunta orientadora: "cuénteme cómo fue el camino recorrido desde el descubrimiento del cáncer de mama hasta el comienzo del tratamiento". Surgieron siete categorías de análisis: Siguiendo el itinerario terapéutico, desde el descubrimiento del nódulo hasta el comienzo del tratamiento; Acceso a servicios de atención primaria en busca de atención para el cáncer de mama: facilidades y dificultades; (Des) construcción de la longitudinalidad en la atención de mujeres con cáncer de mama; Integralidad en la atención de salud para mujeres con cáncer de mama; Coordinación en atención primaria de salud: perspectivas sobre la atención de mujeres con cáncer de mama; Atención a mujeres con cáncer de mama en el contexto familiar y comunitario y Creación de servicios de salud para la atención del cáncer de mama: perspectivas de la usuaria. La edad promedio fue de 49.92 años. En cuanto a raza / color, religión y educación, el 53.85% eran blancas, católicas y asistieron a la escuela secundaria. El itinerario de atención y curación fue moldeado por la búsqueda de atención en los servicios de salud pública, servicios privados y más allá de las fronteras de Brasil, en Paraguay. El análisis de la presencia y extensión de los atributos de la Atención Primaria de Salud mostró incongruencias. Las dificultades de acceso, vinculación, coordinación y falta de atención integral contribuyeron a la no resolución de los problemas de salud de las mujeres con cáncer de mama, en la concepción de las usuarias. Se espera que los datos obtenidos puedan respaldar reflexiones y guiar las decisiones de los administrativos, para invertir en la capacitación de profesionales de la salud y la formulación e implementación de políticas públicas destinadas a garantizar la calidad de la atención brindada y una mayor resolución del ABS, teniendo como base los atributos de APS. Estas acciones podrían contribuir a satisfacer las necesidades de salud de las mujeres afectadas por el cáncer de mama, en el contexto de la atención primaria, en las regiones fronterizas.

**Palabras clave:** Salud de la mujer; Cáncer de mama; Atención primaria de salud; Atributos de atención primaria; Itinerario terapéutico; Asistencia integral a la salud de la mujer.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Mapa horizontal da classificação dos resultados (exploração dos dados).....	59
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
AEM	Autoexame das Mamas
APS	Atenção Primária à Saúde
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFC	Conselho Federal de Medicina
COC	Centro de Oncologia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DNC	Divisão Nacional de Câncer
DNDCD	Departamento Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas
ECM	Exame Clínico das Mamas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
HIV-AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Nacional
IPS	Instituto de Previsão Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IT	Itinerário Terapêutico
MS	Ministério da Saúde
MSPBS	Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai

OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCC	Programa de Controle do Câncer
PEA	População Economicamente Ativa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCC	Plano Nacional de Controle do Câncer
PNH	Política Nacional de Humanização
PNQM	Programa Nacional de Qualidade em Mamografia
PMI	Programa Materno Infantil
PRÓ-ONCO	Programa de Oncologia
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SICC	Sistema Integrado de Controle do Câncer
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação de Controle do Câncer de Mama
SNC	Serviço Nacional do Câncer
SUS	Serviço Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

### Apresentação

<b>1 Introdução .....</b>	<b>19</b>
1.1 Justificativa do estudo .....	24
<b>2 Objetivos.....</b>	<b>26</b>
2.1 Objetivo geral .....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
<b>3 Quadro Teórico.....</b>	<b>28</b>
3.1 História Social da Mulher e as Políticas Públicas de Saúde.....	29
3.2 Políticas públicas direcionadas à atenção oncológica com ênfase ao câncer de mama .....	34
3.3 Atenção Primária à Saúde e a mulher com câncer de mama.....	42
<b>4 Percurso Metodológico.....</b>	<b>48</b>
4.1 Método.....	49
4.2 Cenário de pesquisa .....	53
4.3 Local para coleta dos dados.....	54
4.4 Critérios de inclusão e exclusão .....	55
4.5 Participantes do estudo .....	55
4.6 Período para coleta de dados .....	55
4.7 Fonte de dados .....	55
4.8 Instrumentos para coleta de dados.....	55
4.9 Técnica de coleta de dados .....	56
4.10 Coleta dos dados.....	57
4.11 Análise dos dados .....	58
<b>5 Resultados e Discussão .....</b>	<b>61</b>
5.1 Caracterizando as participantes do estudo.....	62
5.2 Itinerário Terapêutico das mulheres com câncer de mama em município de fronteira.....	69
5.2.1 Traçando o itinerário terapêutico - da descoberta do nódulo ao início do tratamento .....	70
5.2.1.1 Percebendo o primeiro sinal da doença .....	70
5.2.2.2 Buscando o aconselhamento familiar diante da nova situação.....	73

5.2.2.3 Recorrendo aos serviços de saúde da ABS.....	73
5.2.2.4 Encontrando dificuldades de acesso aos serviços de saúde da ABS para confirmação do diagnóstico.....	75
5.2.2.5 A busca pelo diagnóstico – Utilizando os subsistemas familiar e profissional.....	77
5.2.2.6 Traçando o IT após a confirmação do diagnóstico do câncer de mama.....	82
5.2.2.7 Preocupando-se com a comunicação do diagnóstico à família .....	84
5.2.2.8 Implicações do diagnóstico na vida das mulheres acometidas pela doença.....	85
5.2.2.9 Enfrentando o diagnóstico do câncer de mama .....	90
5.2.2.10 Transpassando a fronteira na perspectiva de obter atenção à saúde .....	93
5.3 Identificando a presença dos atributos da APS nas ações de rastreamento, diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama .....	99
5.3.1 Atributo 1 - Primeiro contato.....	99
5.3.1.1 O acesso aos serviços de atenção primária em busca de atendimento para o câncer de mama: facilidades e dificuldades.....	99
5.3.2 Atributo 2 - Longitudinalidade .....	108
5.3.2.1 (Des)construindo a longitudinalidade na atenção à mulher com câncer de mama.....	108
5.3.3 Atributo 3 - Integralidade .....	119
5.3.3.1 A integralidade na atenção à saúde da mulher com câncer de mama.....	119
5.3.4 Atributo 4 – Coordenação .....	125
5.3.4.1 A coordenação na atenção primária à saúde: perspectivas no cuidado à mulher com câncer de mama .....	125
5.3.5 O cuidado à mulher com câncer de mama no contexto familiar e comunitário .....	131
5.4 Conectando os atributos da atenção primária à saúde à teoria da complexidade.....	136
5.5 Construindo serviços de saúde para a atenção ao câncer de mama: perspectivas da usuária.....	141
<b>6 Considerações Finais .....</b>	<b>163</b>
6.1 Limitações do estudo .....	168
<b>Referências .....</b>	<b>169</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>191</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>196</b>

*Apresentação*

---

Durante o meu curso de graduação na Universidade Estadual de Maringá (UEM), foi-me oportunizado participar de projetos de extensão e de Iniciação Científica sobre saúde da mulher, assunto este que me chamou a atenção e despertou grande interesse.

Após formar-me, trabalhei em um serviço de referência para oncologia, e neste contexto deparei-me com pacientes oncológicos com variados tipos de câncer. Contudo, comecei a observar e me interessar pelas mulheres com câncer de mama, pois grande parte delas se queixava das dificuldades enfrentadas para chegar àquele serviço. Outras já adentravam no serviço em estágio avançado da doença, com metástases e prognóstico reservado registrado em prontuário.

Vivenciei este cenário por sete anos, e uma situação que ficou gravada em minha memória, deixa-me emocionada até hoje quando a recordo. A saber: peguei o plantão e já fiquei sabendo que havia uma mulher com câncer de mama em cuidados paliativos; ela havia sido internada naquele dia em estado grave, sem tratamento oportunizado. Uma colega de trabalho relatou-me que a família estava ciente da situação. Ao passar a visita à enfermaria, conversei com o esposo da paciente, perguntei o que ele sabia do caso (pois ela poderia vir a óbito naquela noite). Ele me disse que sabia pouca coisa, mas percebi que ele estava muito nervoso, parecendo saber de tudo, mas não aceitar o que estava acontecendo. Devido a isto, eu tornei a falar sobre o assunto e disse que o caso da esposa dele era muito difícil. Ele, com os olhos lacrimejando, simplesmente me olhou e falou: “Mas enfermeira, ela é o amor da minha vida”. Neste momento, fiquei totalmente sem palavras, não conseguia falar e me emocionei. Só senti que a história daquele casal não precisava ter aquele fim. O esposo depois contou que eles procuraram o serviço de saúde (Unidade básica), mas era tudo muito complicado, as pessoas não explicavam direito, daí foram deixando. Quando fui aprovada no concurso e chamada para assumir a docência em enfermagem, coincidentemente em uma vaga na área da saúde da mulher, desliguei-me do hospital de oncologia. Passado algum tempo, houve a seleção para o Doutorado Direto – Dinter (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e UNIOESTE). Fiz contato com a Professora Dr<sup>a</sup> Marislei Sanches Panobianco, especialista no assunto, e assim pude estudar sobre o itinerário terapêutico das mulheres com câncer de mama em município de fronteira. O resultado é esta tese.

## *1 Introdução*

---

O câncer é a segunda causa de mortes no mundo, sendo que em 2018, de acordo com a International Agency for Research on Cancer (IARC) houve o registro de 18 milhões de casos novos e a morte de 9,6 milhões de pessoas devido à doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou para o ano de 2030, 27 milhões de casos de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo com neoplasia maligna (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, considerado o mais comum entre mulheres e, a cada ano ocorrem mais de 22% de casos novos. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento, sendo que, para o Brasil a estimativa para o triênio 2020/2022 é de 66.280 casos novos da doença (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019b).

Ajustada pela população mundial, a taxa de mortalidade por câncer de mama apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 13,22 óbitos por 100.000 mulheres em 2018, sendo que as maiores taxas correspondem às regiões sul e sudeste, com 14,14 e 14,10 óbitos por 100.000 mulheres, respectivamente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019b).

As estatísticas de mortalidade por neoplasia maligna da mama no município de Foz do Iguaçu-PR, cenário deste estudo, nos anos de 2015, 2016 e 2017, foram respectivamente, 19, 23 e 17 mortes em números absolutos. Em relação à faixa etária, verificou-se que os óbitos ocorreram, em sua maioria, entre mulheres com idade de 50 a 69 anos (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2019). Foz do Iguaçu conta com uma população de 256.088 mil habitantes, sendo 131.870 mulheres, e 19.019 delas, nesta faixa etária (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2020).

O câncer de mama encontra-se entre as neoplasias de maior impacto, considerando sua elevada incidência, altas taxas de mortalidade e por causar consequências danosas à mulher, sejam físicas ou psicológicas. Desse modo, essa doença se constitui em um grave problema de saúde pública em nível mundial (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Ainda que o aumento na taxa de mortalidade por câncer de mama possa igualmente ser representado pela melhora das técnicas de diagnóstico e do registro nas declarações de

óbito, a principal causa é demonstrada pela insuficiência nas medidas de rastreamento e manejo da doença (CARVALHO; PAES, 2019).

Todavia, a prevenção desse tipo de câncer é uma questão complexa devido à multiplicidade dos fatores envolvidos, que tornam difícil o controle da doença. Desse modo, a prevenção primária deve incluir intervenções no meio ambiente e mudanças nos hábitos de vida, enquanto que, a prevenção secundária buscará o diagnóstico e tratamento precoces (GONÇALVES et al., 2017).

A problemática que converge à assistência à mulher no Brasil, em relação ao câncer de mama, refere-se às altas taxas de mortalidade justificadas por diagnósticos da doença em estágios avançados, uma vez que, se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico se modifica e torna-se relativamente bom (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

Assim, a identificação dos fatores de risco a partir da prevenção primária, bem como o conhecimento da prevenção secundária permitem que o diagnóstico de câncer de mama aconteça precocemente. Para tanto, são necessárias ações de saúde desenvolvidas por diversos profissionais da área, que atuam diretamente em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), para assim, oportunizar o rastreamento efetivo para prevenir ou detectar o câncer de mama e, conseqüentemente melhorar o prognóstico (BELFORT et al., 2019).

Outro fator importante é a relação entre os recursos financeiros necessários para o tratamento do câncer de mama e o estágio no qual é diagnosticado, pois quanto mais avançada a doença, maiores as intervenções a serem realizadas e, na presença de recidivas, esse número tende ainda a se multiplicar. E ainda, ao considerar a sobrevivência das pacientes, nota-se que essa se reduz na medida em que o estágio da doença avança, ficando evidente a importância da ação em saúde para o diagnóstico e tratamento precoces (PAIVA; CESSE, 2015), o que possibilitará um maior benefício à mulher acometida e aos sistemas públicos de saúde, reduzindo os custos.

Considerando a configuração geográfica em termos de acesso, história, cultura e desenvolvimento socioeconômico em regiões de fronteira, como a tríplice fronteira – Paraguai, Argentina e Brasil, incluindo aqui a cidade de Foz do Iguaçu, verifica-se que, nessas regiões a escassez de recursos e de infraestrutura para assistência à saúde, as condições de vida precária da fronteira aberta e a grande mobilidade humana traduzem um grande obstáculo para o planejamento das ações preventivas, tornando a fronteira um espaço de maior vulnerabilidade (ALBUQUERQUE, 2012).

A problemática que converge a esse contexto se refere à nítida sobrecarga nos serviços públicos de saúde nos exímios pontos de atenção, acarretando a redução de recursos humanos, estruturais, financeiros e logísticos para o atendimento de cidadãos brasileiros em municípios de fronteira (ASTORGA; PINTO; FIGUEROA, 2004).

Nesse sentido, percebem-se falhas na resolutividade dos problemas de saúde por parte dos serviços públicos, no que se refere à saúde da mulher com câncer de mama.

Um sistema de saúde resolutivo é entendido como uma resposta social às necessidades de saúde das pessoas (MENDES, 2012).

A resolutividade pode ser compreendida como a capacidade dos serviços para solucionar os problemas de saúde apresentados por seres humanos em situação de vulnerabilidade social e biológica, como a mulher com câncer de mama, independente do grau de complexidade ou do nível de atenção de que essa necessita (BARROS et al., 2018). Essa capacidade de resolver problemas deve ser norteadada pela APS; assim, a resolutividade pode ser apreendida pelo seguimento dos atributos da atenção: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato implica em acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde. A longitudinalidade é definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; implica em oferta de serviços preventivos e curativos e na garantia dos diversos tipos de serviços. A coordenação é definida pela capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços (STARFIELD, 2002).

A APS tem o conceito e representação como o primeiro nível de assistência e contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais próximo possível ao local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento para um continuado processo de assistência à saúde (CHOMATAS et al., 2013; FRACOLLI et al., 2015 ).

O Brasil foi marcado na década de 1970 e início dos anos 1980 pelo eco dos princípios da Conferência de Alma Ata, os quais descrevem os principais elementos constituintes da APS, dentre eles, programas de saúde voltados à atenção à mulher (STARFIELD, 2002; CHOMATAS et al., 2013 ).

A expressão máxima de luta pela implantação de um sistema de saúde gratuito e universal ocorreu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foram delineados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), mais tarde incorporados na Constituição Federal de 1988. A partir desse momento, a APS foi se consolidando como o ponto de atenção preferencial do primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde. Em 1991, foi implantado pelo governo federal o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994, o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (FRACOLLI et al., 2015).

O Ministério da Saúde (MS), em 2006, editou a Política de Atenção Básica, através de portaria específica, e ampliou as ações da APS, colocando as unidades de saúde da família como portas de entrada preferenciais para o SUS e como estratégia de organização dos sistemas locais de saúde (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). Para reorganizar o modelo assistencial vigente, foi instituída, em 2010, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada pela organização horizontal dos serviços de saúde, tendo como centro articulador os serviços de APS, possibilitando a assistência contínua, a qual se responsabiliza pelos resultados referentes à saúde dessa população (MENDES, 2012).

Amparado pelas RAS, o MS propôs, em 2013, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na RAS, das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, a qual delineou um arranjo organizacional capaz de responder aos desafios referentes aos processos assistenciais e a integração dos serviços para à atenção à saúde, inserindo-se neste contexto, a mulher com câncer de mama (BRASIL, 2013).

Com base no exposto, este estudo pretende aprimorar conhecimentos relativos aos atributos essenciais da APS na assistência à saúde, como eixos estruturantes para organização e reorganização dos sistemas de saúde e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde, permeados pela concepção de integralidade do cuidado à saúde, efetividade e resolutividade das ações na APS.

Para todo esse entendimento, este estudo buscará ainda conhecer o itinerário terapêutico (IT) de mulheres com câncer de mama, abrangendo os diferentes níveis de atuação em municípios de fronteira, no intuito de subsidiar essa atenção em saúde, pautada nas políticas públicas e com vistas a organizar e fortalecer os sistemas de saúde em municípios fronteiriços.

Conhecer o IT desenvolvido na busca de atenção à saúde pode colaborar para a clareza a respeito da conduta em relação ao cuidado e utilização de serviços de saúde, bem como a percepção sobre a doença e o tratamento (CABRAL et al., 2011).

Na literatura socioantropológica, o IT se apresenta como os percursos na busca por cuidados para solucionar problemas de doenças, preservar ou recuperar a saúde por meio da construção de uma determinada trajetória. Ainda dentro desta literatura citada, Arthur Kleinman (1978) propõe o IT baseado no modelo de Sistema de Cuidados à Saúde, o qual é formado por três subsistemas inter-relacionados: familiar, profissional e o popular. O transitar dos indivíduos dentro destes três sistemas proporciona a decisão dos tratamentos e cuidados que irão realizar (MALISKA; PADILHA, 2007; CABRAL et al., 2011; PINHO; PEREIRA, 2012).

A escolha do itinerário terapêutico (IT) se dá a partir da enfermidade experienciada, através de um processo de negociação nas conjunturas socioculturais vigentes, na maneira de sentir, entender e buscar por cuidados às aflições. É construído por caminhos diversos (SILVA-JUNIOR; GONÇALVES; DEMÉTRIO, 2012).

Adentrar o domicílio das mulheres com câncer de mama e conhecer a realidade do contexto em que elas estão inseridas nos possibilitou a aproximação com a realidade de saúde experienciada por elas. Por meio da compreensão dessa realidade foi possível responder a alguns questionamentos: “Como ocorre a busca da mulher com câncer de mama pelo atendimento à saúde? qual o itinerário que ela percorre em busca de cuidado e cura? Como acontece a resolutividade do problema de saúde da mulher com câncer de mama? Os atributos da APS estão presentes na resolução dos problemas de saúde das mulheres com câncer de mama?

Dessa forma, conhecer como essas ações acontecem em regiões vulneráveis, como o cenário investigado, permitiu-nos compreender as lacunas existentes na atenção à saúde nos diversos níveis de atenção, em especial no contexto da APS.

Assim, os objetos desta pesquisa foram a resolutividade do problema de saúde da mulher com câncer de mama, apreendendo-a a partir do enfoque aos atributos essenciais da APS, bem como o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres com câncer de mama em busca pelo atendimento à saúde, até chegar no Ambulatório de oncologia para tratamento no município de Foz do Iguaçu-PR, diante da confirmação do diagnóstico da doença.

## **1.1 Justificativa do estudo**

O câncer de mama provoca mudanças na vida das mulheres, surgindo a necessidade de novos hábitos e incorporação da doença no processo de viver; diante do prognóstico da doença precisa-se acreditar que algo mais pode ser feito e assim buscam múltiplas opções de

tratamento, envolvendo o saber profissional e outros saberes, como o seu próprio, o das pessoas mais próximas e de outros agentes de cura. Essa rede de relações interfere, consolida e transforma as crenças e valores das mulheres na determinação do cuidado à saúde (ROSA; RADUNZ, 2012).

Para compreender a saúde das mulheres com câncer de mama em região de fronteira e a forma como elas enfrentam a doença, torna-se necessário analisar suas práticas, o itinerário terapêutico que percorrem, e assim refletir sobre o caminho traçado na busca da cura, cuidados e tratamento (RIBEIRO; SANTOS; TEIXEIRA, 2011). O conhecimento sobre os itinerários de pessoas em busca de atenção à saúde pode contribuir para compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado e utilização de serviços de saúde (CABRAL et al., 2011).

Além de conhecer o itinerário terapêutico na busca da cura, cuidados e tratamento das mulheres com câncer de mama em região de fronteira, faz-se necessário também conhecer a resolutividade da Atenção Primária com foco nos atributos essenciais na assistência à saúde.

## *2 Objetivos*

---

## **2.1 Objetivo geral**

Compreender o Itinerário Terapêutico de mulheres com câncer de mama, usuárias do Sistema Único de Saúde, do diagnóstico ao início do tratamento, em município de fronteira, na perspectiva delas.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar as mulheres com câncer de mama, de acordo como histórico da saúde sexual e reprodutiva, histórico familiar de câncer de mama, ovário e condições sociodemográficas;

- Identificar a presença dos atributos da atenção primária à saúde - primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação nas ações de rastreamento, diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama.

### *3 Quadro Teórico*

---

Para a construção do objeto de estudo, inicialmente buscamos apreender aspectos da história social da mulher, das políticas públicas direcionadas à saúde da mulher e das políticas públicas direcionadas à atenção oncológica, com ênfase ao câncer de mama.

Como referencial teórico, buscamos contextualizar o itinerário terapêutico e os atributos da atenção primária, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, utilizando-os como proposta para nortear a resolutividade dos problemas de saúde da mulher com câncer de mama.

### **3.1 História Social da Mulher e as Políticas Públicas de Saúde**

A história social da mulher aparece após séculos de invisibilidade. No Brasil, somente nos anos 1980 o tema emergiu como um campo definido de pesquisa, e desde então, vem crescendo e se fortalecendo com números expressivos de publicações (SILVA et al., 2005; SILVA, 2008).

Inúmeros discursos sobre temas como a abolição da escravatura, a imigração europeia para o Brasil, a industrialização ou o movimento operário, mostram imagens da participação dos homens e muito pouco das mulheres. A demanda do movimento feminista na década de 1970, bem como a presença das mulheres no mercado de trabalho e na vida acadêmica, impulsionaram as transformações na história social da mulher. Contudo, o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, com as deficientes formas de integração, cercadas por péssimas condições de trabalho, salários inferiores, assédio sexual e inúmeras formas de violência machista, foram temas que acabaram se difundindo como produtos de determinações econômicas e sociais, mas com pouco destaque à sua dimensão como sujeito histórico consciente e atuante (TEDESCHI, 2009).

Nos séculos XVI e XVII, o conhecimento médico sobre o corpo feminino estava reduzido aos conceitos de órgãos ligados à reprodução. Deste modo, as práticas do curandeirismo tornaram-se muito comuns no Brasil colonial, pois esse veio suprir as lacunas deixadas pela medicina. Em resposta ao desconhecimento médico do corpo feminino, as próprias mulheres tratavam-se a si mesmas (AZEVEDO, 2014).

O papel da mulher brasileira, desde a colonização do Brasil (1500-1822), apresentou vários aspectos em relação à condição do ser mulher, sendo que, algumas vezes era representada por uma figura exótica, e outras vezes degradantes e até desumanas. As mulheres foram admiradas, temidas e reduzidas a objetos de domínio e submissão. Foram consideradas propriedades dos seus pais, maridos, irmãos ou quem fosse o chefe da família.

O papel da igreja era desvirilizar a sexualidade feminina, usando a ideia do homem superior, ao qual cabia o exercício da autoridade. Os casamentos eram combinados sem o consentimento das mulheres, por meio de um contrato entre o pai da noiva e a família do pretendente, com o objetivo de aumentar as riquezas da família. A união não consagrava o amor (CUNHA, 2000; SILVA et al., 2005).

No final do século XIX, a revolução sexual e a emancipação feminina foram fundamentais para as mudanças no casamento, no amor e na sexualidade, resultando em transformações radicais na vida e intimidade das mulheres (SILVA et al., 2005; AZEVEDO, 2014).

A mulher começa a rejeitar o destino social de permanecer confinada no âmbito das atividades domésticas, exercendo unicamente as funções de mãe e esposa, adquirindo status somente através do casamento. Nesse período, recusar o casamento, a maternidade, a família e manifestar independência, era visto como uma atitude de loucura, pois transgredia o papel da mulher, rompendo não apenas as normas sociais, mas violando a própria natureza (CUNHA, 2000).

A sociedade burguesa no século XIX iniciou discussões sobre gêneros, definindo a diferença entre macho e fêmea, referindo-se ao conceito de gênero enquanto construção cultural das características masculinas e femininas (SILVA et al., 2005). No início do século XX, as mulheres sofriam com altas taxas de morbimortalidade materna, elevadas taxas de fecundidade, pouco acesso à educação, especialmente ao nível superior, sem direito ao voto e não participavam de olimpíadas. A partir das lutas femininas, os avanços foram se consolidando, juntamente com o progresso da industrialização e das políticas sociais. No ano de 1917 foi aprovada a resolução por salários igualitários pela Conferência do Conselho Feminino da Organização Internacional do Trabalho e a aceitação das mulheres no serviço público (ALVES, 2003).

Nesse mesmo ano, na Rússia, manifestações de mulheres tomaram as ruas de Petrogrado. Eram manifestações contra a guerra, a fome e a escassez de alimentos. Ao mesmo tempo, operárias do setor têxtil entraram em greve; essas manifestações cresceram, envolveram outros grupos, duraram vários dias, e deram início à Revolução Russa. A mobilização de mulheres precipitou as mobilizações que tornaram vitoriosa a Revolução Russa. Em 1921, na Conferência Internacional das Mulheres Comunistas foi proposto o dia oito de março como data oficial do Dia Internacional da Mulher, lembrando essa iniciativa das mulheres russas. Em 1932, o direito feminino ao voto foi conquistado e houve a participação da primeira atleta brasileira em uma olimpíada (ALVES, 2003).

Nas décadas seguintes, houve melhorias nas condições de saúde, refletindo na redução dos índices de mortalidade materna, assim como no aumento da longevidade das mulheres em relação aos homens. A partir da década de 1960, as mulheres tiveram acesso aos métodos contraceptivos, à saúde preventiva, desencadeando avanços no controle da natalidade e inserção no campo de trabalho. A figura da mulher, antes marcada por maldições e pela submissão, deixa de ser assim considerada e passa a ganhar espaço em meio à sociedade (SEGALEN, 1999).

Em relação à educação, para o segmento feminino os avanços foram significativos, principalmente para as mulheres que reverteram a desigualdade de gênero na educação brasileira. Desse modo, a escolaridade média cresceu para ambos os sexos; entretanto, as mulheres conseguiram avançar em uma velocidade muito maior. Na década de 2000 verificou-se que as mulheres apresentavam escolaridade maior do que os homens e as diferenças se tornaram cada vez maiores nos níveis educacionais mais elevados (ALVES, 2009).

Simultaneamente à ascensão na educação, as mulheres brasileiras avançaram no trabalho extradoméstico, com o aumento da participação no mercado de trabalho, o que gerou grandes transformações sociais no Brasil na segunda metade do século XX. Atualmente, é inegável o aumento contínuo da participação feminina na População Economicamente Ativa (PEA). Contudo, as mulheres ainda enfrentam particularidades que tendem a desvalorizar o trabalho feminino no dia a dia e que marcam a inclusão na PEA, particularidades como a segregação ocupacional, a discriminação salarial e o desemprego (ALVES, 2009).

O tema da segregação é apontado no censo demográfico de 1970, quando mais de 80% do contingente feminino ativo trabalhava em ocupações de baixo prestígio e poder de remuneração, tais como: empregadas domésticas, trabalhadoras rurais, costureiras, professoras primárias, lavadeiras, balconistas, entre outras. Mas, ao longo das últimas décadas a segregação ocupacional vem diminuindo progressivamente, em virtude do aumento de opções ocupacionais. Uma das consequências da segregação ocupacional é o fortalecimento da discriminação salarial, considerando a desigualdade entre a procura e oferta de trabalho feminino, resultando na baixa remuneração das mulheres (ALVES, 2003).

Vale lembrar que, na discriminação salarial existe a divisão sexual do trabalho, falta de acesso a cargos de chefias e preconceitos de gênero e raça. Com a crise econômica dos anos 80 e 90, houve um aumento no desemprego feminino e após o plano real, além do crescimento do desemprego, constatou-se o aumento do tempo que as mulheres ficavam sem emprego, ocorrendo, conseqüentemente, o crescimento do subemprego (ALVES, 2009).

Até os anos de 1960, o objetivo das propostas à saúde da mulher foram a adequação das mesmas ao seu papel de mães que geram e cuidam dos filhos. Essa perspectiva voltada para a mulher, na sua fase de reprodução biológica, continuou a ser tema central nas políticas de saúde; porém, a pressão exercida pelos movimentos feministas, o advento dos métodos anticoncepcionais e a maior inserção da mulher no mercado de trabalho começaram a indicar uma nova abordagem em relação às políticas de saúde para as mulheres (DEMARQUI; GOUVEA, 2009).

No ano de 1974 foi instituído o Programa Materno Infantil (PMI), o qual delineou os contornos da assistência à mulher, englobando a assistência materna e os cuidados ao período pré-concepcional, gestação, parto e puerpério. O PMI manteve o olhar focado na saúde da mulher como reprodutora e não na sua integralidade, abordagem debatida intensamente nos discursos e reivindicações de movimentos de mulheres, que se acentuaram naquele período. Com as contínuas lutas das organizações feministas que influenciaram nas conquistas até aquele momento, um novo programa com atenção à saúde da mulher foi lançado em 1984 (DEMARQUI; GOUVEA, 2009).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS), atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. O programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, em planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

A formulação do PAISM foi um crescente sentimento de democratização do país e organizações de movimentos sociais. Assim, o tema Saúde da Mulher cresceu no território nacional, tornando-se assunto entre acadêmicos, movimentos sociais organizados e a população feminina. Ainda nesse período, documentos técnicos começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais. Em 2002, elaborou-se um balanço institucional do PAISM, e houve indicação da ausência da atenção ao climatério, assim como atenção à saúde das mulheres negras, indígenas e as que residem em áreas rurais. Mencionava ainda a falta de atenção a mulheres com doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental e doenças infectocontagiosas (DEMARQUI; GOUVEA, 2009).

Com base no exposto, em 2004 foi elaborado um documento intitulado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes”, pelo MS, que elencou princípios e diretrizes até então deixados de lado na atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2011).

No campo da política, apesar de as mulheres serem a maioria da população, sendo que, no Brasil no ano 2000 correspondiam a mais de 52% do eleitorado, estas continuavam sub-representadas no Congresso Nacional, nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras Municipais. O poder do voto feminino não tem conseguido mudar a realidade da representação feminina nos espaços de poder. Os progressos na representação política das mulheres brasileiras têm sido pequenos e não têm acompanhado os avanços do resto do mundo. Mesmo com a Lei nº 9.504 de 30 de setembro de 1997, que define a porcentagem de vagas para cada partido ou coligação para candidaturas de cada sexo, o número de mulheres candidatas ainda é baixo (ALVES, 2009).

Embora tenham ocorrido avanços e conquistas no espaço feminino ao longo da história, verificam-se ainda processos que fragilizam a vida das mulheres, como o aumento na proporção de mulheres chefes de famílias, que tem como causa mais frequente o aumento do número de relações maritais desfeitas e a mortalidade dos homens por causas violentas, na faixa de idade em que constituiu família. Outro processo que levou à fragilização das mulheres se refere à feminização do vírus da imunodeficiência humana e da Síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV-AIDS), ou seja, essa tendência mundial de mudança do perfil tem sido acompanhada do seu início da década de 1980 até os dias de hoje (FONSECA; FERNANDES; NARCHI, 2007).

Esse aumento da participação feminina se deve relativa ou absolutamente ao aumento da transmissão heterossexual, principalmente entre as monogâmicas; transmissão vertical da mãe para o filho; juvenização e interiorização da epidemia e, por fim, a questão da pauperização, que cada vez mais se torna evidente com o nível de escolaridade cada vez mais baixo (FONSECA; FERNANDES; NARCHI, 2007; OLIVEIRA et al., 2009).

Outros avanços foram conquistados, como a criação da Lei Maria da Penha nº 11.340/2006, que homenageia a farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes, que ficou paraplégica após anos de violência doméstica; a promulgação da Lei nº13.104/2015, que torna qualificado o homicídio quando realizado contra mulheres em razão do gênero, e o inclui como crime hediondo; o direito à licença maternidade remunerada, recentemente alterado de 120 para 180 dias (para instituições públicas); amamentação em locais públicos; a luta contra a cultura do estupro; a descriminalização do aborto, entre outros (POLITIZE, 2017).

Pode-se observar que de forma geral, as políticas sociais e de saúde da mulher passaram por importantes mudanças, desde os anos de 1970, mudando o ponto de vista da mulher como reprodutora até as políticas atuais que preconizam uma visão integral da mulher, incluindo aí a atenção oncológica.

### **3.2 Políticas públicas direcionadas à atenção oncológica com ênfase ao câncer de mama**

A trajetória das políticas públicas de controle do câncer no Brasil passou por vários desafios, os quais envolveram as evidências científicas, as questões culturais, o contexto político e a mobilização social (TEIXEIRA, 2010).

Na França, na transição do século XIX para o XX evidenciou-se a percepção social da doença, pois houve o aumento da sua incidência em virtude do envelhecimento da população. Naquela época começaram a surgir hospitais especializados e centros de pesquisa do câncer. O câncer, antes considerado raro e excepcional, passa a ser visto como um problema cada vez mais presente, ou seja, uma verdadeira ameaça à sociedade, por sua grande incidência e letalidade. Essa transformação alcançou outros países, como os Estados Unidos e países europeus (TEIXEIRA, 2010).

Em pouco tempo, a inquietação em relação ao câncer chegou ao Brasil. Nas primeiras décadas do século XX, o câncer tornou-se uma preocupação médica, levando ao surgimento das primeiras iniciativas para ser incluído na agenda da saúde pública nacional. Contudo, as ações governamentais em relação à doença foram fragmentadas e descontínuas, e na maioria das vezes, respostas a interesses pessoais ou de grupos profissionais. Algumas iniciativas sobre a doença tiveram como destaque a inclusão de medidas para a sua prevenção no âmbito da Inspeção da Leprosia e doenças venéreas, criada pela Reforma Sanitária, ocorrida em 1920. Esta inspeção deveria estabelecer estatísticas sobre óbitos de câncer, para assim, oportunizar o conhecimento acerca dos níveis de incidência da doença. A possibilidade de ser um mal contagioso levou a inclusão da desinfecção nos domicílios onde houvesse ocorrido óbito por câncer (SANGLAND, 2008; TEIXEIRA, 2010).

Em nível mundial, entre o final da década de 1910 e início da década de 1920, houve importante transformação em relação ao controle do câncer, no que diz respeito à intensificação da utilização da radioterapia como terapêutica específica para a doença, sendo que, no início foi vista com reserva, mas depois foi amplamente utilizada. No Brasil, por sua vez, não foi diferente. A radioterapia atraiu a atenção de alguns médicos, em particular os dermatologistas que trabalhavam com câncer de pele, e esta relação entre dermatologia e

cancerologia culminou no campo da primeira organização de saúde pública de caráter nacional do país, e fundou o Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, destinado ao atendimento a pacientes com câncer (TEIXEIRA, 2010).

Nas décadas seguintes, as preocupações médicas com o câncer se alargaram amplamente, e o campo da cancerologia brasileira tornou-se mais complexo e incorporou um número maior de profissionais, originando diversas fundações de instituições em vários estados do país, voltadas ao controle da doença. Além disso, através das organizações sociais, surgiram também várias ligas contra a doença em vários estados brasileiros, as quais tinham como objetivos arrecadar fundos para a construção de centros de diagnósticos e tratamento, assim como organizar campanhas educativas para a prevenção do câncer (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Através da iniciativa da sociedade de medicina e cirurgia do Rio de Janeiro, em 1935 foi realizado o primeiro Congresso de Câncer, que além de congregar estudos nacionais, visava convencer os responsáveis pela saúde pública sobre a necessidade de criação de uma política pública de controle da doença (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em 1937, após uma reforma, o denominado Ministério da Educação e Saúde passou a destacar serviços verticalizados contra doenças específicas, vistas como entraves ao desenvolvimento nacional. Entre os serviços criados, um destinava-se ao câncer. No ano de 1941, uma nova reforma reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, mesmo havendo relutância por parte do governo de Getúlio Vargas na criação de um serviço nacional contra o câncer. O intenso trabalho do médico gaúcho Mario Kroef e sua influência política culminaram na criação de dois serviços, o Centro de Cancerologia no Distrito Federal, que mais tarde se transformaria no Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Serviço Nacional do Câncer (SNC), que tinha a responsabilidade de orientar e controlar em todo o país uma campanha permanente contra a doença, a Campanha Nacional Contra o Câncer (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Além da campanha, o SNC foi responsável pelo atendimento aos cancerosos, pelas pesquisas relacionadas à doença, pelo ensino da cancerologia, pela seção de organização e controle, pela busca de normatização das ações contra o câncer e pela estrutura da rede de instituições locais direcionadas à doença. Ainda que houvesse uma grandiosidade de suas responsabilidades, o SNC teve uma ação bem tímida, devido à lentidão das incorporações existentes nos estados da federação, a Campanha Nacional contra o Câncer. Após a incorporação, as instituições passaram a receber auxílio financeiro do Ministério e auxílio

técnico do SNC. Foi o primeiro passo na criação de uma ação nacional contra a doença (TEIXEIRA, 2010).

Mesmo com a crescente importância do tema, a política de controle do câncer não foi satisfatória quanto às necessidades nacionais, em termos de prevenção e tratamento. As campanhas educativas eram geograficamente restritas; com isso, a maior parte do país não tinha acesso às informações sobre a doença, somado à falta de leitos em virtude da inexistência de planejamento, o que limitou o acesso dos pacientes em regiões com maiores necessidades. Na década de 1940, embora o SNC avançasse a passos lentos, com poucos recursos e ações limitadas, houve um significativo aumento na incorporação de instituições à Campanha Nacional contra o Câncer e, conseqüentemente, aumento do número de leitos hospitalares dedicados aos doentes de câncer, em todo o país (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Essa ampliação das instituições e interesse médico científico sobre a doença levaram à criação da Sociedade Brasileira de Cancerologia e o surgimento da Revista Brasileira de Cancerologia, processo esse que norteou um melhor posicionamento dos profissionais que trabalhavam com câncer, além de melhores financiamentos por parte do governo ao SNC (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

O ponto relevante desse processo foi o surgimento de profissionais especializados por meio de cursos de cancerologia ministrados pelo INCA, a partir de 1944. No ano seguinte, em 1945, o Instituto de Câncer do Distrito Federal foi transferido para um setor do Hospital Gafreé Guinle, no bairro da Tijuca, e lá permaneceu por onze anos. Esse período foi marcado por grande desenvolvimento de suas atividades, aumento do número de leitos hospitalares, aumento do orçamento e pessoal técnico (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Na década de 1950, o médico e vereador Napoleão Laureano foi acometido por um câncer terminal que o levou a buscar acompanhamento no Instituto de Câncer do Distrito Federal, fato esse que gerou grande comoção popular e repercussão nacional através da imprensa, que conseqüentemente deixou o Instituto em grande evidência no país. Ainda como fruto deste fato, houve a criação de um projeto de lei para destinação de verbas para apoio a instituições de combate ao câncer e finalização da sede do Instituto, na praça da Cruz Vermelha. O período do segundo governo de Getúlio Vargas (1950-1954) limitou ações para a saúde pública e, por conseguinte, à política de controle do câncer. Mesmo com a criação do MS, em 1953, não houve grandes avanços para a saúde, devido ao limite de destinação de verbas e troca de dirigentes (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

O controle do câncer no governo de Juscelino Kubitschek (1955-1960) foi reconhecido por ter inaugurado, em 1957, a sede própria do INCA na praça da Cruz Vermelha. A inauguração não contou apenas com um novo prédio, mas também com uma organização e estruturação do serviço de cancerologia, a qual marcou uma nova fase de sua história. No ano seguinte, a primeira dama Sara Kubitschek recebeu o primeiro prêmio internacional de Citologia do Câncer, por sua liderança na educação para o combate ao câncer feminino. Contudo, os anos 1960 foram destacados por transições para a saúde pública brasileira, devido à instabilidade política e social introduzida pelo golpe militar de 1964, o que resultou na visão de privatização, como caminho para o progresso das situações de saúde da população (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Nesse contexto, os dirigentes do MS presumiram que o câncer era um tema de medicina hospitalar de base privada, por não ser uma doença epidêmica e contagiosa; dessa forma, o câncer não poderia ser compreendido como um problema de saúde pública. Entre 1966 e 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser o grande comprador dos serviços médicos privados (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Nesse período, a política de controle do câncer no Brasil passava pelo mesmo seguimento da política nacional de saúde, ou seja, os cancerologistas andavam no contra censo dos projetos gestados pelo Estado. Mesmo com as reconsiderações, como a Campanha Nacional contra o Câncer, em 1967, e a transformação do Serviço Nacional de Câncer em Divisão Nacional de Câncer (DNC), as ações contra a doença não se desenvolveram, e a crise pós-golpe causou a diminuição das verbas voltadas à doença, o que levou a manifestações críticas dos cancerologistas na Revista Brasileira de Cancerologia e também no memorial de descontentamento em relação à atitude do governo, havendo grandes lutas contra a privatização do Instituto Nacional de Câncer. Foi somente em meados da década de 1970 que apareceram os primeiros empreendimentos que notavam o câncer como um problema de saúde pública de ampla significância, com necessidades de ações governamentais organizadas e estruturadas (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Em 1973 e 1975 foram criados, respectivamente o Plano Nacional de Controle do Câncer (PNCC) e o Programa de Controle do Câncer (PCC). O primeiro tinha como objetivo organizar as atividades do câncer em âmbito nacional, juntamente ao Ministério Público e a Previdência Social, de forma a integrá-los, enquanto que o segundo buscava o acesso ao tratamento gratuito por meio da Previdência Social. Por consequência da crise do Petróleo em 1980, esses programas perderam força e o câncer deixou de ser visto como doença estratégica. Mesmo assim, com a redemocratização do início da década de 1980, houve várias

reformulações para a sociedade, inclusive na questão da saúde, pois havia grande necessidade de ampliação das ações do Estado, universalizando o acesso aos serviços de saúde e a divisão entre saúde pública e previdenciária. Nesse período, o INCA passou a assumir gradativamente um papel central no gerenciamento da política de combate ao câncer, consolidando sua posição de centro de referência nacional (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Em 1982 foi aprovada a criação de um Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), coordenado conjuntamente pelo INPS e pelo Departamento Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas (DNDCD) do MS. Cinco anos mais tarde foi institucionalizado o Programa de Oncologia (Pró-Onco), que foi transferido para o INCA, em 1990. Ainda na década de 1980, a saúde foi assegurada como direito de todos e dever do Estado pela Constituição de 1988, o que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, por meio da Lei nº 8.080 (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

O INCA, em 1989, coordenou a Campanha Nacional de Combate ao fumo. Através da Lei Orgânica da Saúde de 1990, o INCA foi identificado como órgão de referência no estabelecimento de parâmetros e avaliação da prestação de serviços oncológicos ao SUS. O regimento do MS atribuía ao Instituto a competência de órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Os decretos presidenciais de 1991, 1998 e 2000 fortaleceram o seu papel como órgão responsável em contribuir na formulação da Política Nacional e como agente condutor das ações do MS na prestação de serviços oncológicos, no âmbito do SUS (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Os primeiros relatos do controle do câncer de mama no Brasil foram feitos no final dos anos 1971, com a chegada dos primeiros mamógrafos. Na época, houve divergências quanto ao seu uso, pois enquanto os defensores apontavam a capacidade de detecção de tumores menores, aumentando as chances de sobrevivência das mulheres, os críticos contestavam a exposição à radiação na realização do exame (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

As ações de controle do câncer de mama tiveram seu marco histórico no início da década de 1980, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), já citado anteriormente, e que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da mulher com câncer de colo de útero e de mama. Em relação ao câncer de mama, as técnicas se limitavam ao exame clínico das mamas (ECM) e ao autoexame das mamas (AEM) (OHL et al., 2016).

Ainda nessa década, o Pró-Onco coordenou ações e estratégias específicas dos cânceres mais incidentes no país, com destaque para o projeto de “Expansão da Prevenção e

Controle do Câncer Cervicouterino”. As intervenções quanto ao câncer de mama se restringiam na distribuição de materiais de educação em saúde. No final da década de 1990, com a implantação do Programa Viva Mulher, possibilitaram-se ações e diretrizes voltadas à estruturação da rede assistencial para detecção precoce do câncer de mama, a qual contou com a oficina de trabalho intitulada “Câncer de mama - perspectiva de controle”, com a participação de vários componentes da sociedade civil e científica do segmento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

O Programa “Viva Mulher” foi desenvolvido no início da década de 2000, em etapas heterogêneas, sendo a primeira fase de intensificação e a segunda de consolidação. A primeira fase foi dedicada ao diagnóstico dos tumores clinicamente detectáveis através do ECM e AEM, já a segunda, ao diagnóstico dos tumores não detectáveis clinicamente, necessitando de mamografia. Foi incluída também a proposta de organização da rede de serviço de saúde para oportunizar o acesso à mamografia para mulheres acima de 50 anos. Assim, foram distribuídos mamógrafos, agulhas e pistolas para punção e biópsia dos tumores da mama no SUS (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em 2004 foi elaborado o “Documento de Consenso” que propôs as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil, por meio das recomendações para prevenção, rastreamento, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Nesse mesmo ano o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), pactuando a redução da morbimortalidade por causas evitáveis, incluindo o câncer de mama (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015).

No ano de 2005, através do lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, houve o destaque do controle dos cânceres do colo do útero e de mama como problemas prioritários nos planos estaduais e municipais. Ainda naquele ano, formulou-se o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama, que em 2006 teve sua importância firmada pelo “Pacto pela Saúde” (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

O Programa Mais Saúde, criado em 2007, teve como evidência o aumento da oferta da mamografia no SUS; o referido programa é um componente do Programa de Aceleração do Crescimento no setor saúde para o espaço de 2008 a 2011. Além do acréscimo na oferta de mamografia, houve um destacável progresso com a expansão da faixa etária, em 2008, por meio da Lei 11.664/08, que atribui ao SUS a responsabilidade e garantia da realização do exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade (BRASIL, 2008).

O INCA, juntamente com o Departamento de Informática do SUS do Brasil (DATASUS), em 2009, desenvolveu o Sistema de Informação de Controle do Câncer de

Mama (SISMAMA), o qual se tratava de uma importante ferramenta para o gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama. Os dados gerados permitiram estimar a cobertura da população-alvo, qualidade dos exames, intervalo de tempo para realização dos exames diagnósticos, situação do seguimento das mulheres com exames alterados, propiciando aos gestores avaliação e monitoramento do desempenho da rede de serviços diagnósticos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Além disso, em 2010 o INCA divulgou a 2ª edição dos “Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama”, com o objetivo de subvencionar a conformação do planejamento das ações de detecção precoce do câncer de mama nos estados e municípios (SILVA; HORTALE, 2012).

A importância dessa neoplasia foi demonstrada e firmada em 2011, pelo governo de Dilma Rouseff, através do lançamento do Plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, cujo objetivo principal é a redução do tempo entre o diagnóstico e o tratamento da doença, com a finalidade de diminuir a mortalidade (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

Tendo em vista a ampliação do acesso aos exames de rastreamento da doença com qualidade, em especial a mamografia, em 2012 o MS instituiu o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), com o objetivo de garantir a qualidade dos exames oferecidos à população, com o mínimo risco associado ao uso da radiação em serviços do SUS ou não. Em 2013, a Política Nacional de Atenção Oncológica foi atualizada para *Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS*. Ainda nesse ano, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e de mama, SISMAMA (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015; OHL et al., 2016; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

Nesse ano também foi publicada pelo MS a Portaria nº 1.253, que modifica a faixa etária para o rastreamento mamográfico, o que contradiz a Lei 11.664/08, ao limitar a transferência de recursos do governo Federal para os municípios, das mamografias somente para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, obstaculizando assim o acesso das mulheres com até 49 anos no método de detecção precoce do câncer de mama. Tal Portaria alavancou grande debate e posicionamento entre as instituições médicas aplicadas ao assunto: Conselho

Federal de Medicina (CFM), Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), que a julgaram ilegal. Diante desse contexto, em 2015 o Senado aprovou em plenário o Projeto de Decreto Legislativo 42/2015 que assegura o acesso de mulheres entre 40 a 49 anos ao exame de mamografia pelo SUS, porém ainda não foi promulgado (BRASIL, 2013; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS DE APOIO A SAÚDE DA MAMA, 2018).

Com o intuito de promover a organização da atenção secundária, o MS em 2014, publicou a Portaria nº 189, que determina incentivos financeiros de custeio e de investimento para implantação dos serviços de referências para diagnóstico do câncer de mama, e também define critérios para habilitação das unidades, estabelecendo os exames necessários para o diagnóstico (BRASIL, 2014).

Ainda em 2014, o MS noticiou a Portaria nº 1220, que garante que os pacientes com neoplasia maligna obtenham o primeiro tratamento pelo SUS no prazo de até sessenta dias a partir da data de confirmação do diagnóstico e laudo patológico (BRASIL, 2014).

A progressiva participação nos últimos anos, da sociedade civil organizada, sociedades médicas, organizações relacionadas ao câncer de mama, bem como a crescente propagação midiática em jornais, revistas, televisão e internet, são alguns dos eventos que fizeram parte do controle do câncer de mama no país. O evento mais visto e anunciado foi e continua sendo o “Outubro Rosa”, o qual divulga principalmente o rastreamento mamográfico (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Por fim, o MS junto ao INCA, lançou em 2015, as “Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil” que se referem a uma atualização e ampliação do Documento de Consenso de 2004, considerando os avanços tecnológicos e a produção de conhecimento mais recentes. Essas diretrizes foram elaboradas com base na sistematização de evidências na literatura científica e denotam um passo fundamental na consolidação da prática de elaboração de documentos técnicos e de políticas baseadas em evidências (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

A historiografia das políticas públicas à atenção oncológica, com ênfase ao câncer de mama, permite-nos conhecer e entender a implantação de ações em diferentes contextos políticos, sociais, culturais e econômicos. Dessa forma, o cuidado à mulher com câncer de mama deve ser consolidado pelas ações desenvolvidas nos serviços públicos de saúde, tendo como ponto de partida, ou seja, como porta de entrada as ações que intencionem a resolutividade, ou seja, a APS.

### 3.3 Atenção Primária à Saúde e a mulher com câncer de mama

Uma APS sólida, resolutiva e coordenadora dos cuidados às mulheres é uma sugestão muito positiva para alcançar o cuidado integral. Quando um país apresenta uma APS forte, ostenta sistemas mais efetivos, eficientes, qualitativos e equitativos para atender sua população (MENDES, 2012).

A APS foi assumida como elemento central em sistemas de saúde de diversos países a partir da Conferência da Alma-Ata, em 1978, e ratificada no mesmo ano pela Conferência Mundial de Saúde, como fundamental para conquista de saúde para todas as pessoas. É definida como um conjunto de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BOING, 2012). Desde então, o fortalecimento da APS foi firmado como a principal estratégia para organização dos serviços públicos de saúde (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Em 1978, com a Conferência de Alma Ata, ficaram descritos os principais elementos constituintes da APS: educação em saúde; saneamento ambiental; programas de saúde voltados à atenção à mulher e à criança, como imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento de doenças e agravos comuns, como diarreia, desidratação e afecções respiratórias; fornecimento de medicamentos essenciais; suporte nutricional e medicina tradicional (STARFIELD, 2002; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

O sistema de saúde brasileiro foi marcado historicamente por um modelo curativista, com pouco enfoque ao atendimento das necessidades das pessoas. A suspensão desse modelo tornou-se emergencial, visto que a população necessitava de muito mais além de cura para suas doenças. Necessitava de promoção para a saúde. A APS surgiu em resposta a esses anseios, uma vez que, nesse modelo de atenção à saúde, equipes multiprofissionais estrategicamente implantadas, trabalham em áreas de maior vulnerabilidade entre os municípios brasileiros, de modo a ratificar as diretrizes do SUS de universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, regionalização e participação social (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Além disso, a APS engloba um conjunto de ações coletivas e individuais relacionadas à proteção e promoção da saúde, atuando, também, no diagnóstico, prevenção de agravos, reabilitação e tratamento. Constitui-se como sendo uma das principais portas de entrada para o Sistema Único de Saúde – SUS, estando em sua esfera de atuação a resolução de cerca de

80% dos problemas de saúde da população. Sua atuação se encontra, pois, centrada na atenção à família, bem como na participação ativa dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado e da própria comunidade (CAMPOS; GUERREO, 2010).

Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema integrado de serviços de saúde, a APS deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde, e o de responsabilização pela saúde dos cidadãos, onde quer que estejam. Assim, tem-se a mudança de um sistema piramidal hierarquizado, para uma rede horizontal integrada, organizada a partir de um centro de comunicação (MENDONÇA et al., 2010).

O desenvolvimento da APS ou Atenção Básica tem recebido muito destaque no SUS. Segundo Starfield (2002), a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, sendo que, só se devem referenciar a outras esferas de atenção os casos muito incomuns, os quais exigem atuação especializada. E mesmo assim, a APS deverá coordenar os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Para que essas ações sejam efetivas, a autora citada sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária, a saber: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Destaca-se que tais atributos devem estar articulados para o seu funcionamento efetivo, somados inclusive a atributos complementares como a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural.

A atenção ao primeiro contato pressupõe acesso e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada nova ocorrência de um mesmo problema, independentemente do número de vezes em que aconteça a procura aos serviços (STARFIELD, 2002). Por outra forma, o primeiro contato pode ser determinado como porta de entrada dos serviços de saúde e também como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). De acordo com Starfield (2002), os termos acessibilidade e acesso são usados como sinônimos, contudo possuem significados diferentes, pois “acessibilidade” diz respeito às características da oferta que oportuniza a chegada das pessoas aos serviços, ou seja, é um aspecto estrutural de um sistema ou unidade de saúde, o qual é necessário para alcançar o primeiro contato. Já o termo “acesso” é a forma como a acessibilidade é percebida.

A palavra longitudinalidade é usada como sentido semelhante ao termo continuidade do cuidado, contudo possuem particularidades conceituais (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Para Starfield (2002), longitudinalidade, no cenário da APS, é uma relação de longa duração entre profissionais e pacientes nas unidades de saúde; a continuidade não é necessária para

que essa relação exista. Interromper a continuidade da atenção, independentemente do motivo, não poderá interromper a relação. A longitudinalidade envolve o suporte de cuidados oferecidos pela equipe profissional, a qual vincula-se ao usuário ao longo do tempo, num ambiente de confiança e humanização estabelecido entre profissionais, indivíduos, famílias e comunidade (MENDES, 2012).

A integralidade representa o reconhecimento das variadas necessidades das pessoas concernentes à saúde e disponibiliza uma ampla rede de serviços para abordá-las, independente das dificuldades apresentadas por esses mesmos serviços. Deve ser avaliada pela variedade dos serviços disponíveis (aspecto estrutural), e o reconhecimento das necessidades (aspecto processual) (STARFIELD, 2002). Mendes (2012) define a integralidade como a oferta de um conjunto de serviços de saúde na área de promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e palição. Para Oliveira e Pereira (2013), a integralidade do cuidado necessita do redirecionamento de práticas, a fim de criar vínculos, acolhimento e autonomia, no intuito de valorizar o trabalho dos profissionais e as necessidades da população para qualquer interferência, de modo a ordenar a viabilidade do cuidado centrado no usuário.

O atributo da coordenação implica em continuidade do cuidado, definida como articulação entre os diferentes serviços de saúde, de modo que estejam harmoniosos e com um objetivo comum, livremente do local onde sejam prestados, deve ser oferecido ao usuário um agrupamento de serviços e conhecimentos que atendam integralmente aos seus anseios de saúde, através dos divergentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Starfield (2002, p. 59) descreve que a:

[...] essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para a presente atenção.

Para complementação aos quatro atributos essenciais da APS, Starfield (2002) e Mendes (2012) indicam que o foco para a atenção deve ser a família, a orientação comunitária e a competência cultural. A focalização familiar implica em considerar a família como o sujeito da atenção. A orientação comunitária subentende o reconhecimento das necessidades familiares no contexto físico, econômico e social em que vivem. Já a competência cultural delineada em linhas horizontais entre a equipe de saúde e os usuários, com respeito às crenças, costumes e culturas de cada população possibilita a compreensão ampliada do processo saúde doença.

A presença e o seguimento aos atributos da APS mencionados neste texto, possibilitam a certificação de resolutividade e de qualidade da atenção à saúde da mulher com câncer de mama. Contudo, a APS como proposta para atenção integral só se tornará evidente se cumprir suas três tarefas essenciais: a resolutividade, a comunicação e a responsabilização.

A APS diferencia-se da atenção secundária e terciária por trabalhar com problemas comuns da comunidade bem definidos, em que o usuário tem acesso direto a fonte de cuidados de forma contínua (STARFIELD, 2002). No contexto de que apenas a atenção secundária não oferece solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade, é relevante descrever que as doenças possuem caráter histórico e social, consideradas fenômenos plausíveis de mudanças em determinados momentos históricos, localidades ou comunidades, como descreve Laurell (1982). É fundamental, que para os serviços de saúde alcancem a excelência do cuidado, os três níveis de atenção à saúde devem trabalhar de forma plena e articulada.

No que refere à atenção oncológica, o MS por meio da Política Nacional de Atenção Oncológica, determina que as intervenções para o controle do câncer contemplem todos os níveis de atenção e que a assistência seja prestada por equipe multidisciplinar (BRASIL, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada para o sistema de saúde a partir da APS, com atendimento à população adscrita, devidamente cadastrado, cujo objetivo é analisar a situação de saúde da população, a organização e execução de suas práticas, cuidando para que haja adequação dessas ao enfrentamento dos problemas existentes. Incumbe também realizar diagnóstico de saúde do território adscrito, promovendo a identificação do perfil sociodemográfico e epidemiológico das famílias, reconhecendo os riscos aos quais a população está exposta e os problemas de saúde prevalentes, elaborando, participativamente, plano local voltado ao enfrentamento das adversidades de saúde (CAMPOS; GUERRERO, 2010; MENDONÇA et al., 2010).

Todavia, em municípios vulneráveis de fronteira, ocorre o trânsito livre de pessoas e grande procura pelos serviços de saúde, ocasionando a saturação do sistema e o não atendimento adequado à demanda da área de abrangência. Além disso, o financiamento das ações e serviços está baseado na população residente; com isso o SUS local não recebe orçamento necessário para atender a uma população que, na prática, é bem maior e desconhecida (SPIES, 2011).

Por fim, Mendes (2012) descreve que não adianta apenas ofertar um leque de serviços para atender as necessidades de saúde, mas oferecê-los de forma planejada, estruturada,

provida de uma equipe interdisciplinar conhecedora de seus papéis e tarefas, somados ao seguimento regular dos usuários para que não fiquem desamparados por parte dos serviços de APS.

Com o propósito de organizar o sistema assistencial vigente, em 2010, foram estabelecidas pelo MS, através de portaria específica, as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, sendo os serviços da APS os articuladores da assistência ininterrupta, com responsabilização dos resultados de saúde da população adscrita (BRASIL, 2010; MENDES, 2012).

A implantação das RAS consiste em uma nova forma de organizar o sistema de atenção em sistemas integrados, que permitam responder com efetividade, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010 p. 4).

A operacionalização das RAS acontece pela interação de três elementos constitutivos: população/ região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento determinado pelo sistema de atenção à saúde.

O MS afirma que as RAS devem ter a aptidão de identificar o território e a população de sua responsabilidade, a fim de atender as necessidades de saúde, sendo capaz de preservar e melhorar a saúde da população. A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias que devem ser registradas e cadastradas em sistema de informações de saúde, vinculadas à unidade de APS, e ainda, estratificadas por riscos em relação às condições de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

De acordo com Mendes (2010), o segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional, definida como lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, com comunicação entre si. Os componentes da estrutura operacional são a APS, Atenção Secundária e Terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e os sistemas de governança. Definida como centro de comunicação das RAS, a APS tem a função de coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema, desempenhando um papel chave na estruturação e coordenação do cuidado.

A APS também deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, por ser o primeiro contato da população com o sistema, o qual efetua um conjunto de ações de

saúde, que abrange promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção à saúde, tanto em âmbito individual como coletivo (BRASIL, 2010).

Como terceiro elemento das RAS estão os modelos de atenção à saúde, sendo um modelo para as condições crônicas e outro para condições agudas.

De acordo com Mendes (2011 p. 209), o modelo de atenção à saúde...

É um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

As condições agudas exigem para o seu atendimento adequado, a implantação de modelos de atenção à saúde que se apresentam num tipo de classificação de risco, tendo como objetivo identificar no menor tempo possível, com base nos sinais de alerta, a gravidade dos usuários em situação de urgência e emergência, definindo o ponto de atenção adequado para a situação (MENDES, 2011).

Já os modelos de atenção às condições crônicas são complexos, atuando em todo o ciclo de uma condição crônica, estabelecendo ações de promoção, prevenção, cuidados e reabilitação das condições de saúde, de forma contínua e integral, envolvendo cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Com a finalidade de construir um arranjo organizacional capaz de responder aos desafios de saúde da população, o MS propôs, em 2013, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na RAS, das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, agregando nesse cenário, a mulher com câncer de mama (BRASIL, 2013).

## *4 Percurso Metodológico*

---

## 4.1 Método

Este estudo se caracteriza pela abordagem qualitativa, com base no referencial metodológico do Paradigma da Complexidade, na corrente de Edgar Morin (2000), buscando compreender como ocorre o cuidado à mulher com câncer de mama em município de fronteira, ancorando-se nesse paradigma.

Segundo Minayo (2013), a utilização da abordagem qualitativa na pesquisa permite que o pesquisador tenha proximidade com as relações, a história, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões dos sujeitos, a fim de compreender a dinamicidade do ser humano, e assim, a construção do conhecimento através dos significados contidos nos dados do estudo. O referencial Paradigma da Complexidade descreve o método de pesquisa como caminho em constante construção no decorrer da constituição da investigação intencionada pelo pesquisador (MORIN, 2005).

Inicialmente, será apresentada a definição de paradigma, que tem sua origem do grego *parádeima*, que quer dizer modelo, padrão ou ainda um modo de explicação que consista na análise de uma prática concreta. Cada indivíduo constrói seus paradigmas e enxerga o mundo através deles, pois atuam com “óculos” para realização da interpretação da realidade. Essa interpretação paradigmática expressa que as distintas percepções da realidade foram edificadas de acordo com o paradigma vigorante (BEHRENS; OLIARI, 2007).

Na década de 1970, Thomas Kuhn referiu-se ao termo paradigma em uma de suas obras: “Considero ‘paradigmas’ as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, 2001, p. 13)

Dessa forma, quando os fatos não se inserem nesse padrão, modelo ou modo de explicação, sobrevêm os sinistros, concebendo conflitos e, assim, conjunturas para *revoluções científicas* e, posteriormente, a eclosão de um novo paradigma (KHUN, 2001). De acordo com Morin (2000), a mudança de paradigma gera conflitos, rupturas de ideias, conceitos e valores, pois:

O paradigma efetua a seleção e a determinação da conceptualização e das operações lógicas. Designa as categorias fundamentais da inteligibilidade e opera o controle de seu emprego” [...] “Assim, os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo paradigmas inscritos culturalmente neles (MORIN, 2000, p. 25)

A história da humanidade sempre foi acompanhada pelas transformações paradigmáticas. No período da pré-história, todos os eventos da natureza eram conferidos aos deuses e mitos ou “mythos”, uma forma de conhecimento guiada pelos deuses, sem necessidade de provação. Na Grécia Antiga, século VIII a VI a.C. surge a *Era do Conhecimento Clássico*, quando há o entendimento de que existe uma ordem na natureza: uma causa e um efeito. Houve também a descoberta da razão, da abordagem racional, discursiva e demonstrativa: só tem validade o que pode ser comprovado. Já na Idade Média, desponta o teocentrismo, a razão da verdade é a fé; a Igreja tinha o domínio da cultura e reprimia os cientistas. Com o surgimento do Renascimento - século XIII ao XV, a visão teocêntrica propende a ser superada pela visão antropocêntrica. Assim ocorre a rejeição do mito, da razão e da fé como princípio do conhecimento (BEHRENS; OLIARI, 2007).

Nesse período houve destaque e contribuição de importantes cientistas que alavancaram a ciência. Nicolau Copérnico (1473- 1543) firma-se na proposição de que o homem e a Terra não eram o centro do universo e que a Terra era que girava em torno do sol. Galileu (1564- 1642) asseverou a teoria de Copérnico e definiu a época da indução e da dedução como suporte para construção do conhecimento. Francis Bacon (1561-1626) lançou as bases para determinação do método indutivo-experimental através da experiência empírica. René Descartes (1596-1650), considerado “Pai do Racionalismo Moderno”, estabeleceu as bases do método racional-dedutivo para autenticação do conhecimento. Outros pensadores também atuaram nesse chamado Racionalismo, como N. Malebranche (1638- 1715), B. Espinosa (1631- 1677) e J.S. Mill (1806-1873), que apresentaram uma nova determinação e divisão: o mundo natural ou físico passa a ser assunto da ciência, ao passo que o mundo humano ou espiritual passa a ser assunto da filosofia (BEHRENS; OLIARI, 2007; PÁDUA, 2013).

Augusto Conte (1798- 1857) faz uma relevante crítica ao racionalismo e funda a escola filosófica intitulada de “Positivismo”. Determinou a “Lei dos Três Estados”, reflexionando que o pensamento humano se ampliou em três momentos: teológico, metafísico e positivo. Karl Marx (1818- 1883) também colaborou nesse período, com questões do conhecimento. Da mesma forma, na área das ciências humanas, houve contribuições de Sigmund Freud (1856-1939), através da psicanálise, a qual enfatizou o entendimento do comportamento humano, e de Carl G. Jung (1875- 1961) com a psicologia analítica (PÁDUA, 2013).

Entretanto, esse paradigma tradicional começou a ser questionado no final do século XIX e início do século XX, devido às suas limitações e insuficiência. Ainda que a ciência

tenha tentado eliminar as contradições, desordens e incertezas para supremacia e poderio no mundo, paradoxalmente ela necessita lidar com o incerto, o impreciso e o inesperado (PÁDUA, 2008).

Para exceder esses modelos vigentes e edificar uma nova maneira de olhar e pensar a realidade, desprende o paradigma da complexidade, que teve seu marco com Einstein, em 1905, com a *Teoria da Relatividade*, com a qual o universo passou a ser enxergado como um todo, indiviso, contínuo e simultâneo, contribuindo para derruir a visão fragmentada e reducionista do universo (BEHRENS; OLIARI, 2007; PÁDUA, 2013).

A expressão complexidade deriva do latim *complexus*, que significa “tecido junto” ou “entrelaçado”, foi usado na antiguidade para retratar as fibras de tecido que se uniam para formar uma peça de roupa. O termo complexidade caracteriza incômodo, confusão, inabilidade de elucidar de forma simples, clara e ordenar as ideias. Já os modos simplificadores de conhecimento mutilam mais do que traduzem a realidade, pois produzem cegueira. O pensamento complexo emerge para integrar a ordem, clareza, discernimento e exatidão no conhecimento, pois não separa, mas une e integra as diferentes maneiras de pensar. Não aceita as implicações mutiladoras e redutoras. Acolher o pensamento complexo nas pesquisas qualitativas demanda uma atitude de abertura para alternativas, viabilidades, raciocínios e novas maneiras de pensar o mundo (COSTA; SOUZA; LUCENA, 2015; MORIN, 2015; COPELLI et al., 2016).

O Paradigma da Complexidade propõe a indissociabilidade dos fenômenos que compõem o modo e a abordagem multidisciplinar como forma de construção do conhecimento, e compreende o pensamento complexo, ou seja, o pensamento desafiador e estimulante. A datar do momento que os indivíduos são percebidos como seres inacabados, que se compõem no decorrer da vida, surge a relevância de pensar na complexidade humana, e ao mesmo tempo na perspectiva de impulsionar o pensamento sobre o mundo e a vida, rompendo assim com o pensamento simplificador e fragmentado, pois a fragmentação do saber apresenta lacunas que dificultam a abordagem de ligação entre os saberes (SALLES; MATOS, 2017). De acordo com Morin:

De fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constituintes do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. (MORIN, 2001, p. 38)

Este tipo de pesquisa parte de uma experiência concreta da descoberta ou originalidade dos fenômenos, não se limitando ao modo simplificador de pensar, mas busca ampliar o horizonte da reflexão e raciocínio através do pensamento complexo. Pensar de modo complexo requisita que o pesquisador contemple o tema de forma destampada, dialógico e reflexivo, mediante uma postura que não menospreza o simples, contudo critica a simplificação (MORIN, 2005; COSTA; SOUZA; LUCENA, 2015).

Para o entendimento desta prática versada como Complexidade e compreender a realidade que se quer conhecer, Morin considerou alguns princípios, que não são leis, para guiar os passos cognitivos do pensamento complexo, através de um ir e vir incessante entre certezas e incertezas, entre o separável e o inseparável, e assim por diante, os quais resultam numa orientação do olhar do pesquisador acerca dos fenômenos e processos sociais (MORIN, 2012)

São quatro os princípios propostos que nortearão o presente estudo, e são apresentados a seguir.

O primeiro princípio é o dialógico, que reúne e conecta fatores contraditórios na análise de um determinado acontecimento, o qual propicia o convívio de oposições e antagonismo. Esse princípio incitador gera apreensão entre ordem e desordem, relacionando-as, ao mesmo tempo, como complementares e antagônicas, mas não como dualidade, suscitando (re) organização e complexidade (MORIN, 2015).

O segundo princípio é a recursão organizacional, em que Morin (2015) menciona o processo do turbilhão, destacando que o “processo recursivo é um processo em que os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causa e produtores do que os produz”. Rompe com a compreensão linear das relações causa-efeito, no sentido que o próprio produtor (o indivíduo) pode gerar a causa, ou seja, condições de vida e saúde podem interferir no aparecimento de uma doença, como o câncer de mama, por exemplo.

O terceiro princípio, hologramático, desfaz com a propensão do reducionismo e fragmentação presentes no paradigma moderno. Sobrepuja também a tendência ao holismo, de olhar apenas para o todo. “A parte está no todo, mas o todo está na parte” (MORIN, 2015). Assim, compreende-se que cada parte será necessária para contemplar o todo, e para isso é necessário entender a linguagem, a cultura e as normas.

O quarto princípio proposto é o organizacional, que é a união do conhecimento das partes ao conhecimento do todo; considera-se que para compreender como a RAS (o todo) está organizada será necessário conhecer as partes, e vice-versa (MORIN, 2015).

Para compreender os IT para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama em município de fronteira, o Paradigma da Complexidade permitiu fazer uma análise em profundidade dessa realidade concreta, ou seja, de um problema complexo a partir da experiência da mulher com câncer de mama, da descoberta da doença até o início da terapêutica.

Esse referencial permeou a construção de outro olhar para esta realidade, pois buscou a compreensão de fenômenos complexos, caracterizados por sua imprevisibilidade e impossibilidade de descrição de forma finita (PÁDUA, 2015).

## 4.2 Cenário de pesquisa

O cenário escolhido para a pesquisa é o município fronteiriço de Foz do Iguaçu, no Estado do Paraná, região Sul do Brasil. Foz do Iguaçu está localizada na região do extremo Oeste do Estado, na tríplice fronteira com Argentina (Puerto Iguazú) e Paraguai (Ciudad del Este). Apresenta uma área de 615,02 Km<sup>2</sup>. A população, em 2010, era de 256.088 habitantes e população estimada para 2018 em 258.823 habitantes, sendo, em sua maioria residentes na área urbana. A população predominante no município é do sexo feminino, com 51,61%. O município registra uma taxa de pobreza de 16,3% e, uma população economicamente ativa de 133.547 (52,1%) (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2020).

O referido cenário é referência para atendimento oncológico para os municípios pertencentes à nona regional de saúde do Paraná, sendo eles, Santa Terezinha de Itaipu, Ramilândia, Itaipulândia, Serranópolis do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu, Matelândia, Missal e Medianeira. Tem a responsabilidade por atender também uma população flutuante de mais ou menos 500.000 habitantes (turistas), cidadãos paraguaios e argentinos que buscam serviços de saúde especializados no Brasil, pois de acordo com o Departamento de Imigração da polícia Federal e auditores da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu, o município tem quase 300.000 habitantes mas já emitiu 800.000 Cartões SUS (STRADA, 2018).

Como oferta de serviços públicos, Foz do Iguaçu iniciou 2019 com 28 UBS, 11 equipes de saúde da família, um hospital geral público, duas Unidades de Pronto atendimento (UPA), uma Central de Regulação, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional (SAMU), um Poliambulatório, dois Centros de atenção Psicossocial, um Ambulatório de Saúde mental, um Ambulatório de Tuberculose, um Centro de Nutrição Infantil/ Centro Materno, um Centro de Reabilitação e 195 leitos de internações públicas (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2019).

O local para o convite às participantes foi o Centro de Oncologia (COC) de Foz do Iguaçu, referência para tratamento oncológico. O COC foi fundado em 2001, e hoje é centro regional de referência no diagnóstico e tratamento de várias neoplasias. Presta atendimento a pacientes do SUS, convênios e particulares. Os pacientes, na sua grande maioria são oriundos de Foz do Iguaçu e dos municípios que compõem a nona regional de saúde, contudo atende pacientes do Paraguai e Argentina. O fluxo de atendimento pelo SUS se dá por meio de encaminhamento da rede, através do sistema de saúde denominado Foz-Saúde; via Regional de saúde no caso dos pacientes dos demais municípios; quanto aos convênios e particulares, o encaminhamento é direto e ocorre também a procura espontânea (HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI, c2010).

O COC disponibiliza atendimento ambulatorial e hospitalar. São ofertados serviços de quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, hormonioterapia, consultas, biópsias, exames laboratoriais, de imagem, cirurgia, hospitalização e demais serviços de apoio necessários à assistência ao paciente oncológico (HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI, c2010).

A média de inclusão é de quarenta pacientes novos a cada mês, independentemente do tipo de câncer. Atualmente, o COC conta com oitocentos pacientes cadastrados em atendimento oncológico (HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI, c2010).

A distribuição do total de casos de câncer de mama entre as mulheres no COC durante os anos de 2015, 2016, 2017 e 2018, foram respectivamente, 81, 103, 111 e 109. Em relação à faixa etária desses quatro anos, verificou-se que os casos ocorreram, em sua maioria, na seguinte ordenação: 45-49 anos (102 casos); 50-54 anos (89 casos); 40-44 anos (78 casos); 65-69 anos (71 casos) e 55-59 anos (64 casos) (HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI, c2010).

A classificação em números totais de casos de câncer de mama entre as mulheres, no COC, nos anos de 2015 a 2018, quanto ao diagnóstico e tratamento anterior, segundo o estadiamento clínico do tumor, encontra-se assim distribuída: *In situ* (18 casos); Estádio I (81 casos); Estádio II (125 casos); Estádio III (104 casos); Estádio IV (24 casos); Não estadiável (14 casos) e sem informação (38 casos) (HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI, c2010).

### **4.3 Local para coleta dos dados**

Após o primeiro contato e realização do convite às participantes no COC, foi agendada a visita à residência das mulheres selecionadas para o estudo. Destacamos que entre as características da abordagem qualitativa, o espaço para observações ou entrevistas com as participantes ocorreu em seu próprio ambiente natural, sem comando das variáveis da pesquisa (TURATO, 2005).

#### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram critérios de inclusão: mulheres com diagnóstico de câncer de mama; maiores de 18 anos; em tratamento ambulatorial para o câncer de mama no COC; usuárias do SUS; residentes em Foz do Iguaçu.

Os critérios de exclusão foram: mulheres com diagnóstico de problemas de saúde mental, registrados em prontuário.

#### **4.5 Participantes do estudo**

A escolha das 13 mulheres partícipes foi aleatória, e a distribuição das visitas domiciliárias entre os meses do ano foi a seguinte: março (02), abril (06) maio (03) e junho (02).

As mulheres selecionadas residiam nos seguintes bairros de Foz do Iguaçu: Jardim Cataratas, Jardim América, Carimã, Porto Meira, Jardim Santa Rosa, Vila Iolanda, Campus do Iguaçu, Portal da Foz e Morumbi II.

#### **4.6 Período para coleta de dados**

O período de coleta de dados aconteceu entre os meses de março a junho de 2018.

#### **4.7 Fonte de dados**

A fonte de dados foi a partir das entrevistas com as mulheres com câncer de mama envolvidas no estudo. Para a construção da fundamentação teórica utilizou-se artigos nacionais e internacionais de periódicos indexados, livros, textos representativos da área da saúde e bancos de teses e dissertações, para o período de 1978 a 2020 mediante os seguintes descritores: Saúde da Mulher; Câncer de Mama; Atenção Primária à Saúde; Atributos da Atenção Primária; Itinerário Terapêutico; Assistência Integral à Saúde da mulher.

#### **4.8 Instrumentos para coleta de dados**

O instrumento utilizado para coleta dos dados foi dividido em duas partes. A primeira, com a aplicação de um questionário estruturado, com o objetivo de caracterizar a história

sexual e reprodutiva, história familiar e condições socioeconômicas (APÊNDICE B). A segunda parte envolveu a entrevista com a mulher, com base em um roteiro norteador (APÊNDICE C).

#### **4.9 Técnica de coleta de dados**

A técnica de coleta de dados eleita para esta pesquisa foi a entrevista semiestruturada. De acordo com Minayo (2008), a entrevista é determinada como uma forma de coleta de dados narrados pelos entrevistados para aquisição de dados. As entrevistas podem ser estruturadas ou não estruturadas, ou seja, efetuada explicitamente, sem interferência do entrevistador e com perguntas elaboradas anteriormente pelo entrevistador, respectivamente. Nesta pesquisa, aplicou-se a entrevista semiestruturada, desenhada por englobar os dois tipos de entrevista.

Segundo Azevedo et al. (2017), para aquisição de conhecimento no âmbito dos estudos qualitativos, a entrevista tem sido amplamente utilizada como instrumento, devido à sua investigação dilatada dos significados concedidos aos fenômenos. Para Fontanella, Campos e Turato (2006), a entrevista qualitativa aponta uma junção para aquisição de mensagens verbais ou escritas, a fim de produzir novos conhecimentos referentes à existência humana. Pertinente à técnica de pesquisa, a aplicação correta de um instrumento de coleta de dados tem a incumbência de posicionar as duas pessoas frente a frente, com a finalidade de compreender a significação do sujeito de forma efetiva e simples, fato esse que aconteceu nesta coleta de dados.

Da mesma maneira, as entrevistas semiestruturadas funcionam como um guia para a interlocução, mesmo na existência de perguntas temas, auxiliando no direcionamento da conversação; contudo, o geral da entrevista não está predeterminado (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006). O pesquisador necessita usar essa técnica de coleta de dados direcionando-a de acordo com seus objetivos (DUARTE, 2002).

Assim, a coleta de dados através da entrevista semiestruturada foi gravada em áudio e transcrita para posterior análise. Segundo Azevedo et al. (2017), as transcrições possibilitam contemplar continuamente e minuciosamente o trajeto e o assunto da entrevista, além de partilhar, reaproveitar e reexaminar os informes com outras pessoas.

A entrevista semiestruturada foi uma estratégia que viabilizou a exteriorização dos problemas de saúde da mulher com câncer de mama em Foz do Iguaçu e da resolutividade dos serviços de saúde, na visão das usuárias.

#### 4.10 Coleta dos dados

As participantes foram selecionadas a partir do banco de dados diário do COC de Foz do Iguaçu, com o nome das mulheres com câncer de mama, que estavam presentes para realização de consulta, tratamento quimioterápico ou radioterápico.

A coleta dos dados foi organizada em duas etapas, sendo que a primeira sucedeu no COC, no momento em que as mulheres se encontravam em tratamento ambulatorial, com tempo de abordagem de vinte e cinco minutos. Esse local foi eleito considerando que as mulheres aí atendidas apresentavam maior estabilidade clínica e com o convívio familiar.

Nesta etapa, primeiramente as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e foram fornecidas todas as informações pertinentes, além de ser apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), do qual foi realizada uma leitura pausada, e posterior assinatura do termo por ambos (pesquisador e pesquisado), em duas vias. Uma via ficou em posse do entrevistado e outra em posse do entrevistador. Em seguida, foi iniciada a coleta de dados, propriamente dita, por meio da aplicação do questionário estruturado. Esse questionário também foi lido passo a passo para a entrevistada, e o entrevistador registrou as respostas dadas, na forma de *checklist*, e em seguida, foram conferidas pela participante, validando com a mesma cada questão realizada.

Para iniciar a segunda etapa da pesquisa, foi agendada uma visita domiciliar após sete dias deste primeiro contato. A partir deste momento foram feitas as ligações telefônicas para confirmação de data e horário, respeitando a disponibilidade das participantes.

As dificuldades no decorrer dessa etapa foram a não aceitação por parte de algumas mulheres em participar da pesquisa; havia ainda algumas que não preenchiam os critérios de inclusão por serem moradoras em municípios vizinhos; isso fez com que a pesquisadora tivesse de comparecer várias vezes ao COC para conseguir o número de participantes necessário para o estudo. Nessa etapa houve uma excelente receptividade, interesse e empatia pelos profissionais do COC em colaborarem com o desenvolvimento desta pesquisa.

Com o agendamento, o pesquisador deslocou-se para o domicílio familiar, iniciando-se assim a segunda etapa. Primeiramente, a participante recebia novamente orientações sobre a entrevista e em seguida solicitava-se autorização para realizar a gravação em áudio. A entrevista foi impulsionada através da seguinte questão norteadora: " Conte-me como foi o caminho percorrido desde a descoberta do câncer de mama até o início do tratamento". Todas as participantes permitiram a gravação. Quando a entrevistada não explicava o conteúdo que

possibilitasse a elucidação dos objetivos alvitrados, o pesquisador utilizava o roteiro de entrevista supracitado.

Para a validação das entrevistas requisitou-se das participantes que ouvissem a gravação após seu término; entretanto, todas alegaram não precisar ouvir. As entrevistas tiveram um tempo aproximado de quarenta minutos.

Salienta-se que, expressões não verbais, explicações pertinentes às falas e os recortes das entrevistas que se apartavam da temática foram mostrados na entrevista entre colchetes, por exemplo, [...].

Para a coleta de dados foi necessária a utilização de um diário de campo pelo pesquisador, o qual possibilitou o registro de observações relacionadas ao local de pesquisa, bem como a eventos que ocorreram durante as entrevistas.

Na segunda etapa não houve dificuldades para a coleta de dados, a não ser a emoção sentida e vista em ouvir as histórias narradas através das entrevistas. Vale destacar que todas as integrantes deste estudo foram extremamente colaborativas, empáticas e algumas não mediram esforços para compartilhar e participar com envolvimento nesse estudo.

Em relação à suspensão de inclusão de novos sujeitos, por tratar-se de pesquisa qualitativa, a somatória das entrevistas não apresenta relevância para a proposta metodológica deste projeto. Quando os dados obtidos passaram a gerar constructo, possibilitando agrupar subsídios para a compreensão dos temas estudados e, a transpor respostas aos questionamentos iniciais, foi encerrada a trajetória de coleta de dados (MINAYO, 2013). Enfatiza-se que a suspensão das entrevistas só foi possível devido à realização de um processo contínuo de análise, logo após o término de cada entrevista.

#### **4.11 Análise dos dados**

A análise qualitativa foi realizada a partir dos dados que emergiram das entrevistas com as mulheres com câncer de mama, em que foram exploradas as implicações para a atenção à saúde da mulher com base nos atributos da APS e no itinerário terapêutico. Baseou-se nos princípios de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual indica que se faça a organização dos dados englobando o conjunto do material coletado por meio das entrevistas. De acordo com a referida autora, a análise de conteúdo é definida como uma técnica de análise das comunicações, a qual analisa o que foi relatado nas entrevistas, norteadas pelo referencial teórico metodológico selecionado para a contextualização do estudo. Este tipo de análise abrange três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e a interpretação

Dessa maneira, para este estudo, primeiramente realizou-se a transcrição das entrevistas gravadas em áudio, para em seguida, por meio de leituras flutuantes proceder a uma primeira organização das narrativas das participantes em determinada ordem, obtendo uma classificação representando a fase de pré-análise. Esse primeiro passo possibilitou a construção de uma representação horizontal do material, cujos dados ficaram norteados pelos caminhos percorridos pelas mulheres na busca da cura e pela presença dos atributos da APS nas ações de diagnóstico e tratamento do câncer de mama. A segunda fase de análise, que diz respeito à exploração dos dados, está representada na figura 1, a qual demonstra um fragmento do mapa horizontal em análise do atributo coordenação.

**Figura 1** - Mapa horizontal da classificação dos resultados (exploração dos dados)

Atributo	Categoria	Relatos das Participantes
Coordenação	Gestão	<i>Mas eu acho que o SUS é o melhor sistema de saúde, o problema são as coordenações, mas o sistema é ótimo, é avançadíssimo (MP2).</i>
		<i>No geral o SUS é bom, eu coloco como bom, não coloco como perfeito, coloco como bom assim, só que eu acredito que são algumas pessoas que acabam estragando a imagem do hospital [do serviço] em si, é uma ou outra pessoa, não é a maioria (MP6).</i>
		<i>Ela [a médica da UBS] falou para mim: 'Eu não sei, tem coisas que os pacientes sabem mais do que a gente, que deveria saber para poder passar para a oncologia para esses lugares' (MP7).</i>
		<i>[...] eu sempre digo que nós sempre temos que agradecer a Deus que a gente tem o SUS, a gente consegue todo esse tratamento, [...] a maioria das pessoas, eu acho que 60%, que se teria que pagar um tratamento como de câncer e coisas assim, eu acho que a pessoa não teria condições, a pessoa morria e não conseguia nada (MP7).</i>
		<i>[...]é uma doença que evolui muito rápido e doença não espera né, e você tem que ficar dependendo de um e de outro de liberação disto, esperar o sistema te ligar, que a secretaria vai te ligar ainda para marcar consulta ainda [...](MP11)</i>

Fonte: Dados do pesquisador. Foz do Iguaçu, PR, 2018.

Para atender essa fase, efetuaram-se leituras repetidas e aprofundadas do material, fazendo uma associação interrogativa para apreenderem-se os alicerces de relevância à luz do referencial teórico, assim como os objetivos propostos. Esse processo permitiu compor a segunda classificação, através da leitura transversal, e a partir desses alicerces foi realizada uma síntese de classificação, reagrupando os conteúdos de maior pertinência, construindo-se as categorias de análise.

Findando a análise de conteúdo, em propriedade de todo esse material foi possível elaborar as inferências e interpretações que contemplaram as dimensões teóricas finais da pesquisa, conforme orienta Bardin (2011). Assim, foram traçadas sete categorias de análise, que serão apresentadas no item “Resultados e discussão”, na descrição do IT das mulheres com câncer de mama em município de fronteira.

#### **4.12 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (CAAE: 79836517.0.0000.5393) (ANEXO A), e todas as participantes assinaram o TCLE.

Para garantir o anonimato às participantes das entrevistas, buscou-se identificá-las apenas pela letra “MP”, que significa “mulher participante”, e com o número sequencial da entrevista, por exemplo: MP1 (Mulher Participante 1), MP2 (Mulher Participante 2), e assim sucessivamente.

## *5 Resultados e Discussão*

---

## 5.1 Caracterizando as participantes do estudo

Os dados oriundos da caracterização sociodemográfica das mulheres com câncer de mama foram descritivos.

A caracterização das mulheres participantes deste estudo favorece a visualização de suas peculiaridades e inclui o entendimento do contexto sexual, reprodutivo e familiar, bem como as características da doença pela qual elas foram acometidas. Além disso, as vertentes do perfil sociodemográfico são imprescindíveis no processo de planejamento e elaboração de políticas voltadas para o atendimento das demandas sociais. Tal percepção vai ao encontro do referencial metodológico sugerido para este estudo, o paradigma da complexidade. Destarte, esta caracterização contribuiu para realizar um movimento de ir e vir entre as partes e o todo e entre as contradições e fenômenos complexos, propostos nesse referencial para a construção do estudo.

As participantes apresentavam idade média de 49,92 anos. Em relação à raça/cor, religião e escolaridade, 53,85% eram brancas, católicas e cursaram ensino médio completo. Quanto à situação conjugal, a maioria (96,23%) era casada ou vivia em união estável. A maior parte delas também possuía casa própria (76,9%) e trabalho remunerado (92,28%), com renda média familiar de R\$ 2061,52; não recebia auxílio do governo (76,9%) e utilizava somente o Sistema Público de Saúde (92,28%).

Os dados de caracterização do histórico obstétrico evidenciam que a média do número de gestações e número de filhos era de 17,92 e 1,62, respectivamente. A maioria (84,62%) não teve nenhum tipo de aborto. Sobre a amamentação, 61,54% das mulheres amamentaram seus filhos, sendo 30,77% delas por um período de doze meses. O método contraceptivo oral (69,23%) foi o mais usado, com uma média de uso de 11,1 anos.

A caracterização das mulheres, segundo antecedentes da doença aponta que 30,77% delas tinha histórico familiar de câncer de mama, com destaque para a parentela materna, e nenhuma apresentava histórico familiar de câncer de ovário. Com relação ao tempo decorrido de suspeição da doença e o tempo do diagnóstico até o início do tratamento, ressaltamos o período de um mês (23,08%), para ambos. Quanto ao tempo do diagnóstico, o tempo mínimo foi de seis meses e o tempo máximo de 13 anos.

A seguir, apresentamos a descrição detalhada de cada uma das participantes:

MP 1: 68 anos de idade, brasileira, branca, agnóstica, sem companheiro. Residia em casa própria, de quatro cômodos; tinha 18 anos de escolaridade, profissão remunerada, renda

mensal de R\$ 4.000,00 e não recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 14 anos de idade, a primeira relação sexual aos 22 anos; era múltipara, com quatro abortos anteriores (um espontâneo e três provocados); tinha três filhos vivos e não os amamentou. Utilizava método anticoncepcional oral, há aproximadamente 10 anos e não tinha histórico familiar de câncer de mama ou ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há 10 anos; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de um mês e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de cinco anos.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher otimista, determinada; morava com um filho dependente químico e soro positivo para o HIV (vírus da imunodeficiência humana), o qual dependia financeiramente dela. Surpreendeu-me, ao relatar de forma espontânea e tranquila, que teve três abortos provocados. Recebeu-me de maneira cordial em sua casa e até me presenteou com acerola.

MP 2: 53 anos de idade, brasileira, negra, evangélica, com companheiro. Residia em casa própria, de oito cômodos; tinha 15 anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 7.000,00 e não recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 12 anos de idade, a primeira relação sexual aos 26 anos; era primípara, negava abortos; tinha um filho vivo, o qual amamentou durante seis meses. Utiliza método anticoncepcional injetável, há aproximadamente 10 anos; tinha histórico familiar de câncer de mama antes dos cinquenta anos de idade (tia materna), porém não tinha histórico familiar de câncer de ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há um mês; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 15 dias e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de seis anos.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher sensível; falava mansamente; muito colaborativa e educada. Emocionou-se diversas vezes durante a entrevista. Residia em uma casa com ótimo padrão, muito limpa e organizada. Fui muito bem recebida por ela.

MP 3: 56 anos de idade, brasileira, parda, evangélica, com companheiro. Residia em casa própria, de cinco cômodos; tinha quatro anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 1.000,00 e não recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 13 anos de idade, a primeira relação sexual aos 16 anos; era múltipara, negava abortos; tinha três filhos vivos e os amamentou durante 12 meses, cada um. Utilizava método anticoncepcional oral e injetável, há aproximadamente dez anos e não tinha

histórico familiar de câncer de mama ou ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há oito meses; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de um dia e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de quatro anos.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher calma; falava em tom baixo e vagarosamente, porém, verbalizava muito. No dia da entrevista estava com lombalgia, mas mesmo assim quis participar e contribuiu bastante. A entrevista ocorreu no quarto com ela sentada e apoiada na cama. O esposo fez e nos serviu um saboroso café.

MP 4: 50 anos de idade, brasileira, branca, evangélica, com companheiro. Residia em casa própria, média de cinco cômodos, tinha 16 anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 3.000,00 e não recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 13 anos de idade, a primeira relação sexual aos 17 anos; era múltipara, negava abortos, tinha quatro filhos vivos, o qual amamentou durante oito meses. Utilizava método anticoncepcional oral, há pelo menos 14 anos; tinha histórico familiar de câncer de mama antes dos cinquenta anos de idade (duas tias maternas e a mãe que faleceu com 45 anos devido a neoplasia maligna da mama), porém não tinha histórico familiar de câncer de ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há cinco meses, o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de dois meses e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de dois anos.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher observadora, esclarecida, fala sem restrição. Tem uma história de vida triste, pois perdeu a mãe devido a um câncer de mama, na época ela tinha 08 meses e sua mãe 45 anos, foi criada por parentes. Demonstrou muito ressentimento quanto a sua família, pois segundo a mesma, não recebeu apoio, perante a doença que enfrentou. Emocionou-se durante a entrevista, não por si mesma, mas pelo serviço prestado pelos colaboradores da UBS do seu bairro.

MP 5: 44 anos de idade, paraguaia, branca, católica, sem companheiro. Residia em casa própria, pequena de quatro cômodos, tinha 12 anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 1.800,00 e recebe auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 14 anos de idade, a primeira relação sexual aos 18 anos; era nulípara, negava abortos. Utilizava método anticoncepcional injetável, há pelo menos 15 anos; não tinha histórico familiar de câncer de mama ou ovário. A suspeita do

tumor de mama surgiu há um mês; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de um mês e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de sete anos.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher educada, muito colaborativa; é paraguaia, porém residia no Brasil, na casa da irmã. Estava muito preocupada, pois aguardava resultado da biópsia de um nódulo na tireoide. Além disso estava com nódulo no pulmão e na coluna vertebral. Ressentida por não ter tido filhos e não ter constituído uma família. Triste pelo seu país não oferecer serviços de saúde a contento. Entretanto, mostrava-se feliz por ter sido muito bem acolhida e atendida no Brasil. A irmã se fez presente durante a entrevista e ambas me receberam com muita alegria e gratidão por poderem contribuir com a pesquisa.

MP 6: 34 anos de idade, brasileira, parda, espírita, sem companheiro. Residia em casa alugada, pequena de três cômodos, tinha 14 anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 500,00 e não recebe auxílio do governo (recebe doações de amigos e ajuda dos pais adotivos). Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 15 anos de idade, a primeira relação sexual aos 20 anos; era nulípara, negava abortos. Utilizava método anticoncepcional oral, há pelo menos sete anos; não tinha histórico familiar de câncer de mama ou ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há 15 dias; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de três anos e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de quatro anos.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher jovem, bonita; expressava-se muito bem; morava sozinha em uma pequena casa. No mesmo terreno residiam três famílias. O pai adotivo paga o aluguel, água e luz. A família biológica habita em outra cidade; não possuem condições financeiras para ajudá-la. Nunca conheceu o pai biológico e sobrevivia contando com doações de amigos. Trabalhava como vendedora no Paraguai sem registro em carteira de trabalho; devido a isso não conseguiu nenhum auxílio no Brasil. Na entrevista estava otimista, pois o médico lhe deu esperança de vida. Disse que 15% do seu fígado começou a “responder”. Devido à demora no início do tratamento, mais ou menos três anos (por escolha própria), estava com metástase óssea e hepática. Desolada, pois era independente financeiramente e hoje depende totalmente de amigos e do pai adotivo.

MP 7: 59 anos de idade, brasileira, branca, católica, com companheiro. Residia em casa alugada, pequena de dois cômodos, tinha 03 anos de escolaridade, profissão não

remunerada, renda mensal de R\$ 300,00 e não recebia auxílio do governo (recebe ajuda de familiares). Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 12 anos de idade, a primeira relação sexual aos 17 anos; era primípara, com dois abortos espontâneos anteriores, tinha um filho vivo, o qual amamentou durante 12 meses. Utilizava método anticoncepcional oral, há pelo menos 20 anos; tinha histórico familiar de câncer de mama antes dos cinquenta anos de idade (irmã), porém não tinha histórico familiar de câncer de ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há 15 dias; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 21 dias e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de 13 anos.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher diletta, expressa-se bem, otimista; mora com seu esposo em uma pequena casa de dois cômodos, porém muito limpa e organizada. Ela com 59 anos e o esposo com mais de 60 anos, não recebem nenhum auxílio do governo e não são aposentados. Recebem ajuda da filha que mora no Paraguai, porém não pode ajudar muito. Faz bolo e bolachas para vender, e o esposo faz limpeza de lotes urbanos. Apesar da dificuldade financeira e da doença, o casal apresentava muita alegria pela vida e relatava gratidão a Deus. Fui presenteada com bolachas caseiras.

MP 8: 40 anos de idade, brasileira, branca, católica, com companheiro. Residia em casa própria, grande de sete cômodos, tinha quatro anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 1.200,00 e recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde, e também o Plano SAF (Plano de assistência familiar); teve sua menarca aos 12 anos de idade, a primeira relação sexual aos 14 anos; era múltipara, negava abortos, tinha dois filhos vivos, o qual amamentou durante doze meses. Utilizava método anticoncepcional oral, há pelo menos nove anos e não tinha histórico familiar de câncer de mama ou ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há cinco meses; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de um mês e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de seis meses.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher calma, tímida; falava pouco. Residia em uma casa próxima à periferia da cidade, porém limpa e arrumada com capricho. A entrevista foi rápida; contudo, deixou uma lição de nunca desistir perante nada nesta vida. A frase que me surpreendeu: “Eu tenho câncer, não é o câncer que me tem. Por isso vou e estou vencendo”.

MP 9: 48 anos de idade, brasileira, parda, católica, com companheiro. Residia em casa própria, grande de seis cômodos, tinha 11 anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 1.500,00 e não recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 14 anos de idade, a primeira relação sexual aos 14 anos; era múltipara, negava abortos, tinha quatro filhos vivos, o qual amamentou durante 12 meses. Utilizava método anticoncepcional oral, há pelo menos 25 anos e não tinha histórico familiar de câncer de mama ou ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há dois meses; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de um mês e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de um ano.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher muito risonha, alegre, otimista; relatou que sai todos os finais de semana com seu esposo e “aproveita a vida” e adora ir a bailes. Relatou que mesmo no pós-operatório e com dreno de sucção, saiu e se divertiu muito.

MP 10: 64 anos de idade, brasileira, parda, evangélica, com companheiro. Residia em casa própria, grande de sete cômodos, tinha cinco anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 2.000,00 e recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 12 anos de idade, a primeira relação sexual aos 17 anos; era nulípara, negava abortos. Utilizava método anticoncepcional oral, há pelo menos cinco anos e não tinha histórico familiar de câncer de mama ou ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há nove meses; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de um mês e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de oito meses.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher calma, evangélica, muito temente e confiante em Deus. Relatou orar todos os dias; narrou ter uma sobrinha como filha adotiva, e que mora em outro país. Aborrecida por ter feito mastectomia e não ter tido apoio esperado da família. Emocionou-se várias vezes ao falar da doença e da aceitação da mesma como um propósito de Deus na sua vida. Lamentou muito a perda dos pedidos de exames pelos colaboradores da UBS do seu bairro, o que dificultou o diagnóstico.

MP 11: 33 anos de idade, brasileira, branca, católica, com companheiro. Residia em casa própria, média de cinco cômodos, tinha 13 anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 2.500,00 e não recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 12 anos de idade, a primeira relação sexual aos 15 anos; era

multípara, negava abortos, tinha dois filhos vivos (sendo um gerado durante o tratamento do câncer de mama), amamentou durante dois anos somente o primeiro filho. Utilizava método anticoncepcional oral, há pelo menos seis anos e não tinha histórico familiar de câncer de mama ou ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há três meses; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de um mês e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de oito meses.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher alegre, colaborativa e que se expressava muito bem. Enfrentou uma gravidez durante o tratamento da doença, bem como um grande conflito na família referente à perda do filho intra-útero; contudo, isso fortaleceu os laços entre ela e o esposo. Referiu que por várias vezes, sentiu-se mal quando estava na sala de espera do COC, por estar grávida, “careca” e “verde”, e todos comentavam sobre o seu estado. Apesar de tudo, não se deixou abater e seguia confiante com muito aprendizado de vida. A frase que repetiu inúmeras vezes: “Se hoje você não está bem, calma, amanhã será outro dia, vai melhorar, tudo passa”.

MP 12: 52 anos de idade, brasileira, parda, católica, com companheiro. Residia em casa alugada, pequena de três cômodos, tinha oito anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 1.000,00 e não recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 18 anos de idade, a primeira relação sexual aos 19 anos; era primípara, negava abortos, tinha um filho vivo, o qual amamentou durante seis meses. Utilizava método anticoncepcional oral, há pelo menos quatro anos e não tinha histórico familiar de câncer de mama ou ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há seis meses; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de dois meses e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de seis meses.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher muito tímida, retraída; falava em baixo tom de voz, sempre olhando para as paredes, não me olhava. Somente respondeu o que foi perguntado; não deu abertura para muito diálogo. Residia em uma casa humilde, contudo organizada.

MP 13: 48 anos de idade, brasileira, branca, católica, sem companheiro. Residia em casa própria, pequena de quatro cômodos, tem oito anos de escolaridade, profissão remunerada, renda mensal de R\$ 1.000,00 e não recebia auxílio do governo. Utilizava o serviço público de saúde; teve sua menarca aos 14 anos de idade, a primeira relação sexual aos 18 anos; era nulípara, negava abortos. Não utilizava método anticoncepcional, tinha

histórico familiar de câncer de mama antes dos cinquenta anos de idade (tia, materna), porém não tinha histórico familiar de câncer de ovário. A suspeita do tumor de mama surgiu há um mês; o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de dois meses e o diagnóstico da doença aconteceu há cerca de seis anos.

Observações registradas no Diário de Campo durante a visita domiciliária:

Mulher determinada, falava bastante e com segurança. Não se lamentou por estar doente, como disse: “Levo tudo na esportiva”. Emocionou-se ao falar da perda da mãe que era tudo para ela.

## 5.2 Itinerário Terapêutico das mulheres com câncer de mama em município de fronteira

Aqui apresentamos o Itinerário Terapêutico (IT), ou seja, os caminhos percorridos pelas mulheres para obter o diagnóstico e realizar os tratamentos para o câncer de mama em região de fronteira, bem como para alcançar resolutividade em sua busca. O itinerário é mostrado a partir da compreensão dos atributos essenciais e complementares da APS e da extensão desses.

Baseado em uma concepção socioantropológica, o IT retrata o caminho realizado na busca para solucionar problemas de doença ou preservação da saúde, através de um determinado percurso, que pode ser construído por trajetórias diversas, e é definido pelas ações, planos e estratégias, objetivando o tratamento das aflições. O IT não se limita apenas à disponibilidade ou utilização dos serviços de saúde, mas também engloba o entendimento do processo sociocultural envolvido na seleção do tratamento (KLEINMAN, 1978; LIMA; BAPTISTA; VARGAS, 2017).

Nesse sentido, a análise qualitativa dos dados evidenciou os aspectos relacionados às dificuldades e potencialidades encontradas nesse percurso, com destaque para a descrição de como se deu o acesso para iniciar essa busca; procurou esclarecer ainda, se o vínculo com os serviços de saúde foi fortalecido e se os serviços buscaram contemplar a integralidade da assistência por meio de ações coordenadas, em consonância com os contextos familiares, culturais e comunitários; buscou mostrar as expectativas dos serviços de saúde para melhorar a assistência na região de fronteira.

A análise dos resultados é expressa pelas seguintes categorias: *Traçando o itinerário terapêutico - da descoberta do nódulo ao início do tratamento, O acesso em serviços de atenção primária em busca de atendimento para o câncer de mama: facilidades e dificuldades, (Des)construindo a longitudinalidade na atenção à mulher com câncer de*

*mama, A integralidade na atenção à saúde da mulher com câncer de mama, A coordenação na atenção primária à saúde: perspectivas no cuidado à mulher com câncer de mama, O cuidado à mulher com câncer de mama no contexto familiar e comunitário, e Construindo serviços de saúde para a atenção ao câncer de mama: perspectivas da usuária.*

## **5.2.1 Traçando o itinerário terapêutico - da descoberta do nódulo ao início do tratamento**

### **5.2.1.1 Percebendo o primeiro sinal da doença**

Os caminhos percorridos pelas mulheres com câncer de mama começaram a ser traçados a partir da percepção do primeiro sinal da doença. Algumas detectaram algo modificado em seus corpos; isto ocorreu por acaso, de forma inesperada por meio da palpação, que gerou suspeição de algum problema de saúde.

*“Eu descobri sozinha, eu fui tomar banho, e sabe quando você vai tomar banho e para a mão e aperta ali o dedo, foi isso que aconteceu [...]” (MP1)*

*“[...] fui tomar banho, quando eu tirei o meu sutiã e a minha roupa, eu olhei assim e parece que eu enxerguei um caroço assim, de olhar” (MP3).*

*“[...]eu descobri apalpando. Eu apalpei assim, daí senti o caroço na mama” (MP12).*

*“Eu estava deitada assim de barriga para cima. Eu costumo colocar a mão assim [demonstra como], coloquei assim e vi o caroço assim, [...]” (MP13).*

*“[...] do nada apareceu o nódulo. [...]” (MP11).*

*“Eu descobri quando eu quis colocar silicone, que eu senti uma bolinha no seio direito [...] foi assim que eu descobri. Eu mesma palpei e senti que tinha uma bolinha diferente assim no seio” (MP6).*

A recomendação do MS é contra o ensino do AEM como método de rastreamento do câncer de mama, devido à sua baixa sensibilidade e especificidade, o que ocasiona um

percentual alto de exames falso-negativos. Já a prática eventual da autopalpação, aliada à observação como forma de conhecimento do próprio corpo, dos aspectos normais da mama e dos sinais de alerta, dentre eles a presença de nódulos, contribuirá para a identificação precoce referente ao surgimento de sinais e sintomas inquietantes do câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

A autopalpação deve ser realizada sempre que a mulher se sentir confortável, seja no banho ou em outra circunstância do dia a dia, sem a orientação de técnica sistemática, visto que ela é a maior conhecedora do seu corpo e, ao se tocar, facilmente perceberá ou sentirá algo modificado, pois 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres (SANTANA, 2015), como ocorreu com a maioria das participantes desse estudo.

Algumas mulheres, no entanto, não perceberam alterações em seus corpos e a descoberta do nódulo se deu somente pelo resultado dos exames de rastreamento, o que lhes causou grande preocupação e também associação com a doença.

*“Eu descobri porque eu fui fazer a mamografia [...] , quando [...] eu peguei a mamografia que eu olhei assim, eu já suspeitei. Porque eu li sabe, [...] e falava que tinha um nódulo, se não me engano de cinco centímetros. Daí eu falei assim: ‘Isso não é bom’” (MP10).*

*“Eu fui fazer um check-up, [...] aí o doutor falou para fazer uma ecografia de mama para ver como está; eu não sentia nada. Eu fui fazer a ecografia e já saiu um nódulo de 4 cm.” (MP5).*

A detecção precoce do câncer de mama é realizada por meio de duas estratégias constituídas pelo diagnóstico precoce e pelo rastreamento, conceituados respectivamente como identificação o mais precocemente possível do câncer de mama, em populações sintomáticas, e identificação do câncer de mama em populações assintomáticas. Nesse sentido, a mamografia é indicada como método de rastreamento para esse tipo de câncer, para mulheres entre 50 e 69 anos de idade, bianualmente, devido à sua utilidade para identificação de tumores assintomáticos e impalpáveis (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015). Vale lembrar que, os órgãos como o CFM, a FEBRASGO e a SBM defendem a indicação da mamografia a partir dos 40 anos de idade, como já colocado.

A mamografia é o exame radiológico mais fidedigno para avaliar as mamas e detectar qualquer alteração, mesmo antes de ser notada, seja ela lesão benigna ou câncer, pois identifica tumores com menos de um centímetro e imperceptível ao toque, fase da doença com excelentes chances de cura. Contudo, existe uma pequena taxa de casos em que os sinais precoces podem ser escusos por tecidos mamários inusitadamente densos. Dessa forma, faz-se necessária a realização de mamografia digital ou ultrassonografia em mulheres com mamas muito firmes ou volumosas, que podem ocultar nódulos iniciais (AZEVEDO; GERÓTICA; SANCHES, 2016).

Juntamente com a mamografia, a ultrassonografia é o mais respeitado método de imagem na investigação diagnóstica de alterações suspeitas das mamas, com dois benefícios sobre a mamografia no que diz respeito à investigação diagnóstica do câncer de mama: não utiliza radiação ionizante e sua acuidade não depende da densidade mamária (HOUSSAMI; LORD; CIATTO, 2009).

A aplicação da ultrassonografia mamária na diferenciação entre cistos e tumores sólidos da mama e na avaliação de nódulos palpáveis em mulheres jovens é exemplo de indicação reconhecida e bem estabelecida na prática clínica para o uso desse exame (ELMORE; KRAMER, 2014). Assim como a mamografia, a ultrassonografia é usada ainda como método de imagem para guiar biópsia mamária.

Apesar disso, o MS recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia, uma vez que os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

O rastreamento mamográfico caracteriza-se, portanto, como o método mais utilizado para a descoberta de nódulos, e assim o MS estabeleceu as recomendações de acordo com a faixa etária e periodicidade, a fim de garantir maiores benefícios e diminuir os malefícios associados a essa prática (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Desta forma, algumas participantes desse estudo descobriram seus nódulos mamários por meio desses dois exames, o que foi importante para prosseguirem com a investigação. Nesse sentido, é essencial que as UBS ofereçam e propiciem a realização dos exames de rastreamento e controle, de acordo com as recomendações do MS, seja através do rastreamento oportunístico ou rastreamento organizado.

De forma geral, o primeiro acontece quando beneficia-se de uma circunstância em que a pessoa busca um serviço de saúde por outros motivos, sendo sugerido o rastreio de uma

doença ou fator de risco. Esse tipo de rastreamento é o mais comumente utilizado em todos os serviços de saúde, porém com a desvantagem de ser menos eficiente no que diz respeito à repercussão na morbidade e mortalidade imputadas à situação rastreada, além de ser o mais oneroso. Já o segundo ocorre através de programas organizados, ou seja, processo sistematizado, cujo objetivo é garantir que todas as pessoas incluídas no programa tenham continuidade do seguimento para o diagnóstico e tratamento em todos os níveis da atenção à saúde. Além disso, oferece mais controle das ações e informações, podendo ser avaliado e ajustado em todas as suas fases (BRASIL, 2010).

### 5.2.2.2 Buscando o aconselhamento familiar diante da nova situação

De acordo com Kleinman (1978), para que haja a busca de ajuda terapêutica é essencial a aceitação da existência de um problema e sua identificação como um problema de saúde. Nesse estudo, o principal sinal, “problema” que moveu as participantes a procurar ajuda terapêutica foi a percepção do nódulo mamário de forma repentina, pela palpação, ou mesmo através de exames de rastreamento; assim, ao perceber a presença de algo errado na mama, muitas mulheres se sentiram despreparadas, dessa forma o apoio familiar se mostrou importante, no sentido de encorajá-las a buscar ajuda profissional e conseqüentemente a definição do diagnóstico.

*“Daí ele [o marido] falou: ‘Vida, para desengano de consciência, vai’” (MP1).*

*“Minha filha sabia que eu tinha esse caroço já e falou: ‘Mãe vamos ver esse troço aí’. Só por isso eu fui” (MP2).*

*“A minha filha esteve internada no hospital em Cidade de Leste [no Paraguai], daí ela falou: ‘Mãe aproveita e já faz a mamografia aqui’. Eu fui e fiz a mamografia” (MP7).*

### 5.2.2.3 Recorrendo aos serviços de saúde da ABS

Essa descoberta perturbadora do primeiro sinal emergiu dúvidas, preocupações e até mesmo desespero, tanto sobre o que estava sendo palpado, como com o que visualizaram com o exame de rastreamento em mãos. Assim, as mulheres compreenderam a necessidade de

buscar atendimento profissional, e tinham como alternativa, especialmente os serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) próximos às suas casas.

*“Ao perceber, eu tomei banho, me arrumei e fui no posto” (MP3).*

*“Eu fui parar no postinho” (MP12).*

*“[...] eu coloquei a mão assim e estava com um caroço. Peguei levantei e fui no posto de saúde [...]” (MP13).*

*“[...] daí quando foi em fevereiro que eu peguei a mamografia que eu olhei assim, eu já suspeitei [...] Daí eu falei assim: ‘Isso não é bom’ [...] mas daí eu fui no ginecologista, Dr. M ali do postinho [...]” (MP10)*

*“[...] eu olhei assim e parece que eu enxerguei um caroço assim, de olhar[...]. Eu passei a mão assim, fiquei desesperada [...]” (MP3)*

*“Eu fui no posto fazer o preventivo [...]. Eu falei que tinha um carocinho na mama, daí ela [a Enfermeira] falou que iria me encaminhar para o especialista lá no municipal [centro de especialidades médicas]. Ela me deu o encaminhamento, eu fui lá, fiz os exames lá, daí ele [o médico] me encaminhou para o hospital [Centro de Oncologia]” (MP8).*

*“No posto[...] fiz minha mamografia. [...] Daí ela [a Enfermeira] abriu e disse: ‘Realmente já acusou alguma coisa dona E., então já vamos passar para o médico [...] no outro dia eu já fui [no Centro de Oncologia]” (MP9).*

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), determinou a ABS como ‘porta de entrada’ do sistema e ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde da rede, ou seja, primeiro contato preferencial do sistema e centro de comunicação das RAS, tendo como um dos objetivos principais, através de um conjunto de ações em saúde, o desenvolvimento de uma atenção integral que melhore a situação de saúde das pessoas.

De acordo com a OMS, é a ABS que deve ser pensada como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, pela posição de centralidade que deve ter na constituição das redes de cuidado. Todavia, alguns estudos identificaram que a ABS não tem sido colocada como entrada preferencial no sistema de saúde, apresentando assim uma lacuna entre os modelos de atenção à saúde vigentes e as práticas sociais dos profissionais e usuários. Devido a isto, existe uma polêmica a respeito do fato de a ABS conseguir abarcar a ordenação das RAS e coordenação do cuidado. Compreende-se que a ABS deve ser a porta preferencial do sistema, mas não restrita, pois o sistema deve ser ordenado de acordo com as necessidades de saúde individual ou coletiva, e a ABS tem a função de identificar, organizar e transformar essas necessidades (MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014; CECILIO et al., 2012).

#### **5.2.2.4 Encontrando dificuldades de acesso aos serviços de saúde da ABS para confirmação do diagnóstico**

Diante da necessidade de buscar um diagnóstico, a maioria das mulheres teve a ABS como primeira escolha. No entanto, depararam-se com dificuldades para ter acesso aos serviços públicos de saúde, e algumas delas tiveram de recorrer aos serviços privados como opção de atendimento. Outras, por não terem condições financeiras para pagar pela utilização desses serviços, considerados muito caros, chegaram a ultrapassar as barreiras geográficas entre fronteiras, e buscaram atendimento em serviços de saúde do país vizinho ao Brasil, o Paraguai. Vale comentar que mesmo as que se dirigiram aos serviços privados ou atravessaram a fronteira, com exceção de uma, voltaram a adentrar no sistema público de saúde através da ABS, no Brasil.

Dessa forma, fica evidente no IT das mulheres, que doze delas utilizaram a ABS como acesso aos serviços de saúde, porta de entrada e primeiro contato com o sistema público de saúde. A ABS está mais próxima às famílias e à comunidade. Segundo Starfield (2002), ela deve coordenar os fluxos dos usuários entre os diferentes serviços de saúde, assegurar a equidade ao acesso e um eficiente aproveitamento das tecnologias e serviços do sistema, a fim de repontar as ânsias de saúde da população. Contudo, as dessemelhantes experiências de encontros ou desencontros das mulheres com câncer de mama com os serviços de saúde ocasionaram a construção dos itinerários para aquisição do acesso às redes de saúde, conforme suas distintas necessidades (CECILIO et al., 2012).

*“Eu fiz um ultrassom no Paraguai. Porque era mais barato, eu não fiz consulta aqui no Brasil [...] daí, fez lá [...]” (MP2).*

*“Eu fiz a primeira consulta lá no Paraguai, depois eu fiz tudo aqui [no Brasil]” (MP5).*

*“Eu fui em uma clínica particular, fui no médico para ver o que era [...]” (MP6).*

*“Eu fui na ginecologista particular por saber que pelo SUS iria demorar para conseguir marcar consulta ou coisa assim [...]” (MP11).*

Salientamos que, de forma geral, a busca das participantes por assistência profissional após a detecção do nódulo, foi imediata. Entretanto, entre as treze participantes, uma esperou o nódulo aumentar de tamanho, pois inicialmente não deu importância a essa ocorrência e acabou se esquecendo da presença do nódulo, só vindo a se lembrar quando ele já havia crescido bastante; outra esperou passar o período menstrual, pois considerou que pudesse se tratar de alguma alteração hormonal, e uma terceira aguardou dez anos para investigar a nodulação, pois não sentia nenhum incômodo. Essas esperas contribuíram para o adiamento do diagnóstico.

*“Um dia tomando banho, [...] passei a mão e senti um caroço, só que eu não liguei. Eu deixei, só que era bem pequenininho, sabe, bem coisinha mínima, continuei trabalhando e esqueci. Aí um dia eu tomando banho quando eu passei a mão, eu senti que estava uma bola [...] Daí pensei, nossa aquele carocinho aumentou muito, vou ter que procurar um médico. Fui no postinho, consultei [...]” (MP4)*

*“[...] acordei com o nódulo sentindo ele já, aí como era perto da minha menstruação eu esperei passar a menstruação, achei que era alguma coisa relacionado a isso, mas aí quando passou a menstruação, não sumiu. [...] Eu procurei a minha ginecologista, a princípio eu fui na ginecologista particular [...]” (MP11)*

*“Eu tinha um caroço na parede da mama direita, em cima do esterno, e ele não evoluía, não fazia nada, não crescia, estava lá quietinho [...] eu tinha esse caroço já há mais de 10 anos [...]” (MP2)*

Somente uma participante relatou que ao descobrir o nódulo contou primeiramente para o marido antes de procurar ajuda profissional; outras duas por estarem acompanhadas das filhas no momento que souberam do resultado dos exames de rastreamento, dividiram essa descoberta com elas. As demais seguiram aguardando o diagnóstico e não relataram ter compartilhado isso com a família. Somente após o diagnóstico, algumas mulheres revelaram sua doença para os familiares. Houve um caso em que a participante não contou para ninguém da família que tinha ficado doente, ocultando do marido e da filha, os quais souberam o que estava acontecendo somente no dia da cirurgia.

“[...] aí eu falei para o meu esposo: ‘olha eu senti um caroço aqui’[...]” (MP1)

“Meu marido ficou sabendo no dia que eu ia fazer a cirurgia [...], nem minha filha sabia [...]” (MP4)

#### 5.2.2.5 A busca pelo diagnóstico – Utilizando os subsistemas familiar e profissional

As pesquisas sobre IT iniciaram-se com base na expressão *illness behaviour* – traduzido como comportamento do enfermo, e presumia-se ser o IT uma prática que buscava pelo cuidado de modo racional, levando em conta o quesito custo benefício. *A posteriori* esta conceituação foi expandida, acrescentando-se a ela os preceitos culturais, apontados como um dos determinantes do IT, dado que intervêm na manifestação, afirmação e preservação do conhecimento na dinâmica da vida, da qual o processo de busca pela atenção à saúde faz parte (SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016).

As questões de saúde não acontecem de maneira separada dos demais aspectos da vida de um indivíduo e de uma sociedade, fazem parte do contexto sociocultural. Devido a isso, torna-se necessária a compreensão do percurso que as pessoas fazem em busca de cuidados para suas condições de saúde. Na antropologia da saúde, esse percurso é denominado de IT, o qual inclui uma sucessão de decisões e acordos entre indivíduos e grupos com diferentes interpretações sobre a doença e a escolha da terapia adequada (AMADIGI; GONÇALVES; FERTONANI, et al, 2009).

Nesse sentido, cabe comentar a reflexão socioantropológica de Artur Kleiman sobre o IT, baseada no modelo de Sistemas de Cuidado à Saúde, o qual contém três subsistemas. Kleiman (1978) relata sobre condutas para tratar o processo aflitivo, bem como conceitua os

“modelos explicativos”, a fim de estabelecer a relação entre a dimensão sociocultural e a conduta de cada indivíduo na construção de seu itinerário de cura.

Nesse modelo de Sistemas de Cuidado à Saúde, sugerido por Artur Kleinman, o IT é considerado como o agrupamento de planos, métodos e projetos direcionados para a intervenção dos desalentos, determinando a vinculação entre a extensão sociocultural e a procedência particularizada e individual. O Sistema de Cuidado à Saúde é reputado como um elo entre variados princípios peculiares à saúde, compreendendo a experiência dos sintomas, definições e práticas acerca da terapêutica, bem como análise dos desfechos. Os Sistemas de Cuidados à Saúde englobam três subsistemas, nesta ordem descritos: Familiar, Popular e Profissional (GERHARDT, 2006; MALISKA; PADILHA, 2007).

O subsistema familiar é atribuído ao conhecimento popular, que abrange o sujeito, sua parentela, amigos, vizinhos e suas redes sociais. É nesse subsistema que a prudência com a enfermidade é exercida, através de mudanças de atitudes e hábitos alimentares, medicamentos domésticos, sustentação afetiva e recursos religiosos. O subsistema popular diz respeito aos profissionais de cura não reconhecidos legalmente, que empregam artifícios como uso de ervas, terapêuticas engendradas e os rituais de cura. Já o subsistema profissional é onde se assenta a rede oficial de assistência à saúde legalmente reconhecida (KLEINMAN, 1978; KLEINMAN, 1980; MALISKA; PADILHA, 2007).

Com o propósito de êxito no entendimento da práxis empregada em cada subsistema e como as interações são organizadas, foi elaborado por Kleinman o conceito de “modelo explicativo”. Os modelos explicativos são utilizados com a concepção de disponibilizar explicações sobre a enfermidade e tratamento, objetivando a preparação da interpretação pessoal e social da experiência da doença, direcionando a escolha entre os tratamentos permissíveis. Dessa forma, cada opção terapêutica possui benefícios e malefícios e é determinada de acordo com acesso situacional e informações acolhidas de maneira individual ou coletiva de costumes predominantes (MALISKA; PADILHA, 2007; SILVA-JUNIOR; GONÇALVES; DEMÉTRIO, 2012).

Apesar de o IT definir o percurso realizado por indivíduos ou grupos na conservação ou recuperação da saúde, e configurar-se como um instrumento de investigação dos caminhos e escolhas experienciadas no processo terapêutico e a multiplicidade de caminhos percorridos, não existe um padrão único e pré-definido de busca terapêutica. O itinerário é um processo complexo, e não se limita à disponibilidade dos serviços de saúde, métodos de cura, tecnologias e recursos disponíveis, mas engloba o entendimento do processo sociocultural, psicológico e econômico envolvido na seleção do tratamento. Para compreender a saúde dos

indivíduos ou grupos e a maneira de enfrentamento das doenças, faz-se necessário investigar suas práticas (GERHARDT, 2006; ARAÚJO et al., 2014; LIMA; BAPTISTA; VARGAS, 2017).

Dessa forma, o IT é composto pelas escolhas realizadas por diversos indivíduos e grupos com suas próprias explicações e interpretações para cada doença e sobre qual tratamento seguir, incluindo as avaliações sobre os efeitos decorrentes de suas opções. O itinerário terapêutico é construído por caminhos diversos, não há uma regra que determine o que fazer e quando fazer (PINHO; PEREIRA, 2012; SILVA-JUNIOR; GONÇALVES; DEMÉTRIO, 2012).

Assim, é notório que as mulheres participantes não tiveram a mesma conduta após a descoberta do nódulo, pois a escolha do IT sempre foi influenciada pelo contexto sociocultural, uma vez que a compreensão da “experiência da doença” pode ser alterada com o passar do tempo e não ser vista simplesmente como um reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Cada indivíduo ou grupo social exteriorizará sua forma de pensar e agir de acordo com suas normas, valores e expectativas (MALISKA; PADILHA, 2007).

Neste estudo, para a definição do diagnóstico, as mulheres acionaram dois subsistemas de cuidado à saúde: Familiar e Profissional. O cuidado Familiar é evidenciado quando o aconselhamento da parentela é atendido e prezado mediante a percepção da nodulação, bem como no relato de uma delas para o cônjuge. No entanto, para a maioria das mulheres participantes, o cuidado profissional foi o subsistema preponderante e imediato, após a detecção do nódulo. Assim, os percursos foram mais aproximados do cuidado Profissional, enquanto outros transitaram em instâncias pautadas no conhecimento pessoal, religioso ou familiar.

Tal como o acesso aos serviços de saúde, o caminho percorrido para a elucidação do diagnóstico e início do tratamento foi acompanhado de inúmeros inconvenientes, principalmente no que se refere à obtenção dos exames e encaminhamento para especialista. Dessa forma, algumas mulheres custearam, mesmo com dificuldades, o valor desses exames. Outras chegaram até a atravessar a fronteira com o Paraguai, a fim de realizar os exames com um custo menor, e houve mulheres que se direcionaram aos serviços privados com o propósito de agilizar o atendimento.

Em um dos casos, a mulher demorou cerca de nove meses para obter o diagnóstico, pois neste percurso, o médico deixou de prestar atendimento por três meses devido a ter adoecido e não ter sido substituído. Posteriormente, ela foi encaminhada para outro médico

que solicitou novamente todos os exames. Após cinco meses, ao chegarem os resultados desses exames, o médico desligou-se do SUS, e a mulher foi direcionada a outro profissional.

Existiu também o caso da perda do pedido de exames de uma participante, pela recepção da UBS, que somente após quatro meses adquiriu outra solicitação, e mesmo assim teve de pagar para realizar o exame. Outra dificuldade enfrentada foi o encaminhamento para o serviço de referência à oncologia, visto que algumas participantes tiveram que insistir e “brigar” com os profissionais de saúde das UBS para conseguir tal destinação. Todas essas dificuldades colaboraram para prolongar o tempo da identificação da doença, assim como do início do tratamento.

Esse retardo na investigação das lesões mamárias suspeitas de câncer de mama acarreta um diagnóstico tardio, bem como a delonga no tempo para realização dos exames diagnósticos e início do tratamento, podendo impactar negativamente na cura e/ou no tempo de sobrevida; ademais, a terapêutica efetuada tardiamente pode comprometer a qualidade de vida, pois empreende intervenções mais agressivas, tratamentos variados e consequentemente mais sequelas (PAIVA; CESSÉ, 2015).

*“[...] a mamografia, que demorou muito. [...], demorou de dois para três meses por aí” (MP12).*

*“[...] fui no posto. [...] Daí ela [a enfermeira] fez o toque e tudo e falou: ‘[...] eu vou deixar um pedido de ecografia aqui para a Dra. assinar e amanhã cedo a senhora vem pegar. Mas eles falaram que iria demorar, que iam me colocar na fila de espera. [...]Eu peguei e fiz particular[...] eu fiz já peguei e trouxe para a Dra. Ela mandou eu levar para o Dr. A [no centro de oncologia] O Dr. A pegou [...] fez aquela biópsia de agulha no local e com quinze dias era para eu voltar para ver o resultado. Só que daí ele ficou doente e ficou internado uns três meses e nestes três meses eu fiquei parada. Quando ele voltou a gente teve uma discussão e eu saí e não quis mais ficar com ele, daí eu passei com o Dr. P. [...] ele pediu mais um monte exames e demorou mais uns seis meses. Quando eu consegui e trouxe os exames para ele, ele saiu do SUS e daí ele me passou com o Dr. J”.* (MP3).

*“Fui no postinho, [...] era a Dra. L, consultei com ela e ela pediu uma mamografia. [...]tive que pagar a mamografia porque tinha mais de duas mil pessoas na minha frente [...]trouxe, a enfermeira olhou e disse pra mim que não deu nada[...]eu falei:*

*‘Como não deu nada, porque o médico fez a mamografia e disse que tinha dado alguma coisa, que tinha um caroço’. Daí eu disse que queria uma ecografia, [...]fiz a ecografia pelo SUS [...] Demorou acho que uns dois meses. [...] peguei o resultado, aí vim e a enfermeira falou: ‘Não deu nada’. Ela falou assim: ‘É normal, isso aí pode ser uma glândula, não sei o que’. [...] eu falei: ‘Só que eu quero um encaminhamento para o Dr. A [mastologista] Ela falou: ‘Eu não vou te passar com o Dr. A’. Ela não queria, eu acabei batendo boca com ela, [...]. daí a Dra. [a médica] me encaminhou ali para o municipal [centro de especialidades] [...]’ (MP4).*

*“[...] fui fazer a mamografia.[...] eu fui no ginecologista, [...] ali do postinho e ele falou assim: [...]‘eu vou mandar a senhora fazer uma ecografia’. Daí eu peguei o encaminhamento, aí eles perderam meu encaminhamento, [...] ali passou uns três quatro meses, eu boba né fiquei esperando. Aí eu voltei e fui de novo consultar com o ginecologista. Ele pegou e me deu um outro encaminhamento[...]só que daí já tinha passado uns quatro, cinco meses e já estava sangrando o meu seio [...] você sabe que nessa hora geralmente a gente não tem dinheiro na hora, me apavorei, meu esposo arrumou dinheiro, daí fui lá e paguei a ecografia e fui lá e levei para o doutor. Daí o ginecologista marcou lá com o Dr. A que é oncologista. Fui lá e consultei com o Dr. A, ele falou assim: [...]‘temos que fazer a biópsia para a gente ter certeza [...]então você vai lá no hospital `.[...]’ (MP10).*

E para fechar as observações sobre o IT das mulheres deste estudo para a definição do diagnóstico e início do tratamento, apresentamos o depoimento de uma delas, que além da suspeita do câncer, encontrava-se grávida. Ela acionou o subsistema Profissional de cuidado à saúde, ou seja, direcionou-se primeiramente aos serviços privados de saúde, na esperança de resolver mais rapidamente esta etapa, no entanto, apesar de ter realizado e pago todos os exames e consultas, não conseguiu concluir o diagnóstico da doença, o que só foi possível ao buscar o Serviço Público de Saúde, através da UBS.

*“Eu procurei a minha ginecologista particular [...].Eu primeiro fiz a mamografia [...]Aí ela me pediu essa ecografia, eu fiz [...] mas ainda estava inconclusivo, [...] estava como se fosse um cisto e ela falou que iria me encaminhar para oncologia no hospital [...].Essa minha ginecologista [...] faz atendimento pelo SUS. [...] ela falou assim: ‘Vem tal dia que eu estarei atendendo no posto, aí você já abre uma ficha lá e*

*eu já irei pedir para as meninas encaminharem você para o hospital [Centro de Oncologia] [...] pelo SUS`. [...] lá [no Centro de Oncologia] fiz duas biópsias [...] Ai tem a gravidez também, que foi tudo junto [...] eu estava com quatro meses, a gente esperou um pouquinho até passar o primeiro trimestre da gravidez para eu fazer a cirurgia” (MP11).*

#### **5.2.2.6 Traçando o IT após a confirmação do diagnóstico do câncer de mama**

Depois da dura caminhada até obter o diagnóstico, as participantes verbalizaram que no itinerário pelo cuidado à saúde, o momento em que receberam a notícia da doença foi o mais difícil e extremamente aflitivo, e que experimentaram um forte impacto emocional, acompanhado de angústia e medo por serem portadoras de uma doença estigmatizante, fortemente ligada à ideia de sofrimento e morte, para elas e para os outros.

*“Ah eu me senti, Deus o livre! Me senti mal né, porque todo mundo se sente, você está esperando, igual eu, eu já estava esperando que era sabe, mas só que você não tem a certeza, então você fala: ‘Ai Jesus tem misericórdia, que nem eu orei muito sabe e pedi pra Deus que curasse, mas Ele não quis [choro]’” (MP10).*

*“Foi difícil [pausa pois começa a chorar bastante]” (MP12).*

*“Daí ele [o médico] falou assim: ‘A senhora está com câncer de mama, está muito grande, tem que fazer uma cirurgia urgente e tirar a mama toda, porque está grande demais`. Eu fiquei ali do jeito que ele falou que eu estava, fiquei, não respondi nada, não falei nada, e fiquei ali, eu não consegui andar, não falava também, não falava, não chorava e não conseguia andar, parecia que estava pisando em uns buracos” (MP3).*

*“Olha bem difícil, quando você recebe a notícia do câncer, a primeira coisa que passa na tua cabeça é que você vai morrer, né, depois cai a ficha né, que tem tratamento, não é assim, mas a primeira coisa que você pensa é que você vai morrer. Pensei que iria morrer” (MP11).*

*“Por causa dessa doença todos pensam que você vai morrer, porque câncer não tem cura, vai morrer” (MP3).*

O câncer de mama é a neoplasia mais temida pelas mulheres devido ao seu alto índice de morbimortalidade e mutilação, implicando em alterações na autoestima e gerando grande perturbação psicológica, que tem início quando a mulher começa a suspeitar que o nódulo encontrado pode ser um câncer (REIS; PANOBIANCO; GRADIM, 2019).

Em razão de ser uma doença estigmatizante, o medo de morrer é um sentimento despertado diante da notícia da neoplasia mamária, pois está associado com mau prognóstico, tratamento agressivo, dor, sofrimento, incurabilidade e a forte correlação entre o câncer e a morte (ALVARES et al., 2017).

Autores acrescentam que quanto maior for a probabilidade de passamento, maior será a vulnerabilidade psicológica, que se acentua devido ao câncer de mama provocar mutilações físicas que afetam a aparência corpórea (FURTADO et al., 2016). Desta forma, certificamos através das narrativas descritas pelas participantes, que o câncer de mama é uma doença que incita padecimento profundo e o medo de morrer.

Nesse sentido, é interessante apresentar mais um depoimento da participante que teve o diagnóstico de câncer de mama, e que estava grávida. Num relato emocionante, contou que esta situação trouxe, tanto para ela quanto para o marido, sentimentos agoniantes, referentes às incertezas, aos medos, e às decisões que deveriam tomar.

*“[...]tínhamos muito medo que a gente não sabia se poderia continuar com a gravidez, até eu e meu marido [...] a gente já tinha conversado que se fosse necessário retirar, eu iria retirar o bebê, porque era uma coisa que a gente estava preservando a minha vida, [...] eu já tinha uma filha, [...] , querendo ou não eu pensava nela antes de pensar no bebê[...] antes que eu fizesse a cirurgia eu e meu marido a gente não falava sobre o bebê, [...] a cabeça fica dividida, [...] eu já estava indo para cirurgia sabendo do risco que eu poderia perder o bebê na cirurgia, [...].Enquanto eu não fiz a cirurgia, que a gente viu que deu certo, era um assunto que não era comentado” (MP11).*

O diagnóstico de câncer de mama no decorrer da fase gestacional ou ainda em um ano após o parto, é tido como câncer relacionado à gravidez. O acontecimento simultâneo de câncer de mama e gravidez faz coincidirem emoções de vida e de morte, podendo causar confrontos emotivos e éticos; é uma adversidade que ocasiona aflição e apreensão para a

gestante e familiares, devido aos fatores de risco envolvidos e ao impasse do tratamento ideal para a mãe e o bem-estar do feto, como mostra a fala da mulher com câncer de mama e gestante, deste estudo (CIPRIANO; OLIVEIRA, 2016; MONTEIRO et al., 2019).

Assim, os conflitos nesse momento em que souberam que tinham câncer foram muitos e diversos. Além disso, as mulheres tiveram de se preocupar com quem estava ao seu lado, pois não sabiam como eles iriam reagir diante da notícia.

#### **5.2.2.7 Preocupando-se com a comunicação do diagnóstico à família**

Seus depoimentos evidenciam, portanto, que apesar de todos esses sentimentos, ao receber a notícia, sua primeira e maior preocupação foi com a família, sobre como o companheiro e os filhos reagiriam ao saber sobre seu diagnóstico.

*“Baqueia né, você baqueia um pouco [...] eu pedi para Deus e aceitei, e falei que eu não iria sofrer, que eu não iria deixar me abater né, [...] por causa dos meus filhos e meu marido, porque meu marido é grudado comigo, [...], daí eu pensei se eu cair, vai cair todo mundo, [...]” (MP9).*

*“Foi bem impactante, mas a minha preocupação maior era com a família. Como eles iriam receber, porque eu não tive nenhuma preocupação maior[...]” (MP2).*

Ao longo do tempo, a responsabilidade dos afazeres domésticos e as ações que derivam da prática de cuidar do lar, foram atribuídos e instituídos na sociedade como algo natural e exclusivo da mulher, assim ela como membro da família sempre desempenhou o papel de cuidadora do lar, dos filhos e do marido, promotora das relações de apoio da parentela e até mesmo da subsistência familiar. Essas funções são alteradas pela descoberta do câncer de mama, e complicadas pelo tratamento, implicando em mudanças no modo de vida, planos, prioridades e na rotina da casa, limitando a continuidade dessa autonomia e suas práticas cotidianas. Em muitos casos, devido à fragilidade física, ocorre a incapacidade de assumir o cuidado do lar e as ocupações domésticas, necessitando assim de ajuda externa e adaptação à nova condição gerada pela doença. Passar de cuidadora à pessoa que necessita de cuidado poderá acarretar sentimentos de solidão, impotência, insegurança, depressão e isolamento social (MILAGRES; MAFRA; SILVA, 2016).

Os familiares também vivenciam situações conflitantes e sentimentos de desconforto, desespero e preocupações diante da dor e sofrimento da mulher acometida por câncer de mama. Sentimentos esses aceitáveis mediante o desconhecido e incertezas da doença, que os tornam vulneráveis, tensos e apreensivos pelas modificações em todo ambiente familiar; além disso, todo esse contexto pode levar a um processo doloroso e angustiante. Contudo, nesse momento em que a mulher precisa ser cuidada, ela necessitará do apoio, compreensão e conforto do núcleo familiar, como facilitador para o momento vivido (OLIVEIRA et al., 2018).

Assim, após vivenciarem a triste constatação do diagnóstico do câncer de mama, as mulheres seguiram o IT utilizando o subsistema familiar de cuidado à saúde. Este subsistema é afirmado por meio da preocupação com a família mediante a notícia da doença, o que de certa forma as encorajou a não esmorecer.

#### **5.2.2.8 Implicações do diagnóstico na vida das mulheres acometidas pela doença**

Como já descrito, o diagnóstico de câncer de mama é algo que atemoriza de várias formas todas as mulheres, ocasionando implicações que podem se externar como ansiedade, incertezas em relação à doença, estado depressivo, conflitos, desconforto físico e psicológico, melancolia, revolta, desesperança e o temor da recorrência da doença e da morte. Podem experimentar um grave trauma emotivo e ver evidenciada a sua fragilidade, o que as leva a repensar nos conteúdos e no sentido da vida (SALIMENA et al., 2012; FURTADO et al., 2016).

As falas abaixo traduzem esse trauma emotivo, conflitos interiores e o desconforto físico e psicológico das participantes deste estudo:

*“Minha preocupação foi com minha filha, isso mesmo. Ah minha filha, ela ficou bem ruim também na escola, nossa [...]. Eu fiquei com medo também de perder o seio. Eu fiquei, aham. [...]” (MP1).*

*“O medo foi o que eu vi meu irmão passar, o que eu vi minha irmã passar quando ela fez a cirurgia. O meu irmão foi uma pessoa assim que durou um ano depois que ele descobriu o câncer [...]” (MP4).*

*“Era na época a minha mãe [minha preocupação]. Eu cuidava dela a vida inteira, não gosto de falar muito sobre isso [começa a chorar]” (MP13).*

*“[...] eu estava tão preocupada e agora eu sabia que ia perder o seio, iria ser pior né” (MP10).*

De uma forma geral, para todas as mulheres, ocorre a ruptura do equilíbrio psíquico, gerador de tensão, medo, com forte sujeição a conflitos interiores em consequência da vivência dessa situação conflitante, acompanhada de angústia e estresse emocional. Contudo, as consequências do diagnóstico de câncer de mama em mulheres jovens diferem em alguns aspectos das demais mulheres (LIMA; VALADARES, 2018).

A neoplasia mamária é mais habitual em mulheres com mais de 40 anos, contudo tem sido constatado um aumento da sua incidência em mulheres jovens (com menos de 40 anos de idade). Neste estudo tivemos três mulheres nessa faixa etária (MAGALHÃES et al., 2020).

Referente à elucidação do diagnóstico, uma das participantes buscou os serviços privados de saúde, onde conseguiu a definição do diagnóstico; contudo houve demora para início do tratamento. Primeiramente, ela teve dificuldade em aceitar que estava doente, por ser jovem (31 anos), e passou três anos sem se tratar. Outro empecilho foi o tempo de espera necessário para o cumprimento da “carência” do plano de saúde, após a ciência do diagnóstico, e isso tudo agravou o prognóstico da doença. Enfim, o tratamento clínico acabou se efetivando quando houve encaminhamento pela UBS para o serviço público de referência para Oncologia.

*“Eu fui em uma clínica particular [...], os exames que a gente fez de início não constatou nada. A gente só descobriu depois da biópsia [...] depois eu comecei pagar o plano de saúde. [...] Só que na época eu não tratei, eu fiquei três anos sem tratar [...] eu não [...] aceitei a doença [...]. Eu comecei a mancar. Doía muito também, foi aí que eu descobri que eu estava com metástase no quadril [...], daí eu fiz a cirurgia pelo plano de saúde [...], depois da cirurgia do quadril, posterior a isso eu não conseguia mais pagar o plano, na verdade na fase da minha recuperação do quadril eu já não estava mais conseguindo pagar o plano [...] por isso também que eu não tratava [...] a carência, como eu estava doente não foram seis meses, foram dois anos. [...] Nesse tempo eu fui no posto de saúde próximo de onde eu morava, daí o médico que me*

*atendeu falou: você tem que ir para o hospital [referência para Oncologia] urgente começar seu tratamento. Aí foi que eu fui, [...], e hoje eu estou pelo SUS” (MP6).*

Cabe citar que descobrir-se com uma doença carregada de tabus, amedrontadora, cujos efeitos deletérios dos tratamentos podem acarretar sérios comprometimentos físicos, psicológicos e sociais pode levar as mulheres a uma negação da realidade, especialmente as mais jovens. Isso faz sentido, uma vez que o câncer de mama acomete em sua maioria, mulheres na pós-menopausa, e as mais jovens, em uma fase bastante produtiva e ainda em idade reprodutiva, estarão neste momento preocupadas com sua projeção profissional, com a busca de um companheiro, se ainda não o tem, e até mesmo com a maternidade (ALMEIDA et al., 2015).

Assim, mediante o diagnóstico de câncer de mama, é natural que haja fortes reações emocionais, originadas pela angústia e medo de enfrentar uma doença tão complexa. A mulher passa por diferentes fases, sendo que a negação da doença é a fase temporária em que há descrença quanto ao diagnóstico recebido, podendo haver uma transição em verbalizar o fato com aceitação parcial e logo em seguida, negar completamente (GONTIJO; FERREIRA, 2014).

O câncer de mama é menos frequente em mulheres jovens quando comparado com mulheres na pós-menopausa. Para elas o significado da detecção do nódulo na mama não está vinculado ao sentido de câncer como nas mulheres com mais idade; além disso, consideram que não estão na idade de risco para essa neoplasia. Contudo, quando há consciência da sua condição de ser jovem e estar com câncer de mama, seus sentimentos vivenciados são contraditórios, profundos e temerosos, e muitas vezes, a negação de tal condição faz com que adiem a terapia e, por conseguinte, tenham um pior prognóstico (GONTIJO; FERREIRA, 2014; ALMEIDA et al., 2015).

Além disso, nas últimas décadas pudemos acompanhar a dedicação das mulheres ao seu crescimento profissional, sua incorporação progressiva no mercado de trabalho, e até mesmo sua participação numa disputa com os homens por cargos e reconhecimento no trabalho. No entanto, por mais que valorize o trabalho e muitas vezes, por esse motivo, retarde a maternidade, é evidente que, para a maioria das mulheres o desejo de ser mãe prevalece, e elas se dispõem a realizar esse projeto de vida, mesmo que mais tardiamente, quando estão mais organizadas quanto às questões financeira, profissional e pessoal. E ainda, o desejo da maternidade, na maioria das vezes, vem acompanhado da expectativa da

amamentação (REA, 2004; NEVES; MARIN, 2013; OLIDI; PAREJO; PADILLA, 2013; RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013; VIEIRA; AMARAL, 2013).

E diante de tudo isso, esse momento de projeção profissional, assim como de buscar um companheiro e programar uma gestação pode vir acompanhado do câncer de mama.

Nesse sentido, uma delas expressou um sentimento de revolta e não aceitação da doença por um longo período, o que causou agravamento da doença. Outras também aventaram a possibilidade de o câncer impedi-las de ter filhos, e ficaram muito apreensivas diante dessa incerteza. Com relação ao trabalho, relataram com tristeza sobre a finitude imposta pela doença e pelo tratamento.

*“[...] eu saí de lá [do consultório médico] e entendi que eu estava doente, eu saí de lá muito mal, chorando, eu não aceitava estar doente [...] Eu não aceitava porque comigo né, eu não consegui entender, e não aceitei a doença. Era uma fase boa da minha vida (jovem ainda), não queria acreditar que aquilo estava acontecendo, tanto que para mim, eu tive essa fase de aceitação da doença para daí começar tratar. Eu não tratei logo de cara e foi só piorando. Do seio foi para o quadril, do quadril foi para os ossos, dos ossos foi para o fígado, do fígado veio a coluna, então foi espalhando, espalhando, porque? Por conta dessa aceitação que não foi imediata, eu demorei para entender, para querer aceitar” (MP6).*

*“Para mim foi difícil né, porque imagina eu estava com 38 anos, eu ainda não tinha filhos, eu bem sabia que depois eu não poderia mais ter filhos também. Não é que eu renunciei, eu me forcei a renunciar de ter filhos, de ter uma família. Então para mim foi muito difícil” (MP5).*

*“É triste né, porque além da doença eu sei que não poderei ter filhos” (MP6).*

*“[...] eu trabalhava e tive que parar, [...] meu pai adotivo ele paga aqui meu aluguel, minha luz, minha água, ele está me ajudando agora aqui, mas faz pouco tempo que ele começou a ajudar. Até então eu vinha vivendo com ajuda de amigos [...]” (MP6).*

*“Eu trabalhava de recepcionista, de secretária, essas coisas, mas depois já não deu mais para eu trabalhar, porque agora quase toda semana eu estou no hospital, isso é bem ruim mesmo” (MP5).*

Desde a infância, as mulheres adquirem o desejo de ser mãe através das brincadeiras de casinha e bonecas, e esta naturalização da significação da mulher como mãe foi construída em nossa sociedade, que muitas vezes cobra a fertilidade e a maternidade. Para a maioria das mulheres, a completude e a realização são alcançadas por meio da gravidez, gestação e nascimento de um filho e, conseqüentemente, a formação de uma família. Assim, a fertilidade está intimamente ligada à autoestima da mulher que, mediante a prenhez conquista a confirmação da feminilidade, por isso justifica-se a importância para a mulher de ser mãe e edificar uma família (DIAS et al., 2014).

Dessa forma, saber que está doente resulta em grande choque psicossocial para as mulheres mais jovens, especialmente para aquelas que ainda não tiveram filhos. Elas se surpreendem, se preocupam e se angustiam com o fato de um diagnóstico tão voraz surgir na juventude, quando ainda estão em fase reprodutiva, e ameaçar sua possibilidade de ser mãe, uma vez que alguns dos tratamentos para o câncer de mama podem ocasionar menopausa precoce e infertilidade, privando-as de exercer a maternidade (GONTIJO; FERREIRA, 2014; ALMEIDA et al., 2015)

Pertinente ao trabalho, verifica-se que no decorrer da história social da mulher, inúmeras conquistas foram alcançadas. Destacamos que a evolução no trabalho extra doméstico e, portanto, grande participação da mulher no mercado laboral, ocasionaram inegáveis transformações sociais no Brasil, resultantes das inúmeras lutas reivindicatórias, movimentos feministas e relações sociais marcadas por gêneros (ALVES, 2009).

O ingresso das mulheres nas universidades possibilitou o aumento no nível da escolaridade e conseqüentemente novas oportunidades laborais com renovação no perfil da formação profissional. Atualmente, a feminização no mercado de trabalho vem se transmutando assertivamente com concreta participação feminina na PEA, apesar dos inúmeros desafios cotidianos como a discriminação salarial, ocupacional e o desemprego (AZEVEDO, 2014).

O prosseguimento no trabalho pode intervir favoravelmente na diminuição da ansiedade e ociosidade, no auxílio da recuperação, controle emocional, distração e autoestima, além de ser um fator positivo no processo de cura. Ademais, é uma fonte de independência e renda. Desta forma, na presença de uma doença, como o câncer de mama, a mulher pode experimentar interferências na vida pessoal, nas suas relações sociais e familiares. Tais interferências proporcionam, muitas vezes, mudanças de rotinas e/ou barreiras advindas da enfermidade e tratamento; pode haver também dificuldades para conciliar o trabalho e o tratamento, resultando em um elevado percentual de faltas no

trabalho, e na maioria das vezes essas mulheres precisam ser afastadas das atividades laborais em virtude das limitações físicas e emocionais produzidas por essas terapêuticas (MAGALHÃES et al., 2020).

No estudo de Magalhães et al. (2020), com mulheres jovens com diagnóstico de câncer de mama, verificou-se que para elas o trabalho possui um sentido de oportunidade para uma qualidade de vida favorável, autonomia financeira, independência, prosperidade e satisfação pessoal. Sobre os sentimentos em virtude da descontinuidade das atividades laborais, relataram: temor, chateação, desânimo e impotência. Além disso, citaram apreensão quanto ao custeio financeiro pessoal e familiar, mudanças no estilo de vida ocasionadas pela diminuição do ganho mensal, conflitos relacionais no ambiente de trabalho e até desemprego. Sobrevieram também as alterações nas ocupações laborais devido às restrições postas pelos tratamentos.

Assim, em conformidade com as narrativas das mulheres jovens participantes do presente estudo, fica evidente o sentimento de tristeza e desalento pela grande possibilidade de não poderem exercer a maternidade e ainda terem que parar de trabalhar, resultando em dependência e insegurança financeira.

Desse modo, mediante as diversas inferências da constatação do diagnóstico vivenciadas pelas mulheres com câncer de mama, tanto as jovens como as demais, torna-se necessário a concepção de métodos de confrontação nesta fase da doença, como veremos em seguida.

#### **5.2.2.9 Enfrentando o diagnóstico do câncer de mama**

Os depoimentos abaixo mostram claramente que para as mulheres com câncer de mama, de forma geral, assim como quando descobriram o nódulo na mama à palpação ou aos resultados dos exames de imagem, o apoio emocional dos familiares foi de grande valia diante da notícia da doença, de forma a contribuir positivamente para sua recuperação e também para o enfrentamento de sua nova situação de saúde, além de lhes deixar mais confiantes e seguras.

*“Na hora foi chocante né, dá um choque, mas depois a gente foi conversando com os familiares e tudo, foi apoiando, daí foi mais tranquilo, mas no começo foi chocante” (MP8).*

*“Eu fui com meu esposo, quando chegamos no consultório, aí quando nós fomos lá no consultório ele [o médico] falou: ‘olha realmente ... é maligno’. Ah foi um choque, nossa, as lágrimas só corriam, eu só chorava, meu esposo colocou a mão assim no meu ombro. Nossa, é como se um buraco abrisse. Você perde o chão, você perde totalmente o chão. [...] mas meu marido foi bem companheiro [...] vivia junto o problema, dia e noite [...]” (MPI).*

O câncer de mama é mediado de preconceitos e sentimentos céticos, portanto a confirmação do diagnóstico gera uma grande repercussão e mudanças, tanto na vida da mulher como de sua família. Esse efeito só poderá ser amenizado se a família estiver esclarecida e orientada sobre a doença, tratamento, reabilitação e também sobre como ajudar a mulher no confronto das alterações físicas e psicossociais experienciadas durante este processo saúde-doença. Sendo assim, o apoio familiar e do companheiro é essencial para que a mulher obtenha estímulo para encarar a doença e o sofrimento advindo pelo tratamento, além de encorajá-la a superar com equilíbrio e segurança emocional sua batalha pela vida, tendo a certeza de que não está sozinha (SALCI; MARCON, 2011b; CONDE et al., 2016).

O amparo emocional do companheiro também é indispensável durante os tratamentos, quando a mulher pode se deparar com alterações na autoimagem e na autoestima, e ter a sensação de inferioridade e receio de desprezo pelo parceiro, pois para a sociedade a representação feminina ainda está associada à imagem corporal, que devido a terapêutica (cirúrgica) pode fazer com que a mulher se sinta longe dos moldes de beleza, prejudicando assim a relação conjugal (MILAGRES; MAFRA; SILVA, 2016).

Contudo, é importante lembrar que mesmo diante do impacto emocional com o diagnóstico do câncer de mama, outras mulheres apresentaram um comportamento diferente, avançando em direção ao tratamento e apresentando uma confrontação positiva da doença.

*“ Ah, na hora eu fiquei meio assim, [...]. Não fiquei triste não, porque eu pensei comigo assim, se eu ficar colocando coisa na minha cabeça, [...]Porque eu penso assim [...], eu tenho certeza que qualquer coisa a gente vai morrer ou com câncer ou sem câncer, um dia a gente vai. [...] Então eu não me preocupo com isso, não me preocupo não” (MP13).*

*“A minha filha, [...] ela ficou sabendo. Ela disse: ‘Mãe, simplesmente não deu coisa boa’. Daí eu falei para ela assim: ‘O que fazer? Vamos ter que lutar, batalhar’ [...] na*

*hora [...], não me deu nada assim, nunca perdi uma lágrima por causa disso. Porque [...]o médico de Assunção, ele disse [...]: 'Uma coisa que eu vou falar para a senhora, a senhora não é a primeira mulher e nem a última mulher com câncer de mama, mas se senhora vai para casa e põe na sua na sua mente, [...] que a senhora tem câncer de mama, vai só pensar, vai perder sono a noite, vai só a pensar, eu tenho câncer de mama e vou morrer, se a pessoa colocar isso na cabeça, a pessoa vai de dia a dia, porque 40% da sua doença o que faz é a mente, e se a senhora pensar positivo, a senhora vai vencer`'' (MP7).*

*“Eu fui, cheguei lá o Dr. A me olhou, olhou os exames, [...] Aí ele falou assim para mim: 'Infelizmente eu não tenho uma boa notícia, nós vamos ter que fazer a cirurgia, você está com câncer`. Eu falei: 'Eu já sabia disto, eu só quero saber quanto tempo demora até fazer a cirurgia`'' (MP4)..*

Assim, no confronto com o diagnóstico da doença, as mulheres sentiram a necessidade de enfrentar sua nova situação, e novamente recorreram ao subsistema familiar de cuidado à saúde, o qual é perceptível no apoio emocional dos familiares e do companheiro.

O enfrentamento é classificado como um método, o qual pode ser treinado, aplicado e ajustado independentemente do momento de estresse vivenciado; se esse método for eficaz o estresse será superado, caso contrário haverá a necessidade de reconsideração intelectual do estressor e mudanças necessárias nas ações para solucionar o problema. O estresse pode ser desencadeado por vários fatores, é inevitável e faz parte da evolução humana, porém cada pessoa ao se deparar com um fator de exaustão, apresentará um enfrentamento embasado em sua cultura, experiências, valores e sentimentos. A notícia da doença gera várias sensações produtoras de estresse que demandam um método de enfrentamento. A escolha do modo de confrontação será primordial para definir se o momento vivido será de superação ou de desastre (SILVA; ZANDOMABE; AMORIM, 2017).

O processo de enfrentamento não é uma garantia da resolução do câncer de mama; é preciso que a mulher juntamente com seus familiares alcance formas de sobrelevação e obtenha um sentido positivo no manejo acerca dessa situação adversa. Autores identificaram que a maioria das pessoas utilizam como estratégia de resiliência a prática religiosa, seguida da espiritualidade, fé e suporte familiar (TOMAZ; VERAS JÚNIOR; CARVALHO, 2015).

As narrativas anteriores denotaram que as mulheres têm consciência da gravidade da doença, todavia compreendem a necessidade de encarar o problema objetivando a cura, aliado

ao pensamento positivo e determinação, a fim de enfrentarem o tratamento, mesmo diante das adversidades. Aqui, o acionamento do subsistema profissional de cuidado à saúde foi evidenciado quando o aconselhamento do médico foi considerado por uma mulher participante, durante o IT.

### 5.2.2.10 Transpassando a fronteira na perspectiva de obter atenção à saúde

Como já mencionado, as mulheres vivenciaram no IT diversos obstáculos para conseguirem a definição do diagnóstico e iniciarem o tratamento; a maior parte delas experienciou esse processo no Brasil, porém algumas transpassaram a divisa rumo ao Paraguai em busca de atenção à saúde devido à facilidade da fronteira aberta e do acesso a exames e consultas. Contudo, mediante o diagnóstico retornaram ao seu país de origem para realização do tratamento, uma vez que o mesmo não é oferecido em Cidade de Leste.

*“[...] porque lá [no Paraguai] também tem muita coisa que é de graça né. Então eu fiz [ecografia e biópsia] lá, mas depois eu soube que no Paraguai não tinha como tratar, [...], seria mais fácil fazer aqui [no Brasil]. Eu fiz a primeira consulta lá no posto [no Brasil], depois me encaminharam com o Dr. J [no Centro de Oncologia]” (MP5)*

*“[...] fiz a mamografia [no Paraguai] [...] tinha um médico que vinha uma vez por semana de Assunção que era especialista em câncer de mama, [...] fui consultei com ele, e ele já falou que tinha um nódulo que precisava fazer a biópsia e fez [...]. Veio o resultado e eles ligaram para a gente ir lá [...] o especialista de câncer de mama ele disse assim: ‘A cirurgia a gente pode fazer aqui em Cidade de Leste, mas se precisar fazer alguma radioterapia, uma quimioterapia, a senhora tem que ir para Assunção, [...]. Mas como vocês são brasileiros, porque vocês não procuram no Brasil.’ Aí meu marido veio [para o Brasil] na câmara dos vereadores, e conversou com a secretária de um vereador e ela disse que iria ver se ela conseguia para nós. Isto foi na sexta-feira e quando foi na segunda [...] já ligaram que era para estar ali na oncologia. [...]” (MP7).*

O termo fronteira se configura em limite, ou seja, é visto historicamente como um lugar sujeito à instabilidade e passível de confrontos militarizados. Significa também a delimitação de dois universos, reforçando a separação entre “nós” e “eles”, cujas objeções

podem se diferenciar e se apresentar como marcas políticas, étnicas, linguísticas ou culturais. Entretanto, novas perspectivas têm realocado a fronteira como um espaço de recíproca convivência social e solidariedade e não mais apenas como uma linha demarcada, permeando os limites geográficos (SILVA, 2011; SÁ, 2016).

No Brasil, a fronteira é caracterizada geograficamente por uma faixa de até 150 km de largura ao longo de 15.719 quilômetros, correspondente a 27% do território nacional, e onde estão sediados 588 municípios, de onze estados, que margeiam dez países da América do Sul, nos quais vivem aproximadamente 10 milhões de pessoas. No Estado do Paraná existem 139 municípios dentro da faixa de fronteira (GADELHA; COSTA, 2007; CAMPOS, 2017).

Entre as cidades fronteiriças brasileiras, 32 são cidades gêmeas, que se caracterizam por ter alta interação econômica e cultural; dentre elas encontra-se a cidade de Foz do Iguaçu-PR (gêmea com a Cidade de Leste, no Paraguai e Porto Iguaçu, na Argentina), cenário deste estudo (AIKES; RIZZOTTO, 2018). A fronteira do Brasil com o Paraguai envolve 1.366 km, onde estão localizados 20 municípios brasileiros e com a Argentina são 1.261 km, com 38 municípios (PREUSS; NOGUEIRA, 2012; BORBA, 2013).

Regiões de fronteira são vistas, tradicionalmente como lugares de isolamento, com baixo desenvolvimento socioeconômico e grandes iniquidades sociais, que traduzem desigualdades na saúde das pessoas, ocasionando piores condições de vida e consequentemente piores indicadores de saúde. Destaca-se também a grande mobilidade populacional nas relações transfronteiriças, ultrapassando os limites territoriais e aumentando os riscos de doenças emergentes. Da mesma forma, verifica-se que, nessas regiões a escassez de recursos e de infraestrutura para assistência à saúde, as condições de vida precária da fronteira aberta e a grande mobilidade humana traduzem um grande obstáculo para o planejamento das ações preventivas, tornando a fronteira um espaço de maior vulnerabilidade (GADELHA; COSTA, 2007, ALBUQUERQUE; 2012).

Nas fronteiras, as pessoas convivem cotidianamente com sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes. A intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nessas regiões (GIOVANELLA et al., 2007).

A problemática que converge a este contexto refere-se à nítida sobrecarga nos serviços públicos de saúde nos exímios pontos de atenção, acarretando a redução de recursos humanos, estruturais, financeiros e logísticos para o atendimento de cidadãos brasileiros em municípios de fronteira (ASTORGA; PINTO; FIGUEROA 2004; GADELHA; COSTA, 2007).

Além disso, o critério regulador de repasse dos recursos financeiros adotado para o SUS é o contingente populacional, o que é desfavorável, pois dessa forma as populações estrangeiras e os brasileiros que residem em países vizinhos e que buscam atenção à saúde no espaço brasileiro, não são contabilizados nesses custos. Dessa forma, o custeio acaba se tornando escasso e o planejamento local diretamente afetado, evidenciando a dificuldade de planejamento e provisão de Políticas Públicas específicas para os municípios fronteiriços (GADELHA; COSTA, 2007; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2014).

As cidades gêmeas possuem grande interação, contudo não são homogêneas, pois possuem níveis de desenvolvimento diferentes. Essa diferenciação é determinante na movimentação dos indivíduos entre as fronteiras, tensionando o acesso aos serviços públicos, dentre eles os serviços de saúde. Além disso, os fundamentos de integralidade e universalidade do SUS são considerados como forte razão para a locomoção de estrangeiros ao Brasil, em áreas fronteiriças. Os deslocamentos são instigados pelo acesso, resolutividade e qualidade dos sistemas de saúde. (BENTO, 2015; NOGUEIRA; FAGUNDES; AGUSTINI, 2015).

Para entender a fronteira como um lugar de desenvolvimento local é necessário compreender o conceito de território, o qual relaciona-se à simbologia de poder estabelecido e demonstrado no espaço social, e não apenas relativo à concepção de posse, domínio do solo, legal e socialmente respeitada. *Territorium*, do latim, significa “porção de terra localizada, apropriada”; o vocábulo assemelha-se ao conceito de domínio, apoderamento e limite. (CAMPOS; RUCKERT, 2014).

As cidades gêmeas são regiões territoriais que, na perspectiva epidemiológica, constituem um território sanitário único, dividem os mesmos problemas e têm práticas similares nos processos de alteração do estado de saúde, especialmente os transmitidos por vetores e/ou decorrentes de determinantes socioambientais, denotando a importância de ações de vigilância em saúde compartilhada, especialmente as de prevenção. Nessas regiões deve haver o entendimento de que há um território sanitário só, portanto é essencial que as informações, os dados e o planejamento das ações em saúde sejam articulados, pois os vetores e as doenças não respeitam os limites demarcatórios, e o deslocamento transfronteiriço é intenso (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Dessa forma, a ausência de métodos na permuta de informações entre as cidades de fronteira, especialmente sobre dados sanitários e epidemiológicos, enfraquecem a qualidade da atenção à saúde, em ambos os lados fronteiriços (ALBUQUERQUE, 2015).

No Paraguai, a Constituição de 1922 aponta que o Estado protegerá e promoverá a saúde como um direito fundamental da pessoa e como um interesse da coletividade (DAL PRÁ; NOGUEIRA, 2006).

O sistema de saúde paraguaio inclui os subsetores públicos estatal, público não estatal, sistema privado e sistema misto; todos eles apresentam diferentes formas de financiamento, filiação e provimento de recursos, porém são integrados no interior de cada sistema. O Ministério de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), o setor de assistência aos militares, à polícia e à marinha constituem o sistema público estatal. Para os trabalhadores do setor formal, o Instituto de Previsão Social (IPS) é representante da seguridade social, cujo financiamento é feito pelas contribuições de empregados e empregadores, que diferem de acordo com o tipo de ocupação e o período de inclusão no sistema. Engloba os trabalhadores formais, tanto do setor público quanto do privado e cobre 16% da população paraguaia (FERREIRA, 2015).

Em 2008, teve início uma proposta de saúde para o período entre 2008 a 2013, denominada Políticas Públicas para a Qualidade de Vida e Saúde com Equidade no Paraguai. Essas políticas tiveram origem através da cooperação técnica entre Brasil e Paraguai, possibilitando a implantação de reformas na APS no Paraguai nos moldes do modelo brasileiro, com apoio do MS, da Organização Pan-americana de Saúde e OMS no Brasil (CAMPOS et al., 2013).

Para tanto, vem avançando, desde 2008, em um sistema universal e integral para oferecer de maneira gratuita o serviço de saúde como uma forma de inclusão, além da implantação de Unidades de “Atención a La Familia” como porta de entrada do sistema público. Contudo, estima-se que 40% da população ainda permanece sem cobertura, apenas 13,9% tem seguro público (IPS) e o investimento público continua muito baixo (CONILL, 2012).

A intensa circulação de pessoas nessas regiões em busca de serviços de saúde ou trabalho, considerando que poderão obter melhores possibilidades de assistência e empregos, fica evidente no grande número de brasileiros que trabalham no comércio de Cidade de Leste ou áreas agrícolas, porém residindo no Brasil. Existem também os brasileiros que moram no Paraguai ou Argentina e matriculam seus filhos em escolas brasileiras ou buscam assistência de saúde gratuitos no Brasil (SPRANDEL, 2006).

Esse ir e vir, entra e sai de pessoas entre os países é comum no cotidiano da fronteira aberta, fato confirmado nesta pesquisa, além disso nos estudos antropológicos repara-se não existir um padrão único para o itinerário, ele é construído.

A busca pelo cuidado inclina-se para a diversidade de forma individual ou coletiva, levando em conta o contexto sociocultural, as dimensões psicológicas, econômicas e os perfis da doença, que repercutirão no acesso aos serviços de saúde e recursos disponíveis (LIMA, BAPTISTA, VARGAS, 2017).

Nesse sentido, para analisar o IT de mulheres com câncer de mama em região fronteiriça, em toda sua complexidade, contradições e incertezas, entendemos ser necessário um aporte teórico que nos proporcionasse um embasamento consistente, e assim, apropriamo-nos da teoria da complexidade engendrada por Edgar Morin, que propõe um modo díspar de pensar o mundo, baseado na junção fracionada pela ciência contemporânea, denotando a sincronia equilibrada de ideias contraditórias, complementares e competidoras entre si (MORIN, 2000).

Nessa perspectiva, existem mais inquietações do que respostas, uma vez que a doença é percebida como singular, por acometer cada indivíduo de maneira particular, o que leva a considerar que o IT é igualmente singular, multidimensional e, portanto, complexo. Além disso, o câncer de mama vai além do núcleo familiar, necessitando de uma visão global por parte dos profissionais de saúde e compreensão da sociedade como um todo. O pensamento complexo é apto de reunir, contextualizar, mundializar (globalizar?) e, ao mesmo tempo, de afirmar o individual, o singular e o concreto. Nesse entendimento, o todo, compreendido neste estudo como o IT, é uma unidade complexa que não se reduz à soma dos elementos que o constituem (ILHA et al., 2015).

Segundo Morin (2000), são sete os princípios que guiam as marchas cognitivas do pensamento complexo, e neste estudo foram utilizados quatro para interpretar o IT das participantes: Dialógico, Organizacional, Hologramático e Recursivo.

O *Princípio Dialógico* é evidenciado diante da percepção do primeiro sinal com suspeição de enfermidade e do informe do diagnóstico, pois saúde e doença, vida e morte, apesar de serem antagônicos, são complementares, uma vez que interferem na diversidade das relações, na interação do indivíduo com ele mesmo e com o ambiente. Essa ordem e desordem competem, mas também cooperam na organização do universo, pois se o mundo fosse feito só de ordem não haveria nada de novo e nem criação. Por outro lado, se fosse só de desordem, não constituiria uma organização e seria incapaz de promover desenvolvimento e a inovação (MORIN, 2005).

Já o *Princípio Organizacional* emerge para a compreensão sobre como o IT foi realizado e organizado após a detecção do nódulo e o acionamento de dois subsistemas de

cuidado à saúde, o profissional e o familiar; assim, é necessário conhecer as partes e vice-versa, pois:

Eu sustento que é impossível conhecer o todo sem conhecer as partes e conhecer as partes sem conhecer o todo. [...] a organização de um todo produz qualidades ou propriedades novas em relação às partes consideradas isoladamente [...]. (MORIN, 2000, p.209)

Da mesma forma, o *Princípio Hologramático* é verificado no entendimento de que cada parte será necessária para contemplar o todo, ou seja, a parte está no todo e o todo está na parte; para isto é primordial entender o linguajar, cultura e preceitos das mulheres com câncer de mama, para compreender o IT realizado, assim este princípio...

[...] coloca em evidência este aparente paradoxo dos sistemas complexos, em que não somente a parte está no todo, mas em que o todo está inscrito na parte. Desse modo cada célula é uma parte de um todo - o organismo global -, mas o todo está na parte; a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo enquanto todo através da sua linguagem, sua cultura, suas normas. (MORIN, 2000, p.210).

Por fim, o *Princípio do Círculo Recursivo* (MORIN, 2000) é demonstrado na caracterização das mulheres ao se autoproduzirem e autorganizarem a partir da realidade, das vivências e experiências obtidas durante o IT, desde o momento da suspeição da enfermidade até o início do tratamento. O impacto da notícia da doença, o medo da morte devido ao estigma do câncer, bem como a preocupação com a família, produziram mudanças e novas ordenações no modo de vida, planos e prioridades. Além disso, o enfrentamento e a repercussão do diagnóstico para a mulher e sua família também colaboraram para a auto-organização do todo, ou seja do IT.

Para as mulheres com câncer de mama, o saber da enfermidade ocasionou a vivência de uma desordem em muitos aspectos, tanto individual como nuclear (familiar), necessitando assim de um novo dimensionamento, ou seja, desordens que se organizam.

No decurso do IT realizado pelas participantes, os itinerários se “tecem”, se “entrelaçam” entre as dimensões direcionadas a um objetivo em comum, que é a busca pelo cuidado à saúde. Assim, de acordo com o pensamento complexo, o conhecimento é um processo em construção, inacabado e sujeito a reconstruções, subordinado ao meio externo (sociedade, cultura e meios de alcançá-lo). Concomitantemente é independente, pois se auto-organiza durante sua construção inextinguível. Desta forma, as participantes expermentaram essa complexidade pois:

Complexus é o que é tecido junto; é o tecido formado por diferentes fios que se transformam em uma coisa só, isto é, tudo se entrecruza,

tudo se entrelaça para formar a unidade da complexidade, porém a unidade do complexus não destrói a variedade das complexidades que o teceram. (MORIN, 2000, p.188).

### **5.3 Identificando a presença dos atributos da APS nas ações de rastreamento, diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama**

#### **5.3.1 Atributo 1 - Primeiro contato**

##### **5.3.1.1 O acesso aos serviços de atenção primária em busca de atendimento para o câncer de mama: facilidades e dificuldades**

Nessa categoria são destacados os aspectos relacionados ao acesso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em região de fronteira. Os relatos das mulheres participantes foram agrupados em duas subcategorias: *(Des)acolhendo a mulher com câncer de mama e Barreiras geográficas e funcionais que impedem o acesso aos serviços de saúde para a atenção à pessoa com câncer de mama.*

#### **Dificuldades**

##### ***(Des) acolhendo a mulher com câncer de mama***

Acolher as pessoas que necessitam se refere a um ato humano, de proteção e conforto. Na presente pesquisa algumas mulheres referiram ter sido bem atendidas pelos serviços de APS, porém, descreveram de forma bastante sutil este contato.

*“Me atenderam bem na UBS” (MP1).*

*“Me sinto muito bem atendida na UBS” (MP2).*

*“Fui super bem atendida lá na UBS” (MP11).*

No entanto, por se encontrarem fragilizadas pela doença, elas perceberam a necessidade de serem acolhidas e bem tratadas pela equipe interdisciplinar para melhor enfrentarem a situação. Ainda que alguns serviços acolhessem bem as mulheres que se

encontravam em uma situação de vulnerabilidade pelo acometimento do câncer de mama, nem sempre isso aconteceu:

*“A gente, além de estar doente com essa enfermidade, a idade da gente é uma idade que você precisa de um carinho, de uma pessoa que tenha paciência com você”* (MP10).

*“Eu precisei agora, chego lá [Unidade de saúde] a menina [a recepcionista] fala: ‘Você tem que consultar com o médico, mas não tem vaga’. Eu falei: ‘Mas para quando essa consulta? É ela simplesmente marcou para trinta dias’”(MP4).*

*“[...] demorou muito para eu ser atendida, você tem que chegar bem cedo e ficar na fila. Quando entrou lá, até chamar, quando foi minha vez que demorou um monte”* (MP6).

*“As recepcionistas não têm muita paciência, tem hora que elas são grossas, principalmente aquelas lá do posto. Elas chamam a guarda municipal para as pessoas de idade. Tem gente que não tem audição, não escuta bem, daí fica conversando, fica perguntando, elas ficam irritadas”* (MP13).

Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contendo dentre as características do processo de trabalho das equipes da ABS, a elaboração das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), inserindo o acolhimento, que deve ser exercido com escuta qualificada, classificação de risco em uma sala multiprofissional de forma a atender a demanda espontânea com análise das necessidades de saúde e vulnerabilidade, objetivando a responsabilidade e resolução da assistência a essa procura (CARMELO et al., 2016).

Na prática em saúde, o acolhimento é percebido como uma ferramenta que promove o acesso ao usuário do serviço de saúde, retrata a relação entre a forma como os serviços se alinham para receber os clientes, podendo constituir-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, delineando o acesso universal, resolutividade e humanização no atendimento (OLIVEIRA, PEREIRA; 2013).

Nesse estudo, o acolhimento não foi mencionado de forma destacada, como também algumas mulheres relataram a carência de serem acolhidas nos serviços de ABS nesse

momento aflitivo. O acolhimento pode ser definido como atenção à mulher com câncer de mama de forma humanizada, ética, resolutiva e responsável. Para isto é necessário abrigar, compreender, ouvir, solidarizar-se com o outro. O atendimento não se conclui apenas com uma consulta médica para resolver o problema que abala a mulher, mas fazem parte dele o diálogo e a escuta atenta (MENDES, 2012; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Todos os profissionais que têm contato com as mulheres, mesmo aqueles que não fazem parte da equipe de saúde, como as recepcionistas acima citadas, devem proporcionar seu acolhimento, pois este, quando bem sucedido, poderá contribuir para a inclusão da paciente e gerar vínculo entre os profissionais e a população, permitindo que os serviços de ABS trabalhem de forma articulada, favorecendo o acesso e o cuidado integral (CARMELO et al., 2016).

A falta de acolhimento pela equipe de saúde também foi proferida nos serviços de pronto atendimento do hospital de referência para oncologia.

*“Eu tive que gritar para ser internada, eu tive que arranjar forças não sei de onde e gritar para dizer que eu não estava bem, que não conseguiria ir embora” (MP6).*

De acordo com o PNH, o acolhimento é o ato de reconhecimento da legitimidade e da singularidade das necessidades de saúde do outro; é descrito também como técnica que propõe afirmar acesso, estender a eficácia das práticas de saúde, e assegurar que todos possam ser escutados e assistidos de maneira qualificada, através de uma postura consciente e caracterizada dos profissionais de saúde, intentando a eficiência da assistência. Outra particularidade do acolhimento é a versatilidade, transpassando todos os níveis de atenção e os variados núcleos profissionais. O pronto atendimento (PA), local destinado ao atendimento de pacientes em situação de urgência emergência, é composto por uma equipe multiprofissional. Uma das práticas que constitui o acolhimento é a classificação de risco, da qual o enfermeiro é responsável pela sua efetuação. Esse instrumento viabiliza um atendimento sistematizado, oportuniza uma avaliação das condições clínicas, priorizando as urgências de acordo com a gravidade, não importando a ordem de chegada do paciente ao PA (COSTA et al., 2018).

Executar o acolhimento não é apenas ouvir o motivo que fez com que o paciente buscasse o serviço, mas é o exercício da escuta qualificada e identificação das suas necessidades excedendo o contexto biológico. A classificação de risco é uma metodologia que auxilia a prática do acolhimento para atendimento e oferta de cuidados conforme a gravidade.

A classificação de risco está contida no acolhimento e não é sinônimo de triagem. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) integra a PNH como ferramenta tecnológica para auxiliar o profissional no atendimento às demandas de urgência e emergência, baseado na gravidade do paciente. Primar, ouvir e sanar as dúvidas dos pacientes e de suas famílias em relação à gravidade, além de melhorar o acesso e o tempo de espera para o atendimento são proposições do ACR. A completude da assistência só ocorrerá quando o paciente for visto integralmente, considerando todas as suas necessidades e não apenas os sinais e sintomas (BRASIL, 2009; COSTA et al., 2018).

Dessa forma, todos os níveis de atenção, inclusive o hospital de referência, devem estar envolvidos no acolhimento à mulher com câncer de mama, de maneira resolutiva, com escuta dignificada, humana e ética. Assim, verificamos que a ausência de acolhimento, tanto nos serviços de ABS como no hospital de referência, foram percebidas pelas mulheres como dificuldade no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

#### ***Barreiras geográficas e funcionais que impedem o acesso aos serviços de saúde para a atenção à pessoa com câncer de mama***

O acesso à saúde, embora garantido pela Constituição Federal de 1988, ainda representa um grande desafio para os cidadãos brasileiros, considerando as inúmeras barreiras encontradas ao buscar atendimento para resolver seus problemas de saúde.

Para o cenário estudado, essa situação não foi diferente, pois as mulheres descreveram barreiras geográficas e funcionais para o diagnóstico do câncer de mama. A barreira geográfica estava atrelada às barreiras funcionais, levando essas mulheres a buscar outros serviços para encontrar os profissionais de que precisavam, obrigando-as muitas vezes, a usar de estratégias para burlar o sistema de saúde, ou então, expor-se a um “jogo de empurra” para assim, garantir atendimento.

*“Eu acho que eu fui umas duas vezes ali [no posto de saúde], porque eles encaminham para outro lugar, desse lugar eles encaminharam para outro lugar” (MP3).*

*“Ginecologista ali na unidade não tem. Daí eu fui em um médico de outro posto, em um ginecologista de lá. Como eu sou daqui desse bairro eu tenho que ir ali, eu não posso ir lá no outro. Eu fui lá com o endereço da minha filha” (MP4).*

As barreiras funcionais, ou seja, aquelas relacionadas à organização e disponibilização dos serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2008)), apresentaram-se quanto ao acesso. Essas foram expressas principalmente pela forma como os serviços organizam seus protocolos de atendimento e como ocorrem os agendamentos de consultas, fazendo com que, no momento que a mulher precisa, dificilmente consiga ser atendida.

*“Aqui sempre ficou a desejar. Nunca a gente é atendida. Quantas vezes fui no posto morrendo, sendo carregada e tinha que marcar, não atendia na hora e o médico lá. Na quinta o médico não atende porque faz visita, não sei aonde que ele faz visita, na quarta é só para gestante. Aí sobra só segunda e terça, porque na sexta eles fazem reunião”* (MP3).

*“O doutor ficou doente, eles não quiseram me dar outro exame e nem me passar para outro médico. A menina falou que tinha que esperar três meses, se o doutor não voltasse em três meses, aí iriam passar para outro médico”* (MP3).

Entre as maiores responsabilidades dos sistemas públicos universais de saúde, encontra-se a garantia do acesso aos serviços de qualidade, não apenas no sentido de possibilitar a atenção a problemas de saúde agudos e crônicos, mas também de encadear ações de promoção de saúde e prevenção de agravos (MENDES, 2012).

A ABS intenta assegurar o acesso da população ao sistema de saúde no nível local, com área e clientela adscritas, diagnóstico territorial, organização de ações direcionadas aos impasses de saúde, de forma acordada com a comunidade (SILVA JÚNIOR et al., 2010).

Para Starfield (2002), na ABS, o acesso deve ser universal, e não obrigatoriamente pertinente ao grau de necessidade, pois não se pode esperar que a população compreenda a gravidade ou urgência de seus agravos de saúde, antes de procurar atendimento.

De acordo com Giovanella et al. (2008), existem várias barreiras de acesso que atuam obstaculizando a utilização dos serviços de saúde: barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais. No entanto, existem facilitadores, quando por exemplo, a conveniência no horário de atendimento dos serviços, no tempo de espera de consultas, entre outros, contribuindo para o acesso. Neste estudo, como já citado, destacamos as barreiras geográficas e as barreiras organizacionais ou funcionais.

A primeira refere-se à distância e ao tempo de deslocamento dos usuários até a obtenção dos cuidados à saúde e aos custos envolvidos. Já a segunda diz respeito às

características relacionadas ao modo de organização dos serviços de saúde, recursos humanos e tecnológicos disponíveis, incluindo: tempo para conseguir uma consulta, modo de agendamento, turno de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais e continuidade ao tratamento. (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

No que diz respeito aos protocolos de atendimento na ABS, bem como à alta rigidez nos horários de funcionamento da UBS, os quais se enquadram nas barreiras funcionais, salienta-se que eles podem engessar as práticas, abarcando os usuários e o cuidado em modelos pré-estabelecidos, o que é pontualmente contestável na reorganização dos modelos de atenção à saúde centrados nas necessidades do usuário. A organização e o funcionamento desses protocolos devem ser discutidos com o cotidiano da comunidade, a fim de promover a integração e a efetivação de práticas mais inclusivas (RODRIGUES et al., 2019).

Outro aspecto levantado pelas participantes foi a demanda excessiva nas unidades de saúde e a falta de profissionais para atender essas mulheres, podendo assim colaborar para o atraso no diagnóstico e para o início do tratamento do câncer de mama.

*“Uma amiga minha disse: ‘Nem adianta você ir no posto de saúde, porque eu já fui duas vezes e está cheio de gente para consultar’” (MP3).*

*“Precisaria mais médicos no posto eu acho. Isso seria um ponto para melhorar, para ter mais atendimentos. As pessoas que vão ali, às vezes para marcar uma consulta e marcam para daqui vinte dias, trinta dias, está faltando médico né” (MP8).*

A demanda espontânea intensa e a falta de profissionais são outros pontos que se evidenciam como barreira funcional ao acesso. A rotina do processo de trabalho dos profissionais da ABS no que diz respeito ao atendimento às demandas, têm apresentado objeções no ajuste entre demanda espontânea e demanda programada. A primeira se refere às ações assistenciais e curativas; é o usuário que comparece à unidade aleatoriamente, seja por agravos agudos ou por razões que ele mesmo conceitue como necessidade de saúde; já a segunda é atribuída às ações promocionais e preventivas, ou seja, aquelas que são agendadas previamente (FARIA; CAMPOS, 2012).

Alguns estudos constataram que a demanda espontânea corresponde a quase 80% dos atendimentos realizados nas UBS, enquanto que o restante direciona-se à demanda programada. Desta forma, acolher e organizar todos esses usuários nas UBS, tem sido uma atribuição laboriosa e complicada, pois a garantia da assistência e atendimento qualificado a

todos, na maioria das vezes, não se efetiva (ESPERANÇA; CAVALCANTE; MARCOLINO, 2006; NORMAN; TESSER, 2015). Isso nos leva a refletir sobre a organização e o processo de trabalho dos serviços de saúde vigentes.

Em relação à falta do profissional médico, verifica-se que o correto suprimento de serviços de saúde a regiões longínquas, pobres e periféricas, é um transtorno em nível mundial, pois a desprimorosa distribuição geográfica de provisoros de saúde, principalmente de médicos, tem sido mencionada como uma adversidade inquietante, perseverante e prolongada, há muito tempo, em diversos países. A Constituição Brasileira garante o direito à saúde, sob os princípios da universalidade e equidade de acesso, contudo há contextos que não asseguram esse acesso de assistência e serviços de saúde, (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009), como o caso de determinadas regiões geográficas, fato observado neste estudo em região fronteiriça.

É notório que a resolução da carência e da má distribuição de médicos é uma missão dificultosa, que em grande parte ultrapassa ações de planejamento e estratégia, reprimindo os usuários em suas necessidades de saúde, nesse caso a definição do diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama (FARIA; CAMPOS, 2012).

A falta de comunicação proferida entre os exímios pontos de atenção das redes de atenção à saúde e a falta de responsabilização do profissional pelo usuário mostraram-se também como barreiras funcionais para o acesso à atenção à saúde.

*“Eu fui consultar no posto. A doutora falou que eu precisaria consultar com um mastologista, que seria lá na oncologia. E falou: ‘Eu acho que o doutor A. não está mais atendendo porque ele se aposentou’. Que eu saiba não tem nenhum outro médico que atenda pelo SUS. E eu fiquei sentada, e daí falei: ‘O moça [receptionista da UBS], você podia fazer um favor de tentar ligar lá na oncologia’. Ela ligou, e falaram: ‘Sim o doutor está atendendo aqui no centro de oncologia’” (MP7).*

Um dos grandes obstáculos para a integração do trabalho entre as redes de atenção à saúde é a dificuldade de comunicação entre os variados níveis do sistema, seja pela dualidade de mensagens com assuntos divergentes, ou pela ausência de informação ocasionando insegurança, discordância e confusão. Faz-se necessário uma boa comunicação em toda a rede de atenção com informações atualizadas, ou seja, os níveis de atenção devem conversar, dialogar, objetivando o cuidado integral e a superação do confronto, ou seja, a complexidade de comunicação (WEIRICH et al., 2009).

No relato anterior, a mulher participante usou de persuasão para ultrapassar a barreira funcional, e garantir o acesso ao atendimento de que precisava. Isso se faz necessário, às vezes, pois muitos profissionais envolvidos no processo de cuidado integral estão mergulhados em relações burocráticas, o que os torna pouco acolhedores e facilita a passagem de informações desconstruídas e evidencia a falta de responsabilização pelo atendimento dos usuários (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Dessa forma, por considerarem os serviços públicos de saúde demorados e para assegurarem a realização dos exames solicitados, as mulheres participantes preferiram buscar os serviços particulares para conseguir o atendimento de que precisavam.

*“O médico fez o pedido da ecografia, e eles me falaram que iriam me colocar na fila de espera. Daí eu peguei e fiz particular, na mesma semana” (MP3).*

*“Eu tive que pagar a mamografia, paguei particular” (MP4).*

Estudo de Batista, Mattos e Silva (2015), com pessoas diagnosticadas com câncer na AB, aponta que para agilizar a realização de exames elas os custearam, comprometendo assim, seu orçamento familiar.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Oncológica caracteriza a necessidade de melhoria no acesso ao diagnóstico precoce e início do tratamento do câncer, através da organização da rede de atenção à saúde, que inclui a realização de exames (BRASIL, 2013).

Algumas mulheres com câncer de mama, por vivenciarem dificuldades para acessar os serviços de APS do município, e por serem usuárias do serviço de referência para oncologia, buscaram atendimento diretamente no hospital, acreditando que essa era a forma mais fácil e garantida de obter atendimento médico e acesso aos exames.

*“Cada vez que eu passava mal eu ia lá no pronto atendimento [do hospital de referência para oncologia] e eu era bem atendida. Os exames que os doutores pediam, faziam na hora, tudo assim” (MP3).*

*“Não tenho ido no posto de saúde não, vou direto no hospital [referência para oncologia]” (MP6).*

Segundo Starfield (2002), para que a ABS se torne porta de entrada para o sistema de saúde, é necessário eliminar as barreiras geográficas, funcionais, financeiras e culturais.

Donabedian (1984) define o acesso como o grau de ajuste entre as peculiaridades dos recursos de saúde e as necessidades da população. Baseado neste contexto, constata-se que em muitas situações, os usuários constroem suas táticas para facilitar o ingresso e a utilização dos serviços de saúde de que necessitam, como o foi o caso das mulheres deste estudo, ao procurarem assistência de modo direto no hospital de referência.

A problemática que envolve esses atendimentos é que o hospital de referência acaba ficando sobrecarregado, uma vez que resolve agravos que muitas vezes podem ser solucionados na ABS. Contudo, mesmo nessas condições, o hospital tem conseguido prestar um bom atendimento, na opinião das usuárias (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Assim verificamos que tanto as barreiras geográficas quanto as barreiras funcionais agiram dificultando o acesso para as mulheres participantes.

## **Facilidades**

Cabe citar, no entanto, como comentamos anteriormente, que existem alguns facilitadores nesse processo, e a seguir são apresentados depoimentos das participantes deste estudo, ainda que em número reduzido, que se referem às facilidades que tiveram no primeiro contato com os serviços da APS, mostrando que o acesso às consultas e aos exames não foi demorado.

*“Seis meses, um ano, eu fazia mamografia” (MP1).*

*“No meu caso, os exames não foram demorados” (MP13).*

Ao saberem da condição de saúde das mulheres ocasionada pelo câncer de mama, os profissionais de saúde de algumas unidades de saúde procuraram garantir-lhes um atendimento diferenciado, especialmente facilitando o seu acesso às consultas.

*“E agora sempre que eu vou, eu vou mais no posto. Quando eu falo que eu sou paciente da oncologia, é assim, sou prioridade” (MP1).*

*“Quando eu vou consultar eu sempre falo que sou paciente oncológica” (MP5).*

A integralidade das ações de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico pleiteia, além do conhecimento técnico-científico e competências no relacionamento interpessoal, um preparo psicossocial contribuindo nas intervenções de saúde e cuidado humanizado, favorecendo o tratamento do câncer. É notório que o acesso através do acolhimento particularizado ao paciente oncológico, é essencial para a promoção e recuperação da saúde (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008; CARDOSO et al., 2019).

### **5.3.2 Atributo 2 - Longitudinalidade**

#### **5.3.2.1 (Des)construindo a longitudinalidade na atenção à mulher com câncer de mama**

Nesta categoria evidenciaram-se três subcategorias sobre as percepções acerca da longitudinalidade, no cuidado à saúde da mulher com câncer de mama no contexto da atenção primária, em município de fronteira. Assim sendo: *Construindo e fortalecendo o vínculo – mulheres e profissionais da APS, A vinculação com o serviço de referência para oncologia e a longitudinalidade e (Des)vinculação da mulher com câncer de mama com a unidade de saúde.*

#### **Facilidades**

##### ***Construindo e fortalecendo o vínculo – mulheres e profissionais da APS***

É essencial que exista uma relação de confiança e responsabilização entre as mulheres com câncer de mama e os profissionais que as assistem; é preciso que esse vínculo se fortaleça e que elas saibam que haverá um serviço de saúde que as amparará, com resolutividade, quando precisarem. Em relação ao profissional médico da UBS houve concordância nas narrativas de algumas mulheres quanto à responsabilização, tanto nas consultas como no tratamento e encaminhamentos, o que fortalece a longitudinalidade e o cuidado. Esta relação positiva foi facilitadora deste atributo.

*“Confio sim [nos profissionais da UBS], se a solução não é lá eles irão me encaminhar” (MP2).*

“É bom [o relacionamento com os profissionais da UBS], faz anos, eu mesma faz 30 anos que eu moro aqui então a gente tem uma amizade muito boa [com os profissionais da UBS]” (MP9)

“Eles [a equipe da unidade de saúde] falam se eu estou fazendo certinho o tratamento, não é para mim faltar, não faltar nenhum dia. A não ser que eu esteja muito debilitada” (MP1).

“O Dr. P consultava assim, ele via as mãos tudo, tudo, o pescoço assim tudo, muito bom eu gostei muito dele” (MP3)

“Sim, porque ela [a médica] já me examinou e falou: ‘olha realmente eu estou sentindo, tem mesmo alguma coisa, então eu vou te encaminhar já para um especialista mesmo’” (MP1).

“Aparentemente não deu nada [nos exames], mas eu [o médico] não vou te atender aqui, você vai para o hospital [referência para oncologia]” (MP4).

“É ele [o médico] disse que iria ligar lá [no Centro de Oncologia] e pedir que me passasse na frente, essas coisas, para agilizar, encaminhamento tal [...]” (MP6).

De acordo com Starfield (2002), a longitudinalidade tem sido apontada como um atributo primordial e restrito da ABS. Trata-se do seguimento do usuário ao longo do tempo pelos profissionais da ABS, para os inúmeros acontecimentos de doença e cuidados preventivos. Neste seguimento está contido uma vinculação terapêutica identificada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do usuário.

Para a estruturação desse atributo são fundamentais três elementos: existência e reconhecimento de uma fonte regular de cuidado de ABS, que pode ser um profissional em particular ou um local específico; afirmação de vínculo terapêutico longo entre os usuários e os profissionais de saúde; e a continuidade informacional que diz respeito aos registros de saúde que abrangem, além das características clínicas, os aspectos sociodemográficos, valores e condição familiar do usuário. Esse aglomerado de conhecimento deve direcionar a conduta terapêutica (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Algumas mulheres deste estudo citaram a ABS e os profissionais de forma geral, contudo especificaram o profissional médico, como fonte regular de cuidado, considerando a ABS como guia cotidiano para atendimento da maior parte das necessidades de saúde. O vínculo duradouro, bem como a continuidade informacional caracterizaram a confiança e responsabilidade expressas nas narrativas, fortalecendo o elo e o cuidado integral. Só é possível conhecer a história das mulheres com câncer de mama, se essa relação com os profissionais for construída ao longo dos anos; contudo, a longitudinalidade traduz que estabelecer relações terapêuticas independe de doença (FRANK et al., 2015).

A responsabilização fortemente expressa em relação ao profissional médico, foi essencial para fortalecer a longitudinalidade e alcançar a integralidade do cuidado das mulheres com câncer de mama, o que contribuiu para facilitar a obtenção do diagnóstico e consequentemente o início do tratamento. Entretanto, para haver magnificência ao prosseguimento do referido atributo, a vinculação deve ocorrer entre a mulher e o serviço de saúde e não com um único profissional, o que obstaculiza a busca por ações integrais e resolutivas (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

## **Dificuldades**

Houve também relatos mostrando inconsistência nas relações de confiança entre mulheres e profissionais, assim como na responsabilização desses profissionais, ocasionando a fragilização do vínculo e do cuidado integral.

*“Bom, ali no posto a enfermeira só viu, [...] pediu a ecografia, a médica só assinou e eu nem vi ela. Eu só fui lá e peguei o papel e quando eu fiz a ecografia, no mesmo dia que fiz, eu trouxe para ela. Ela só me mandou para o Dr. A [no centro de oncologia] e eu nunca mais fui no posto” (MP3).*

*“Eu não confio não [nos profissionais da UBS]. [...] Eu fiz o preventivo [...], quando eu fui buscar o resultado eles tinham consumido com o resultado do meu preventivo. [...], fazia uns dois meses, apareceu esse resultado do preventivo. Só que daí quando ela foi me entregar, só que não era o meu nome, era X, [...], a enfermeira falou assim: ‘Nossa você está com câncer de útero’. Daí eu olhei e falei assim: ‘Mas essa aqui não sou eu, olha o nome’” (MP4).*

*“Porque a enfermeira, se fosse por ela eu nem teria feito a ecografia, porque ela não queria marcar” (MP3).*

*“Fui peguei o resultado, aí vim e a enfermeira falou: ‘Não deu nada’. [...] ‘É normal, isso aí pode ser uma glândula’. Mas eu falei: ‘Só que eu quero um encaminhamento para o Dr. A [mastologista] Ela falou: ‘Eu não vou te passar com o Dr. A porque ele não vai te atender’. [...] Ela não queria, eu acabei batendo boca com ela” (MP4).*

*[...] eu fiquei esperando que eles achassem [encaminhamento para ecografia], mas eu não me toquei, [...] ali passou uns três quatro meses, [...] (MP10).*

A ausência de responsabilização por parte dos profissionais retrata situações que exibem cenários de abandono e desconfiança. Cenários esses que produzem no usuário insegurança e receio em procurar cuidado nos serviços públicos de saúde, ocasionando desvinculação e comprometimento da fonte de atenção. O acolhimento ao usuário que carece ser cuidado é um requisito inegável para a longitudinalidade. Deve ser iniciado na recepção dos serviços de ABS e se estender até a solução das adversidades que o perturbam (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Utilizar a ferramenta do acolhimento nos serviços de ABS pode fortalecer o atributo da longitudinalidade, por evidenciar a construção de vínculos pessoais e permanentes, delineando o reconhecimento e responsabilização recíproca entre usuário e profissional. Para o acolhimento efetivo e formação de um ambiente de confiança que assegure a criação do vínculo, é necessário que os usuários sejam ouvidos pelos profissionais de forma qualificada e metódica, visando uma relação terapêutica mútua (FRANK et al., 2015; CARMELO et al., 2016).

Assim, pudemos apreender dos depoimentos, que para algumas participantes deste estudo, tanto o acolhimento, como a relação de confiança e responsabilização por parte de alguns profissionais, não foi satisfatória, chegando a prejudicar o tempo para obtenção do diagnóstico e início do tratamento. Outro ponto a se ressaltar é que o profissional enfermeiro foi citado como um agente dificultador da longitudinalidade.

O papel do enfermeiro na ABS é um tema amplamente discutido diante das práticas desenvolvidas no cotidiano do exercício da profissão. Porém, o desafio é efetivar o cuidado em enfermagem na concepção de relações interpessoais de diálogo, escuta qualificada, humanização, respeito e resolutividade. As condutas de enfermagem propendem a focalizar a patologia,

procedimentos técnicos e ações curativas, pouco relevando o processo de cuidar que retrata o usuário como centro da atenção. Tal contexto tem repercutido também nos cuidados na ABS. Baseado na compreensão de que o cuidado transcende as perspectivas das práticas técnicas, a ABS é considerada um local de incentivo ao diálogo, audição de histórias de vida, agravos, crenças e cultura da população, os quais possibilitam o desenvolvimento de práticas de cuidado, através da aproximação do profissional de saúde, à realidade de vida dos usuários ( ACIOLI et al., 2014).

Deste modo o enfermeiro como constituinte da equipe e na maioria das vezes coordenador, pode gerenciar esses acontecimentos rotineiros de forma a facilitar e oportunizar a efetuação do atributo da longitudinalidade, motivar a equipe a realizar uma assistência qualificada e integralizada pois dispõe de competência prática e científica, além de ter um papel essencial no processo saúde-doença da população e assim cooperar diretamente para a reorganização dos modelos assistenciais (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012).

## **Facilidades**

### *A vinculação com o serviço de referência para oncologia e a longitudinalidade*

As mulheres com câncer de mama, de forma geral, expressaram a relação satisfatória com o serviço e todos os profissionais do Centro de Oncologia, destacando assim o atributo longitudinalidade.

*“Bom eu acho assim, lá no hospital [Centro de Oncologia] eu fui bem atendida, sempre que eu fui os médicos, as enfermeiras que fazem as quimio, as enfermeiras que fazem as radio, muito bom” (MP3).*

*“Muito bom, das faxineiras até os doutores assim, muito bom, atendimento cem por cento bom” (MP5).*

*“[...]foi tranquilo [no Centro de Oncologia], passei por uma junta médica né, por psicólogo, por nutricionista, por cardiologista, [...], falei para o meu marido: ‘Olha como Deus é tão maravilhoso, que Deus põe as pessoas certas no momento certo da sua vida, foi tudo, olha um melhor do que o outro, não tenho nada que reclamar de nenhum um deles’” (MP9).*

*“Daí eu comecei fazer o tratamento lá [no Centro de Oncologia], mas eu não sabia que lá os doutores, as recepcionistas, as enfermeiras, a nutricionista, a psicóloga [...] eles são muito bons para tratar a gente, eles são mesmo muito queridos. [...] tratam a gente bem, [...]” (MP10).*

Os depoimentos mostraram ainda o quanto elas se sentiram acolhidas pelos profissionais do serviço de assistência social da casa de apoio do Centro de Oncologia, com destaque para as instalações do local. Esses serviços amparam as mulheres com câncer de mama, favorecendo assim o cuidado integral.

*“[...] a casa de apoio [...] .É um lugar [...], que as pessoas que trabalham lá, recebem a gente, as refeições boa também, o pessoal nunca pode de reclamar, as camas boas, bem limpinha para dormir, bem cheirosinhas, eu já dormi lá, então eu posso falar, [...]se tiver alguma pessoa [...] que mora um pouco mais longe, [...]as vezes tem dificuldade por causa de ir para casa, a pessoa é para ir sem medo e ficar esses dias na casa do apoio, porque lá é muito bem recebido, muito bem atendido também” (MP7).*

As denominadas casas de apoio possibilitam um ambiente familiar, aproximando o paciente dos cenários domésticos e o afastando dos aspectos hospitalares. As casas de apoio surgiram para abrigar e acolher pacientes em tratamento antineoplásico, que residem em outro município e necessitam de um local de permanência, ou de locomoção constante até os centros oncológicos, uma vez que essas questões complicam o confronto da doença, podendo acarretar esgotamento físico, financeiro e emocional (FERREIRA et al., 2015).

Assim sendo, o relato profícuo da mulher participante evidenciou a casa de apoio como uma facilitadora para o cuidado, tratamento e a longitudinalidade nesse momento de fragilidade experienciado.

Como já mencionado Starfield (2002) aplica o termo longitudinalidade como atributo essencial para uma ABS integral, pois refere ao segmento do usuário ao longo do tempo por um médico generalista para eventos de doença e cuidados preventivos. Na literatura brasileira Cunha e Giovanella (2011) sugerem a utilização do termo fundamentado no vínculo estabelecido de forma terapêutica entre os usuários e equipe de saúde, considerando a ABS como fonte regular de cuidados no decorrer do tempo.

Assim, na existência de um vínculo efetivo as mulheres com câncer de mama, após a definição do diagnóstico e início do tratamento, aderiram e reconheceram o Centro de

Oncologia como local de aporte regular de cuidado por um duradouro período. Esta vinculação favorável é revelada como facilidade para o alcance da longitudinalidade nos demais níveis de atenção.

### **Dificuldades**

Cabe citar, no entanto, que apesar de a maioria das mulheres narrarem sobre a relação favorável com o Centro de Oncologia, foram marcantes os depoimentos de duas delas sobre a falta de acolhimento por parte da profissional médica, prejudicando a longitudinalidade.

*“Eu falei: ‘olha doutora eu tive câncer, tive câncer nos dois seios e tudo’. Ela falou: ‘deixa eu ver, nossa, mas você tem peito ainda’, ela falou assim sabe,[...] ‘nossa ela me deixou muito pra baixo’” (MP1).*

*“[...] na verdade a minha reclamação, tem uma médica [...] que tem me atendido ali no pronto atendimento [do Hospital de referência para oncologia], ela fica fazendo comentários tipo assim: ‘Tem gente que vem aqui e esquece de ir embora’. Querendo [...] dar indireta para mim, entendeu, são coisas assim que eu acho desnecessário, e que está acontecendo e aconteceu agora, é recente sabe” (MP6).*

O vínculo e o acolhimento colaboram na busca do usuário pelos serviços de saúde, e fazem com que ele os perceba como princípio convincente de atenção às suas necessidades de saúde, conforme os serviços sejam resolutivos. Práticas realizadas de acolhimento, comunicação aberta e o desenvolvimento de empatia entre profissionais e usuários fortificam a relação interpessoal, que é um robusto promotor de vínculo e confiança na produção do cuidado (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

### **Dificuldades**

#### ***(Des) vinculação da mulher com câncer de mama com a unidade de saúde***

As participantes relataram que, após o diagnóstico, ao chegarem aos serviços de referência para oncologia, onde iniciariam ou dariam continuidade aos tratamentos, tiveram de informar aos profissionais de saúde sua história clínica até aquele momento, pois eles a

desconheciam. Esse desconhecimento, a falta de diálogo e escuta dessas mulheres pelos profissionais das unidades de saúde, assim como a ausência de comunicação entre os serviços de saúde da realidade estudada foram apontados como prejudiciais e dificultadores para o fortalecimento da longitudinalidade e do cuidado integral.

*“Eles [os profissionais da UBS] ficaram sabendo depois que eu tinha feito a cirurgia [...]. Agora eles conhecem, mas eles mesmos, ninguém conversou ou perguntou como que eu estava, eu fui lá fazer os curativos tudo, mas ninguém perguntou se precisava de retorno para alguma coisa com o médico, ali ninguém perguntou nada” (MP8).*

*“Um dia encontrei uma [agente de saúde] no caminho, ela falou assim: ‘Eu nem sabia que você estava doente’. Isso que eu estava usando lenço e tudo” (MP4).*

*“Sim, eu contei para as enfermeiras quando eu fui lá e estava fazendo o tratamento ainda. Ela [a enfermeira] falou: ‘Dona E. a senhora fazia tempo que não vinha aqui’. Daí contei para ela” (MP10).*

*“Conhecem, porque eu fui fazer o meu pré-natal lá [na UBS], então acabou que todo mundo ficou sabendo” (MP11).*

*“Sim, eu já falei para ele [profissionais da UBS] que eu tive problema, câncer de mama” (MP13).*

*“Eu expliquei para a doutora que eu tive câncer de mama” (MP7).*

*“Eu achei estranho porque ele não olhou na minha cara, não consultou assim de colocar a mão e palpar pra ver alguma coisa, ele não fez nada disso [...] eu perguntava e ele me xingava, ele falava que ele que era o médico e que eu não precisava saber de nada. Eu pensei, eu não vou nem perguntar nada” (MP3).*

*“[...]eu falava pra ele [o médico ecografista] que era aqui, e ele passava o aparelho ali, aí eu falei para ele: ‘Mas doutor não é aí, o caroço é aqui’. Ele falou: ‘O médico aqui sou eu ou você?’” (MP4).*

A longitudinalidade possibilita conhecer a população, seu cenário familiar e social, sua história clínica, hábitos e agravos de saúde, viabilizando a elaboração de cuidados e intervenções satisfatórias. Esse atributo é construído mediante vários aspectos como o diálogo, escuta, interação entre os sujeitos, relação interpessoal, vínculo e confiança entre profissional e usuário. A fragilidade do processo de comunicação, ou seja, do diálogo e da escuta dos usuários pelos profissionais é considerada uma limitação para o cuidado ao longo do tempo, pois uma interlocução hábil é substancial para a implantação do vínculo longitudinal (KESSLER et al., 2019).

Assim, verifica-se que o desprezo à escuta ao usuário e conseqüentemente a comunicação e contato exíguo com o profissional são apontados como barreiras à longitudinalidade, pois instigam a insatisfação do usuário com o serviço que utiliza, avariando o vínculo e a utilização regular desse serviço. Os profissionais devem ser acessíveis ao diálogo, à escuta, discernir as necessidades e direcionar a população, fortificando o vínculo e a confiança na AB; além disso precisam ser sensíveis, conhecedores da história de saúde/doença dos usuários e estar atentos às ansias de saúde da população, através de uma atenção completa (PAULA et al., 2015; KESSLER et al., 2019).

Outro empecilho à longitudinalidade foi a falta de comunicação entre os serviços, pois o compromisso de compartilhar as informações entre a atenção primária e a atenção especializada é essencial para a atenção continuada e integral. É primordial que os profissionais de saúde interajam, buscando a organização do cuidado, pois são corresponsáveis pela movimentação dos usuários entre os sistemas de atenção. A base da comunicação entre os serviços acontece por meio dos fluxos de referência e contra-referência, que são ferramentas de gestão, as quais organizam o acesso aos níveis de atenção (CUNHA et al., 2016).

Estudos indicam que a referência tem sido eficaz, ao contrário da contra-referência, com uma falta de resposta da atenção especializada, resultando em perda do seguimento do paciente, detrimento da evolução clínica, assistência prejudicada, aumento dos custos e ocorrência de reencaminhamentos. Em geral, a atenção especializada trabalha sem vínculo com a atenção primária, obstaculizando a organização do cuidado e efetividade da longitudinalidade. As RAS necessitam de informações descomplicadas, rápidas e eficientes, contudo devido à inconsistência da comunicação entre os serviços, há uma dependência de informes pelo próprio usuário do seu seguimento clínico, como ocorreu com as mulheres deste estudo (MENDES, 2012; CUNHA et al., 2016; FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018).

Ainda em relação aos obstáculos para se atingir a longitudinalidade, ao se pronunciarem as mulheres falaram sobre a alta rotatividade dos profissionais das unidades de

saúde, o que dificulta a construção da relação ao longo do tempo entre as mulheres com câncer de mama e esses profissionais, obstaculizando assim a longitudinalidade

*“Eu conheço, [os profissionais da UBS] mas é que troca muito” (MP12).*

O conceito de rotatividade é compreendido como a frequente entrada e saída de pessoas em uma organização, voluntária ou involuntariamente. As razões do rotativismo dos profissionais são multifatoriais e instigadas por aspectos econômicos, sociais e políticos que se inter-relacionam em um cenário ativo (TONELLI et al., 2018).

Essa alternância de profissionais dificulta a criação de vínculos, compromete a resolutividade das equipes, gera uma fonte irregular de atenção e inibe que a longitudinalidade ocorra, acarretando na insatisfação do usuário quanto ao cuidado recebido (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

A percepção do cuidado prestado pelo profissional médico foi negativamente mencionada pelas participantes, com destaque quanto à maneira como foram tratadas por eles, fato esse que dificulta a vinculação e o cuidado mediante este cenário de vulnerabilidade vivenciado pelas mulheres com câncer de mama.

*“Só que daí, nós não nos demos bem eu e ele, [...]. Mas tem médico que é bom para uma pessoa e não é bom para outra. Tem médico que você gosta e outros que você não gosta, que não vai com a sua cara, sei lá” (MP3).*

*“Ele [o médico] foi bem grosso [...] falou o que tinha que falar, mas de forma bem grosseira, eu lembro que eu chorei, saí de lá bem chorando sabe, bem triste. A forma um pouco que ele falou, porque eu já estava mal, daí o médico não soube falar comigo, eu saí de lá bem mal” (MP6).*

O acolhimento humanizado e a abordagem aprazível entre os profissionais e os usuários proporcionam relações de confiança, vinculação longitudinal, afinidade e sensibilidade, oportunizando nesse caso, o estabelecimento uma relação médico-paciente satisfatória (COMES et al., 2016).

À medida que médicos e pacientes criam vínculos terapêuticos, tecem na verdade uma relação interpessoal que, de acordo com as condutas e atos médicos podem repercutir no usuário enfermo de forma benéfica ou maléfica. Do ponto de vista da oncologia, a relação

médico-paciente tem particularidades concernentes à enfermidade calamitosa, pois a gravidade do diagnóstico intensificada por medos, incertezas e mitos dificulta sua abordagem, ocasionando ansiedade e tensão emocional, tanto aos médicos como aos pacientes (SILVA et al., 2011; BASTOS; ANDRADE; ANDRADE, 2017).

A compreensão do paciente em sua individualidade é essencial durante a acolhida, independentemente de quantos pacientes acometidos por câncer o profissional médico tenha demandado. Salienta-se que uma abordagem repulsiva como a que ocorreu com duas mulheres deste estudo, prejudica a construção do vínculo efetivo, contentamento do usuário e/ou a adesão ao tratamento. Esses profissionais carecem, portanto de um refinamento na humanização e em sua comunicação com a mulher com câncer de mama (BASTOS; ANDRADE; ANDRADE, 2017).

### **Facilidades**

Cabe citar, no entanto, que o outro lado do atendimento às mulheres, retratando a empatia, a presença do diálogo e da escuta, ou seja, a comunicação satisfatória entre elas e os profissionais médicos das unidades de saúde, também apareceu na fala de algumas. Esse aspecto é bastante positivo, no sentido de que é fundamental para o fortalecimento da longitudinalidade, para a garantia do seguimento do cuidado e para a fortificação da vinculação da usuária com o serviço de saúde.

*“Ela [ a médica] perguntou o que estava acontecendo, falei: ‘eu senti um carocinho aqui’. Ai ela [ a médica] falou: ‘vamos ver...’”(MP1).*

*“Mas daí ele [o médico] já conversou muito bem comigo e me tranquilizou bastante, médico bom, bom mesmo” (MP9).*

*“Ele [o médico] falou assim para mim: ‘Você está preocupada?’ Eu falei que estava tranquila” (MP4).*

*“Eu lembro que ele [o médico] ficou do meu lado olhando, cuidando até a minha pressão baixar, ele olhava para o aparelho e olhava para mim, ficou do meu lado, assim de paciente para atender e ele ali, atendimento, ok”(MP6).*

*“Sim, todos, o médico mesmo que fez o meu pré-natal o Dr. LG, todos eles [orientaram sobre gestação e câncer de mama]” (MP11).*

*“Ele [o médico] era bem legal assim, quando eu entrava ele estava rindo, bem faceiro. Eu entrei ele estava rindo, ele me cumprimentou rindo” (MP3).*

### **Intersecção de Facilidades e dificuldades**

Quanto à percepção em relação ao atendimento dos demais profissionais de saúde, algumas mulheres acharam que foram bem atendidas, outras acharam que não foram e também houve sugestão de melhora nos atendimentos de modo que a vinculação seja assegurada.

*“Bom atendimento, muito bom” (MP2).*

*“Olha, eu não posso me queixar muito né, porque todas as vezes que eu fui lá, outras vezes eu fui atendida bem, só que tem muita gente que reclama, mas eu não posso me queixar” (MP8).*

*“Sim, me atendem bem” (MP13).*

*“Não achei que me atenderam bem” (MP6.)*

*“Acho que poderia ser melhor” (MP3.)*

### **5.3.3 Atributo 3 - Integralidade**

#### **5.3.3.1 A integralidade na atenção à saúde da mulher com câncer de mama**

Para esta categoria são consideradas as questões referentes à integralidade, outro atributo da APS, utilizada para resolução dos problemas de saúde das mulheres com câncer de mama em região de fronteira. As narrativas das mulheres participantes foram reunidas em três subcategorias: *Cuidado segmentado, focado no biológico – profissional de saúde e usuárias*

*centrados na doença, Um olhar para além do biológico e Falta de tecnologias para a estruturação do cuidado integral.*

## **Dificuldades**

### ***Cuidado segmentado, focado no biológico - profissional de saúde e usuários centrados na doença***

As falas a seguir evidenciam que as participantes deste estudo receberam dos profissionais da saúde um cuidado segmentado, em detrimento da promoção e da prevenção em saúde para mulheres com câncer de mama, criando dessa forma um obstáculo para a integralidade. Esse atributo tão importante da APS preconiza que não se limite a saúde à inexistência da doença e que para cuidar não se tenha um olhar somente focado no biológico, mas que se leve em consideração os aspectos psicológicos e sociais envolvidos pela doença.

*“Daí ele [o médico] veio, olhando pro chão com as mãos assim para traz, parou na minha frente, olhando pro chão e nem olhou na minha cara, ele disse: ‘Aonde que é?’ Eu mostrei assim, ele veio com o dedo assim e voltou e não falou nada. Pensei, esse é jeito de consultar? Achei estranho mas fiquei quieta” (MP3).*

*“Ela [a enfermeira] falou: Você não tem nada, você está bem, o útero está bem, está tudo sequinho, tudo bem, não tem nada” (MP4).*

*“[...] eles só passam o remédio da pressão que eu uso, [...] e esse cálcio que é para os ossos, [...] eu posso passar por lá e pegar a receita” (MP13).*

Observa-se ainda nos depoimentos que, até mesmo algumas mulheres apresentaram o entendimento do processo saúde doença como algo segmentado, pois descreveram que só procuram a unidade de saúde para resolução de problemas emergentes ou quando adoecem, o que similarmente dificulta a integralidade.

*“Quase não vou [no Posto de Saúde]. Agora tenho que ir para fazer o Papanicolau [...] porque quase eu não uso o postinho” (MP5).*

*“[...] porque eu mesma só vou lá [no Posto de Saúde] para pegar receita né do remédio” (MP9).*

*“Não, eu não procurei [a UBS] porque eu não sentia nada, não tinha dor, não tinha nada, nenhuma desconfiança nada. [...]” (MP2).*

*“Fui uma vez só e foi quando o médico me disse: ‘Você não deveria estar aqui, [...], você está com câncer’” (MP6).*

A integralidade, além de ser uma das pilstras na construção do SUS e enaltecida pela Constituição Federal de 1988, apresenta uma inovada experiência em saúde, interrompendo com um método segmentado prevalente nas práticas e no padrão de construção em saúde, identificado pelo mecanicismo, egocentrismo e biologicismo com relevância nos atos de propriedade curativa. Sugere ainda que para entendimento dos impasses de saúde sejam ponderadas as variadas dimensões de uma pessoa ou de um grupo populacional (RODRIGUES et al., 2017).

A integralidade abrange a oferta de uma vasta rede de serviços, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, oportunizados continuamente, independente das contrariedades dos serviços. Esse atributo pode ser definido como a garantia de acesso aos serviços de saúde nas ações de promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação, palição e também do comprometimento desses serviços no discernimento dos agravos biológicos, psicológicos e sociais incitantes de doença. A promoção de saúde presume um entendimento que não limite a saúde à inexistência de doenças, mas ordenada na organização de ações e intervenções no cuidado à saúde da população (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; COMES et al, 2016).

Portanto, no olhar da integralidade a população não deve ser minimizada à doença que lhe causa aflição, o que limita a percepção das necessidades dos agravos, diminuindo também a eficácia das ações. É primordial alargar a percepção do cuidado em saúde, levando em conta as carências e a adaptação da oferta de ações de saúde, em concordância com o contexto vivenciado entre usuário e os profissionais de saúde. Assim, o uso de ferramentas vigorosas da ABS, como a promoção de saúde e a prevenção de doenças devem ser continuamente utilizadas em benefício da edificação desse atributo (STARFIELD, 2002; HINO et al., 2019).

### ***Um olhar para além do biológico***

O cuidado das mulheres com câncer de mama deve ultrapassar o olhar centrado no biológico, avançando através da educação e prevenção em saúde, de modo a facilitar a integralidade. Nas falas isso é verificado quando alguns profissionais de saúde se mostram preocupados em saber se as mulheres realizam o autoexame das mamas.

*“Aí ela [a médica] falou:[...]Você já fez toque assim?’ Falei: ‘eu faço’, todos seis meses eu fazia para ver se tinha alguma coisa” (MP1).*

*“A enfermeira falou pra mim assim: ‘você faz o toque todo dia quando você vai tomar banho?’ Eu disse: ‘Não, de vez em quando, quando eu lembro faço’. Ela me mostrou como fazia e tudo, ela fez e disse que não tinha nada. Mas falou: ‘todo dia você tem que fazer, porque a mulher tem um monte de caroço no seio’. E quando você achar um diferente você tem que procurar um médico” (MP3).*

*“[...]a enfermeira me pediu se eu fazia o toque de mamas, eu falei que sim” (MP8).*

É primordial o cuidado com as mulheres antes que adoeçam; para que isto ocorra, o exame considerado padrão ouro no rastreamento e detecção precoce do câncer de mama é a mamografia; contudo, algumas mulheres informaram nunca terem realizado a mamografia ou ficado muito tempo sem realizá-la. Podemos pensar em negligência do serviço de saúde, mas o que também pode ter acontecido é que por ainda não terem 50 anos de idade e não apresentarem nenhum sinal ou sintoma, não tinham indicação do exame antes de descobrirem o nódulo.

*“Não, nunca tinha feito [a mamografia], só o preventivo, mas a mamografia nunca tinha feito” (MP8).*

*“Eu fiquei seis anos sem fazer mamografia. [...] Depois de seis anos eu fiz e já tinha o tumor, já estava quase com cinco centímetros, muito grande o tumor” (MP5).*

*“Antes nunca tinha feito não [a mamografia]. Porque na realidade eu tinha que fazer desde os quarenta anos, mas por um pouquinho de relaxamento mesmo eu não fiz não” (MP13).*

A integralidade do cuidado deve articular as ações de promoção, prevenção e recuperação, de forma organizada com saberes e intervenções regulares, transcendendo o olhar centrado no biológico. A relação terapêutica duradoura, firmada e instituída entre os profissionais de saúde e os usuários, denota um vínculo de longa data, o que favorece a atenção integral (COMES et al., 2016).

O cuidar para não adoecer pressupõe propiciar saúde, prevenir doenças e promover cuidado se o usuário ficar enfermo. No caso do câncer de mama, a responsabilização com a mulher que necessita ser cuidada vai além da oferta do serviço, acarreta construção do cuidado, relação entre usuário e profissional, por meio da jornada do cuidar. É necessário que quando a mulher busque o cuidado, todas as suas necessidades sejam contempladas e haja dedicação em solucionar seus problemas, através de um cuidado integral com práticas de saúde moldáveis; é preciso promover ações em saúde que possibilitem sua inclusão no rastreamento oportunístico ou organizado e detecção precoce do câncer de mama, como a realização da mamografia (MENDES, 2012; SILVA et al., 2015a). Todas essas ações facilitam a promoção da integralidade no cuidado à mulher.

### ***Falta de tecnologias para a estruturação do cuidado integral***

É notório nas falas das mulheres com câncer de mama que há divergências entre as unidades de saúde, no que se refere aos encaminhamentos de exames ou para médicos especialistas, protelando assim, o tratamento e fragilizando a integralidade.

*“Daí eu peguei o encaminhamento, aí eles perderam meu encaminhamento, eu ia lá e falava: ‘Mas já foi meu encaminhamento? Não veio nada até agora’. Quando foram achar não tinham nem mandado ainda, não tinham e nem acharam, daí passou e eu esperando e esperando, [...]” (MP10).*

*“Também fui consultar para ver um oculista porque eu estou perdendo muito a visão, não sei se por causa do remédio que eu estou tomando, eu estou na fila né, aí tem que esperar” (MP5).*

*“Quando ela [a médica] me examinou, ela já me encaminhou” (MP1).*

*“Eu falei que tinha um carocinho na mama, daí ela [ a Enfermeira] falou que iria me encaminhar para o especialista” (MP8).*

*“[...] falei com a enfermeira, nem marquei consulta nada, [...], ela olhou e já mandou para o Dr. A [mastologista] direto” (MP13).*

Também houve a menção da falta de padronização dos serviços nas redes, o que dificulta o cuidado integral para as mulheres com câncer de mama.

*“Ela [a médica da UBS] falou para mim: ‘Eu não sei, tem coisas que os pacientes sabem mais do que a gente, que deveria saber para poder passar para a oncologia para esses lugares’” (MP7).*

Para a ABS, gerar saúde integral através das práticas de promoção, prevenção, cura, reabilitação e palição, é primordial não só a mudança de condutas para com os indivíduos, como também o uso das tecnologias para complementar e concretizar as ações e os cuidados em saúde (SILVA et al., 2015a).

As tecnologias em saúde foram classificadas em leves, leves-duras e duras. As tecnologias leves retratam as relações de interação, subjetividade, construção de vínculos, confiança e responsabilização, as quais são essenciais para a gestão do processo de trabalho e produção do cuidado em saúde. Tecnologias leves-duras se referem ao conhecimento técnico; saberes que direcionam o trabalho como as normas, protocolos, conhecimento apreendido em áreas específicas, tal como a clínica e epidemiológica. Nessas tecnologias pode haver tensão entre a dureza da visão preestabelecida, e do pensamento desenvolvido pelo profissional de saúde e a leveza necessária ao usuário. Com base neste contexto é que as tecnologias leves obtêm significação como ações de saúde. Como não há um único modo de realizar essas ações, pode sobressair a dureza do processo organizado ou pode prevalecer a leveza nos processos mais flexíveis ( MERHY et al., 2016; GUANABARA et al., 2017).

Já as tecnologias duras dizem respeito às máquinas, instrumentos, equipamentos tecnológicos, que permitem acesso a dados físicos, exames laboratoriais, exames de imagem que alentam o raciocínio clínico, bem como outros equipamentos e medicamentos usados nas condutas terapêuticas. É necessário e inquestionável o uso de todas as tecnologias para o hábil

progresso do labor em saúde. Na ABS há o predomínio do uso de tecnologias leves e leves-duras; no caso das mulheres com câncer de mama, nem todas tiveram acesso às diferentes tecnologias, o que gerou uma situação desarmoniosa, contribuindo como barreira para o alcance da integralidade (MERHY et al., 2016; MOURÃO NETTO; DIAS; GOYANNA, 2016).

### 5.3.4 Atributo 4 – Coordenação

#### 5.3.4.1 A coordenação na atenção primária à saúde: perspectivas no cuidado à mulher com câncer de mama

Emergiram dessa categoria duas subcategorias acerca da coordenação para resolução dos problemas de saúde das mulheres com câncer de mama, em município de fronteira: *Ausência de coordenação ocasiona a não resolutividade e continuidade de atenção à saúde da mulher com câncer de mama e Coordenação e os desafios para a gestão da atenção à saúde no SUS.*

#### *Ausência de coordenação ocasiona a não resolutividade e continuidade da atenção à saúde da mulher com câncer de mama*

Como expressão de carência de um serviço coordenado, as mulheres com câncer de mama relataram alguns fatores dificultadores para conseguirem consulta médica, como o horário de chegada à unidade (tem que ser muito cedo) e também o enfrentamento das filas, tornando assim o serviço dificultoso, não resolutivo em relação às portas de entrada na ABS.

*“Muitas vezes nem ali não atendem a gente. Às vezes a gente chega ali morrendo e tem que marcar para quando tiver vaga, até ter vaga você já sarou ou morreu e não adiantou nada” (MP3).*

*“Sim, [...], só que a gente tem que ir muito cedo, tipo cinco horas ou cinco e meia já tem que estar lá” (MP12).*

*“[...], primeiro que eu cheguei bem cedo, tinha que chegar, tinha uma fila enorme, fiquei um tempão na fila e sentindo as minhas dores” (MP6).*

Outro fator mencionado é a discordância de informações entre os profissionais, fazendo com que a busca pelo cuidado ocorra em outro serviço e a ABS deixe de ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e ordenadora da atenção, afirmando a resolutividade e integralidade às mulheres com câncer de mama. A competência de identificar e solucionar problemas é notória quando a coordenação se faz presente nos serviços de saúde. A desorganização do serviço gera um contexto de desconfiança, prejudicando a longitudinalidade, refletindo na não resolutividade e responsabilização do cuidado à mulher com câncer de mama .

*“[...] foi no postinho ali e a menina lá falou: ‘Eu nem vou marcar consulta para você, porque isso daí é mastite. [...] Ela foi no pronto atendimento atenderam ela, ela fez ecografia, e ela está com quatro tumores, e já estão grandes. Daí o médico de lá [do pronto atendimento] disse que ela tinha que procurar o médico aqui [do posto] né. Daí ela foi ali semana passada e o médico daqui ficou bravo porque ela foi procurar outro médico, aí ela disse: ‘Eu vim aqui e a secretária e a enfermeira não quiseram marcar consulta’” (MP4).*

Também foi referido sobre a dificuldade no acesso e a morosidade aos exames essenciais para o diagnóstico e demais exames, externando a inexistência da coordenação e consequentemente a não resolutividade da atenção à saúde das mulheres com câncer de mama, de forma ágil e plena.

*“Eu fiz a mamografia, eu tive que pagar a mamografia, porque tinha mais de duas mil pessoas na minha frente [...]. Paguei particular” (MP4).*

*“Demorou dois anos [a ecografia], depois que eu tinha feito cirurgia, depois que eu tinha feito a quimio, a radio e tudo que veio sair. Como que você vai confiar? As pessoas morrem e não tem atendimento” (MP3).*

*“Na verdade para fazer exame agora, tem que ir no pronto atendimento, [referência para Oncologia], porque aqui eles não estão coletando nem exame de urina, nem de sangue. Tudo é encaminhado[...].” (MP8).*

“[...] para fazer exame no postinho demora muito, até para liberação dos papéis, foi demorado. [...] Demorou uns quatro meses, cinco meses por aí” (MP12).

Nesta fala, a mulher com câncer de mama e gestante também teve dificuldade no acesso aos exames de rotina do pré-natal, os quais foram realizados no serviço de referência para oncologia, mesmo ela fazendo pré-natal na UBS. A prática e utilização de tecnologias, sejam elas leves, leves-duras ou duras na edificação do cuidado de forma funcional através de protocolos definidos, revelam serviços de saúde coordenados.

“[...]se precisava fazer algum exame, alguma coisa eu tinha que pedir para os médicos do hospital, igual ecografia e outras coisas, [...] porque lá [na UBS] não estavam liberando nada, nem exame de sangue, nada, nada, nada. Até para fazer aqueles exames que é de rotina do pré-natal eu fiz tudo pelo hospital [Centro de referência para oncologia] [...]” (MP11).

Além dos fatores já referidos, o atendimento deficitário prestado pelos profissionais e a dificuldade para a entrada no serviço de referência para oncologia, similarmente foram manifestados como impedimentos para a resolutividade e a atenção à saúde da mulher com câncer de mama, expondo a ausência da coordenação do cuidado.

“Eu vejo assim que tem uns que atendem bem e outros não, não é assim perfeito, é um problema do hospital [referência para oncologia]? É, porque eu acho que tinha que ter alguém em cima vendo isso, [...] umas são uns amores fazem além do que podem, [...]em compensação tem outras que parece que estão ali por obrigação sabe. São frias, são estúpidas, são grossas, [...]” (MP6).

“[...] é uma doença que evolui muito rápido e doença não espera né, e você tem que ficar dependendo de um e de outro de liberação disto, esperar o sistema te ligar, que a secretaria vai te ligar ainda para marcar consulta ainda [...]” (MP11)

O atributo coordenação pode ser definido como a articulação dos serviços e ações de saúde de modo simultâneo, para um objetivo em comum, independentemente do local onde ocorra o atendimento. O intuito é oferecer ao usuário um aporte de serviços e informações

aptos a responder as complexas necessidades de saúde da população de forma integrada, através de variados pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Os quatro atributos são indispensáveis para que a ABS assuma a coordenação das redes de atenção à saúde, todavia a coordenação apresenta maior relevância, pois sem ela o primeiro contato teria sentido estritamente administrativo; a longitudinalidade diminuiria sua potencialidade e a integralidade ficaria submissa em seu pleno desempenho. A organização dos serviços de saúde em sua completude contribui para o aprimoramento desse atributo. A coordenação do cuidado é requisito inescusável para obtenção da atenção integral, pois é essencial para que o usuário encontre seu caminho terapêutico através dos sistemas de saúde quando necessitar de cuidados, ou seja, é a garantia na continuidade da atenção mediante o reconhecimento pelos profissionais de saúde, dos agravos que demandam seguimento ininterrupto entre os níveis do sistema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

A maioria das mulheres desta pesquisa demonstrou-se descontente com a atenção recebida. Isto também foi verificado no estudo realizado por Almeida, Giovanella e Nunan (2012), referente à análise da coordenação dos cuidados por parte da população, o qual evidenciou vários motivos de insatisfação, a saber: dificuldade para marcar consulta sem agendamento prévio; problemas para organizar a demanda espontânea e programada; filas de espera; problemas relacionais com profissionais da saúde; demora na realização de exames e consultas com especialistas e dificuldade para agendamento de atendimento nos serviços de apoio a diagnóstico e terapia. O descontentamento também devido a não resolutividade ocasionou a busca por atenção em serviço de urgência e emergência com atendimentos sensíveis à ABS, além de deter a integralidade e continuidade do cuidado.

Assim, o olhar centrado no biológico é fortemente observado, ficando a desejar as ações de promoção, prevenção e recuperação e a participação dos profissionais nos sistemas de saúde (COMES et al., 2016).

Por esse ângulo, contemplou-se diferentes unidades de ABS gerando resultâncias discordantes, apesar de receberem recursos humanos e financeiros igualitários. Assim, de acordo com Almeida, et al. (2017), o gerenciamento desses recursos definirá os efeitos. As unidades de saúde não necessitam laborarem semelhantemente, contudo precisam prestar assistência à saúde de maneira equilibrada, agregadas em um contexto de cuidado integral que possibilite que o usuário não se sinta desacolhido quando adoecer.

Em face a estas dificuldades, o acolhimento é apontado como uma valiosa ferramenta para o cuidado para ordenar as portas de entrada nos serviços de saúde, o qual também

envolve as RAS, visto que procura atender as demandas espontâneas e intervenções programadas. Serviços de ABS organizados, que manifestem a coordenação articulada com os demais atributos, farão com que o aporte regular de cuidado à saúde das mulheres com câncer de mama se caracterize em portas preferenciais (STARFIELD, 2002).

A forma como os serviços se organizam, contexto desse atributo, pode operar como barreira funcional, dificultando o acesso aos serviços e às tecnologias de cuidado à saúde, que auxiliam de forma notável a atenção e resolução de problemas na ABS, como também no serviço de referência para oncologia. Um serviço coordenado identifica as adversidades das mulheres com câncer de mama e viabiliza as redes de apoio e cuidado, para que os fluxos decorram de modo rápido, a fim de que a morosidade não dificulte ou dessirva o cuidado (CARNEIRO et al., 2014).

Assim, a falta de coordenação fez com que as mulheres com câncer de mama não resolvessem seus agravos de saúde, ou mesmo quando resolvidos, os percursos tornaram-se fastidiosos.

Esse resultado também foi observado no estudo de Lima, Sousa, Primo, et al. (2015), referente à avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias. Verificou-se que alguns fatores como a responsabilização pelo percurso terapêutico da população por toda extensão das redes de atenção e a capacidade de resolução da ABS, impactam sobre a coordenação do cuidado. Nesse caso, o referido atributo foi avaliado de forma insatisfatória.

Mesmo havendo serviços de ABS frágeis e insuficientemente resolutivos, a exiguidade pertinente à coordenação excedeu essas perspectivas, pois as mulheres com câncer de mama deste estudo encontraram diversas objeções no acesso, desde a entrada nos serviços de ABS, bem como consultas, exames e até mesmo a admissão nos serviços de referência para oncologia. Isso traduz de forma lamentável a não articulação entre os serviços e práticas de saúde, visando a atender a diversidade de problemas da população, com continuidade do cuidado.

### ***Coordenação e os desafios para a gestão da atenção à saúde no SUS***

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurado pela Constituição Federal de 1988, permitiu a inclusão de milhões de brasileiros como portadores de direitos à saúde. Um sistema de saúde que oportunize a continuidade do cuidado necessita de organização, resolutividade, comunicação e responsabilização. As mulheres com câncer de mama veem o

SUS como um excelente sistema de saúde, apesar de relatarem adversidades referentes aos profissionais que estão inseridos diretamente na construção desse modelo de saúde.

*“Mas eu acho que o SUS é o melhor sistema de saúde, o problema são as coordenações, mas o sistema é ótimo, é avançadíssimo” (MP2).*

*“No geral o SUS é bom, eu coloco como bom, não coloco como perfeito, coloco como bom assim, só que eu acredito que são algumas pessoas que acabam estragando a imagem do hospital [do serviço] em si, é uma ou outra pessoa, não é a maioria” (MP6).*

*“[...] eu sempre digo que nós sempre temos que agradecer a Deus que a gente tem o SUS, a gente consegue todo esse tratamento, [...] a maioria das pessoas, eu acho que 60%, que se teria que pagar um tratamento como de câncer e coisas assim, eu acho que a pessoa não teria condições, a pessoa morria e não conseguia nada” (MP7).*

Após a implantação do Sistema Único de Saúde- SUS no Brasil é inegável a constatação dos evidentes avanços na expansão do acesso da população a serviços públicos, tanto na ABS como nos serviços de maior complexidade, participação social, mudanças no modelo de atenção e melhorias nos indicadores de saúde. Até o início da década de 80, a política de saúde apresentava duas trajetórias, uma retratada pela saúde pública norteadas para o controle de doenças específicas, e a outra pela assistência à saúde realizada pela previdência social, voltada para os trabalhadores do mercado formal. Dessa maneira, um sistema de saúde que antes excluía uma fração significativa da população, com a criação do SUS instituiu um sistema de saúde universal e gratuito para toda a população, sem discriminação. A atenção integral à saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros, embasado nos princípios da universalização, equidade e integralidade (MENDES; BITTAR, 2014, MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Assim, o SUS foi criado para propiciar a justiça social e sobrelevar as dissemelhanças na assistência à saúde da população; é uma política que avoluma os direitos sociais e procura garantir a cidadania. As políticas públicas são os programas de ações e decisões tomadas pelas três esferas do Governo, que concernem a todos os cidadãos sem discriminação. Dentre estas políticas públicas, no ano de 2013 ocorreu a atualização da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças

Crônicas no âmbito do SUS; e por fim em 2015 foram lançadas as “Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil” em que a mulher com câncer de mama está inserida (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015, 2017; MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015; OHL et al., 2016).

Ao longo de três décadas, desde a sua concepção, o SUS enfrenta muitas adversidades em sua trajetória, derivadas de contextos políticos e econômicos que resultam em contínuos cortes no orçamento, financiamentos insuficientes e instáveis em um país populoso, extenso, economicamente importante, mas extremamente desigual. Atualmente, a preocupação com retrocessos referentes à construção de uma ABS integral, diz respeito à publicação da nova PNAB em 2017, que ameaça os princípios da universalidade e integralidade da atenção à saúde, no conceito de uma ABS forte e de uma rede integrada de atenção à saúde no SUS. Destaca-se também a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela por vinte anos a destinação de recursos públicos e gera consequências nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS, fragilizando o vínculo desse sistema com a população brasileira, pois dessa forma o setor privado é fortalecido como alternativa para o atendimento das carências de saúde, culminando em uma conjuntura favorável para a desconstrução do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; LAZARINI; SODRÉ, 2019).

Destarte, a coordenação contempla a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, visando atender a multiplicidade de objetivos comuns à população. A ABS deve ser apta a integrar o cuidado que o usuário recebe nos diferentes pontos de atenção à saúde. Assim, um serviço com o atributo coordenação presente, tende a atender as mulheres com câncer de mama de forma ágil, resolutiva, organizada, planejada, com responsabilização, e também propende a capacitar a equipe de saúde de forma competente e adequada. Uma equipe bem preparada acolhe o usuário que necessita, e confere respostas aos seus problemas de saúde. Esses desafios precisam ser superados cotidianamente (STARFIELD, 2002, OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

### **5.3.5 O cuidado à mulher com câncer de mama no contexto familiar e comunitário**

Referente a esta categoria são apresentados os tópicos pertinentes à focalização na família e orientação comunitária no cuidado das mulheres com câncer de mama em região de fronteira. As narrativas das mulheres participantes foram agrupadas em duas subcategorias: *O cuidado não centralizado na família e A ausência de visitas domiciliares impossibilita o cuidado integral.*

### ***O cuidado não centralizado na família***

As mulheres com câncer de mama descreveram que os profissionais de saúde não solicitaram a opinião da família e nem delas sobre o tratamento e cuidados, pois as falas evidenciaram tomadas de decisões verticais, sem as participação e discussão de ambas, ficando assim notória a não consideração da família como sujeito da ação.

*“Aí o Dr. J. falou assim: ‘vamos fazer seis sessões, cada 21 dias você vai fazer uma sessão’. [...] Então foi isso que aconteceu, [...] aí eu fui fazendo a quimio, voltando no Dr. F., fazia os exames [...]” (MP1).*

*“[...] eu fiquei dez dias com o dreno, daí eu tirei os pontos ele falou assim para mim: ‘Agora eu vou passar você para o outro lado para fazer as quimio e as radio’. Primeiro eu passei com o Dr. V que é o da radio e ele falou pra mim: [...] ‘vou fazer a simulação, aí você vai consultar com o Dr. J e vamos ver qual o tipo de quimio que você irá fazer, dependendo do tipo da quimio você faz a radio junto, senão você faz a quimio e depois você faz a radio’” (MP4).*

*“Daí ele [o médico ] examinou de novo e falou: ‘Nós temos que fazer a biópsia’. [...] ‘Nós faremos a biópsia na hora da cirurgia, eu faço e já vejo’. Eu falei: ‘Tudo bem’” (MP10).*

Somado à falta de foco na família, as mulheres com câncer de mama também expressaram o modelo de atenção à saúde centrado no profissional, desfavorecendo a atuação da família e das próprias mulheres no cuidado.

*“Não chegou dois meses que aconteceu tudo, [...], já falou que eu tinha que operar e falei: ‘Então tá doutor, se tem que fazer, tem que fazer né’” (MP9).*

*“Eu falei: ‘olha doutor se você acha que tem que tirar tudo, tira, se acha que tem que tirar partes, porque ele é que entende, que vai saber se tiraria tudo ou não’” (MP1).*

*“Ele [o médico ] falou: ‘Amanhã sua mãe vai fazer cirurgia da mama, ela está com câncer de mama’. Ela [a filha] falou assim para mim: ‘Ah mãe, mas como que vai ser?’ Eu falei assim: ‘O doutor é ele, o médico é ele’” (MP4).*

Apesar da notória participação e apoio familiar às mulheres com câncer de mama nos serviços de saúde durante o tratamento e cuidados, não há relatos de encontros entre os familiares e os profissionais de saúde, os quais seriam benéficos para interação e conhecimento através da abordagem familiar.

*“[...]daí nós fomos consultar [no centro de oncologia] com o Dr. J, fui eu, foi meus três filhos, foi minha irmã, foi todo mundo, quase a família inteira” (MP3).*

*“Sim, ela que me acompanha sempre [a irmã], porque eu moro aqui com ela e ela é viúva, então ela sempre está comigo” (MP5).*

*“Minha família, meu esposo, [...]todo o tratamento ele está fazendo junto comigo, a minha família inteira” (MP11).*

Os serviços de saúde determinados a ofertar uma ABS efetiva e de qualidade, viabilizam a presença e extensão dos quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e três atributos derivados: orientação comunitária, enfoque familiar e competência cultural. O atributo enfoque familiar preza a família e interpreta sua importância considerando-a como sujeito da ação. A tomada de decisão em saúde deve ser entendida como uma vinculação de coparticipação entre a família e os profissionais de saúde, cuja atenção deve destacar-se pela troca de informações de forma clara e imparcial, acatando as desigualdades social, cultural e linguística, com elaboração de ações e intervenções maleáveis e ajustadas às necessidades de saúde vivenciadas (REICHERT et al., 2016; PAULA et al., 2017).

Um agravo de saúde em um membro da família se expandirá para todo o contexto familiar, uma vez que esse agrupamento se traduz em uma relevante rede de apoio. Desta forma, a construção do cuidado integral e sólido deve repercutir no contexto da família com a promoção de práticas de saúde voltadas para o coletivo, pois ao indagar a compreensão da família, bem como das mulheres com câncer de mama sobre o tratamento realizado, é uma maneira de prestigiá-los e responsabilizá-los pela terapêutica. Assim, “uma interferência

na família sem conhecê-la, tem o mesmo significado de realizar um tratamento sem diagnóstico” ( REICHERT et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

Para laborar com a família, é necessário ter uma plena percepção da mesma, para isto um dos métodos é o uso de ferramentas de abordagem familiar, que versam as relações e são procedentes da psicologia e sociologia, podendo ser amplamente utilizadas em encontros com familiares. Essas ferramentas objetivam criar e afinar a ligação entre profissionais e famílias, assegurando o entendimento da atuação do indivíduo e de suas convivências com os integrantes da família e a sociedade (SANTOS et al., 2016).

Dessa forma, verificamos que a ausência da atenção centrada na família enfraquece o vínculo entre os serviços de saúde e as famílias, pois desconsidera as mesmas como eixo do cuidado às mulheres com câncer de mama, de acordo com o modelo vigente.

#### ***A ausência das visitas domiciliares impossibilita o cuidado integral***

A ausência das visitas domiciliares pelos profissionais da equipe interdisciplinar é explanada nas falas das mulheres com câncer de mama, causando o desconhecimento das necessidades de saúde da população e do contexto social em que vivem, bem como o envolvimento na comunidade.

*“Ninguém do posto veio [ fazer visita]. Era para o médico vir e fazer visita [...], o médico quando faz visita é na quinta-feira e ele não vinha [...]” (MP3).*

*“Ninguém, ninguém, ninguém, nunca ninguém veio, nenhum deles [...] não vem um agente [comunitária de saúde] na casa de ninguém. Ninguém, ninguém, ninguém. Um dia encontrei uma [agente comunitária de saúde] no caminho, ela falou assim: ‘Eu nem sabia que você estava doente’. Isso que eu estava usando lenço e tudo” (MP4).*

*“Sim, eles sabem [sobre o câncer de mama], mas nunca ninguém foi [fazer visita domiciliar]” (MP12).*

*“Não, não, lá não tem nem essas meninas [agente de saúde] que passam na casa, não vão. Não passam” (MP13).*

A visita domiciliar faz parte do processo de trabalho das equipes de saúde, sendo uma excelente oportunidade para conhecer e se aproximar da realidade das famílias; visa levar o cuidado no ambiente em que a família e o indivíduo estão inseridos; é um método para formação de vínculos; entendida também como uma ocasião favorável para a promoção de ações vigilância em saúde; reconhecimento de situações de vulnerabilidade social e outras situações que determinem riscos ambientais, hábitos nocivos à saúde e prevenção de agravos (PAULA et al., 2017; CONCEIÇÃO et al., 2019).

Na ABS, a visita domiciliar é uma ferramenta utilizada pelos profissionais de saúde para cuidar da população, pois permite um entendimento ampliado da maneira de promover saúde e prevenir doenças. Assim, a equipe conseguirá planejar e empreender intervenções dirigidas ao cuidado integral. Além disso, a visita domiciliária insere os profissionais na comunidade; fortalece as relações e o contato com a população; promove situações a fim de que cada cidadão que necessita do cuidado, seja acolhido e ouvido na sua individualidade, cooperando para sua autonomia, e portanto para propagação do conhecimento. Essa permuta de saberes e aprendizado viabiliza uma abordagem de forma completa à família e ao sujeito, perfazendo os contratempos da comunidade (REICHERT et al., 2016; CONCEIÇÃO et al., 2019).

Dentre os profissionais que compõem a equipe, o agente comunitário de saúde (ACS) é o trabalhador que mais convive com a população. A visita domiciliar deve ser realizada de forma interdisciplinar, contudo denota maior constância e regularidade pelo ACS, que de acordo com Ministério da Saúde, a visita por este profissional, deve ser mensal, considerando as prioridades e riscos (BRASIL, 2012; BARBOSA et al., 2016).

Vale citar que, timidamente apareceu uma fala, de uma mulher com câncer de mama, contrapondo-se aos relatos anteriores com a referência e descrição na sua visão, da visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde, mesmo de forma não rotineira.

*“Tem uma [agente de saúde] que é do posto que vem de vez em quando. Essa daí ela conversa [...]a agente de saúde, ela conversa, ela é muito querida sabe, [...], é uma pessoa que orienta muito a gente, [...]” (MP10).*

Assim, neste estudo verificou-se a escassa utilização dessa ferramenta, frustrando a proposição para o desenvolvimento do cuidado integral.

#### 5.4 Conectando os atributos da atenção primária à saúde à teoria da complexidade

No ano de 2012, a atribuição da ABS na ordenação das RAS foi fortificada pela PNAB. A ABS deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação das RAS e também deve coordenar os cuidados em todos os níveis da atenção. Destacamos que na PNAB, os termos “Atenção Básica à Saúde” e “Atenção Primária à Saúde” são homólogos. Para que as práticas da APS sejam empreendidas com desempenho eficaz, Starfield (2002) propõe os atributos da atenção primária de forma articulada. Assim, a ABS juntamente com os atributos propostos podem ser considerados um fenômeno complexo, pois cada conexão entre seus atributos possui características singulares, visto que abrangem profissionais e usuários com propriedades distintas, em diferentes cenários e circunstâncias (STARFIELD, 2002; FERTONANI et al., 2015).

O cuidado à saúde e o ser humano também devem ser compreendidos como fenômenos complexos. O primeiro é considerado uma dimensão da integralidade em saúde e deve permear as práticas em saúde, além de ser fator vital, dinâmico, dialógico, e primordial na vida humana e no ambiente. Já o segundo, em sua complexidade pode ser conceituado como ser do cuidado e ator das práticas em saúde, ou seja, o profissional e também o que recebe este cuidado, o usuário. O ser humano é um ser político apto a envolver-se dinamicamente na sociedade, no desempenho da sua emancipação e na batalha pelos seus direitos. Pelas condutas que fomentam as informações dadas e recebidas referentes a seus atos, o ser político também pode se manifestar como ser cultural. Já o ser social é visto através de suas relações com o mundo e a sociedade, seus ímpetos e suas vontades que movem seu modo de se comportar, com atitudes e distintas maneiras de se proceder mediante novos acontecimentos. Assim, na conjuntura de ser sócio-político-cultural, busca a construção de uma cidadania plena e com consciência (ERDMANN et al., 2006).

Para compreensão desses fenômenos complexos propõe-se a realização de uma reflexão teórico-filosófica referente à inter-relação entre os elementos constitutivos da ABS na complexidade do cuidado e da diversidade humana, tendo como fio condutor o pensamento complexo de Edgard Morin. Na ótica desse pensamento multidimensional é primordial enaltecer as relações entre cada fenômeno e seu contexto, isto é, como uma mudança local reflete no todo (na RAS) e como uma mudança no todo reflete sobre as partes (serviços de ABS). Os princípios da complexidade são condizentes com o avanço da ciência e da tecnologia, principalmente no ambiente da saúde, pois podem atingir a ciência com consciência/complexa (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012; COSTA et al., 2012).

Os princípios do pensamento complexo de Morin nos consentem um olhar holista sobre as RAS; sobre a ABS e os atributos propostos, reflexionando as formas de pensar, contrapondo-se ao paradigma cartesiano e reducionista, atentando para a complexidade dos fenômenos e todas as significâncias recebidas. Os princípios configuram um guia para um pensamento multidimensional (ARRUDA et al., 2015).

Descreveremos os quatro princípios empregados neste estudo, elucidando sua prestatividade para a ABS e os atributos sugeridos, considerando também a complexidade do cuidado e do ser humano.

O *Princípio Dialógico* retrata: “[...] duas lógicas, dois princípios, estão unidos sem que a dualidade se perca nesta unidade.” (MORIN, 2005, p.189).

Dessa forma, esse princípio manifesta a relevância de lidar com a discrepância de ideias e circunstâncias, que apesar de muitas vezes serem opostas, constituem o contexto (ARRUDA et al., 2015).

Com respeito a essa dialógica, nos atributos propostos, verificamos as contradições entre o que é preconizado através de leis, portarias, decretos e protocolos e o que se desenvolve na prática do cuidado.

Nesse sentido, quanto ao **atributo acesso**, as contradições, ou seja, “a discrepância de ideias e circunstâncias”, apareceram relacionadas à falta de acolhimento por parte dos profissionais, tanto na ABS como no serviço de pronto atendimento do hospital de referência para oncologia. Nessa mesma perspectiva tivemos o destaque das barreiras geográficas e funcionais que dificultaram o acesso aos serviços de saúde pelas mulheres com câncer de mama.

No **atributo longitudinalidade**, as contradições/discrepâncias apresentadas se referiam à falta de responsabilização e à relação de desconfiança entre as mulheres com câncer de mama e os profissionais de saúde da ABS, com ênfase ao profissional enfermeiro. Já no centro de oncologia houve destaque para o profissional médico, que deixou a desejar em suas ações de cuidado. A falta de vínculo com a unidade de saúde também foi expressa como antagônica à longitudinalidade, através da ausência de comunicação dos profissionais de saúde e as mulheres com câncer de mama, assim como pela ausência de comunicação entre os serviços de saúde e mal atendimento desses mesmos profissionais.

Quanto ao **atributo integralidade**, as oposições salientadas relacionaram-se ao cuidado focado no biológico e segmentado, em detrimento da promoção e da prevenção em saúde, e a gestão ineficiente das tecnologias para a estruturação do cuidado integral.

No que se refere ao **atributo coordenação**, as divergências referiam-se à exiguidade de um serviço de saúde coordenado, ocasionando dificuldade para se conseguir consulta médica e acesso ao serviço de referência para oncologia, discordância entre os profissionais de saúde quanto às informações, morosidade quanto aos exames para diagnóstico e atendimento deficitário dos profissionais de saúde. Isso resultou na não resolutividade do cuidado às mulheres com câncer de mama. Por fim, concernente aos atributos complementares, ou seja, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural, as dissidências apresentadas diziam respeito ao cuidado não centrado na família e à ausência de visitas domiciliares, o que desfavoreceu o cuidado integral.

Diante de todas essas desordens elencadas dentro dos atributos propostos, e ponderando as diferenças e heterogeneidade que integram o segmento do cuidado em saúde, o *Princípio Dialógico* viabiliza contemplar como os serviços de saúde defrontam com embates, indecisões e inconstância no dia a dia. Para obtenção de uma ABS bem sucedida é necessário articular os atributos; para uma RAS eficiente é essencial articular os serviços, e ambas devem estabelecer rotinas e ordenações com humanização no atendimento ao usuário. Todavia, situações de “desordens” são intrínsecas aos serviços de saúde no desdobramento do segmento do cuidado. Os profissionais de saúde precisam compreender que em ocasiões de “desordens”, deve haver reflexão para elucidar se de fato tanto a ABS quanto a RAS têm sido eficientes, executando seus papéis de promover o cuidado contínuo e integral (ARRUDA; LOPES; KOERICH, et al, 2015).

Isso porque... “A ordem e a desordem são dois inimigos; um suprime o outro, mas ao mesmo tempo, em certos casos, eles colaboram e produzem organização e complexidade.” (MORIN, 2015, p.74)

O *Princípio Hologramático* descreve que: “Num holograma físico, o menor ponto da imagem do holograma contém a quase totalidade da informação do objeto representado. Não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte.” (MORIN, 2015, p.74)

Esse princípio elucidava o entendimento de que as partes retratam o todo, mas o todo também está inserido nas partes e a singularidade das partes e seus aspectos elementares devem ser estimados no todo. Quando se associa esse princípio aos atributos da atenção primária e a ABS, entende-se que é preciso considerar que o profissional de saúde deve conhecer as concepções fundamentais das práticas do cuidado, tendo como ferramenta os atributos propostos por Barbara Starfield (2002), bem como a dinâmica do funcionamento das RAS e suas atribuições nesse contexto (MEDEIROS et al., 2019).

Outro enfoque a ser apontado é a forma laboral egocêntrica e fracionada dos vários profissionais de saúde, frustrando a integralidade do cuidado. Lamentavelmente isto foi mencionado pelas mulheres com câncer de mama em todos os atributos da atenção primária, emergindo assim a negatividade do conceito de atenção integrada e em rede. Ainda que a maioria exerça o cuidado de maneira individual, é imprescindível que haja harmonização e ligação com outros profissionais e serviços, a fim de conferir o encadeamento da assistência. O profissional do cuidado se configura em uma fração de um sistema que só terá êxito se todos laborarem em equipe dentro da rede (ARRUDA et al., 2015).

Todos esses aspectos estão aprofundados nas asserções de Morin (2012), ao destacar que deve haver contextualização, globalização de informações e diálogo entre os diversos saberes, os quais são determinantes na busca da suplantação do conhecimento reducionista e fragmentário e no aprimoramento do sistema de saúde com conhecimento e ações multifacetadas; destarte, alcançar-se-á um pensamento complexo (MEDEIROS et al., 2019).

O *Princípio do Círculo Recursivo* é referido como:

[...] o processo do turbilhão. Cada momento do turbilhão é, ao mesmo tempo, produto e produtor. Um processo recursivo é um processo em que os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores do que os produz. (MORIN, 2015, p.74)

Esse princípio sugere a ruptura da linearidade de causa e efeito, de produto e produtor e aventa que sejam eles mesmos causadores e produtores em um ciclo autorganizador, , autoconstrutivo e autoprodutor (MORIN, 2005).

No tocante a esse princípio mencionamos os usuários, os gestores e os profissionais de saúde que são as pilastras da ABS e das RAS, os quais também, ao mesmo tempo, são produtores e produtos no sistema de saúde. No cotidiano, isso se evidencia quando os resultados ou a avaliação dos serviços de saúde não são satisfatórios, como ocorreram nas barreiras enfrentadas em todos os atributos da ABS pelas mulheres com câncer de mama. Dessa maneira, é primordial refletir como o serviço tem sido ofertado e oportunizado e, se necessário, reestruturar os métodos de assistência à saúde, pois os produtos sempre são resultantes das intervenções. Assim apercebe-se que a relação entre produto e intervenção constrói as ações de transformações que integram o segmento de auto-organização (ARRUDA et al., 2015).

A figura da ABS é utilizada para entendimento dos atributos propostos que mesmo tendo suas especificidades e variedades, se mantêm ligados entre si na busca e determinação do cuidado integral, a fim de que as práticas da APS sejam eficientes em seu papel. A

exemplo disso citamos o acolhimento com classificação de risco, que pela coerência deve organizar o funcionamento da ABS, mas ao se deparar com fatores de risco, determinantes sociais, contextos epidemiológicos e demográficos pode ser visto sob o olhar do *Princípio do Círculo Recursivo*, pois as interações e decisões realizadas podem determinar as condutas e desdobramentos. Os efeitos são, ao mesmo tempo, causadores e produtores do próprio processo; tudo o que é produzido volta sobre o que o produziu. No caso das mulheres com câncer de mama, esse princípio se manifestou nas adversidades vivenciadas em todos os atributos da ABS para obter acesso aos serviços de saúde, confirmação do diagnóstico e início do tratamento (COSTA et al., 2015).

O *Princípio Organizacional* é mencionado como:

A ideia sistêmica, que se opõe à ideia reducionista, é que o todo é mais que a soma das partes. Do átomo à estrela, da bactéria ao homem e à sociedade. [...] Acrescentemos que o todo é igualmente menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto [...] (MORIN, 2000, p.209)

Ao retratar esse princípio do pensamento complexo de Morin, ele nos mostra que a ABS não pode ser imaginada de uma forma fragmentada, mas sim entendida como um movimento complexo em que todos os atributos propostos formam o todo, e que em cada um deles existe uma correlação extensa que envolve o todo, formado por várias partes (COSTA et al., 2015).

Esse princípio proporcionou o entendimento de como as mulheres com câncer de mama se organizaram de forma peculiar (partes) para conseguir êxito nos atributos (todo) propostos, objetivando o cuidado integral à saúde. Além disso, para compreender como a RAS está organizada, foi necessário conhecer os serviços de ABS e o serviço de referência para oncologia (as partes) e, conseqüentemente, a organização do sistema de saúde e as complexas relações que interconectam as ações do cuidado (o todo) para assistência às mulheres com câncer de mama em município de fronteira.

Conectar os princípios da teoria da complexidade de Morin com os atributos da ABS e a diversidade humana permitiu refletir sobre a realidade do sistema de saúde em região fronteiriça. Tanto os profissionais de saúde quanto os usuários convivem cotidianamente em um sistema de saúde complexo, com normas, regras e rotinas muitas vezes refreadas, burocratizadas, que dificultam o movimento enérgico e integrado do cuidado em saúde preconizado pelo MS através da ABS e das RAS (ARRUDA et al., 2015).

O paradigma da complexidade traz a concepção de um mundo em que convivem ordem e desordem, previsibilidade e imprevisibilidade, certeza e incerteza, e assim por diante (*Princípio Dialógico*). Tal paradigma favoreceu uma visão poliocular e multidimensional do real. Para Morin, a parte e o todo formam uma única realidade (*Princípio Hologramático*) e tudo o que é produzido volta sobre o que o produziu (*Princípio Recursivo*). Além disso, é impossível conhecer o todo a partir das partes separadas, ou das partes sem considerar o todo (*Princípio Organizacional*) (MEDEIROS et al., 2019).

Com esse discernimento, é verossímil pensar e olhar de outras formas a assistência, idealizando profissionais da saúde e usuários, consentindo as dubiedades e alteridades existentes no sistema de cuidado, e assim, defrontar com a complexidade factual, pois:

O complexo requer um pensamento que capte as relações, as interrelações e implicações mútuas, os fenômenos multidimensionais, as realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas [...], um pensamento organizador que conceba a relação recíproca de todas as partes [...] O pensamento complexo [...] permite sua comunicação como se fosse uma naveta que trabalha para unir os fios (MORIN, 2003, p.37; MORIN, 2000, p.213)

## **5.5 Construindo serviços de saúde para a atenção ao câncer de mama: perspectivas da usuária**

Nesta categoria são enfatizadas as concepções das mulheres participantes sobre os serviços de saúde, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama. As narrativas foram agrupadas em cinco subcategorias: *O que mudariam nos serviços de saúde para melhorar o atendimento à saúde da mulher com câncer de mama*, *O que esperam dos serviços de atenção à saúde da mulher com câncer de mama*, *Motivações para fazer e seguir com o tratamento do câncer de mama*, *Vivenciando momentos aflitivos associados ao câncer de mama* e *Mudanças decorrentes da experiência do câncer de mama*.

### ***O que mudariam nos serviços de saúde para melhorar o atendimento à saúde da mulher com câncer de mama***

No percurso do IT das mulheres com câncer de mama, desde a suspeição até o diagnóstico e início do tratamento, houve relatos da necessidade da presença de um médico especialista nas UBS e até mesmo de exames específicos, a fim de agilizar e facilitar os atendimentos, a investigação da doença e oportunizar o tratamento mais rápido.

*“Eu entendo que deveria ter alguém da oncologia em alguns postos de saúde para facilitar. Por exemplo, um oncologista que já visse os problemas né, os caroços, as manchas e tal” (MP2).*

*“[...]nós precisávamos de um centro de saúde [refere ao posto de saúde] que a gente pudesse fazer mamografia, tivesse mais oncologista até para fazer um tratamento né, [...] que a gente pudesse consultar mais aqui [no bairro], pra mim seria bom” (MP10).*

*“[...] essa parte dos exames, [...], teria que ser bem rápido, [...]vamos supor que você já tem uma suspeita,[...] o ginecologista, ele vai te atender , mas tem que ter um mastologista ali para te orientar, [...] , você passa mais tempo tendo que fazer exames, aí você leva para eles, só que eles não vão te dar um diagnóstico certo sem ser um médico que é especializado na área. Acho que tinha que ser mais rápido [...], você perde muito tempo e a doença não espera [...]” (MP11)*

A solicitação da presença de médicos especialistas na ABS e até mesmo de exames específicos pelas mulheres com câncer de mama se deu em virtude das barreiras encontradas no itinerário terapêutico.

Os serviços especializados compõem a média complexidade e fazem parte do processo de descentralização e regionalização do sistema de saúde brasileiro. O acesso aos serviços especializados é frisado por diversas dificuldades. De acordo com o MS, as adversidades que comprometem o acesso a esses serviços se deve a: modo de adoção do sistema; resolutividade da ABS e a extensão e ordenação dos serviços oferecidos (CECILIO et al., 2012; SILVA et al., 2017).

No estudo de Silva, Carvalho, Junior, et al. (2017), verificou-se que a oferta insuficiente de vagas para consultas especializadas, bem como o número insuficiente de médicos especialistas, foram alocados como prováveis causas da obstaculização do acesso aos serviços especializados, resultando em uma vasta demanda reprimida e excessiva demora para realização de consultas e exames. Os serviços de média complexidade são mais onerosos para os municípios em comparativo com a ABS. Ademais, conforme o relatório demográfico de 2015, somente 5% dos médicos especialistas trabalham no SUS, fazendo com que os municípios dependam de certa forma do setor privado para suprir a demanda (CECÍLIO et al., 2012).

Assim, as proeminentes implicações desse contexto ocorrem devido ao prazo prolongado entre a consulta com especialista, o diagnóstico, intervenção nos agravos e terapêutica propícia.

O melhoramento e humanização nos atendimentos por parte dos profissionais de saúde, bem como um acompanhamento e avaliação desses serviços, também foram citados como desejo de mudanças pelas mulheres com câncer de mama.

*“Olha, [pausa] a sensibilidade com o ser humano. A gente não pode perder isso, e muitos estão perdendo isto, não sei se é a rotina do dia a dia, hoje você está aqui na minha frente e você está com um problema, então é tratar você como um ser humano, é tratar você bem” (MP1).*

*“Tem que mudar muita coisa, tem que mudar muita, muita coisa. Primeiro pelo jeito que atendem as pessoas quando chegam [...] [referente aos profissionais da UBS]” (MP4).*

*“[...] tem as caixinhas de reclamação lá, eu não sei o que acontece com as caixinhas de reclamação. Se a gente reclama, para quem que chega e quem que lê, se eles chamam a pessoa para conversar, [...]acho que teria que ter alguém acompanhando o serviço. [...] e a pessoa observar a forma que trata o paciente. [...]não adianta ficar ali só contando, escrevendo. Acho que você lê é uma coisa e você vê é outra, [...]. Acho que seria importante, principalmente o pronto atendimento[do Hospital de referência ] que é um lugar que a pessoa chega ali no limite, a pessoa chega quando já não está aguentando mais, [...], aí você chega ali, até a forma que a enfermeira te chama e te olhar, às vezes já te deixa pior sabe, às vezes uma má vontade de atender, sabe” (MP6).*

*“[...] as recepcionistas, a única coisa que eu acho ruim, [...] aquelas meninas atendem mal[...]. Elas têm que aprender que precisam fazer o serviço com amor [...]e, tratar bem as pessoas” (MP13).*

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, objetiva colocar em prática os princípios do SUS na rotina dos serviços de saúde, propiciando modificações na maneira de coordenar e cuidar. Além disso, incita a comunicação e inclusão de gestores,

trabalhadores e usuários na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, a fim de abolir práticas desumanizadoras, principalmente entre profissionais e usuários. A PNH também é conhecida como HumanizaSUS, e humanizar significa a inserção das dissemelhanças nos processos de gestão e cuidado. Essas alterações não são feitas de formas individuais, ou por grupos separados, mas de maneira comunitária e repartida. Inserir para incentivar a construção de novas condutas de cuidar e modos inéditos de ordenar o trabalho (BRASIL, 2013).

Assim, a PNH procura amplificar o nível de comunicação entre indivíduos e grupos, afastando-os do isolamento e vínculos de poder hierarquizados, pois os diferentes saberes de usuários e profissionais podem dialogar e efetuar saúde com coparticipação e responsabilidades partilhadas. O acolhimento faz parte da PNH e se caracteriza em identificar a real e distinta necessidade de saúde da população e produção de relações de compromisso e confiança com a equipe de saúde. Isto se dá através da escuta qualificada que proporcionará um bom atendimento, com prioridade a partir da análise da vulnerabilidade, gravidade e risco, como é o caso das mulheres com câncer de mama (BRASIL, 2013).

Com relação ao acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde referidos como aspiração de mudança, é sabido que a garantia desses serviços com qualidade, bom atendimento e segurança aos usuários, são objetivos comuns das instituições de saúde. O uso de instrumentos para avaliação da qualificação da assistência e cuidados oferecidos ao cliente dos serviços de saúde é necessário para conhecer a realidade da organização do trabalho, identificação das vulnerabilidades e potencialidades, além de discernir e reparar práticas, a fim de aprimorar a promoção da assistência, ações para aperfeiçoamento do desempenho, produtividade, conhecimento da expectativa da clientela atendida e qualidade do serviço. Ademais, a avaliação dos serviços de saúde trata-se de uma ferramenta para tomada de decisões mais seguras e empreendedoras (FERREIRA, 2017).

Uma das mulheres participantes sugeriu como modificação, a realização de benfeitoria na entrada da recepção do Hospital de referência no setor de Oncologia.

*“[...]tem pessoas que vem de outros lugares que estão cedinho ali na parte da oncologia, [...] é filas assim esperando até que eles abrem a porta para o pessoal entrar e quando é frio é difícil, ou quando chove. De repente, [...] poderia até fazer, [...]. Um coberto, [...] nem para sentar não precisaria ter, mas para pelo menos estar mais abrigado da chuva [...] tem gente que as vezes cinco e pouco estão lá, que vem cedo, vem de ônibus, [...]e daí a pessoa sofre ficar ali esperando” (MP7).*

Estruturas físicas adequadas colaboram para o desenvolvimento dos métodos de cuidado, intervêm nos resultados e são substanciais para o aprimoramento e qualidade do fornecimento dos serviços. A estrutura ajustada favorece o acesso ao serviço de modo organizado e consecutivo, através de práticas assistenciais qualificadas, provendo a equidade em saúde (BOUSQUAT et al., 2017).

E ainda, de forma retraída, duas participantes demonstraram satisfação com os atendimentos nos serviços de saúde, não expressando assim aspiração de mudanças.

*“O que eu mudaria [fica pensativa]. Na verdade, para mim está tudo ótimo, eu não tenho do que reclamar, para mim está bom” (MP9).*

*“Eu acho que não tenho nada para mudar porque eu não tenho nenhuma queixa, para mim está bom” (MP5).*

### ***O que esperam dos serviços de atenção à saúde da mulher com câncer de mama***

Após percorrem diferentes caminhos em busca do cuidado, as mulheres com câncer de mama mencionaram a importância da educação em saúde para divulgação da enfermidade, para que haja prevenção e orientações a partir de palestras em escolas. Também relataram que desejam um aumento do conhecimento científico através de pesquisas para descoberta de novos tratamentos e até mesmo da cura da doença.

*“Essa questão aí né, de popularizar mais essa questão do câncer. Divulgar mais, mais palestra, não tem mais palestra. Educação, fazer palestras nas escolas já para as crianças, isso seria muito bom. Porque as crianças vão levar para casa e vão ajudar os pais” (MP2).*

*“Eu espero [...], que divulguem mais né, mais para orientar as pessoas, porque geralmente tem pessoas que vai descobrir e já é tarde demais, isso vai da orientação [...]” (MP9).*

*“A gente espera sempre novos remédios, assim uma cura, digamos né, é difícil, mas a gente tem esperança” (MP5).*

*“Eu espero como diz a Bíblia, a ciência se multiplica a cada dia né, então que cada vez eles venham se aperfeiçoar, cada vez melhor, e nós termos mais facilidade nos tratamentos, ter uma cura mais rápida, [...]” (MP10).*

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado em 2007 pelo MS e Ministério da Educação, por meio do Decreto Presidencial nº 6.286. Esse programa emergiu para cooperar no sentido da fortificação quanto ao progresso integral, viabilizando a participação da comunidade escolar em programas e projetos que vinculem saúde e educação, mediante ações que suscetibilizem asseguradamente a qualidade de vida dos lecionandos e suas famílias. Além disso, essa proposta político-pedagógica objetiva oportunizar o desenvolvimento da atenção à saúde, prevenção de doenças ou agravos, envolvimento da população através de rodas de conversa, debates e palestras educativas. Assim, a realização de atividades de educação em saúde é primordial para ingerir nos modos que comprometem a higidez, uma vez que a escola é um espaço que favorece as práticas de promoção à saúde, informações e orientações pertinentes aos serviços de saúde disponíveis, bem como as funções e atribuições da APS. Dessa forma, além de expandir o conhecimento, beneficia o acesso igualitário a esses serviços e favorece a estruturação de uma sociedade mais recíproca no processo saúde doença (BRASIL, 2011; ALMEIDA, 2015; SILVA et al., 2015b).

Em relação ao câncer de mama, a realização de palestras educativas pode contribuir positivamente para divulgar a prevenção primária e secundária, detecção precoce e rastreamento.

Ainda sobre o que as mulheres esperam dos serviços de atenção à saúde, é sabido que as neoplasias tem aumentado em nível mundial e representam a segunda causa de morte na maioria dos países. Em face a esse cenário, as pesquisas em busca da cura do câncer têm se intensificado através de experimentos em desenvolvimento, cooperando para o progresso na luta contra essa doença. Quanto ao tratamento, muitos avanços já foram conquistados por meio do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, recursos terapêuticos com radioterapia e quimioterapia, permitindo tratamentos mais eficazes, menos agressivos, melhora da qualidade de vida e aumento das taxas de sobrevida. Além disso, diversos estudos epidemiológicos e testes pré-clínicos relatados na literatura, difundem imensa potencialidade na produção de novos fármacos na batalha contra as neoplasias. Os cientistas desejam que o câncer seja tratado como uma doença crônica e não como um veredito de morte. Assim, para algumas mulheres com câncer de mama, o avanço da ciência através das pesquisas, promove a esperança ( OLIVEIRA et al., 2015; PEREIRA et al., 2015; VIEIRA; GAMARRA, 2016).

Em relação aos tratamentos e seus efeitos adversos, especialmente a alopecia causada pelo tratamento quimioterápico, e que muito incomoda as mulheres, citaram a necessidade de usar alguma estratégia como lenços ou perucas para disfarçar ou esconder a queda dos cabelos. Comentaram que esses adereços são oferecidos, atualmente, de forma voluntária pelo serviço de referência para oncologia, e que desejam que estes adereços continuem disponíveis.

*“Na época que eu fiz as minhas sessões de quimio que eu perdi o meu cabelo, já naquelas épocas não tinha assim, igual agora tem peruca, tem lenços, tem tudo lá, tem as pessoas, acho que são pessoas voluntárias né, que fazem lá e doam para as pessoas, para mim que está melhorando, ao meu ver né” (MP7).*

No estudo de Reis e Gradim (2018), as mulheres com câncer de mama enfrentaram a experiência da alopecia, utilizando estratégias para disfarçar ou esconder a queda dos cabelos através do uso de adornos como lenços, perucas, chapéus, bonés e toucas. A escolha foi pertinente ao acesso e adaptação da mulher. Esse método de uso dos adereços para melhorar a imagem corporal proporcionou segurança e conforto para o convívio social. As mulheres com câncer de mama devem ser orientadas e informadas de forma individualizada sobre tal efeito colateral do tratamento quimioterápico, para que estejam preparadas para vivenciar e confrontar esse momento de forma mais amena, pois a alopecia afeta cada pessoa de forma distinta.

Desse modo, as mulheres deste estudo narraram que a oferta voluntária desses adornos pelo serviço de referência para oncologia é benéficos e necessários.

### ***Motivações para fazer e seguir com o tratamento do câncer de mama***

As mulheres participantes explanaram sobre várias razões para realizarem e prosseguirem com o tratamento da doença. Fica evidente que a maioria delas enxerga no tratamento uma esperança de cura ou de ampliar a vida da mulher portadora de câncer de mama; dessa forma expressam a determinação, a religiosidade, a fé e a família como formas de enfrentamento no momento da notícia do diagnóstico e no seguimento da enfermidade.

*“Não, eu nunca quis parar, quis dar jeito, resolver tudo eu mergulhei de cabeça no tratamento entendeu. Porque eu [...] quis continuar, com muita garra, com muita*

*força. Não usei touca, não usei nada no cabelo, não usei lenço, mostrava minha careca aí para todo mundo, cortei o cabelo antes de cair tudo, quando eu percebi que estava caindo. Sem vergonha nenhuma” (MP2).*

*“Não, não pensei em desistir, pensei em fazer até, até o final” (MP8).*

*“Nunca, [desistir do tratamento] isso não [...] o meu bebê que estava comigo né [risadas], que eu tinha que carregar ele e fazer de tudo para ele sobreviver né, e a minha filha, principalmente a minha filha [me davam forças]. [...]Eu encarei muito bem, pra mim eu já estou curada, claro que vou continuar fazendo o tratamento certinho, tudo o que precisar fazer eu vou fazer, mas na minha mente é isso [...]” (MP11).*

*“[...] mas olha eu falo que é Deus, porque tudo tem um propósito né. [...] você tem que ter fé, [...]” (MP1).*

*“E na hora que eu descobri que eu tinha pensei, se Deus permitiu é porque tem alguma coisa na minha vida, tem plano muito grande na minha vida e eu vou passar por isso” (MP3).*

*“[...], eu só pensei, bom se Deus permitiu eu chegar aqui até agora, [...], não vai ser agora que Ele vai me abandonar e continuei” (MP4).*

*“Acreditar em Deus [...] eu entreguei muito a Deus assim, a igreja e parece que isto me deu muita força” (MP5).*

*“[...] todos falam: ‘Você tem câncer’. Eu sempre falo, não é o câncer que tem eu, eu tenho ele, eu tenho que vencer ele. A gente tem que lutar para vencer o câncer e estou lutando e com fé em Deus eu vou vencer” (MP8).*

*“É verdade, para tudo Deus tem um propósito, eu acho que passei tudo por isso porque Deus queria fazer algo na minha vida, [...] Mas eu creio que Deus está me dando vitória também, Deus é bom e Ele está me ajudando muito porque eu sou muito*

*de oração [...]. Às vezes você não pode contar com uma amiga, ou até mesmo com seu esposo, [...] mas com Deus você sabe que você pode, [...]*” (MP10).

*“Olha o que me motivou,[...] quando eu descobri, tive a certeza, eu falei assim: ‘Eu vou fazer o tratamento, entrego na mão de Deus, [...] não vou desistir por nenhum momento, seja o que Deus quiser, passe o que passar, mas eu vou fazer tudo’”* (MP4).

*“[...]é uma doença difícil, mas que não pode perder a fé, você tem que trabalhar sua cabeça, é a sua cabeça que te leva [...]*” (MP11.)

*“[...] a Dra. [...] falou assim: ‘ a senhora tem que agradecer a Deus, porque de 100 mulheres, uma tem a chance de escolher o tratamento e a senhora é uma’. [...]Daí eu falei: ‘Mas eu já sabia, [...]que eu não iria fazer quimioterapia e nem radioterapia’. Daí ela [...]regalou os olhos e falou: ‘Mas como você sabia?’ ‘Eu sabia sabe porque doutora? Porque eu sabia que Deus não iria fazer a obra pela metade na minha vida, ele iria fazer a obra inteira’. [...], ela me abraçou e começou chorar e disse: ‘Nossa senhora eu ganhei meu dia, meu ano sabe, olha eu não tenho nem palavra para te falar’. Então eu me agarrei com isso, eu costumo dizer para minhas amigas que eu era uma mulher de fé, uma mulher temente a Deus, mas eu não sabia o quanto e hoje eu sei”* (MP9).

*“Não, em nenhum momento, quando eu descobri eu queria mais depressa possível, [...] eu estava tão esperançosa, eu sabia que eu ia fazer a cirurgia mas ia ser tudo bem, Deus me deu força, porque só Deus sabe para te dar força na hora. [...] eu não vejo a hora [...] de fazer a restituição do seio [...]*” (MP10).

O câncer pode ir além de uma dor física e incômodo, pois ele influencia nos hábitos e rotina de vida, nas relações familiares, no trabalho, nos rendimentos financeiros e na imagem corporal. Essas alterações temporárias ou permanentes afetam diretamente o núcleo familiar e também as demais pessoas da convivência. Assim, as atividades religiosas e a espiritualidade apresentam relevância no conflito experimentado pela doença, podendo agir como uma benesse para o indivíduo e a família, favorecendo a atenuação da vivência hostil causada pela neoplasia, otimizando a perspectiva de vida, proporcionando um novo olhar para o problema,

favorecendo o alívio da dor, da aflição e do sofrimento psíquico (OURO et al., 2018; RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019).

No estudo de Ribeiro, Campos e Anjos (2019), com mulheres em tratamento por câncer de mama, a maioria delas optou em buscar auxílio e depositar sua fé e esperança em Deus ou em um Ser Superior, efetuando inúmeras condutas religiosas, como por exemplo, rituais, preces e orações, visando obter não apenas a satisfação espiritual, como também a cura da doença e melhora dos sintomas e efeitos advindos da terapêutica.

Similarmente, no estudo de Lima e Santos (2017), as mulheres também em tratamento por câncer de mama relataram que a crença religiosa tem sido um dos artifícios mais empregados para cooperar no embate à neoplasia. Além disso, a fé propicia bem-estar na dimensão psíquica e espiritual, sendo capaz de reduzir circunstâncias desfavoráveis no cenário da terapia. Da mesma forma, referiram que a fé em Deus e a religião aparentam produzir força necessária para seguirem com o tratamento, por tantas vezes padecedor.

No tocante à fé, ela pode ser derivada da esperança, da fortificação, da estabilidade, da cultura e saberes do senso comum. Por conseguinte, propicia a batalha pela vida, pois é uma fonte de apoio para facear circunstâncias árduas no decorrer da existência humana, tal como o câncer. Ademais, a fé fornece incitamento e suporte para superar o momento de fragilidade e sofrimento produzido pela doença (GENORASSO; COELHO, 2012; OURO et al., 2018).

De acordo com os discursos descritos das mulheres deste estudo, elas relataram uma visão positiva de Deus, demonstraram emoções confiantes através da fé e religiosidade, favorecendo a compreensão da doença, além do fortalecimento e preparo diante do diagnóstico e para perseverança com o tratamento.

Mesmo com o sofrimento oriundo das reações adversas da terapia, a esperança emerge mediante uma nova motivação ao contemplar o resultado positivo do tratamento.

*“[...] até então eu não tinha esperança, [...] de melhora sabe. Eu achava que estava fazendo por fazer, estava com um pouco de desânimo assim, mas quando veio essa notícia que meu fígado reagiu, de que se tudo continuar como está reagindo e tal, tendo melhoras, ele [o médico] disse que eu posso até a vir ter uma vida normal. Então quando ele disse isso me animou um pouco, agora sim, eu já tinha força, mas agora parece que eu tenho mais de aguentar aquelas reações pós quimio, com mais força, porque eu sei que é uma coisa que estou sofrendo com aquilo, mas está adiantando todo o sofrimento, não como antes que eu sofria e não estava resolvendo nada, agora está” (MP6).*

A esperança é reputada como uma palavra abstrata que dá sentido e felicidade à vida, contudo é uma concepção que expressa significados distintos para cada indivíduo no decorrer das diferentes circunstâncias da existência humana. Ela pode ser derivada da crença em Deus ou relacionada com a espiritualidade produzida em cada pessoa. Além do mais, a esperança é um sentimento benéfico na confrontação da doença, ou seja, é uma convicção emotiva na expectativa de resultados positivos (MACÊDO; GOMES; BEZERRA, 2019), como relatado por uma mulher com câncer de mama, participante deste estudo.

Apesar do receio do aparecimento de metástases, e com isso a necessidade de outro tratamento, a determinação em prosseguir é firmemente observada.

*“Não, nunca pensei em desistir, até agora que eu estou esperando essa biópsia [da tireoide]eu estou com medo né, mas o que é que eu vou fazer, se vier que é maligno eu vou lutar para fazer de novo outro tratamento, o que é que eu vou fazer” (MP5).*

No estudo de Dourado, Souza, Castro et al. (2018), considera-se que as metástases apresentam uma ligação com eventos de vida. Um evento de vida estressante pode impactar no prognóstico de câncer de mama, de modo direto por meio de modificações provocadas pela exaustão do sistema imune e neuroendócrino, e de modo indireto através de alterações nos hábitos de vida, aceitação do tratamento e o confronto com a doença. O acontecimento de um episódio estressante gera resultados negativos, porém os efeitos dos resultados decorrerão de como cada indivíduo procede ou contende mediante a circunstância vivenciada. Por conseguinte, a maneira de lidar com as circunstâncias aflitivas poderá conceber distinção na vulnerabilidade à enfermidade (DOURADO et al., 2018).

Colocar-se no lugar do outro e pensar que outras pessoas podem padecer de um sofrimento maior pode instigar a persistência das mulheres no tratamento do câncer de mama.

*“É, a gente às vezes pensa que a cruz da gente é pesada, mas a gente olha para outras pessoas, igual esse senhor que está ali parado esperando o ônibus com a perna [...]enfaixada, e tudo no rosto, no pescoço, [...], acho que era câncer na garganta, [...] olha a cruz que uma pessoa assim tem`. Então a gente tem que erguer as mãos sempre agradecer a Deus, a gente nunca desistir, sempre pensar que tem outras pessoas que sofrem mais do que a gente`” (MP7).*

Para compreender o sentido da expressão “colocar-se no lugar do outro”, faz-se necessário conhecer uma das definições de empatia: “empatia é a arte de se colocar no lugar do outro por meio da imaginação, compreendendo seus sentimentos e perspectivas e usando essa compreensão para guiar as próprias ações” (KRZNARIC, 2015, p.10).

Enxergar com os olhos do outro nos auxilia a indagar nossas conjecturas, situações experienciadas e prejulgamentos. Também fomenta novas formas de refletir sobre o que de fato é valioso e prioritário na existência humana. A empatia oportuniza ver as adversidades e pontos de vistas que de outra forma ficariam escondidos, como foi o caso dessa mulher participante durante o tratamento de câncer de mama (KRZNARIC, 2015).

O suporte emotivo e até mesmo financeiro da família suscitou como essencial para manterem-se fortes e prosseguirem com o tratamento.

*“E a família é muito importante. Meu marido foi bem companheiro. A minha família me apoiou. Nossa eu até saí de casa, porque a minha irmã tem uma casa no centro, porque eu não podia subir escada, aí meu marido foi junto. A gente fechou a casa e fomos pra casa dessa minha irmã” (MP1).*

*“Assim a família se reuniu mais, a família me ajudou muito com dinheiro, porque eu moro aqui e para ir lá no hospital é longe, para eu ir de carro gasta gasolina, de ônibus não tinha como. Com isso que aconteceu a família ficou mais junto, se uniu” (MP3).*

*“Eu tive muito apoio, muito mesmo. [...] Porque se você não tiver uma pessoa que estiver ali falando com você, dando apoio assim é difícil, [...] eu não estava passando bem, eu liguei para essa minha filha [...], daí ela conversou bastante comigo: ‘Mãe você é forte, você é guerreira, não fique assim não, você é lutadora’. Daí ela falou bastante coisa para mim sabe e passou” (MP10).*

O apoio familiar durante o tratamento é de suma importância para viabilizar condições favoráveis ao enfrentamento da enfermidade. Esse apoio é percebido através de atitudes como conselho, palavras de apoio, de conforto e elogios, ajuda nos afazeres domésticos e alimentação, acompanhamento à quimioterapia e consultas, e inclusive contribuição no provento de despesas, ou seja, financeiro. Além do mais as pessoas (familiares e amigos) tendem a manifestar mais carinho e ternura no decorrer da terapia (LIMA; SANTOS, 2017).

Essa fortificação dos laços familiares atua como um suporte à pessoa que vivencia um evento de vida fragilizado. Todo este apoio ofertado é motivador para encorajamento e adesão ao tratamento, colabora na preservação emocional e viabiliza uma melhor qualidade de vida, pois intervém positivamente no bem-estar físico e psicossocial da mulher com câncer de mama (LIMA; SANTOS, 2017; KUHN et al., 2018).

No entanto, quando isso não aconteceu foi triste e decepcionante para a mulher que vivenciou essa situação:

*“Na minha casa ninguém me pergunta quando eu vou no médico o que deu, o que não deu, se eu fiz exame ou se deixei de fazer, então eles nem ligam. Continuei trabalhando, também não comentei com ninguém. [...] Meu marido ficou sabendo no dia que eu ia fazer a cirurgia. [...] nem minha filha sabia, mas também nem se preocupava, eu saía para ir no médico, eles viam que eu chegava com um monte de exames, mas nunca ninguém perguntou [...] A partir de quando eu tirei o dreno a minha filha não apareceu mais para acompanhar, ninguém da minha família” (MP4).*

A ausência de apoio, diálogo e compreensão dos familiares e parceiros no período de tratamento, geram malefícios afetivos e sentimentos de afastamento e de solidão (LIMA; SANTOS, 2017).

No estudo de Bard e Cano (2018), com pessoas adultas em tratamento de câncer, foi verificado que o apoio emocional dos membros da família proporcionou segurança e estabilidade emocional. Quanto mais assistência a pessoa recebe, mais benéfica será sua reação frente ao diagnóstico e tratamento da neoplasia.

### **Vivenciando momentos aflitivos associados ao câncer de mama**

Durante o percurso realizado, desde o diagnóstico até o início do tratamento pelas mulheres com de câncer de mama, inúmeros sentimentos emergiram de acordo com a circunstância experienciada, contudo houve destaque para algumas situações angustiantes como os efeitos físicos dos tratamentos quimioterápico, radioterápico e cirúrgico. Assim, narram a sensação desconfortável da perda dos cabelos, da mama e da estética, que afetam diretamente a vaidade feminina e a imagem corporal:

“[...] quando eu fazia quimio, nossa eu ficava muito, muito debilitada, eu vomitava, aquelas feridas na boca, daí eu comia pouquinho, nossa eu fiquei só osso, pele e osso fiquei e verde sem cabelo [risadas]” (MP1).

“[...] quando eu fazia minha quimio, [...] eu estava em um estado tão ruim que deitada não estava bom, que de pé não estava bom, nem sentada ou caminhar, era uma sensação tão ruim, [...] minhas vizinhas vinham me visitar [...]e elas se seguravam. [...] elas iam para casa [...] sentavam e choravam [...]viam que tinha perdido meu cabelo [...]” (MP7).

“Foi difícil porque a quimioterapia é horrível, quem passou por quimioterapia. Você não quer que nem o teu pior inimigo passe por isto, você fica de cama, eu ficava uma semana de cama, não saía da cama, vomitava, dava diarreia, dor de estômago e a pior coisa que cai todo o cabelo” (MP5).

“Para mulher é sempre difícil perder o cabelo, imagina eu perdi meu seio e depois perdi todo meu cabelo, foi bastante difícil para mim [...] porque toda mulher é vaidosa e você perder um seio não é fácil, eu fiquei dois anos sem seio. [...],para me tirar um seio, cortaram a barriga completa para tirar gordura da barriga para colocar para fazer a reconstrução do seio, eu não tinha nenhuma cicatriz agora eu estou cheia de cicatriz” (MP5).

“[...] o momento mais ruim que me deu, foi um dia que eu tive na casa da minha filha ela disse: ‘Mãe eu vou no salão arrumar o cabelo, e a mãe vai junto, a mãe já está perdendo o cabelo [...], e a mãe sabe que quando faz comida [...]caí o cabelo e pode ir nas coisa de comer, então vamos mandar passar a maquininha’. E eu fui e quando chegou a minha vez para mandar passar a maquininha no cabelo eu respondi assim para a mulher do salão: ‘A senhora não leve a mal, mas eu vou sentar de costas para o espelho’” (MP7).

“Daí ele [o médico ] disse: [...] ‘então eu vou tirar tudo [toda a mama]’. Daí eu comecei chorar” (MP9).

Após a definição do diagnóstico, o melhor tratamento será direcionado com base em protocolos específicos e guiados por evidências científicas. A terapêutica para o câncer de mama geralmente inclui tratamentos locais como cirurgia e radioterapia, e tratamentos sistêmicos como quimioterapia, hormonioterapia, terapia alvo e imunoterapia (FERREIRA et al., 2018; CORRÊA et al., 2019; FACUNDO; SILVA, 2019; MACÊDO; GOMES; BEZERRA, 2019).

O ato cirúrgico consiste na retirada do tumor. A neoplasia em estágio inicial pode ser contida, ou mesmo curada por meio do tratamento cirúrgico, contudo, tanto a paciente quanto seus familiares devem ser preparados sobre as transformações fisiológicas e/ou mutilações que poderão sobrevir. No tratamento radioterápico utilizam-se radiações ionizantes para destruir ou impedir que as células neoplásicas aumentem. O número de aplicações da radioterapia diverge segundo a extensão e localização do tumor, desfechos de exames e condições de saúde do paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019a).

Os quimiofármacos agem de forma sistêmica e indiferenciada nas células, sendo as mesmas normais ou neoplásicas, ocasionando os efeitos tóxicos impertinentes e arriscados à saúde. Podem ser administrados por distintas vias, como: via oral, intravenosa, intramuscular, subcutânea, intratecal e tópica. Dentre os vários efeitos físicos indesejáveis advindos dessa abordagem terapêutica temos: náuseas, vômitos, taquicardia, alopecia, mucosite, prurido, fraqueza, fadiga e complicações como infecções e neuropatias (FERREIRA et al., 2018; MACÊDO; GOMES; BEZERRA, 2019).

Dependendo do tipo de neoplasma e da escolha do tratamento, a radioterapia pode ser usada concomitantemente com a quimioterapia, e juntamente com a cirurgia formam o tripé para a terapia do câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019a).

Os tratamentos para o câncer de mama, já citados, tem se revelado altamente efetivos; contudo, os efeitos adversos manifestados como a toxicidade, e as perturbações experienciadas e confrontadas por estas mulheres, causam um evidente decréscimo no bem-estar emocional, físico, psicológico e psíquico. No decorrer do tratamento pode advir amplificação de sensações cétricas (LIMA; SANTOS, 2017).

Estudos mostraram que o tratamento, apesar dos seus benefícios, resulta em um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres, devido aos efeitos adversos por ele provocados, não só físicos, mas também emocionais ( FERREIRA; FRANCO, 2017; LIMA; SANTOS, 2017).

Outro efeito colateral da quimioterapia mais temido pelas mulheres é a alopecia. Esse efeito acontece após uma ou duas semanas do início da quimioterapia, e se resalta por volta de um ou dois meses do princípio dessa terapêutica; com a realização de ciclos reprisados pode ocorrer a alopecia total. Ainda que a alopecia não seja um efeito colateral clinicamente significativo, ela produz resultados relevantes, pois altera a imagem corporal, a convivência e vida social e produz sofrimento, os quais podem ocasionar depressão, diminuição da imunidade e isolamento social (FLORES, 2013, REIS; GRADIM, 2018).

No estudo de Ferreira e Franco (2017), a alopecia foi a queixa mais mencionada pelas mulheres em tratamento de câncer de mama, com repercussão hostil.

Quanto à perda da mama no tratamento de câncer de mama, ela vai muito além da retirada de um órgão, pois faz orientação à sexualidade e à visão corporal feminina. Desse modo, aquém da função endócrina, tem uma relação social com superioridade no contexto da estética e da elegância, tendo uma significativa atribuição na sedução sexual e também vista como ícone de formosura e erotismo. Assim, a perda da mama pode derivar detrimento na convivência amorosa e contentamento sexual, tendo em vista que produz rejeições da figura feminina. A mastectomia pode incitar repercussões físicas, psicológicas e sociais que intervêm na imagem corporal, ocasionando ingerência no engrandecimento pessoal, autoestima e vaidade feminina, ou seja, apreciação desfavorável da aparência corporal, consequentemente condutas antissociais e particularmente vínculos afetivos sexuais (SÁ; CAROZZO, 2018; MAGALHÃES et al., 2020 ).

No estudo de Souza (2015), as mulheres em tratamento de câncer de mama que realizaram mastectomia sem decorrente reconstrução mamária, tiveram altos índices de estresse, instabilidade emocional, aflição, descontentamento com imagem corporal, restrição quanto ao uso de roupas cavadas, isolamento social e resguardo sexual.

Tais reações e circunstâncias desoladoras foram vivenciadas e relatadas pelas mulheres deste estudo.

Outro acontecimento angustioso relatado pelas mulheres com câncer de mama foi o enfrentamento de metástases e o temor da morte

*“[...] houve esse problema do meu quadril e teve que fazer urgente a cirurgia porque eu sentia muita dor. Meu quadril estava para quebrar a qualquer momento, o osso desgastou, então eu precisava fazer a cirurgia o quanto antes [...], a dor que eu sentia era uma dor que eu pedia para morrer, de tanta dor, dor insuportável, dor nos ossos né” (MP6).*

*“Mais angustiante foi quando eu acordei, eu tinha certeza que iria morrer, aí eu disse: ‘gente eu ainda estou aqui’ [risadas]. Foi isso, o mais chocante pra mim, eu tinha certeza que eu iria morrer. Ninguém apostou na minha salvação, ninguém. Nem eu. Ali na enfermaria, todo mundo achava: ‘essa não passa desta noite, essa aí não passa dessa noite’. E assim eu ia” (MP2).*

De acordo com o estudo de Brum, et al. (2017), mesmo com o progresso na detecção precoce e no entendimento dos fundamentos moleculares da enfermidade, 10% das pacientes com câncer de mama possuem metástase à distância no ato da definição da neoplasia. Mesmo as pacientes diagnosticadas em fase inicial, 20 a 30% apresentam metástase. A metástase óssea é a mais comum no câncer de mama, ou seja, presente em 50 a 75% das pacientes com câncer de mama metastático. Os fatores de risco para progressão dessa metástase oriunda do câncer de mama são: obesidade, idade avançada, menopausa pela redução dos níveis de estrogênio, tipo histológico do tumor e comprometimento linfonodal.

Tal qual no momento do diagnóstico, o tratamento também influencia na exteriorização de vários sentimentos e expectativas que refletem na vida das mulheres, gerando angústia e apreensão. O medo da morte manifesta-se de forma naturalizada e esperada, visto que geralmente o câncer é associado à morte (ZIGUER; BORTOLI; PRATES, 2016).

### ***Mudanças decorrentes da experiência do câncer de mama***

Quando indagadas sobre as modificações ocorridas em virtude da vivência do câncer de mama e seu tratamento, as mulheres declararam sobre a valorização da vida e do presente, tolerância e autoaceitação. Similarmente, o aprendizado sobre as pessoas, inclusive familiares no quesito confiança, e o autocuidado foram algumas mudanças referidas pelas mulheres.

*“Olha eu ... [pausa] com outros olhos você olha a vida, você do mais valor. E outra não é por pouquinho coisa que a gente explode né [...] a vida pra mim é [pensativa], nossa é importantíssima” (MP1).*

*“Trouxe muita coisa, assim, conviver com as pessoas, aceitar mais as coisas, sei lá, muita coisa assim, não levar tudo assim ao pé da letra, as coisas, né, aceitar mais você do jeito que você é” (MP3).*

“[...] porque você dá valor nas mínimas coisas” (MP9).

“Muita mudança [...] qualquer coisinha já me estressava [...]. Você evolui parece, sabe, depois que você passa por uma coisa assim, um momento assim que muda toda a sua vida, você fica com outro pensamento, outra visão do mundo [...] você vê que ficar se estressando [...] não vale a pena[.]” (MP11).

“Muita coisa, muita, muita coisa. [...] Eu aprendi a não confiar muito nas pessoas, hoje eu sei quem são as pessoas que eu posso contar, hoje eu tenho certeza quem são meus amigos de verdade, já tirando pela família. Meus irmãos ninguém me ligou para perguntar se eu estava viva, os filhos ali, eles não estão nem aí, eles se preocupam com eles, [...] Eu falo que mudou muito, no meu trabalho, mudou com os clientes, mudou tudo. Até a personalidade da gente muda, não sei se é por causa do tratamento ou se é pelo o que você passa, a gente muda. [...] me preocupo mais comigo. [...] eu vivia em função de lavar, limpar, arrumar e cozinhar, hoje não, hoje eu penso mais em mim” (MP4).

“Mudou bastante assim, o meu conceito com relação a tudo assim, as pessoas, as coisas, eu dou muito mais valor, eu acho. Pretendo mudar muito a minha vida, já mudei na verdade a questão de bebida sabe, porque antes eu bebia, [...] cuidar mais da saúde sabe, qualquer coisa que eu fique sabendo que eu tenho, [...] qualquer coisa que apareça eu já cuidar no início” (MP6).

A experiência do câncer de mama suscita inúmeras transformações na vida das mulheres. Tais mudanças derivam de um novo significado à existência humana, delineado pela determinação de novas rotinas e a reconsideração de concepções. Uma inovação na forma de apreender e enaltecer a vida, (re) significando a relevância das pessoas, amigos e familiares, de dispor e conservar a saúde, das minúcias anteriormente não muito consideradas ou valorizadas. O câncer provoca impactos psicológicos, emocionais, psíquicos e físicos, os quais provocam mudanças que levam as pessoas a meditar sobre as variadas perspectivas da vida (MANOROV et al., 2019).

No estudo de Rosa e Radunz (2012), após a neoplasia de mama, as mulheres passaram a valorizar mais as circunstâncias, pensar em si, cuidar da saúde, converter-se em pessoas melhores, ressignificando o propósito da vida.

Também no estudo de Salci e Marcon (2011a), as mulheres posteriormente à vivência de câncer de mama, explanaram que as adversidades passaram a ter outro significado; sentiram-se fortes, mais amadurecidas, mesmo que vulneráveis emocionalmente e com medo de recidiva da doença. Passaram a amar a vida com mais veemência, valorizar fatos comuns do dia a dia, optaram em viver bem com a família e com elas mesmas. Avaliaram situações e particularidades desfavoráveis para uma vida salutar, como se esgotar com pequenas coisas, ser impaciente e intolerante. A partir da doença, a vida passou a ter outro significado, um novo sentido.

O transcurso do adoecimento engendra na mulher a valorização da vida e do autocuidado, devido à lucidez de provável recidiva (FERREIRA et al., 2011).

Durante o processo de adoecimento e tratamento de uma neoplasia, o apoio e amparo de amigos são consideráveis e valiosos, contudo a função indispensável e fundamental é a da família que deve se organizar diante desse contexto, para ofertar o suporte à mulher, bem como atender as novas carências que despontarão no desdobramento desse processo, como a assistência e zelo pela saúde da mesma e seu âmbito social. Uma vez que diante de uma enfermidade como câncer de mama, a mulher fica profundamente vulnerável, é nesse momento que a família deve acolher, apoiar e proteger contribuindo na superação de períodos que ela se sinta frágil e incapaz. A presença e assistência da família e amigos oportunizam para a mulher que experiencia a neoplasia encorajamento e ânimo para fortificá-la no enfrentamento da enfermidade, diminuindo seus temores e angústias (MANOROV et al., 2019).

Nas falas que vêm a seguir, as participantes falaram do reconhecimento da fragilidade da vida, do ser humano e também o entendimento alcançado após percorrerem o árduo caminho do processo de adoecimento, diagnóstico e tratamento.

*“Trouxe de mudança, foi uma experiência que eu tive muito grande sabe, uma coisa assim que te faz pensar mais nos outros sabe, porque as vezes você diz: ‘Eu tenho amor ao próximo, eu cuido’. Mas você não sabe o que a pessoa passa, então quando você passa, aí você vê o que é sofrimento, [...]” (MP10).*

*“O que me chamou atenção, [...] eu sempre falo antes de acontecer a coisa com a gente como aconteceu comigo, você não tem noção do que acontece com as pessoas, [...]” (MP9).*

*“[...] porque assim a gente pensa que é eterno mas a gente não é eterno, a gente só vai ver que a gente não é eterno, quando a gente fica doente. Nossa não é, e outro, o ser humano é tão frágil né [...] a gente é um sopro né” (MP1).*

De acordo com o estudo as Salci e Marcon (2011a), a experiência versada do câncer de mama proporcionou reflexões relevantes sobre a transitoriedade da vida e do ser humano, pois há um grande impacto ao se deparar com a morte, devido ao estigma da doença, o que leva a se pensar na vida, entender e enxergar o mundo e as pessoas com mais intensidade. A solidariedade e sentimentos de amor ao próximo também foram despertados como uma transformação positiva. Similarmente houve a reflexão de admirar a história de vida das pessoas que passaram por dilemas pertinentes ao câncer, levando-os a atribuir um novo sentido à vida e significado a doença.

Do mesmo modo, no trabalho científico de Inan e Ustun (2014) verificou-se que após o câncer de mama houve modificações e desenvolvimento nos relacionamentos interpessoais, os quais puderam ser contemplados na forma de melhoramento do senso de compadecimento, aperfeiçoamento na prática da empatia, ou seja, se colocar no lugar do outro, acréscimo na vontade de ajudar as pessoas com experiência similar e aprofundamento dos relacionamentos com mudanças positivas.

Por fim, apesar de todas adversidades enfrentadas durante a trajetória do diagnóstico ao tratamento, as mulheres participantes descreveram sobre se manterem sempre encorajadas e animadas para prosseguirem sem medo seus caminhos

*“ [...] Sei que tem hora que você fica desanimada e tudo, mas amanhã é outro dia, você tem que acordar melhor, tentar se levantar, é um dia de cada vez, você tem que viver um dia de cada vez. [...] só não pode desanimar, porque se você desanimar olha, é isso que a doença quer, é o que ela gosta de pessoa desanimada para ela pegar para ela [risadas]. Eu falei, comigo não [risadas]” (MP11).*

*“[...] assim eu vivo um dia de cada vez, sabe [...]” (MP1).*

*“Eu quero viver hoje, o hoje, amanhã não importa, [...]” (MP9).*

*“Eu levei tudo na esportiva, eu não me preocupo, [...], em momento algum eu me preocupo, só sei que eu tenho que ir e vou normalmente” (MP13).*

*“Olha perdi completamente o medo de morrer. Medo de altura, vários medos eu perdi com isso” (MP2).*

Embora as mulheres com câncer de mama se deparem com inúmeros confrontos no processo de adoecimento, as sobreviventes dessa enfermidade podem vivenciar um crescimento pessoal, em virtude do enfrentamento à neoplasia, tendo como exemplo disso a concepção de terem se tornado cidadãs melhores após a doença. Desta forma, é necessário o entendimento do conceito de crescimento pós-traumático, o qual é empregado para intitular alterações positivas provenientes de afincos particulares para resolver circunstâncias impactantes e traumáticas (INAN; USTUN, 2014).

O evento já mencionado pode se revelar de formas discrepantes, como o aumento na admiração da vida, vicissitudes de preferências e prioridades, convívios interpessoais mais vultosos, empoderamento pessoal e religiosidade mais acentuada. Destaca-se que o crescimento não decorre exatamente do trauma, várias ciências estudam o entendimento da associação de como os episódios traumáticos precedem elevado nível de estresse, geralmente associado com distúrbios físicos e psicológicos, considerando também o entendimento das concepções favoráveis resultantes da vivência de um impacto, devido ao aumento da prevalência de mulheres que derivam mudanças benéficas em suas vidas (FERREIRA; BAQUIÃO; GRINCENKOV, 2019, INAN; USTUN, 2014).

Diversos estudos realizados com sobreviventes de câncer de mama identificaram vários fatores que influenciam o crescimento pós-traumático, dentre eles: fatores pessoais (relacionamentos pessoais, confiança nos profissionais, características demográficas e outros); fatores relacionados a eventos (características clínicas, estadiamento da doença, e outros); fatores ambientais (apoio social da família, dos amigos, do companheiro, contato com outros sobreviventes de câncer, satisfação no relacionamento familiar e conjugal); desequilíbrio entre câncer e a percepção de si mesma e do mundo; atitudes; comportamentos; emoções; estratégias de enfrentamento (espiritualidade, meditação reflexiva, pensamento positivo, processos cognitivos, resiliência). Elevados níveis de crescimento pós-traumático amenizam a depressão e o estresse e estão relacionados com a qualidade de vida (MOLS et al., 2009; LELORAIN; BONNAUD-ANGIGNAC; FLORIN, 2010; FALLAH et al., 2012; BRIX et al., 2013; INAN; USTUN, 2014).

Destarte, mediante o contexto vivenciado desde o diagnóstico até o tratamento, é notório que o câncer de mama alcançou uma significação particular para cada mulher, influenciando as emoções e sentimentos de distintas formas. Como afirmam Manorov et al.

(2019), a maneira de se ajustar e superar a nova situação pode modificar desfavoravelmente a vida dessas mulheres, intervindo na maneira de ver e viver a vida. Contudo, a habilidade de resiliência induz transformações benéficas para vencer as dificuldades ressignificando e estimulando a existência humana.

Assim, o câncer adiciona experiências, novos conceitos e/ou sentidos para mudanças de comportamento, autoconhecimento, reestruturação do viver, redescobrimto de interesses e princípios muitas vezes esquecidos com o tempo, pois a doença produz mudanças para toda a vida. Todas essas mudanças são geradas em cada mulher com base em seus conhecimentos, sentimentos, concepções e entendimentos em torno da doença. Além disso, as mudanças e dificuldades advindas requerem adequações, ajustes e afinamentos físicos e emocionais pessoais e interpessoais (TORIY et al., 2013).

Enfim, num resumo das explanações das mulheres no que se refere ao caminho trilhado no processo saúde doença, fica claro que elas passaram por momentos aflitivos, angustiantes e muitas vezes de desesperança diante da nova situação vivenciada pelo diagnóstico do câncer e seus desdobramentos, no entanto, experienciaram um crescimento pós-traumático com reflexões positivas, puderam trabalhar melhor com seus medos e conseguiram elaborar ajustes emocionais, o que resultou em seu empoderamento psicossocial.

## *6 Considerações Finais*

---

A caracterização das participantes deste estudo mostrou que, em sua maioria, elas eram casadas, com nível médio de escolaridade, renda média familiar abaixo de R\$ 2065,00 e não tinham plano de saúde. Já em relação ao histórico obstétrico, a maioria era multigesta, com prática do aleitamento materno, sem nenhum tipo de aborto, e o contraceptivo oral era o mais usado por elas. Quanto aos antecedentes da doença, poucas tinham histórico familiar de câncer de mama e nenhuma tinha histórico familiar para câncer de ovário ou câncer de mama masculino. De forma geral, houve um curto período de tempo transcorrido entre a suspeição da doença e o tempo do diagnóstico até o início do tratamento.

Esse perfil das acometidas pelo câncer de mama mostra coincidências e divergências quando nos reportamos aos grupos indicados como de alto risco para a doença, descritos pelo INCA e pela literatura científica, em geral. Mais uma vez, os dados de uma pesquisa destacam a importância da prevenção e controle em todas as suas facetas, destacando-se as ações no rastreamento e na individualização do atendimento.

Quanto ao IT realizado após a percepção perturbadora do primeiro sinal da doença, a maioria das mulheres passou sozinha por esse momento de angústia. Uma delas se utilizou imediatamente do subsistema familiar, mas todas as outras recorreram primeiramente ao subsistema profissional, que foi buscado e acionado para definição do diagnóstico e tratamento, seja nos serviços públicos de saúde, serviços privados ou além das fronteiras com o Brasil, no Paraguai. O medo se fez presente e a possibilidade de estar doente causou preocupação e desespero à mulher e àqueles do seu convívio diário, denotando o aspecto estigmatizante do câncer.

Os caminhos percorridos foram tortuosos e complexos, mas a definição do diagnóstico foi ainda mais chocante e gerou inúmeros sentimentos angustiantes, preocupações e graves implicações à vida das mulheres, os quais foram vivenciados de formas divergentes entre as jovens e as demais. Nesse momento, as jovens enfatizaram suas preocupações com a maternidade e o trabalho, enquanto que aquelas com mais idade preocuparam-se com a família, com a provável perda da mama e com o sentimento de medo da morte.

Para o enfrentamento da doença, a partir do diagnóstico, quase todas as mulheres buscaram e puderam contar com apoio do núcleo familiar, dispondo-se a uma confrontação positiva com o câncer de mama.

Em relação aos tratamentos, apesar de seus benefícios no combate ao câncer e na sobrevivência, levaram as mulheres a novos sofrimentos diante dos efeitos deletérios, os quais acarretaram sérios comprometimentos físicos, psicológicos e sociais, levando algumas delas até mesmo a uma negação da realidade, especialmente as mais jovens.

Ficou evidente nos depoimentos das participantes que, no decorrer de todo o percurso, entre o primeiro sinal, a definição do diagnóstico e início dos tratamentos foram acionados os subsistemas Familiar e o Profissional de cuidado à saúde, importantes para o enfrentamento das dificuldades.

No caminho trilhado para o diagnóstico, o cuidado Familiar foi afirmado quando algumas mulheres, ao perceberem o primeiro sinal, contaram primeiramente para a família e posteriormente, como as demais, buscaram ajuda profissional para elucidação do diagnóstico, destacando o cuidado Profissional. As dificuldades vivenciadas nessa fase dizem respeito ao acesso aos serviços públicos de saúde, obtenção de exames e encaminhamentos para as especialidades.

A confirmação da doença ocasionou inquietude nas mulheres em relação à reação da família frente a esse diagnóstico, e aqui o subsistema Familiar evidenciou-se no apoio emocional recebido dos familiares e do companheiro, o que foi de grande valia para a confrontação do diagnóstico e do tratamento. Assim, nessa fase as adversidades vividas remetem-se ao impacto da notícia da neoplasia, preocupação com o núcleo familiar, encadeamento da doença e o enfrentamento. Salientamos que o cuidado Profissional se deu de forma predominante em todo o trajeto.

Quanto ao entendimento dos caminhos trilhados pelas mulheres com câncer de mama em região fronteiriça, pautando-se na teoria da complexidade de Edgar Morin, os quatro princípios do pensamento complexo utilizados nos mostraram o seguinte: O *Princípio Dialógico* é percebido na suspeição da doença e informe do diagnóstico; o *Princípio Organizacional* expressou a erudição da realização e organização do IT, bem como os sistemas de cuidado à saúde utilizados; o *Princípio Hologramático* permitiu a compreensão do trajeto realizado pelas mulheres com câncer de mama e o *Princípio do Círculo Recursivo* enfatizou a auto-organização para interpretação de como as mulheres com câncer de mama se organizaram para o IT.

Quanto aos atributos da APS, verificou-se que no atributo do Primeiro contato, a falta de acolhimento pelos profissionais de saúde, tanto na ABS como no hospital de referência, bem como as barreiras geográficas e funcionais, dificultou o acesso da maioria das mulheres com câncer de mama ao diagnóstico e início do tratamento.

A APS, por ser a porta de entrada nos serviços de saúde, não deveria impor barreiras no acesso, e isso fez com que as mulheres buscassem e/ou criassem recursos para ludibriar o sistema, a fim de alcançar a resolutividade dos seus problemas de saúde.

A relação de confiança, responsabilização, presença de diálogo e comunicação satisfatória com a maior parte dos profissionais médicos das unidades básicas de saúde facilitaram o atributo da longitudinalidade; contudo, essa relação positiva não ocorreu com o profissional enfermeiro. Sobre o serviço de referência para oncologia, houve uma vinculação benéfica como facilitadora desse atributo; no entanto, também houve menção à falha no acolhimento por uma profissional médica do serviço, desrespeitando a usuária.

Nesse sentido, essas falhas na longitudinalidade denotam um retrocesso no cuidado, pois a responsabilização, boa comunicação, confiança e vinculação devem ser fortalecidas entre todos os profissionais de saúde e as usuárias.

O olhar dos profissionais de saúde e usuárias focado no biológico, bem como a segmentação do processo saúde doença, dificultaram a tão almejada integralidade do cuidado e a estruturação desse atributo. No entanto, alguns profissionais de saúde foram além desse olhar, progredindo na prevenção e no cuidado à mulher antes que adoecesse.

A ausência do acesso às tecnologias leves, leves-duras e duras obstaculiza a conquista da integralidade. Elas devem estar continuamente presentes a fim de solidificar o cuidado integral.

Na percepção das mulheres com câncer de mama, a exiguidade do atributo da coordenação dificultou o acesso aos serviços de saúde, ocasionando a não resolutividade e encadeamento da assistência, comprometendo, assim, a ABS como ordenadora do cuidado.

A coordenação deve articular o cuidado entre os diversos pontos de atenção à saúde. À vista disso, é fundamental a presença da responsabilização, do acolhimento, da comunicação e do acesso às tecnologias, objetivando a organização dos serviços para que não desassistam as mulheres quando adoecerem.

Com relação ao contexto familiar, o cuidado não centrado na família e a ausência de abordagem das famílias fragilizou o elo entre essas e os serviços de saúde. A respeito do contexto comunitário, a falta das visitas domiciliares proporcionou o desconhecimento da realidade das famílias e o enfraquecimento do cuidado integral.

Ainda sobre a teoria da complexidade, os quatro princípios elencados nesse trabalho fazem uma conexão com os quatro atributos da APS, sendo que no *Princípio Dialógico* foi retratada a discrepância do que é preconizado e o que se viu na prática do cuidado. No *Princípio Hologramático*, evidenciou-se que o profissional de saúde deveria ter mais conhecimento dos atributos da ABS, do funcionamento das RAS e suas atribuições neste processo.

No *Princípio do Círculo Recursivo* ficou expressa a avaliação insatisfatória dos atributos da ABS pelas mulheres com câncer de mama, sendo necessária a reflexão de como esses serviços têm sido ofertados e oportunizados e, se necessário, reestruturá-los. Já o *Princípio Organizacional* permitiu o entendimento de como as mulheres com câncer de mama se organizaram para obter êxito nos atributos propostos, visando ao cuidado integral.

A saúde das mulheres que residem em município de fronteira é um grande desafio, pois a fronteira aberta propicia o livre trânsito de pessoas com riscos de doenças emergentes, o que dificulta o planejamento de ações preventivas, tornando este espaço instável. Há sobrecarga nos serviços públicos de saúde, insuficientes recursos humanos na área da saúde, em detrimento do envio de recursos financeiros escassos, uma vez que, os povos estrangeiros e os brasileiros que moram nos países vizinhos não são ponderados nesses repasses financeiros. Além disso, o SUS é muito atrativo devido à sua universalidade, resolutividade e qualidade da assistência, ocasionando a volumosa locomoção transfronteiriça em busca de serviços de saúde ou atividades laborais.

Assim, esse sobrepeso nos serviços de saúde brasileiros pode refletir na amplitude da resolutividade do cuidado, levando também os brasileiros, como no caso das mulheres com câncer de mama, a procurar atendimento para seus agravos de saúde do outro lado da fronteira, mesmo sem a garantia da continuidade da atenção.

Pertinente às percepções das mulheres sobre as mudanças para esmerar os serviços de saúde, houve a solicitação do atendimento de um médico especialista e exames direcionados à neoplasia de mama nas UBS, além do atendimento humanizado com avaliação dos serviços prestados. Elas esperam que as atividades de educação em saúde se fortifiquem por meio de palestras educativas sobre câncer de mama; desejam também que a ciência avance com sucesso no combate à doença neoplásica e esperam que o serviço de referência para oncologia mantenha a oferta de adereços para camuflar ou ocultar a perda dos cabelos, caso isso ocorra, em decorrência do tratamento quimioterápico.

Em relação às motivações para avançarem com o tratamento do câncer de mama, citaram uma perspectiva benéfica através de sua fé e da religiosidade, além do apoio familiar, que lhes estimularam a perseverança em não desistir, mesmo diante do temor do surgimento de metástases. E, àquelas as quais faltou o suporte familiar, isso foi revelado como motivo de grande frustração.

O sofrimento experimentado, desde a suspeita da doença, foi fortemente proferido, especialmente na vivência dos impactos dos tratamentos, como a perda das mamas, dos

cabelos e com alteração da imagem corporal. Além disso, a confrontação com metástases e o medo da morte também externaram consternação.

Toda essa angústia e padecimento vividos, ou seja, a experiência da neoplasia, geraram modificações, (re) significados em muitos aspectos da vida, como os de amadurecimento, superação e resiliência. As mulheres desse estudo demonstraram que o enfrentamento de todo esse trauma lhes proporcionou crescimento pessoal e empoderamento diante de sua nova situação – mulheres com câncer de mama.

Na realidade estudada, conclui-se que houve inúmeras incongruências na atenção à saúde da mulher com câncer de mama, confirmados pela não resolutividade e não seguimento dos atributos essenciais na APS. Espera-se que os dados obtidos possam subsidiar reflexões, e orientar as decisões de gestores, a fim de investirem na capacitação dos profissionais de saúde e formulação e implementação de políticas públicas direcionadas para garantia da qualidade da assistência prestada e maior resolutividade da ABS, tendo como base os atributos da APS. Essas ações poderiam contribuir no atendimento às necessidades de saúde das mulheres acometidas por neoplasia mamária, no contexto da atenção primária, em regiões de fronteira.

### **6.1 Limitações do estudo**

Consideramos que as limitações desse estudo são concernentes às participantes, conjunto composto apenas por mulheres residentes no Brasil, o que impossibilitou o conhecimento de diferentes itinerários terapêuticos, bem como uma avaliação mais abrangente da resolutividade dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama das três cidades fronteiriças – Brasil, Paraguai e Argentina.

## *Referências*

---

ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, set./out. 2014.

AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-11, 2018.

ALBUQUERQUE, J. L. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica(s)**, Natal, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012.

ALBUQUERQUE, J. L. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **TOMO**, Sergipe, v. 26, p. 97-122, 2015.

ALMEIDA, F. M. S. **Educação em saúde**: uma proposta de intervenção para informar os escolares sobre os atributos e funções da Atenção Primária à Saúde. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

ALMEIDA, T. G. et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 432-438, 2015.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.

ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, maio/ago. 2017.

ALVARES, R. B. et al. Sentimentos despertados nas mulheres com câncer de mama. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 7, n. 3, 2017.

ALVES, J. E. D. **Mulheres em movimento**: voto, educação e trabalho. Ouro Preto: REM, 2003.

ALVES, J. E. D. Inserção social e exclusão política das mulheres brasileiras. **APARTE-Inclusão Social em Debate**, Rio de Janeiro, p. 1-12, 2009.

AMADIGI, F. R. et al. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 139-146, 2009.

- ARAÚJO, R. C. S. et al. Itinerário terapêutico de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 525-538, 2014.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2015.
- ASTORGA, I.; PINTO, A. M.; FIGUEROA, M. Estudo da rede de serviços de saúde na região de fronteira Argentina - Brasil - Paraguai: 2001-2002. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia Saúde da Família. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.
- AZEVEDO, G. X. Estudo sobre a mulher sob as abordagens histórica, social e religiosa. **Web-Revista Sócio dialeto**, Campo Grande, v. 5, n. 14, 2014.
- AZEVEDO, L. R.; GERÓTICA, R. M. G.; SANCHES, T. P. A importância da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, São Paulo, v. 13, n. 30, 2016
- AZEVEDO, V. et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. **Revista de Enfermagem Referência Série IV**, Coimbra, n. 14, p. 159-168, 2017.
- BARATIERI, T.; MANDU, E. N. T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relato de experiências profissionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, 2012.
- BARBOSA, D. C. M. et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Revista Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 4, p. 360-366, 2016.
- BARD, B. A.; CANO, D. S. O papel da rede social de apoio no tratamento de adultos com câncer. **Revista Mudanças-Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 23-33, jan./jun. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, A. R. et al. Estratégias de mulheres à baixa resolutividade na Atenção Básica à Saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 32, p. 1-8, 2018.

BASTOS, L. O. A.; ANDRADE, E. N.; ANDRADE, E. O. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 563-576, 2017.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M.; SILVA, S. F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 5, n. 3, p. 499-510, jul./set. 2015.

BEHRENS, M. A.; OLIVARI, A. L. T. A evolução dos paradigmas na educação: do pensamento científico tradicional a complexidade. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, n. 22, p. 3-66, set./dez. 2007.

BELFORT, L. R. M. et al. O papel do enfermeiro no diagnóstico precoce de câncer de mama na atenção primária. **Revista Pesquisa Sociedade e Desenvolvimento**, Itajubá, v. 8, n. 5, 2019.

BENTO, F. R. O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional sul-americana. **Revista Conjuntura Austral**, Porto Alegre, v. 6, n. 7, p. 40-53, 2015.

BOING, A. F. et al. A. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012.

BORBA, V. Fronteiras e faixa de fronteira: expansionismo, limites e defesa. **Historiae**, Rio Grande, v. 4, n. 2, p. 59-78, 2013.

BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 1-15, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005. Seção 1, fls. 80-81.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 2 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 abr. 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/11664.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11664.htm)>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.253, de 12 de novembro de 2013. Altera atributos de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2013. Seção 1, p. 128.

BRASIL. Portaria nº 1.220, de 03 de junho de 2014. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série Cadernos de Atenção Primária, 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. legislação em saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Canais de comunicação do Humanizaus**. Brasília, DF: Área Temática da Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde, 2013. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/humanizacao](http://www.saude.gov.br/bvs/humanizacao)>. Acesso em: 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/GM, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013. Seção 1, fls. 129.

- BRIX, S. A. et al. Crescimento pós-traumático em mulheres idosas com câncer de mama em comparação com mulheres sem câncer de mama. **Revista Acta Oncológica**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 345-354, 2013.
- BRUM, I. V. et al. Câncer de mama metastático: aspectos clínico patológicos e sobrevida segundo o sítio de metástase. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 3 p. 158-168, 2017.
- CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Equipes de saúde - Paraná**. 2019. Disponível em : <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftoh.m.exe?cnes/cnv/eqeipr.def>>. Acesso em: 21 mar. 2019.
- CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 3-24, maio, 2009.
- CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas da Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 411 p.
- CAMPOS, C. E. A. et al. **Cooperação técnica entre Brasil e Paraguai para implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. Brasília, DF: OPAS, 2013. (Série boas práticas de gestão de termos de cooperação no contexto da cooperação técnica da opas/oms).
- CAMPOS, H. A. O papel estratégico de cidades gêmeas no controle de mercadorias em regiões de fronteira no contexto do MERCOSUL: Uruguai (BR) e Paso de los Libres (AR). **Redes- Revista do Desenvolvimento Regional**, Santa Cruz do Sul, v. 22, n.1, p. 56-73, 2017.
- CAMPOS, H. A.; RUCKERT, A. A. Dinâmicas territoriais da rede urbana em regiões de fronteira: a realidade transfronteiriça internacional do Rio Grande do Sul (Brasil). In: Congresso Brasileiro de Geografia Política, Geopolítica e Gestão Territorial, 1., 2014, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: REBRAGEO, 2014. p. 7-10.
- CARDOSO, E. M. R. et al. Enfrentamento da doença por pacientes com câncer e percepções sobre a assistência da equipe de saúde. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 184-198, 2019.
- CARMELO, M. S. et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016.

CARNEIRO, M. S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da atenção primária à saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 279-295, 2014. Número especial.

CARVALHO, J. B.; PAES, N. A. Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama em microrregiões do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 401-410, 2019.

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, São Paulo, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013.

CIPRIANO, P.; OLIVEIRA, C. Gestação e câncer de mama: proposta de guia de orientações. **Revista Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 148-157, 2016.

COMES, Y. et al. A implementação do Programam Mais Médico e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2729-2738, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Unificação dos blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS**. In: CONGRESSO COSEMS-RS, Santa Cruz do Sul, 2014.

CONCEIÇÃO, A. S. et al. Ações da enfermeira na visita domiciliar da atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 20, n. 20, p. 1-10, 2019. Volume suplementar.

CONDE, C. R. et al. A repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. **Revista Uningá**, Maringá, v. 47, p. 95-100, 2016.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 636 – 641.

COPELLI, F. H. S. et al. O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. **Aquichan**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 501-512, 2016.

CORRÊA, F. M. et al. Terapia alvo versus dacarbazina no tratamento de primeira linha do melanoma avançado não cirúrgico e metastático: análise de impacto orçamentário na perspectiva do Sistema único de Saúde, 2018-2020. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 28, n. 2, p. 1-12, 2019.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, set. 2012.

COSTA, L. F. M.; SOUZA, E. G.; LUCENA, I. C. R. Complexidade e pesquisa qualitativa: questões de método. **Revista do Programa de Pós Graduação em Educação Matemática da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)**, Campo Grande, v. 8, p. 727-748, 2015. Número temático.

COSTA, N. M. M. R. et al. Acolhimento: percepção de enfermeiros em uma unidade de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 8, n. 3, p. 576-590, 2018.

COSTA, C. F. S. et al. A complexidade da rede de atenção à saúde. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1609-1615, out./dez. 2015.

CUNHA, M. F. Mulher e historiografia: da visibilidade à diferença. **Revista História e Ensino**, Londrina, v. 6, p. 141-161, 2000.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011. Suplemento 1.

CUNHA, K. S. et al. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. **Revista Bahiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 295-304, 2016.

DAL PRÁ, K. R.; NOGUEIRA, V. M. R. Mercosul: expressões das desigualdades em saúde na linha da Fronteira. **Ser Social**, Brasília, DF, n. 18, p. 159-188, jan./jun. 2006.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Informações de saúde**. Óbitos por residência por faixa etária segundo município. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10pr.def>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

DEMARQUI, D. L.; GOUVEA, L. A. V. N. Trajetória histórica das políticas de saúde para a mulher na fase do climatério. In: **MOSTRA DE TRABALHOS EM SAÚDE PÚBLICA**, 3., 2009, Cascavel. **Anais...** Cascavel: Unioeste, 2009.

DIAS, J. C. et al. Os desafios da maternidade e a importância de ser mãe para mulheres com deficiências. **Revista Interfaces: saúde, humanas e tecnologia**, Fortaleza, v. 2, n. 6, p. 1-5, 2014.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. México: Copilco, 1984.

DOURADO, C. S. et al. Associação entre eventos de vida pós diagnósticos de câncer de mama e metástase. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-479, 2018.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

ELMORE, J. G.; KRAMER, B. S. Breast cancer screening- toward informed decisions. **JAMA**, Boston, v. 311, n. 13, p. 1298-1299, 2014.

ERDMANN, A. L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-491, 2006.

ESPERANÇA, A. C.; CAVALCANTE, R. B.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **REME- revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, 2006.

FACUNDO, A. N.; SILVA, I. M. C. Imunoterapia: um olhar na nova modalidade terapêutica do câncer. **Id on Line: revista multidisciplinar e de psicologia**, Jaboaão dos Guararapes, v. 13, n. 47, p. 556-562, 2019.

FALLAH, R. et al. Crescimento pós-traumático em pacientes com câncer de mama: um estudo fenomenológico qualitativo. **Jornal do Câncer do Oriente Médio**, [S.l.], v. 3, p. 35-44, 2012.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda espontânea na estratégia saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Revista de APS- Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 148-157, abr./jun. 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS DE APOIO À SAÚDE DA MAMA. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<https://www.femama.org.br/2018/br/noticia/senado-aprova-projeto-que-tira-o-efeito-de-portaria-que-limitava-realizacao-de-mamografias>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

FERREIRA, G. R. **Atención primaria de salud em Argentina, Paraguay y Uruguay**. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Atención primaria de salud em Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno em Salud: Unasur, 2015. p. 59-64.

FERREIRA, P. C. et al. Sentimentos existenciais expresso por usuários de casa de apoio para pessoas com câncer. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 66-72, jan./mar. 2015.

FERREIRA, L. P. S. **Auditoria em enfermagem**: um instrumento para avaliar a qualidade da prescrição de enfermagem no setor hospitalar. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Macapá, 2017.

FERREIRA, R. G. R.; FRANCO, L. F. R. Efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico no câncer de mama: revisão bibliográfica. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 2, p. 633-638, ago./dez. 2017.

FERREIRA, M. V. et al. A toxicidade dos quimioterápicos e a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama. **Revista Biosalus**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 227-238, 2018.

FERREIRA, D. B. et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 3, p. 536-544, maio/jun. 2011.

FERREIRA, M. B. L. S.; BAQUIÃO, A. P. S. L.; GRINCENKOV, F. R. S. Variáveis psicológicas associadas ao crescimento pós-traumático após a vivência do câncer: uma revisão sistemática. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 45, n. 3, p. 295-303, 2019.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FITTIPALDI NETO, J.; BRACCIALLI, L. A. D.; CORREA, M. E. S. H. Comunicação entre médicos à partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, [S.l.], v. 2, p. 101-110, 2018. CIAIQ- Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa 7., Fortaleza.

FLORES, F. **Quimioterapia e beleza**. São Paulo: Jardim dos Livros, 2013.

FONSECA, R. M. G. S.; FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 812-820, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2019.

FRACOLLI, L. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde num município do interior do estado de São Paulo – Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2015.

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de atenção primária à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 400-410, abr./jun. 2015.

FURTADO, H. M. S. et al. Repercussões do diagnóstico de câncer de mama para diferentes faixas etárias. **Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 8-14, 2016.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 214-226, 2007. Suplemento 2.

GENORASSO, M. C. H.; COELHO, D. A influência da religiosidade / espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde e Meio Ambiente: revista interdisciplinar**, Mafra, v. 1, n. 1, p. 173-187, 2012.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 p. 251-266, 2007. Suplemento 2.

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, C. V. et al. O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4073-4081, 2017.

GONTIJO, I. B. R.; FERREIRA, C. B. Sentimentos de mulheres jovens frente ao diagnóstico de câncer de mama feminino. **Ciência e Saúde**, Porto alegre, v. 7, n. 1, p. 2-10, 2014.

GUANABARA, M. A. O. et al. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza- Ceará, Brasil. **Revista Salud Publica**, Bogotá, v. 19, n. 1, p. 73-78, 2017.

HINO, P. et al. Integralidade na perspectiva da saúde coletiva: caminhos para formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 4, p. 119-1123, jul./ago. 2019.

HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI. **Institucional**. c2010. Disponível em: <<http://www.hmcc.com.br/institucional.php>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

HOUSSAMI, N.; LORD, S. J.; CIATTO, S. Breast cancer screening: emerging role of new imaging techniques as adjuncts to mammography. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 190, n. 9, p. 493-498, May 2009.

ILHA, S. et al. (Re)organização das famílias de idosos com Alzheimer: percepção de docentes à luz da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 331-337, abr./jun. 2015.

İNAN, F. S.; ÜSTUN, B. Breast cancer and posttraumatic growth. **The Journal of Breast Health**, Istanbul, v. 10, n. 2, p. 75, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tratamento do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/fatores\\_risco](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/fatores_risco)>. Acesso em: 13 mar. 2018.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Caderno estatístico município de Foz do Iguaçu 2020**. Disponível em: <[www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85850](http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85850)>. Acesso em: 16 fev. 2020.

KESSLER, R. M. et al. Longitudinalidade do cuidado da atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 186-1993, mar./abr. 2019.

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

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

KRZNARIC, R. **O poder da empatia**: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

KUHN, C. I. et al. Casa de apoio: suporte às mulheres com câncer de mama. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 8, n. 3, p. e188310, 2018.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 16. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como processo social. **Revista Latino-Americana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F. O SUS e as políticas sociais: desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-13, 2019.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011.

LELORAIN, S.; BONNAUD-ANTIGNAC, A.; FLORIN, A. Long term pos traumattic growth after breast câncer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, New York, v. 17, n. 1, p. 14–22, 2010.

LIMA, N. C.; BAPTISTA, T. W. F.; VARGAS, E. P. Ensaio sobre ‘cegueiras’: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 615-627, 2017.

LIMA, S. M. R. R.; VALADARES, A. L. R. Câncer de mama e sexualidade: considerações. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 92-96, 2014.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva dos usuários que vivenciam o cuidado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 553-559, maio/jun. 2015.

LIMA, C. V. C.; SANTOS, W. M. Vivências recorrentes de mulheres com câncer de mama durante a quimioterapia. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 11, n. 9, p. 6-20, 2017.

MACÊDO, E. L.; GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. S. Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, n. 24, p. e65400, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65400>>. Acesso em: 8 jan. 2020.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 143-161, 2017. Suplemento 2.

MAGALHÃES, P. A. P. et al. O significado das atividades laborais para mulheres jovens com neoplasia da mama. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. e20180422, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072020000100311&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100311&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 9 mar. 2020.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 14-29, 2014.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 687-698, 2007.

MANOROV, M. et al. Após a mastectomia o que esperar da vida pessoal, familiar e profissional? **Revista Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 321-329, 2019.

MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 272-278, 2015.

MEDEIROS, E. R. et al. Capacitação profissional no Programa Saúde na Escola sob a perspectiva da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 1-5, 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 5 abr. 2019.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir das experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, E. E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. In: MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

MILAGRES, M. A. S.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P. Repercussões do câncer sobre o cotidiano da mulher no núcleo familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 738-745, 2016.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 83-107.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOLS, F. et al. Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. **Psychology Health**, Abingdon, v. 24, n. 5, p. 583-595, 2009.

MONTEIRO, D. L. M. et al. Fatores associados ao câncer de mama gestacional: estudo caso controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2361-2369, 2019.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar e reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand, 2000.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. 350 p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 118 p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

MORIN, E. **A religação dos saberes**: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOURÃO NETTO, J. J.; DIAS, M. S. A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 65-72, 2016.

NEVES, C. V.; MARIN, A. H. A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos. **Barbaroi**, Cidade de Santa Cruz do Sul, v. 38, p. 198-213, 2013.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S; AGUSTINI, J. A institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 64-85, 2015.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na estratégia saúde da família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, jan./mar. 2015.

OHL, I. C. B. et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 4, p. 793-803, 2016.

OLIDI, C. S.; PAREJO, S. P.; PADILLA, M. A. S. Entre obstáculo anda el camino. trayectoria y mujer directiva. **Revista Psicologia: organizações e trabalho**, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 75-88, 2013.

OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero - uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2009.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, p. 158-164, 2013. Volume especial.

OLIVEIRA, M. R. et al. A família diante do diagnóstico de câncer de mama sob o olhar da mulher. **Revista Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 932-935, 2018.

OLIVEIRA, M. M. et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, p. 146-157, 2015. Suplemento 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção primária em saúde**. Agora mais do que nunca. Relatório mundial de saúde. Lisboa: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS**. Lisboa: OPAS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha Informativa - Câncer**. Brasília, DF. Brasil. 2019. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094)>. Acesso em: 23 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate Saúde**. Brasília, DF. 2011. Disponível em: <[http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS\\_Verde\\_web\\_final.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf)>. Acesso em: 8 abr. 2015.

OURO, G. C. et al. Análise da influência da fé, espiritualidade e religião no prognóstico de pacientes com câncer. **Saúde e Ciência**, Campina Grande, v. 7, n. 2, p. 125-132, maio/ago. 2018.

PÁDUA, E. M. M.; Complexidade e meio ambiente: um estudo sobre a contribuição de Edgard Morin. In: PÁDUA, E. M. M.; MATALLO JR, H. **Ciências Sociais, complexidade e meio ambiente: interfaces e desafios**. Campinas: Papyrus, 2008. 176 p.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da Pesquisa: abordagem técnico-prática**. 15. ed. Campinas: Papyrus, 2013. 128 p.

PÁDUA, E. M. M. Complexidade e pesquisa qualitativa: aproximações. **Série Acadêmica**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 39-48, 2015.

PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. A. P. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma unidade hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 23-30, 2015.

PAULA, C. C. et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 4, out./dez. 2015.

PAULA, W. K. A. S. et al. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, 2017.

PEREIRA, V. G. M. et al. A evolução na luta contra o câncer. **Saúde em Foco**, Registro, n. 7, p. 265-270, 2015.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-447, 2012.

POLITIZE. 2017. Disponível em: <www.politize.com.br>. Acesso em: 28 mar. 2017.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. Aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013.

PREUSS, L. T.; NOGUEIRA, V. M. R. O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 320-332, 2012.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher: a amamentação e a mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 142-146, 2004. Suplemento.

REICHERT, A. P. S. et al. Orientação familiar e comunitária na atenção primária à saúde da criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, 2016.

REIS, A. P. A.; PANOBIANCO, M. S.; GRADIM, C. V. C. Enfrentamento de mulheres que vivenciaram o câncer de mama. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del-Rei, v. 9, p. 1-10, 2019.

REIS, A. P. A.; GRADIM, C. V. C. A alopecia no câncer de mama. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 2, p. 447-455, fev. 2018.

RIBEIRO, G. S.; CAMPOS, C. S.; ANJOS, A. C. Y. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 849-856, jul./set. 2019.

RIBEIRO, M. G. M.; SANTOS, S. M. R.; TEIXEIRA, T. B. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: uma abordagem focada na prevenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 483-491, 2011.

RODRIGUES, L. F. et al. A construção de protocolos para Atenção Básica na defesa do direito à saúde. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 19, n. 36, p. 72-78, jan./jun. 2019.

RODRIGUES, M. P. et al. Ressignificando o trabalho na estratégia saúde da família: desafios para a integralidade do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Natal, v. 7, n. 2, p. 32-44, 2017.

RODRIGUEZ, F. T.; CARNEIRO, T. F. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 111-121, 2013.

ROSA, L. M.; RADUNZ, V. Significado do câncer de mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 445-450, 2012.

SÁ, A. J. **Geocultura política pós-moderna: limites e fronteiras em questão**, Recife: UFPE, 2016.

SÁ, G. S.; CAROZZO, N. P. P. Imagem corporal e habilidades sociais em pacientes com câncer de mama. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 10, n. 1, p. 37-55, jan./jun. 2018.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Após o câncer: uma nova maneira de viver a vida. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 374-383, 2011a.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 178-186, 2011b.

SALIMENA, A. M. O. et al. Mulheres enfrentando o câncer de mama. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 339-347, 2012.

SALLES, V. O.; MATOS, E. A. S. A. A teoria da complexidade de Edgar Morin e o ensino da ciência e tecnologia. **Revista Brasileira de Ensino de Ciências e Tecnologias**, Ponta Grossa, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2017.

SANGLARD, G. **Entre os salões e o laboratório**: Guilherme Guinle. A saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SANTANA, L. F. O autoexame de mama como método preventivo para o câncer mamário. **Caderno Discente Esuda**, Recife, v. 2, n. 1, p. 107-126, 2015. Número temático: debates sobre o desenvolvimento humano.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHIMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgard Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago. 2012.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 2018.

SANTOS, J. A. D. et al. Ferramenta de abordagem familiar na atenção básica: um relato de caso. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 249-252, 2016.

SEGALEN, M. **Sociologia da família**. Lisboa: Terramar, 1999.

SILVA, G. C. C. et al. A mulher e sua posição na sociedade: da antiguidade aos dias atuais. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar-SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2005.

SILVA, T. M. G. Trajetória da historiografia das mulheres no Brasil. **Politéia: história e sociedade**, Vitória da Conquista, v. 8, n. 1, p. 223-231, 2008.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SILVA JÚNIOR, E. S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. 549-560, nov. 2010. Suplemento 1.

SILVA-JUNIOR, N. D.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO, F. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações sócio antropológicas. In: Encontro Baiano de Estudos em Cultura, 3., Cachoeira, 2012. **Anais...** Cachoeira: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2012. p. 1-13.

SILVA, A. R. F. **Perspectivas das políticas territoriais na faixa de fronteira internacional da Amazônia Oriental brasileira: estados do Pará e do Amapá**. 2011. 190 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 67-71, 2012.

SILVA, A.V.; ZANDONABE, E.; AMORIM, M. H. C. Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2891, 2017.

SILVA, C. M. G. C. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angustias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 457-485, 2011.

SILVA, R. M. M. et al. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 718-729, jul./set. 2015a.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.

SILVA, R. M. et al. Educação em saúde para prevenção do câncer de mama no município de Piripiri- PI: atuação do pet-saúde. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 4, p. 203-205, out./dez. 2015b.

SIQUEIRA, S. M. C.; JESUS, V. S.; CAMARGO, C. L. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilomba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 179-189, 2016.

SOUZA, J. R. S. Avaliação da imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: <[https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20806/1/JulianaRaquelSilvaSouza\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20806/1/JulianaRaquelSilvaSouza_DISSERT.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2019.

SPIES, M. A. **Brasiguaios e o acesso ao SUS**: a cidadania na região fronteiriça de Foz do Iguaçu. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SPRANDEL, M. A. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 20, n. 57, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

STRADA, C. F. O. **Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um município da tríple fronteira Brasil, Paraguai e Argentina**: uma análise da política. 2018. 112 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2018.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 75-82, 2008.

TEDESCHI, L. A. A história das mulheres e as representações do feminino na história. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 3, 2009.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2010.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. M. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TOMAZ, L. A.; VERAS JUNIOR, E. F.; CARVALHO, P. M. G. Enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer de mama submetidos a tratamento quimioterápico. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 2, p. 195-201, 2015.

TONELLI, B. Q. et al. Rotatividade de profissionais da estratégia saúde da família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018.

TORIY, A. M. et al. Percepções, sentimentos e experiências físico emocionais de mulheres após o câncer de mama. **Journal of Human Growth Development**, Santo André, v. 23, n. 3, p. 303-308, 2013.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VIEIRA, A.; AMARAL, G. A. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 403-414, 2013.

VIEIRA, D. B.; GAMARRA, L. F. Avanços na utilização de nanocarreadores no tratamento e no diagnóstico de câncer. **Revista Revendo Ciências Básicas**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 99-193, 2016.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-257, 2009.

ZIGUER, M. L. P. S.; BORTOLI, C. F. C.; PRATES, L. A. sentimentos e expectativas de mulheres após o diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 107-112, jul. 2016.

*Apêndices*

---

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, intitulada “Itinerário Terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira”, da pesquisadora Andrea Ferreira Ouchi França, sob orientação da professora Marislei Sanches Panobianco, que tem por objetivo compreender como foi o caminho que você percorreu, desde o diagnóstico do câncer de mama até o início do tratamento. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –USP que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa.

Caso concorde em participar, vamos precisar de sua colaboração em dois momentos: primeiramente aqui, no Centro de Oncologia do Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) de Foz do Iguaçu, hoje ou em outro dia quando vier para seguimento do tratamento; no segundo momento, em sua residência, sete dias após nosso primeiro contato. Antes do segundo encontro, iremos ligar para você e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade.

No primeiro momento, iremos esclarecer sobre a pesquisa e perguntar sobre seus dados pessoais; histórico sexual e reprodutivo; histórico familiar; aspectos sociodemográficos e tempo do diagnóstico. Em sua residência será feita uma entrevista, a qual será gravada em áudio, quando você responderá como foi o caminho percorrido desde a descoberta do câncer de mama até o início do tratamento. Os possíveis riscos de sua participação podem ser devido ao desconforto e/ou constrangimento em fornecer informações sobre o fato de você ter câncer de mama, recordações do diagnóstico e dos caminhos difíceis para os tratamentos da doença. Caso esses desconfortos ocorram, estarei à disposição para lhe ajudar, conversando e esclarecendo suas dúvidas ou desconforto. Você poderá também desistir de sua participação já neste momento ou em qualquer outro, sem prejuízo ao seu atendimento no Centro de Oncologia. Além disso, você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa. Seu nome verdadeiro não irá aparecer; você será identificada com as letras MP (Mulher Participante) e numerada pela ordem das entrevistas (1,2,3, etc) entre as participantes. A sua identidade será mantida em sigilo absoluto e os resultados dessa pesquisa será divulgado apenas em revistas e/ou apresentados em eventos científicos. Não haverá custo para você e também não receberá nenhum auxílio financeiro por participar. Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para você neste momento, mas sua participação será importante, pois poderão ajudar o município a melhorar a atenção à saúde da mulher no que se refere ao câncer de mama.

Caso queira se comunicar com a pesquisadora o endereço é Universidade Estadual do oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquinio Joslim dos Santos, 1300, Jardim Universitário, (45) 98827-5308, ou também na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Av. Bandeirantes, 3900, (16) 3315-3480. Se precisar de maiores esclarecimentos poderá fazer contato com o Comitê de Ética – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, pelo telefone: (16) 3315-9197, de segunda à sexta, em dias úteis, das 10h às 12h e das 14h às 16h.

Este documento será impresso em duas vias idênticas, sendo que uma ficará contigo sendo assinada pelas pesquisadoras (Andréa e Marislei). Obrigada pela sua colaboração.

\_\_\_\_\_  
Andrea Ferreira Ouchi França

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Marislei Sanches Panobianco

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa “Itinerário Terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira”, realizada por Andréa Ferreira Ouchi França sob orientação da Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Marislei Sanches Panobianco.

\_\_\_\_\_  
Foz do Iguaçu, de \_\_\_\_\_ de 2018.

## APÊNDICE B

<b>IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA MULHER</b>	
Nome da mulher (Identificação para as entrevistas):	
Endereço (rua, nº, bairro, ponto de referência, telefones):	
UBS ou USF que pertence:	
<b>Histórico Sexual e Reprodutivo</b>	
a) Idade na primeira relação sexual:.....      b) Paridade: ( ) não ( ) sim N° de filhos:..... c) Amamentou: ( ) não ( ) sim Tempo:.....      d) Aborto:( ) não ( ) sim Quantos:..... e) Uso de método anticoncepcional oral ou injetável: ( ) não ( ) sim      Quanto tempo:.....	
<b>Histórico Familiar</b>	
a) Parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos de idade: ( ) não ( ) sim      Quantos:..... b) Parente com diagnóstico de câncer de ovário em qualquer faixa etária: ( ) não ( ) sim      Quantos:..... c) Parente com história de câncer de mama masculino: ( ) não      sim ( )      Quantos:.....	
<b>Aspectos sociodemográficos</b>	
a) Idade: .....      b) Raça/cor: ( ) branca ( ) negra ( ) amarela ( ) parda ( ) indígena c) nº de filhos: .....      d) Situação conjugal: ( ) com companheiro ( ) sem companheiro e) Pessoas que moram na casa: .....      f) nº de cômodos da casa (exceto banheiro): ..... g) Renda familiar: R\$. .....      h) Quem trabalha na casa (chefe de família): ..... i) Escolaridade: ( ) anos de estudo) Ocupação da mulher: ( ) não remunerada ( ) remunerada Qual profissão: j) Possui casa própria: ( ) sim ( ) não      k) Recebem auxílio do governo? ( ) não ( ) sim      Qual:..... l) Utiliza somente o Sistema Público de Saúde? ( ) sim ( ) não      Outro:..... m) Religião: .....	

**Características da doença**

- a) Tempo da suspeição do problema na mama ao diagnóstico: .....
- b) Tempo do diagnóstico ao início do tratamento: .....
- c) Tempo do diagnóstico para o momento da entrevista: .....
- d) Idade da entrevistada no momento do diagnóstico: .....

Legenda: Unidade Básica de Saúde (UBS); Unidade de Saúde da Família (USF).

## APÊNDICE C

### ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA NO DOMICÍLIO

**Pergunta norteadora:** Conte-me como foi o caminho percorrido desde a descoberta do câncer de mama até o início do tratamento?

**Guia de aspectos para conversar:**

**1 - Abordar aspectos sobre diagnóstico e o itinerário de cuidado:**

- Como você descobriu que estava com câncer de mama?
- Fale-me como foi a notícia do diagnóstico de câncer de mama para você?
- Conte-me quais os caminhos percorridos nos serviços de saúde do adocimento ao atendimento no Ambulatório de Oncologia do HMCC.

**2 - Abordar aspectos sobre os atributos da atenção primária à saúde:**

- Quando você observou que estava com o problema na mama, como aconteceu atendimento na UBS/USF?
- Como você percebe sua relação com os profissionais de saúde da UBS/USF?
- Estes profissionais disponibilizaram tempo para você falar sobre seus problemas ou dúvidas?
- Estes profissionais conhecem a sua história clínica?
- Você recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico? Como foi?
- Você acha que a UBS/USF oferece os profissionais e exames necessários para resolver o seu problema na mama?
- O serviço de saúde resolveu o seu problema na mama?
- Quais foram as motivações para o seguimento terapêutico?
- O que isso trouxe de mudanças para sua vida?

**3-Sugestões das mulheres:**

- O que você mudaria para melhorar o serviço de atendimento à saúde da mulher no município?
- O que você espera do serviço de atenção à saúde da mulher de seu município?
- Gostaria de comentar mais alguma coisa?

Legenda: Unidade Básica de Saúde (UBS);Estratégia Saúde da Família (ESF); Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC).

*Anexos*

---

## ANEXO A



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o  
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

**Ofício CEP-EERP/USP nº 012/2018, de 05/02/2018**

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 02 de fevereiro de 2018.

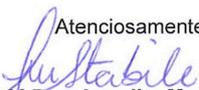
**Protocolo CAAE:** 79836517.0.0000.5393

**Projeto:** Itinerário Terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira

**Pesquisadores:** Andrea Ferreira Ouchi França  
Marislei Sanches Panobianco (orientadora)

***Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.***

Atenciosamente,

  
**Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Prof.ª Dra. Marislei Sanches Panobianco**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

## ANEXO B



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Itinerário Terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira

**Pesquisador:** Andrea Ferreira Ouchi França

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 79836517.0.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.483.312

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de pendência.

#### Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

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

-Foi incluído no termo de autorização do Hospital Ministro Costa Cavalcanti o carimbo do Diretor Superintendente.

- O TCLE foi revisto conforme orientação do parecer anterior.

**Recomendações:**

Não há.

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

A pesquisadora acatou as pendências apresentadas por este CEP, fazendo as devidas alterações nos documentos indicados. Com isso, cumpre as determinações da Resolução CNS/CONEP

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br



## USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.483.312

466/12, comprometendo-se com as diretrizes éticas para a pesquisa envolvendo seres humanos.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1020421.pdf	15/12/2017 18:14:27		Aceito
Outros	oficioandrea.pdf	15/12/2017 17:00:25	Andrea Ferreira Ouchi França	Aceito
Outros	autorizacaoHMCC.pdf	15/12/2017 16:56:28	Andrea Ferreira Ouchi França	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoandrea.pdf	15/12/2017 16:55:28	Andrea Ferreira Ouchi França	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEandrea.pdf	15/12/2017 16:54:47	Andrea Ferreira Ouchi França	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/11/2017 14:41:29	Andrea Ferreira Ouchi França	Aceito
Folha de Rosto	folha_andrea.pdf	09/11/2017 08:32:21	Andrea Ferreira Ouchi França	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/10/2017 13:56:36	Andrea Ferreira Ouchi França	Aceito

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

RIBEIRAO PRETO, 02 de Fevereiro de 2018

**Assinado por:**

**RONILDO ALVES DOS SANTOS**

**(Coordenador)**