

Artigo Original

A experiência da enfermidade da mulher com câncer de mama: singularidades de um itinerário terapêutico

The illness experience of woman with breast cancer: singularities of a therapeutic itinerary

La experiencia de enfermedad de la mujer con cáncer de mama: singularidades de un itinerario terapéutico

Milene Pereira de Souza Santos¹ 

Kamila Freitas Trindade² 

Débora Lopes dos Santos³ 

Juliana Costa dos Santos Borges⁴ 

Evelin Duarte Serpa⁵ 

Marcio Costa de Souza⁶ 

¹Autora para correspondência. Universidade do Estado da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil. profmilenesmed@gmail.com

²⁻⁵Universidade do Estado da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil. freitastmila@gmail.com, lopesdebora761@gmail.com, jucsborges@gmail.com, dserpa99@gmail.com

⁶Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana). Bahia, Brasil. mcsouzafisio@gmail.com

RESUMO | OBJETIVO: Analisar a experiência da enfermidade da mulher com câncer de mama e os caminhos percorridos em busca da saúde. **MÉTODO:** A abordagem qualitativa e exploratória foi utilizada com a escolha do Estudo de Caso. As informações apreendidas foram analisadas, ordenadas e classificadas em categorias empíricas e articuladas aos referenciais teóricos. **RESULTADOS:** Observou-se que os caminhos em busca da saúde podem ser antagonísticos a uma rede de atenção hierarquizada e sistematizada. Barreiras funcionais se mostraram presentes, ao desnudar as dificuldades encontradas pela usuária na resolutividade. Evidenciou-se que o cuidado interprofissional e o uso das tecnologias leves podem ser ferramentas potentes para o cuidado integral. **CONCLUSÃO:** O estudo aponta que o caminho em busca do cuidado integral pode ser arraigado por teias, que envolvem os sujeitos e suas escolhas dentro ou fora do sistema e das redes de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da Mama. Itinerário Terapêutico. Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To analyze the illness experience of a woman with breast cancer and the paths taken in search of health. **METHOD:** A qualitative and exploratory approach was used with the choice of the Case Study. The information gathered was analyzed, sorted, and classified into empirical categories, which were later linked to theoretical frameworks. **RESULTS:** It was observed that the paths in search of health could be antagonistic to a hierarchical and systematized care network. There were functional barriers, as the difficulties encountered by the user were exposed. It was shown that interprofessional care and the use of light technologies could be powerful tools for integral care. **CONCLUSION:** The study points out that the path in search of comprehensive care can be rooted in webs, which involve the subjects and their choices within or outside the health care system and networks.

KEYWORDS: Breast Neoplasm. Therapeutic Itinerary. Patient-Centered Care.

RESUMEN | OBJETIVO: Analizar la experiencia de enfermedad de una mujer con cáncer de mama y los caminos recorridos en la búsqueda de la salud. **MÉTODO:** Se utilizó un enfoque cualitativo y exploratorio con la elección del Estudio de Caso. La información recopilada fue analizada, ordenada y clasificada en categorías empíricas, que luego fueron vinculadas a marcos teóricos. **RESULTADOS:** Los caminos en busca de la salud pueden ser antagónicos a una red de atención jerarquizada y sistematizada. Existían barreras funcionales, pues se exponían las dificultades encontradas por el usuario. Se demostró que el cuidado interprofesional y el uso de tecnologías livianas pueden ser herramientas poderosas para el cuidado integral. **CONCLUSIÓN:** La busca de la integralidad de la atención puede radicar en redes, que involucran a los sujetos y sus elecciones dentro o fuera del sistema y de las redes de salud.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de la Mama. Ruta Terapéutica. Atención Dirigida al Paciente.

Submetido 17/05/22, Aceito 03/11/2022, Publicado 07/03/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e4628

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e4628>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsáveis: Mônica Dalto, Marilda Castelar

Como citar este artigo: Santos, M. P. S., Trindade, K. F., Santos, D. L., Borges, J. C. S., Serpa, E. D., & Marcio Costa de Souza, M. C. (2023). A experiência da enfermidade da mulher com câncer de mama: singularidades de um itinerário terapêutico. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e4628. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e4628>



Introdução

O câncer de mama é um importante problema de saúde pública devido a sua alta incidência e mortalidade no âmbito mundial, sendo a neoplasia que mais atinge o sexo feminino, representando 24,2% do total de câncer em 2018, no qual se calcula cerca de 2,1 milhões de casos novos nesse mesmo período (Bray et al., 2018). No Brasil, estimam-se 66.280 novas ocorrências de câncer de mama para cada ano do triênio 2020-2022. Tal valor equivale a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres. Na Bahia, estimam-se 3.460 novas ocorrências para o ano de 2022, representando uma taxa bruta de 43,84 casos por 100 mil mulheres (INCA, 2019).

Além do aumento significativo dos casos, é importante destacar os efeitos sobre a vida dessas mulheres em decorrência da terapia medicamentosa e seus respectivos efeitos adversos, que contribuem para a ampliação dos desafios e complicações atrelados a esse quadro clínico. É evidenciado que as mulheres acometidas por câncer de mama, e que realizavam quimioterapia, apresentaram mudanças nos domínios emocional, financeiro, de satisfação sexual e nas perspectivas futuras de vida; essa realidade pode interferir no cotidiano das suas vidas e nas relações sociais (Biparva et al., 2022).

Há uma discussão sobre a experiência e a implicação a partir do diagnóstico do câncer de mama na vida das pessoas, sobretudo em mulheres, principalmente pela alteração na estética, o medo do óbito, o pavor à extirpação, dentre outras transformações que ocorrem, seja física ou psicológica, as quais se apresentam com grande relevância também no contexto social. Ademais, ao se deparar com essa enfermidade, a pessoa acometida por essa condição de saúde pode se conectar com diversas terapêuticas ofertadas, experimentando condutas variadas por meio da diversificação de saberes, tanto profissionais quanto pessoais, ou de outros atores que lidam com a cura. Portanto, entender a experiência do adoecimento e suas implicações têm um papel relevante para o aprofundamento e análise no que tange aos processos de subjetivação das mulheres após o diagnóstico de câncer (Lopes et al., 2020).

Nesse contexto, a experiência da enfermidade é entendida como o misto das vivências entre os sintomas

e o sofrimento, que geram angústias ocasionadas por aspectos fisiopatológicos. Isso, em particular, se moldará de acordo com o significado que o adoecimento tem para cada ser humano e do contexto que serão construídos. Tais questões traduzem que contrapontos entre o que é experienciado e o senso comum podem acarretar obstáculos, no que tange à empatia acerca das relações cotidianas (Kleinman, 1988).

Há ainda que ressaltar que essas experiências devem ser pautadas em linhas de cuidado existentes para as usuárias, as quais apresentam em sua constituição uma fragmentação estrutural, que proporciona às mulheres, na prática, na tentativa de resolução da enfermidade, uma vivência por meio de barreiras que restringem o acesso aos serviços de saúde de diversas naturezas, no qual se torna necessário a edificação de espaços de cuidado com tessituras horizontalizadas. Após vencer esses desafios, na efetivação do cuidado, há que se afirmar o quão potente pode ser o encontro entre as usuárias e os trabalhadores de saúde, sendo esse capaz de proporcionar relações intersubjetivas, humanizadas, resolutivas e integrais (Santos et al., 2021; Souza, Borges et al., 2021; Souza, Souza et al., 2021).

Diante disso, este estudo tem como objetivo geral analisar a experiência da enfermidade da mulher com câncer de mama e os caminhos percorridos em busca da saúde.

Metodologia

A trajetória metodológica utilizada no estudo foi de abordagem qualitativa, exploratória, com escolha do Estudo de Caso para elucidação da vivência relatada. Esse estudo é parte integrante de um projeto intitulado "Itinerários Terapêuticos de Mulheres com Câncer de Mama em um Serviço de Referência Estadual na Bahia", no qual foram entrevistadas 11 mulheres acima de 18 anos, diagnosticadas e em tratamento para o câncer de mama, no período entre janeiro e março de 2020. A escolha da escrita neste caso, diante das entrevistas produzidas, destacou-se pela potencialidade de elementos, os quais se apresentaram diante da realidade experienciada no decorrer do processo de adoecimento, que exigiu a escrita deste relato.

O entendimento dos caminhos em busca de cuidado foi primordial para compreensão da interface entre as Redes de Atenção à Saúde, especialmente tomando a Atenção Primária como ponto de partida. Os dados foram construídos a partir de uma entrevista semiestruturada realizada em janeiro de 2019, que continha informações acerca da identificação da participante, características sociodemográficas, produção do diagnóstico e do cuidado, impactos causados pelos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, itinerários terapêuticos e barreiras, e dificuldades e enfrentamentos no processo do adoecimento. A narrativa foi gravada com auxílio de um gravador de aparelho smartphone, bem como se utilizou a técnica do diário de campo para maior acurácia das informações. Por conseguinte, os dados foram transcritos, analisados, e por fim, agrupados em categorias empíricas.

Inicialmente, realizou-se a transcrição completa da entrevista; em seguida, a leitura flutuante e exaustiva desta para a busca dos sentidos e significados, estratégia que guiou a construção dos sentidos, agrupando-os em núcleos; e após essas etapas foi feita a classificação dos dados com a criação da categoria empírica. A partir dessa fase, deu origem a análise final dos dados produzidos, vinculando com produções científicas atuais (Minayo et al., 2017).

Após análise criteriosa da narrativa, os dados foram classificados na categoria empírica experiência da enfermidade, com seus respectivos núcleos do sentido: redes, práticas de cuidado, e suas correspondentes subcategorias: as redes formais e as redes vivas; as barreiras funcionais; o cuidado interprofissional em saúde; por trás da detecção precoce; o uso das tecnologias leves e; as práticas integrativas e complementares em saúde.

Cabe ressaltar que a coleta de dados foi realizada somente após explicação da pesquisa e colheita das assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como se tratou de uma pesquisa envolvendo seres humanos, após autorização da instituição de saúde, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sendo respeitada a Resolução 466/2012, sob o parecer n.º 26049219.7.0000.0057.

Resultados e discussão

Caracterização da entrevistada

R.A.R, 52 anos, negra, cabeleireira, casada, sem filhos, natural e residente de Amargosa-Bahia, relata descoberta do câncer de mama desde 2019. Relata transtorno depressivo crônico e transtorno do pânico, nega benefício/auxílio do governo, comorbidades e histórico familiar para câncer de mama.

1. Experiência da enfermidade

A experiência da enfermidade pode ser caracterizada pelo imbricamento da historicidade com o vivido durante o processo de adoecimento, sendo a subjetividade considerada ponto crucial para sua compreensão, onde se inserem as crenças, os valores, as interações do indivíduo com o meio habitado, o cognitivo, o social, os saberes pré-concebidos durante a vida, ou seja, tudo o que é agregado às representações individuais (Alves, 1993; Aguiar et al., 2018).

Ao se tratar de uma doença estigmatizante como o câncer de mama, constata-se, sem dúvida, uma patologia de grande impacto para a mulher, pois há uma tendência de distorção do que já foi construído no que concerne à sua percepção da feminilidade. Neste contexto, a historicidade aparece como elemento importante para o entendimento da experiência do adoecimento, na qual se faz refletir acerca das concepções trazidas pela mulher, sendo esta um fator significativo para a produção do cuidado de forma especializada (Alves, 1993; Aguiar et al., 2018). Portanto, além das questões emocionais que pairam sobre o campo mental e espiritual, essa mulher tende a lidar também com o enfrentamento das experiências no corpo físico, causados pelo tratamento invasivo e aflitivo.

"[...] Eu sei que... pode ser até pesado o que eu tô te falando assim... mas a gente tá entre a vida e a morte... Eu não digo talvez que o câncer mate, mas o tratamento tão agressivo, ele mata mais do que a própria doença! Porque se você diz assim: o que que você sente? No câncer você não sente nada! Só quando ele não tá tão... tão... é... como é que diz assim... só quando ele tá muito passado, que as pessoas dizem que é um sofrimento, mas assim... entre tudo, o sofrimento maior que é para o nosso benefício é a quimio! Tem horas que a quimio você diz assim, meu Deus eu não vou aguentar! É muito terrível! É terrível!

[...] os piores sintomas pra mim, é o vômito, porque não é aquele vômito que você, vomita e cabô... então, cê tá ali... nem bem terminou a primeira, a segunda já tá atrás de você e você tá ali parece e tudo que você come, você põe tudo pra fora e depois você fica debilitada e aí você quer botar pra fora e não tem mais nada e você não tem força e dói tudo como se você tivesse... como se você tivesse alguma coisa dentro de você... tudo ferido, tudo ... é... inflamado! Dói muito! Dói..."

2. As redes formais e as redes vivas

Com o intuito de almejar o cuidado integral da saúde, torna-se muito comum que o próprio usuário construa as tessituras ao percorrer seus caminhos para a resolubilidade das suas necessidades, isto é, os usuários constroem suas próprias redes com diferentes conexões. Estas podem ser denominadas de redes vivas, pois cada ser diante da sua realidade está em constante produção de movimentos, saberes, além de construir e partilhar cuidados (Merhy et al., 2016). Assim, os usuários possuem um protagonismo no cuidado ao delinear o próprio acesso aos serviços necessários para isso, como pode ser visto na fala a seguir:

"[...] o Ecocardiograma, eu consegui com uma colega que trabalha lá em Amargosa aí eu fiz lá [...] ela trabalha lá na policlínica de Amargosa [...]"

A dificuldade em acessar a rede formal pode ser entendida como um rizoma composto por técnicas e procedimentos, os quais são institucionalizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essas ramificações são formadas por redes informais que se multiplicam formando diversos itinerários para a produção do cuidado (Aciole & Silva, 2021; Aguiar et al., 2018). No entanto, para realizar a conduta que necessita pode ser um obstáculo no percurso da usuária na rede de saúde e atrasar a concretização das ações, retardando o diagnóstico e o início do tratamento (Aguiar et al., 2018; Feuerwerker et al., 2016). A fala acima denota que a usuária utiliza sua rede de afetos para conseguir ter acesso ao procedimento necessário, apontando para a existência de uma rede informal que, apesar de não designada para isso, também participa do processo de cuidar (Aciole & Silva, 2021).

Nesse contexto, no âmbito do SUS existe uma rede institucionalizada, que para o usuário fazer parte dela é preciso possuir requisitos e seguir caminhos pré-estabelecidos por diretrizes. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), implementadas no SUS, buscam prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva,

de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção, que, de fato, atendam às necessidades da população (Merhy et al., 2016). No entanto, questiona-se acerca da real efetividade da comunicação entre as RAS, pois na realidade vivida no cotidiano desses itinerários, nota-se que os usuários são capazes de tecer caminhos alternativos na busca de solução para os seus problemas de saúde.

2.1. As barreiras funcionais

Dentro do cenário exposto, cabe reflexão no tocante ao acesso aos serviços de saúde e suas barreiras. Uma em especial merece destaque na correlação entre a efetividade da rede formal e o emergir das redes vivas: a barreira funcional; esta trata-se da dificuldade da resolutividade das unidades de saúde, dos embaraços e bloqueios nos agendamentos de consultas ou procedimentos, e da quantidade de serviços ofertados suficientes para atendimento das demandas trazidas pelos usuários (Souza, Borges et al., 2021; Souza, Souza et al., 2021; Souza & Souza, 2020). Tais aspectos revelam desigualdades sociais, além de reproduzirem uma óptica pré-concebida e já instalada acerca do sistema de saúde brasileiro ser pouco resolutivo e para pessoas com menores condições econômicas (Souza, Borges et al., 2021; Souza, Souza et al., 2021; Souza & Souza, 2020). Por detrás disso, o racismo estrutural tende a emergir, de forma que mulheres negras com câncer de mama tornam-se vítimas da necropolítica por não usufruírem de um cuidado integral e humanizado, resultante da negligência crônica e sintomática de sua saúde (Souza, Borges et al., 2021; Souza, Souza et al., 2021; Souza & Souza, 2020). Tal afirmativa pode ser observada nas seguintes falas:

"[...] demorou mais de um mês [...] uns dois meses mais ou menos."

"[...] tudo é pago! [...] porque independente de boa ou má qualidade: é tudo pago! Não consegue fazer pelo SUS ... É muita demanda ah... você morre! Se você for esperar você morre!"

"[...] lá... assim... eu acho que... abrir caminhos pra pessoa fazer um exame, porque tudo lá é pago! (voz de revolta). Se você não conseguir ir para o... como eu te falei, dessa minha colega... conseguiu pra mim... tudo é pago ou você tem que descer pra Santo Antônio! Então se você quiser uma coisa de boa qualidade, você tem que descer e mesmo assim, porque independente de boa ou má qualidade: é tudo pago!"

No entanto, vale salientar que essa resposta resolutiva não se restringe única e exclusivamente à cura da doença em si, pois engloba o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde (Merhy et al., 2016).

3. Cuidado

3.1 A relevância do cuidado interprofissional em saúde

Tratando-se de resolutividade, um potente norteador para as práticas de cuidado em saúde é o cuidado interprofissional, que pode ser considerado como elemento importante para reorientação dos modelos de atenção à saúde já vigentes, com a inserção de ações realizadas por uma equipe, com técnicas distintas e de princípios sociais díspares (Peduzzi et al., 2020). É notório que o trabalho interprofissional colaborativo realizado na perspectiva da integralidade favorece na qualidade do cuidado produzido, bem como para a manutenção dele, sobretudo, no que tange à esfera da mulher com câncer de mama, cujas fragilidades de ordens físicas e emocionais requerem atenção integralizada através de uma horizontalidade em ato, no qual o agir deve ser comunicativo, articulado e interativo entre os atores envolvidos, com reconhecimento dos papéis profissionais de cada um e propósitos comuns, com vistas ao atendimento voltado para as necessidades dos usuários (Souza, Borges et al., 2021; Souza, D'Avila, et al. 2021).

No caso apresentado, não foi observado a integralidade do cuidado, mas sim a fragmentação deste, pois não houve menção do trabalho em equipe, ainda que questionado sobre sua ocorrência. Esse fator pode ser explicado por alguns autores que relatam acerca das práxis nas quais nem sempre se fornece o cuidado desejado, sendo percebidas desconformidades no trabalho em ato por integrantes de equipes interprofissionais, que puderam até mesmo constatar ocasiões nas quais o usuário foi descaracterizado ou incapacitado (Quintana et al., 2020).

3.2 Por trás da detecção precoce

No Brasil, sobretudo na região Nordeste, é muito comum a realização de mutirões de mamografias em

diversos municípios com menores números de habitantes. Hoje, o exame ainda é a escolha para detecção precoce e para aprimoramento dos resultados clínicos (INCA, 2019). Em contrapartida, pesquisas apontam que nesse país a razão entre mamografias e o público preconizado para realização do exame de rastreamento ainda é baixa, apesar de ser crucial a identificação precoce de casos para a efetivação do diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento (Silva et al., 2014; INCA, 2019). Na prática, os mutirões são uma estratégia de acesso à mamografia para uma parcela da população, principalmente ao considerar a questão da tentativa do acesso ao exame, como pôde ser exposto pela entrevistada:

"[...] apareceu aquele mutirão de fazer a... (referiu-se sobre a mamografia), só quem tivesse 50 anos, eu com 52 anos, aí pronto, disse posso fazer! [...]"

Um fator a ser refletido é acerca da acurácia dos exames realizados por tais mutirões, pois, no caso da entrevistada, a qualidade comprometeu e postergou o início do seu tratamento. Isso pode ser demonstrado no fragmento de fala:

"[...] e eu já tinha feito uma mamografia muito mal feita, que eu disse... como é que ela viu que aqui tinha alguma coisa, se tinha ou não, se tava mal tirada?"

"[...] eu fui no posto médico e falei com ela, aí foi que ela chegou e disse assim: vamos ver o que é que é isso... eu fui, aí fiz todos os exames de novo, só tava dando linfonodo oculto, não tava dando pra enxergar o que é que era, aí quando eu fiz a biópsia, foi que a biópsia acusou que era um linfonodo, aí pronto [...]"

Por trás desse cenário, observa-se que a mulher após receber o diagnóstico pode incitar e nutrir sentimentos nocivos simplesmente pelo impacto provocado pelo nome da doença e pelo medo do porvir. Tal afirmativa pode ser observado na fala:

"[...] se eu ouvir de alguém, como falou agora de Ana Maria Braga que tá com câncer aí eu ohhh me assusto e depois lembro e digo ôê eu também tenho! Entende?"

Ademais, o processo durante a realização do exame mamográfico pode ser doloroso para quem já apresenta sintomas e alterações na mama. Isso pode ser explicitado no fragmento de fala:

"[...] Só que eu fui fazer essa mamografia, quando eu fiz eu entrei rindo e saí chorando, porque doeu demais, demais mesmo, fora do normal e pronto"

Ao cogitar as possibilidades de tratamento cirúrgico, que envolve a mutilação da mama, o tratamento quimioterápico e a radioterapia com seus efeitos colaterais, a perda da relação já existente com o corpo e sua feminilidade e o impacto na sexualidade, refletiu-se que há um misto de pensamentos deletérios que podem incitar a ideia de morte (Lopes et al., 2020). Tais aspectos podem ser observados nas falas:

"[...] vai ser total... vai ser o afundamento das axilas e a retirada da mama direita."

"[...] Eu não digo talvez que o câncer mate, mas o tratamento tão agressivo, ele mata mais do que a própria doença! [...] Quando se termina uma quimio parece que cê tá... meu Deus do céu! Uma vez minha língua ficou do lado de fora, não entrava na minha boca."

"[...] A relação sexual desde quando eu comecei a fazer quimio não tenho mais."

Outra forma de prevenção secundária ou diagnóstico precoce é o autocuidado da mulher na observação do seu próprio corpo por meio do autoexame das mamas, no entanto, há uma conotação diferente, quando realizado por conta própria, caso haja conhecimento do câncer de mama associado à predisposição genética e vivenciado todas as repercussões que essa patogenicidade pode levar à pessoa acometida (Carvalho et al., 2012). No entanto, foi observado na entrevista que, ao detectar em si um aumento no linfonodo, por não ter histórico familiar de tumor primário, a entrevistada não atribuiu aquilo a um tumor, mas sentiu-se receosa com a natureza daquele achado físico.

"[...] apareceu em mim aqui tipo... uma... uma telinha, aí eu disse: oxente! Por que tá com esse negócio assim meio durinho? Não tava vermelho, nada... foi só uma diferença na mama, porque eu sempre me olho, todos os sentidos eu me olho e sempre fiquei... tinha medo dessas coisas sabe?"

Vale ressaltar que 90% dos diagnósticos de câncer de mama são detectados antes pelas próprias mulheres no autoexame e aquelas que não realizam têm grande risco de desenvolver tumores maiores (Carvalho et al., 2012; Oliveira, 2019). Por isso, a educação em saúde, quando exercida de forma crítica pelo profissional

de saúde, torna-se uma grande ferramenta no diagnóstico precoce e na mudança dos hábitos de vida que alterem os fatores de risco modificáveis como tabagismo, uso de anticoncepcionais, aleitamento materno, dieta, alcoolismo e sedentarismo. Desse modo, essa estratégia de promoção da saúde extrapola o cuidado individual da paciente com câncer de mama, de forma que sua família também deve ser inserida nesse contexto de atividade educativa, o que favorece um cuidado apropriado na rede sociofamiliar (Carvalho et al., 2012; Oliveira, 2019).

3.3 O uso das tecnologias leves

Nessa conjuntura, cuidado em saúde deve ser observado com um olhar subjetivo, composto por ações materiais e imateriais, que se estabelece por meio de tecnologias leves (relações), leve-duras (conhecimento) e duras (instrumentos). Dessa forma, pode-se perceber que, antagonicamente às tecnologias duras, no que tange às ferramentas e equipamentos diagnósticos utilizados no cuidado à mulher com câncer de mama, nas leves emerge a óptica da responsabilização, criação de vínculo e acolhimento do usuário em todas as suas necessidades (Silva et al., 2016). Para que isso seja possível é imprescindível a utilização de tecnologias leves, que explicitamente têm como base as relações humanas e englobam o acolhimento, a escuta, o diálogo, a produção de vínculo e a responsabilização (Ferri et al., 2007). O uso potente das tecnologias leves e o uso secundário das tecnologias leves-duras e duras constituem o trabalho vivo em ato, o qual se realiza no momento de produção, criação e, portanto, faz parte do fazer do trabalhador (Franco & Merhy, 2012). O uso das tecnologias relacionais é visto com satisfação pela usuária quando questionada sobre a relação com os profissionais, como pode ser visto nas falas a seguir:

"[...] Maravilhosos! 10! Tanto no hospital X quanto daqui do Centro Y de oncologia...tem as meninas que colocam a quimio... Essa que tá aí... esqueci o nome dela... é 10 ela [...]"

"[...] digo a você assim, não por maldade, mas eu acho assim o atendimento lá fora, as pessoas que colocaram pra atender eu acho grosseiras eu acho meio que desumanas, porque se você já tá passando... eu acho eles muito... você fala bom dia, num sei o que lá e eles calados... pô você já perdeu sua noite toda ali no carro pra depois de manhã você ficar parecendo uma barata tonta [...]"

Destarte, as estratégias de acolhimento e a produção de vínculo devem ser extensivos a toda equipe de saúde, pois essas ferramentas, quando instituídas entre profissionais e usuários, possibilitam maior eficácia das ações em saúde e irá promover a autonomia dessas mulheres, conseqüentemente, a emancipação delas diante da condição apresentada, principalmente perante práticas colaborativas e horizontalizadas (Franco & Merhy, 2012).

4. Práticas

4.1. As práticas integrativas e complementares em saúde

Por ser uma doença estigmatizante, a mulher com câncer de mama pode recorrer a outros caminhos de cura, sendo assim, o sistema de saúde deve associar a doença às decisões próprias acerca de outras possibilidades de tratamentos (Kleinman, 1988). Uma estratégia importante são as práticas integrativas e complementares em saúde, que foram de suma importância para a entrevistada, como pode-se perceber no relato abaixo:

"[...] fiz acupuntura, fiz aquele tratamento natural que se chama... terapia... era tipo um charuto, que ela queimava e ficava passando em mim nos pontos que... que tava meio assim... ela tipo uma acupuntura diferente [...]"

A oncologia integrativa compreende a utilização de terapias complementares para o manejo de sintomas e alívio de efeitos como a ansiedade, o estresse, náuseas, fadiga, vômitos induzidos por quimioterapia, distúrbios do sono e entre outros.

Considerações finais

O estudo aponta que o caminho em busca do cuidado integral pode ser arraigado por teias, que envolvem os sujeitos e suas escolhas dentro ou fora do sistema e das RAS. Em se tratando do câncer de mama, essa trajetória é traçada por diversificados aspectos que reverberam nas práticas em saúde, na qual a produção do cuidado pode ser aplicada de forma qualificada, operando no âmbito interprofissional

com a utilização das tecnologias em saúde, assim como, com a utilização de outras práticas de cuidado complementares.

Não se pode deixar de citar o fator da subjetividade, o qual é intrínseco a cada persona e onde se materializa a enfermidade. A experiência do adoecimento da mulher com câncer de mama pode ser transformadora, no que tange às mudanças físicas e psicológicas que denotam sofrimento e quanto às possibilidades de tratamentos existentes e suas perspectivas de cura.

Comprova-se a potência das redes vivas, as quais fazem parte dos bastidores dos caminhos em busca do cuidado, coadjuvando na carência evidenciada pela falha do sistema de saúde.

Contribuições dos autores

Santos, M. P. S. participou da coleta e análise de dados, elaboração do manuscrito, revisão de conteúdo intelectual importante e aprovação final do manuscrito. Serpa, E. D. e Souza, M. C. trabalharam na análise de dados, elaboração do manuscrito, revisão de conteúdo intelectual importante e aprovação final do manuscrito. Trindade, K. F., Santos, D. L., Borges, J. C. S. contribuíram com a elaboração do manuscrito.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [EBSCO](#), [DOAJ](#) e [LILACS](#).

EBSCO

DOAJ

LILACS

Referências

- Aciole, D. C. A. M., & Silva J. (2021). Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas. *Psicologia & Sociedade*, 33, e229558. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33229558>
- Aguiar, F. A. R., Sousa, T. C., Branco, J. G. O., Costa, F. B. C., Torres, A. R. A., & Arruda L. P. (2018). Produção do cuidado na rede de atenção ao câncer de mama: revisão integrativa. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 17(01), 84–92. <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1226>
- Alves, P. C. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 263–271. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>
- Biparva, A. J., Raoofi, S., Rafiei, S., Kan, F. P., Kazerooni, M., Bagheribayati, F., Masoumi, M., Doustmehraban, M., Sanaei, M., Zarabi, F., Raoofi, N., Chomalou, Z. B., Ahmadi, B., Talab, F. S., Hoseini, B. S., Asadollahi, E., Mir, M., Deylami, S., Zareei, M., Sanaei, H., Kakavand, F. D., Koohestani, H., Mir, M., Vali, N., & Ghashghaee, A. (2022). Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis [Qualidade de vida global no câncer de mama: revisão sistemática e metanálise]. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 0, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003642>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L. Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [Estatísticas globais de câncer 2018: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 tipos de câncer em 185 países]. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Carvalho, A. P. R., Santos, T. M. B., & Linhares, F. M. P. (2012). Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. *Revista Cogitare Enfermagem*, 17(3), 485–491. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i3.29290>
- Ferri, S. M. N., Pereira, M. J. B., Mishima, S. M., Caccia-Bava, M. C. G., & Almeida, M. C. P. (2007). As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 515–29. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300009>
- Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, C. D., & Merhy, E. E. (2016). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde Livro 2*. Hexis Editora. <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-2-%E2%80%93Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151–163. <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>
- INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2019). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Ministério da Saúde. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing & the Human Condition* [As narrativas da doença: sofrimento, cura e condição humana]. Basic Books.
- Lopes, A. P., Camargo, C. A. C. M., & Maia, M. A. C. (2020). Sofrimento psíquico vivenciado por mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama: uma revisão bibliográfica reflexiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (52), e3556. <https://doi.org/10.25248/reas.e3556.2020>
- Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida, D. E. S., & Slomp Júnior, H. S. (2016). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde Livro 1*. Hexis Editora. <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2017). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Vozes
- Oliveira, D. A. L. (2019). Educação em saúde no autocuidado contra o câncer de mama. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 87(25). <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.223>
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M., & Souza, H. S. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(11), 1–20. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- Quintana, R. A. C., Souza, I. C. S., Pereira, J. M., Pires, R. A., Lima, R. S. G. S., Mercês, M. C., & Souza, M. C. (2020). Production of interprofessional care for the person with oncological disease: a study on the patient's perspective [Produção do cuidado interprofissional à pessoa com doença oncológica: um estudo sobre a perspectiva do paciente]. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 29(3), 22413–22418. <https://doi.org/10.26717/bjstr.2020.29.004797>
- Santos, L. M. V. R., Santos, M. P. S., Mercês, M. C., Souza, J. N., & Souza, M. C. (2021). Barreiras de acesso em mulheres que vivem com câncer de mama. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 18(50), 26–35. <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1380>

- Silva, E. F. A., Pereira, M. G. A., Magalhães, M. S., Araújo, V. R., & Matos, V. T. C. (2016). Tecendo uma rede de cuidados. Onde estão os nós? (Onde os olhares se encontram?). In E. E. Merhy, R. S. Baduy, C. T. Seixas, D. E. S. Almeida, & H. Slomp Júnior (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes* (pp. 252–257). Editora Rede Unida. <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituicao-nas-redes/>
- Silva, G. A., Bustamante-Teixeira, M. T., Aquino, E. M. L., Tomazelli, J. G., & Santos-Silva, I. (2014). Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *30*(7), 1537–1550. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156513>
- Souza, M. C. S., & Souza, J. N. (2020). Access, care, social inequalities and the pandemic COVID 19 in Brazil [Acesso, cuidado, desigualdades sociais e a pandemia de COVID 19 no Brasil]. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, *31*(4), 24327–24329. <https://doi.org/10.26717/bjstr.2020.31.005125>
- Souza, M. C., Borges, J. C. S., Trindade, K. F., Neves, B. P., Serpa, E. D., & Santos, M. P. S. (2021). Resolutividade e ferramentas para cuidar: um estudo com mulheres que vivem com câncer de mama. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, *20*(2), 54–63. <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1571>
- Souza, M. C., Borges, J. C. S., Trindade, K. F., Santos, R. S., Brito, V. C. B. G., Souza, J. N., Lima, C. R. D., Pereira, M., Campos, J. P. M., Quintana, R. A. C., Marinho, M. C. G., Mercês, M. C., Camelier, F. W. R., & Camelier, A. A. (2020). Access barriers and health care in patients with chronic respiratory diseases [Barreiras de acesso e cuidados de saúde em doentes com doenças respiratórias crônicas]. *American Journal of Biomedical Science & Research*, *11*(1), 95–99. <http://dx.doi.org/10.34297/AJBSR.2020.11.001594>
- Souza, M. C., D'Avila, R. C., Pires, R. A., Souza, I. C. S., Pereira, J. M., Lima, R. S. G. S., Souza, J. N., Mercês, M. C., Maciel, R. R. B. T., Quintana, R. A. C., & Marinho, M. C. G. (2021). Ferramentas e aspectos subjetivos do cuidar: um olhar das pessoas que vivem com câncer no ambiente hospitalar. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, *18*(52), 111–120. <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1472>
- Souza, M. C., Souza, J. N., Mercês, M. C. (2021). Racismo estrutural como barreira de acesso à saúde: O que a pandemia da COVID-19 nos revela? *Journal of Multiprofessional Health Research*, *2*(2), 102–106. <https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/view/32>