JULIANA CAMILLA DOS SANTOS TOMIOTTO GIULIANI

QUESTÕES DE GÊNERO QUE ATRAVESSAM AS HISTÓRIAS DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

Londrina
2024

JULIANA CAMILLA DOS SANTOS TOMIOTTO GIULIANI

QUESTÕES DE GÊNERO QUE ATRAVESSAM AS HISTÓRIAS DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Marselle Nobre de Carvalho

Londrina

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

J94d Giuliani, Juliana Camilla dos Santos Tomiotto.
QUESTÕES DE GÊNERO QUE ATRAVESSAM AS HISTÓRIAS DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA / Juliana Camilla dos Santos Tomiotto Giuliani. - Londrina, 2024.
148 f. : il.

Orientador: Marselle Nobre de Carvalho.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.
Inclui bibliografia.

1. Câncer de mama, mulheres e sociedade. - Tese. 2. Fatores que atravessam o diagnóstico de câncer de mama. - Tese. 3. Divisão sexual do tralalho, papéis de gênero e cuidado. - Tese. 4. Sentimentos e acessos aos serviços de saúde. - Tese. I. Carvalho, Marselle Nobre de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

Universidade Estadual de Londrina

202210540019

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ATA DE DEFESA REMOTA DE DISSERTAÇÃO

Aos 31 dias do mês de julho do ano de 2024, em sala remota do Google Classroom, desta Universidade, às 09:00 horas, reuniu-se a Banca Examinadora homologada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, composta por Dra.Marselle Nobre De Carvalho como presidente da banca, Dra. Regina Melchior e Dra. Ana Cristina Da Silva Do Amaral Herrera. A reunião teve por objetivo julgar o trabalho da estudante JULIANA CAMILLA DOS S T GIULIANI sob o título: ""DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA E QUESTÕES DE GÊNERO"". Os trabalhos foram abertos pela professora Dra. Marselle Nobre De Carvalho. A seguir, foi dada a palavra à estudante para apresentação do trabalho. Cada examinador arguiu a Mestranda, com tempos iguais de arguição e resposta. Terminadas as arguições, procedeu-se ao julgamento do trabalho, sendo que os membros remotos Dra. Regina Melchior e Dra. Ana Cristina Da Silva Do Amaral Herrera enviaram simultaneamente seus formulários de avaliação os quais foram impressos e anexados à presente ata, concluindo a Banca Examinadora por sua Aprovada. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelo presidente.

A estudante deverá reformular seu trabalho no prazo de 60 dias: (x) SIM ( ) Não

Se houver alteração no título do trabalho, informar o novo título abaixo:

Questões de gênero que atravessam as histórias de mulheres com diagnóstico de câncer de mama

Obs.: Este documento não deve conter rasuras ou corretivo e deve ser preenchido de forma legível.

Londrina, 31 de Julho de 2024.

PRESIDENTE
Dra. MARSELLE NOBRE DE CARVALHO UEL

TITULARES
Dra. REGINA MELCHIOR UEL

Dra. ANA CRISTINA DA SILVA DO AMARAL HERRERA PUC-PR

JULIANA CAMILLA DOS SANTOS TOMIOTTO GIULIANI

QUESTÕES DE GÊNERO QUE ATRAVESSAM AS HISTÓRIAS DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Marselle Nobre de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina – UEL

_____

Profa. Dra. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina – UEL

_____

Profa. Dra. Ana Cristina da Silva Amaral Herrera
Pontifícia Universidade Católica – PUCPR

Londrina, 31 de julho de 2024.

Dedico este trabalho nominalmente a pessoas de suma importância em minha construção. Ao meu marido, André, pela paciência e pelo incentivo a este projeto e a esta conquista. Aos meus filhos, Enzo e Enio, por serem pacientes. Aos meus pais, Ana e Humberto, por incentivarem mais uma conquista. Por fim, a todas as mulheres que fazem parte deste grandioso projeto de vida!

AGRADECIMENTOS

A Deus e à Nossa Senhora Aparecida. Eles sempre se faziam presentes na minha fé e nas minhas orações.

Ao meu marido, André, por ter muita paciência, me incentivar, acreditar, motivar e me ajudar nesta jornada.

Aos meus filhos, Enzo e Enio, por terem paciência em aguardar alguns momentos para que me fosse possível cumprir esta jornada.

Aos meus pais, Ana e Humberto, por me incentivarem e torcerem por mim neste projeto.

À Beatriz, pelo incentivo quando me disse: “passa primeiro e depois você vê o que faz”. Diante dessa fala, voltei a percorrer um caminho que estava adormecido por anos, o que me incentivou e me ajudou a buscar coragem para perseguir o meu objetivo.

Um agradecimento especial à minha orientadora, professora Marselle, que comprou esta ideia junto comigo. Sei que não foi fácil, mas chegamos até aqui. Obrigada por me ensinar, ajudar, auxiliar, incentivar, ter muita paciência nesta trajetória e, ademais, por entender meus limites e respeitar meu tempo.

Às minhas colegas de grupo de estudos “Equidade, Gênero e Saúde”. Inicialmente, às meninas Josiane, Edyane e Priscila, que me ajudaram e me aconselharam em meio a diversas dificuldades.

À minha colega, Priscila, pelas trocas constantes de experiências.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (PPGSC/UEL), pela ajuda em momentos difíceis e pelas boas risadas para descontrair.

À minha equipe e aos meus colegas de trabalho da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, por poderem compreender minhas ausências e incentivarem esta empreitada.

À minha equipe e aos meus colegas de trabalho da Unidade da mama e de colo de útero no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), por me ajudarem e entenderem o quanto a obtenção do título de mestra é importante para mim.

Às minhas colegas enfermeiras do CISMEPAR, por me ajudarem nas minhas ausências.

Aos gestores do CISMEPAR, diretores das gestões e curadores (2022 a 2024), pelo incentivo nesta caminhada, por permitirem que eu alcançasse meu objetivo e liberarem o campo para a pesquisa.

Aos gestores de Saúde de Cambé. Minha coordenadora, Fernanda, e minha colega, Tania, agradeço por terem concedido as minhas ausências.

Aos professores do departamento de Saúde Coletiva, pela dedicação e pelos ensinamentos. Com a condução das disciplinas, vocês possibilitaram meu aprendizado.

Às mulheres, por me permitirem entrevistá-las. Esta dissertação não aconteceria sem a disponibilidade de cada uma. Por isso, agradeço-lhes.

À minha banca, por terem aceitado meu convite.

Finalmente, agradeço a todos que fizeram parte desta empreitada e que contribuíram sempre com algo.

Agradeço a todas e a todos.

“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (Beauvoir, 1967, p. 9).

RESUMO

GIULIANI, Juliana Camilla dos Santos Tomiotto. **Questões de gênero que atravessam as histórias de mulheres com diagnóstico de câncer de mama**. 2024. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

O câncer de mama é indiscutivelmente um problema de saúde pública no Brasil, pois possui alta taxa de incidência e é a segunda causa de morte entre as mulheres. Trata-se de um agravo que traz um prejuízo por morte evitável e produz mutilações, deturpação de identidade, acometimento biopsicossocial e impacto econômico. Nesse sentido, a perspectiva hegemônica e patriarcal da mama como um símbolo de constituição da feminilidade e de construção social da mulher (subordinada ao homem) pode influenciar a maneira como as questões de gênero são consideradas no rastreamento e no diagnóstico precoce de câncer de mama. Isso posto, valendo-se do método qualitativo do tipo história oral de vida, o objetivo geral desta dissertação é investigar as questões de gênero que atravessam a trajetória, o acesso e o cuidado das mulheres com câncer de mama. O estudo foi realizado a partir dos diagnósticos de câncer de mama da Unidade da mama, ambulatório do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) situado em Londrina, que atende os municípios das 17ª e 18ª Regionais de Saúde do Paraná. Desse modo, foram conduzidas sete entrevistas com apoio de um roteiro semiestruturado entre os meses de agosto e novembro de 2023, organizado em forma de contação de história a fim de trazer as narrativas das mulheres sobre as suas vivências em relação ao diagnóstico de câncer de mama. Convém mencionar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição na qual a pesquisadora está vinculada. Para as discussões, utilizaram-se três eixos de análise: a) o acesso e a assistência à saúde, destacando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no auxílio das mulheres ao longo de seus percursos; b) a divisão sexual do trabalho e o papel social de gênero, abordando o cuidado com a casa e com os filhos somado aos trabalhos remunerados externos ao lar (por exemplo, cozinha, serviço doméstico, educação infantil, artesanato e costura) e a consequente sobrecarga feminina em atividades diárias e; c) os sentimentos frente ao diagnóstico, verificando como os medos e as angústias associados ao câncer de mama afetam a vida social das mulheres e sua busca pela identificação clínica da doença. Tais pilares se revelam aspectos dificultadores no que se refere ao cuidado da saúde da mulher e ao diagnóstico precoce de câncer de mama. Em vista disso, a elaboração e a implementação de políticas públicas voltadas para essa população, com metas e financiamentos, representam uma das propostas para melhoria desse cenário. Entre as medidas necessárias estão as garantias de: acesso à creche e à escola em horários alternativos; direitos para mães trabalhadoras; igualdade salarial entre gênero e raça; e direitos sexuais e reprodutivos. E também investimentos no setor saúde como financiamentos, qualificação da APS e educação permanente em saúde para detecção e rastreamento das condições de saúde, com foco no câncer de mama a fim de proporcionar identificação e agilidade no diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: neoplasias da mama; divisão do trabalho baseada no gênero; diagnóstico precoce; atenção à saúde; mama.

ABSTRACT

GIULIANI, Juliana Camilla dos Santos Tomiotto. **Gender issues in the stories of women diagnosed with breast cancer**. 2024. 145 f. Dissertation (Master's in Collective Health) – Health Sciences Center, State University of Londrina, Londrina, 2024.

Breast cancer is undoubtedly a public health problem in Brazil, as it has a high incidence rate and is the second leading cause of death among women. It is a condition that loss by death preventable and produces mutilation, misrepresentation of identity, biopsychosocial damage and economic impact. In this sense, the hegemonic and patriarchal perspective of the breast as a symbol of the constitution of femininity and the social construction of women (subordinate to men) can influence the way in which gender issues are considered in the screening and early diagnosis of breast cancer. The general goal of this dissertation is to investigate the gender issues that permeate the trajectory, access and care of women with breast cancer, using the qualitative oral life history method. The study was based on breast cancer diagnoses at the Breast Unit, an outpatient clinic of the Intermunicipal Health Consortium of the Middle Paranapanema (CISMEPAR) located in Londrina, which serves the municipalities of the 17th and 18th Health Regions of Paraná. This way, seven interviews were conducted with the support of a semi-structured script between august and november 2023, organized in the form of storytelling in order to bring out the women's narratives about their experiences in relation to the diagnosis of breast cancer. It is worth mentioning that the research was approved by the Research Ethics Committee (REC) of the institution to which the researcher is affiliated. Three axes of analysis were used for the discussions: a) access and health care, highlighting the role of Primary Health Care (PHC) in helping women along their journeys; b) the sexual division of labor and the social role of gender, addressing care for the home and children in addition to paid work outside the home (for example, cooking, domestic service, child education, handicrafts and sewing) and the consequent female overload in daily activities and; c) feelings about the diagnosis, checking how the fears and anxieties associated with breast cancer affect women's social lives and their search for clinical identification of the disease. These pillars prove to be hindering aspects when it comes to women's health care and the early diagnosis of breast cancer. In view of this, the development and implementation of public policies aimed at this population, with targets and funding, represent one of the proposals for improving this scenario. Among the necessary measures are guarantees of: access to daycare and school at alternative times; rights for working mothers; equal pay between gender and race and sexual and reproductive rights. And also investments in the health sector such as funding, qualification of PHC and permanent health education for the detection and screening of health conditions, with a focus on breast cancer in order to provide identification and speed up diagnosis and treatment.

Keywords: breast neoplasms; gender division of labor; early diagnosis; health care; breast.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ações de saúde segundo níveis de atenção..... 31
Figura 2 – Diagrama detalhado do processo de identificação das mulheres com diagnóstico de câncer para a entrevista..... 48
Figura 3 – Esquema do trajeto percorrido por Afrodite desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do diagnóstico..... 60
Figura 4 – Esquema do trajeto percorrido por Deméter desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do câncer de mama.... 67
Figura 5 – Esquema do trajeto percorrido por Gaia desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do câncer de mama..... 71
Figura 6 – Esquema do trajeto percorrido por Héstia desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do câncer de mama..... 76
Figura 7 – Esquema do trajeto percorrido por Ártemis desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do câncer de mama.... 84
Figura 8 – Esquema do trajeto percorrido por Hera desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do diagnóstico..... 89
Figura 9 – Esquema do trajeto percorrido por Atena desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do diagnóstico..... 98
Figura 10 – Rastreamento do câncer de mama na população feminina de 50 a 69 anos..... 134
Figura 11 – Rastreamento do câncer de mama na população feminina de 40 a 49 anos..... 134
Figura 12 – Rastreamento do câncer de mama na população feminina de 35 anos ou mais, com risco elevado para a doença..... 135

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Manifestações clínicas..... 33
Quadro 2 – Recomendação de detecção precoce de câncer de mama em mulheres asssintomáticas e risco elevado para desenvolvimento de câncer de mama, segundo INCA..... 36
Quadro 3 – Síntese dos resultados da história de vida de Afrodite..... 98
Quadro 4 – Síntese dos resultados da história de vida de Deméter..... 100
Quadro 5 – Síntese dos resultados da história de vida de Gaia..... 101
Quadro 6 – Síntese dos resultados da história de vida de Héstia..... 102
Quadro 7 – Síntese dos resultados da história de vida de Ártemis..... 102
Quadro 8 – Síntese dos resultados da história de vida de Hera..... 103
Quadro 9 – Síntese dos resultados da história de vida de Atena..... 104
Quadro 10 – População-alvo e periodicidade dos exames para o rastreamento de câncer mama..... 133
Quadro 11 – Risco elevado para desenvolvimento de câncer de mama, segundo INCA..... 133
Quadro 12 – Sinais e sintomas avaliados no ECM para o diagnóstico precoce de câncer..... 135
Quadro 13 – Categoria de avaliação de imagem conforme a padronização BI-RADS® e recomendação de conduta..... 136
Quadro 14 – Classificação anatômica do câncer de mama de acordo com o TNM, pelo tumor (T)..... 138
Quadro 15 – Classificação clínica do câncer de mama de acordo com o TNM, pela presença de linfonodo (N)..... 139
Quadro 16 – Classificação clínica do câncer de mama de acordo com o TNM, pela presença de metástase à distância (M)..... 139
Quadro 17 – Agrupamento de acordo com o TNM: anatômico..... 140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

17ª RS	17ª Regional de Saúde
18ª RS	18ª Regional de Saúde
ACR	Colégio Americano de Radiologia
AEM	Autoexame das Mamas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AJCC	American Joint Comitee on Cancer
APS	Atenção Primária à Saúde
BI-RADS®	Breast Imaging Reporting and Data System
BLS	Biópsia do Linfonodo Sentinela
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BRCA 1	Breast Cancer Gene 1
BRCA 2	Breast Cancer Gene 2
CBR	Colégio Brasileiro de Radiologia
CDI	Carcinoma Ductal Infiltrante ou Invasor
CDIS	Carcinoma Ductal *In Situ*
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Câncer Inflamatório
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CLI	Carcinoma Lobular Infiltrativo ou Invasor
CLIS	Carcinoma Lobular *In Situ*
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coren-PR	Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
ECM	Exame Clínico das Mamas
HURNPR	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LNF	Linfonodo
Loas	Lei Orgânica da Assistência Social
MMG	Mamografia
MS	Ministério da Saúde
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Mastologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TOD	Transtorno Opositor Desafiador
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
TNM	Sistema de Classificação de Tumores Malignos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCDPC	Unidade de Cuidado de Detecção Precoce de Câncer
UEL	Universidade Estadual de Londrina

UICC	União Internacional Contra o Câncer
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	22
1.1	OBJETIVOS	23
1.1.1	Geral	23
1.1.2	Específicos	23
2	**O CÂNCER DE MAMA, AS MULHERES E A SOCIEDADE**	24
2.1	EPIDEMIOLOGIA	24
2.2	CONCEITO E ETIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA	26
2.3	DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER: DO RASTREIO AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA	29
2.3.1	Rastreamento de Lesões Suspeitas de Câncer	32
2.3.1.1	Autoexame das mamas	32
2.3.1.2	Exame clínico das mamas	33
2.3.1.3	Mamografia	35
2.3.1.4	Ultrassonografia de mamas	36
2.3.2	Diagnóstico Precoce de Câncer de Mama	36
2.3.2.1	Conscientização e busca por assistência à saúde	37
2.3.2.2	Avaliação clínica e diagnóstica	37
2.3.2.3	Acesso ao tratamento	38
2.4	A MAMA E A SOCIEDADE: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MULHER	38
3	**PERCURSO METODOLÓGICO**	45
3.1	TIPO DE PESQUISA	45
3.2	LOCAL	46
3.2.1	Caracterização do Local	46
3.3	SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES	47
3.4	COLETA DE DADOS	49
3.4.1	Dados do Prontuário	49
3.4.2	Entrevistas	49
3.5	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	51
3.6	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	52
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	52
4	**AS MULHERES E O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA**	54
4.1	AFRODITE	54
4.1.1	Descoberta do Nódulo	57
4.1.2	Agosto de 2023: UBS	57
4.1.3	Setembro de 2023: Unidade da Mama	58
4.1.4	Câncer: Família e Rede de Apoio	58
4.1.5	Sentimentos em Relação ao Diagnóstico de Câncer	59
4.1.6	Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu	60
4.2	DEMÉTER	61
4.2.1	Descoberta do Nódulo	62

4.2.2 Julho a Agosto de 2023: UBS..... 62
4.2.3 Agosto a Setembro de 2023: Unidade da Mama..... 63
4.2.4 Câncer: Família e Rede de Apoio..... 64
4.2.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer..... 65
4.2.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu..... 66
4.3 GAIA..... 67
4.3.1 Descoberta do Nódulo..... 68
4.3.2 Julho de 2023: UBS..... 69
4.3.3 Agosto de 2023: Unidade da Mama..... 69
4.3.4 Câncer: Família e Rede de Apoio..... 70
4.3.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer..... 70
4.3.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu..... 70
4.4 HÉSTIA..... 71
4.4.1 Descoberta do Nódulo..... 74
4.4.2 Abril a Agosto de 2023: UBS..... 74
4.4.3 Agosto e Setembro de 2023: Unidade da Mama..... 75
4.4.4 Câncer: Família e Rede de Apoio..... 75
4.4.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer..... 76
4.4.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu..... 76
4.5 ÁRTEMIS..... 77
4.5.1 Descoberta do Nódulo..... 80
4.5.2 Junho a Setembro de 2023: UBS..... 81
4.5.3 Outubro de 2023: Unidade da Mama..... 81
4.5.4 Câncer: Família e Rede de Apoio..... 83
4.5.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer..... 83
4.5.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu..... 84
4.6 HERA..... 85
4.6.1 Descoberta do Nódulo..... 86
4.6.2 Maio a Setembro de 2023 na UBS..... 86
4.6.3 Outubro de 2023: Unidade da Mama..... 87
4.6.4 Câncer: Família e Rede de Apoio..... 88
4.6.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer..... 88
4.6.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu..... 89
4.7 ATENA..... 90
4.7.1 Descoberta do Nódulo..... 92
4.7.2 Março a Setembro de 2023: UBS..... 93
4.7.3 Setembro de 2023: Unidade da Mama..... 94
4.7.4 Câncer: Família e Rede de Apoio..... 95
4.7.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer..... 95

4.7.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu..... 97
4.8 SÍNTESE DOS RESULTADOS..... 98
5 QUESTÕES DE GÊNERO QUE ATRAVESSAM O CÂNCER DE MAMA NAS MULHERES..... 106
5.1 DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E PAPEL SOCIAL DE GÊNERO..... 106
5.2 SENTIMENTOS FRENTE AO DIAGNÓSTICO..... 108
5.3 ACESSO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE..... 111
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 115
REFERÊNCIAS..... 118
APÊNDICES..... 128
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 129
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista..... 131
ANEXOS..... 132
ANEXO A – Fluxos para detecção precoce de lesões suspeitas de câncer de mama e condutas clínicas frente ao resultado de BI-RADS®..... 133
ANEXO B – Estadiamento anatômico inicial de câncer de mama: classificação TNM (2004)..... 137
ANEXO C – Termo de Autorização Institucional..... 141
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP..... 142

APRESENTAÇÃO

Cara leitora ou caro leitor,

Venho me apresentar: sou mulher, enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) desde 2000. Sou casada há quase 23 anos e mãe há 17 anos. Sou filha, tia, nora, irmã e cunhada. Além disso, atuo como cuidadora e trabalho em dois empregos remunerados, nos quais exerço função de supervisão e coordenação de equipes. Também sou estudante de mestrado e pesquisadora, desempenho atividades no âmbito doméstico e sou tutora de quatro animaizinhos de estimação.

Como profissional, tenho experiência em diversos campos de saúde voltados para o cuidado das pessoas, realizando funções administrativa, gerencial e assistencial, e operando na atenção básica, hospitalar e especializada. Meu percurso inclui postos de trabalhos em Unidade Básica de Saúde (UBS), Hospital Universitário da UEL (nas unidades de pediatria e de terapias intensiva pediátrica), equipe de estratégia da família, pronto atendimento municipal, policlínica, Secretaria de Saúde de Cambé, 17ª Regional de Saúde (17ª RS) e Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR).

Nesses cargos, tive aproximação com a saúde da mulher em todos os aspectos da linha de cuidado: na Atenção Primária à Saúde (APS), na especializada/ambulatorial, na unidade de urgência e emergência, no controle e na avaliação nas gestões estaduais e municipais, nas áreas de assistência ao pré-natal e ao câncer de colo e de mama, e no planejamento familiar.

Enquanto enfermeira, na atenção básica, fiz atendimentos a diversas usuárias para a prevenção de câncer de mama e de colo de útero: por meio do Outubro Rosa, de campanhas ou agendas sistemáticas de coleta de preventivo e Exame Clínico das Mamas (ECM). Desde 2019, sou enfermeira e supervisora assistencial da Unidade de Cuidado de Detecção Precoce de Câncer (UCDPC/CISMEPAR.

Em 1997, quando iniciei a graduação de Enfermagem, fui treinada na área biomédica, e o poder hegemônico da ciência me dava autoridade para definir como as pessoas deveriam viver. Assim, reproduzi o que foi me ensinado, realizando “orientações” ou, posso dizer, prescrições sobre o comportamento das mulheres: quais regras de etiqueta seguir, como se vestir, o que não fazer etc. Essa abordagem parecia a mais adequada para a prevenção de doenças e mortes dentro

da minha perspectiva de saúde nas paredes da UBS. Contudo, não se tratava de uma visão pessoal, levando em conta que reflete a sociedade na qual fui criada e condicionada, marcada por um patriarcado machista, racista e capitalista.

Vale mencionar que, ao longo de minhas vivências, aprendi muito com várias pessoas em diferentes lugares e serviços, o que contribuiu para chegar à minha atual caminhada. No ano de 2019, por exemplo, fui convidada a ser supervisora no CISMEPAR da Unidade da mama, no qual me deparei com uma realidade que sempre evitei: o câncer de mama. No entanto, acredito que minha trajetória me preparou para esse dia. Nessa direção, me aperfeiçoei na detecção precoce, no diagnóstico e no tratamento da doença. Nos atendimentos, fui responsável pela navegação das pacientes e pelo primeiro acolhimento dos pós-diagnósticos, sem um apoio da psicóloga. Eventualmente, eu passava horas com as pacientes oncológicas, ouvindo-as, aconselhando-as e orientando-as à medida que lutava contra o medo de que pudessem cometer um ato contra a própria vida, como acabar debaixo de um caminhão. Embora possa parecer exagerado, era um sentimento real que eu experimentava ao ver o desespero delas diante do diagnóstico de câncer recém-recebido.

Ouvia histórias dessas mulheres, cujas necessidades variavam, ora se assemelhando, ora se diferenciando. Porém, de maneira geral, elas compartilhavam características similares à minha: eram mulheres, mães, esposas, noras, sogras, avós, filhas, trabalhadoras, do lar. Como eu, possuíam fragilidades, mas demonstravam uma força admirável e estavam ali em busca de conforto e de informações.

Com todos os relatos que escutei e as lesões em mamas que vi, havia algo que me intrigava muito: mulheres chegavam com lesões aparentes, muitas vezes ulceradas e exsudativas[1]. Eu me perguntava: como essa situação pode ter chegado a esse ponto? Por que elas não procuraram a UBS para realizar exames preventivos antes que a condição se agravasse?

Um certo dia, quando eu estava em outro vínculo de emprego, coordenando um setor, recebi uma paciente acompanhada por sua cunhada. Ela trazia uma carta de encaminhamento do hospital no qual havia sido atendida. Não consegui entender aquela carta, pois, apesar de estar escrito “suspeita de câncer de mama”, a mulher

[1] Secreções corpóreas, como sangue ou pus, que são excretadas pela lesão.

estava com uma tipoia no braço. Nesse caso, decidi levá-la a um lugar reservado para entender melhor sua história.

A paciente, com cerca de 60 anos, tinha caído no quintal de casa e estilhaçou os ossos do ombro e do braço. Durante a avaliação no hospital do município, foi detectada uma massa tumoral em sua mama. Nessa ocasião, pedi para examinar a área: tratava-se de uma lesão ulcerada que comprometia a mama direita, deixando a mulher sem aréola e mamilo. Ela explicou que sua filha fazia curativo há seis meses e utilizava os materiais fornecidos pela UBS de origem.

Como uma solução imediata, solicitei autorização para tirar uma foto através do meu celular, com a intenção de enviá-la à médica da Unidade da mama onde eu trabalhava, na tentativa de acelerar o atendimento. Entretanto, ao mostrar a imagem da lesão para a paciente, percebi que ela ainda não tinha visto sua mama doente.

Saí do local a fim de levantar mais informações sobre o caso, deixando a mulher e a cunhada no aguardo enquanto eu esperava a resposta da médica. No momento em que retornei com a autorização para uma consulta no dia seguinte, encontrei a mulher chorando. Perguntei: “por que você está chorando?”. Ela me respondeu que não tinha noção da lesão. Infelizmente, reagi com outra pergunta: “você não tem espelho em casa?”. Ela confirmou que sim. Então, reformulei a pergunta questionando o tamanho do espelho e se era o suficiente para escovar o dente. De novo, ela me respondeu afirmativamente.

Diante disso, compreendi que essa mulher nunca tinha visto a lesão e não tinha identificado a diferença entre suas mamas. Investiguei junto a ela a razão por não ter requisitado os serviços de saúde, mas me contive, uma vez que era sua filha que fazia os curativos. Descobri que a paciente havia sido encaminhada para a Mastologia em 2015 e foi diagnosticada com um nódulo, conforme o Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS® 3). Após essa consulta, ela nunca mais retornou ao sistema de saúde. Vale salientar que a mulher era viúva: o marido faleceu de câncer de tireoide. Esse caso, tal qual outros igualmente intrigantes, ressonou em minha cabeça por tempos.

Quando iniciei o mestrado em 2022, vi a oportunidade de averiguar situações semelhantes a essa e entender o porquê de algumas mulheres demorarem para buscar o cuidado com a saúde. Convenci minha orientadora a embarcar nessa jornada comigo. Hoje, apresento esta pesquisa sobre as trajetórias dessas mulheres, levantando hipóteses sobre os motivos que as levaram a adiar o acesso

aos serviços de saúde e os fatores que podem ter interferido no adiamento do diagnóstico precoce.

Desse modo, este estudo aborda as experiências das mulheres entrevistadas, mas também se refere a mim, posto que discorro sobre conceitos como: a mulher, a construção social de gênero, a divisão sexual do trabalho e a medicalização dos corpos.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um fenômeno global e passou a ser objeto de preocupação mais intensa, sobretudo na saúde pública, a partir do século XX. Importa frisar que o termo “câncer” é carregado de significados, já que é frequentemente associado à finitude da vida, o que gera estigmas sociais e atribuições de culpa.

Entre os tipos de câncer, o de mama é o mais temido pelas mulheres em virtude das associações negativas no que se refere ao tratamento e à mortalidade e das imagens de mutilações (mastectomia) e alopecias (queda de cabelo), que podem, por sua vez, provocar a desfiguração da identidade feminina. Nesse sentido, tal condição de saúde carrega estigmas sobre o prognóstico e produz um impacto psicossocial, resultando em mudanças no cotidiano da mulher e de seus familiares (Araújo; Fernandes, 2008).

Abordar o câncer de mama na área biomédica envolve o desenvolvimento de estratégias para identificação de nódulos suspeitos, garantia de acesso aos serviços de saúde, efetuação de exames de rastreamento, implementação de campanhas de conscientização, detecção precoce do diagnóstico e da captação, além de otimização dos métodos de tratamento e acompanhamento. Apesar das diversas iniciativas para destacar o câncer de mama (por exemplo, o Mês da Mulher em março, o Outubro Rosa, as metas estabelecidas para realização de exames de Mamografias (MMGs), a oferta de MMGs e Ultrassonografia (USG) de mamas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e as corridas em pró da causa), a morbimortalidade e o diagnóstico em estágio avançado ainda não foram reduzidos. Enquanto profissionais da saúde, isso nos leva a seguinte indagação: se dispomos de tecnologias, exames, unidades de saúde, profissionais para identificar, diagnosticar e tratar a doença, por que ainda há mulheres avaliadas tardiamente com câncer de mama, dificultando a sua cura?

À luz disso, deve-se ir além da característica biológica e considerar a condição da mulher e os seus papéis sociais como esposa, cuidadora, dona de casa, mãe e trabalhadora, conforme imposto por nossa sociedade patriarcal, capitalista e racista. Tal aspecto conduz esta pesquisa a analisar se as questões de gênero interferem no rastreio e diagnóstico do câncer de mama.

Assim, é importante investigar, sob a perspectiva da descoberta precoce desse tipo de câncer, quais são as barreiras que as mulheres enfrentam para

procurar o autocuidado e/ou não realizar exames preventivos. Do mesmo modo, é necessário verificar os fatores que as levam a recorrer aos serviços de saúde somente quando apresentam sinais e sintomas avançados de câncer de mama. Todavia, há uma carência de estudos aprofundados no que diz respeito a esses pontos.

Por isso, esta dissertação visa: a) esclarecer o que acontece entre o momento em que a mulher identifica a lesão e o momento em que há a procura do diagnóstico do nódulo; e b) detectar pistas em relação ao que impede ou retarda a busca por serviços de saúde antecipadamente. Nessa orientação, com base nas experiências relatadas pelas mulheres durante as entrevistas, esta pesquisa pretende reconstruir suas trajetórias a fim de apontar as causas das dificuldades enfrentadas diante desse contexto. Isso permite uma investigação detalhada de suas vivências e, além disso, proporciona uma reflexão sobre a formulação de políticas públicas voltadas para a população feminina.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar as questões de gênero que atravessam a trajetória, o acesso e o cuidado das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

1.1.2 Específicos

a) caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres com diagnóstico de câncer de mama;
b) conhecer as histórias das mulheres com diagnóstico de câncer de mama;
c) investigar a trajetória e o acesso aos serviços de saúde das mulheres com diagnóstico de câncer de mama;
d) verificar os fatores que afetam o autocuidado das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

2 O CÂNCER DE MAMA, AS MULHERES E A SOCIEDADE

Neste capítulo, exploro os aspectos conceituais sobre o câncer de mama como uma doença prevalente feminina, trazendo à cena questões sobre a doença, a importância da detecção precoce e o impacto que esse tipo de câncer exerce na vida e na construção social das mulheres.

2.1 EPIDEMIOLOGIA

Em 2020, o impacto global de câncer foi significativo, com 19,3 milhões de casos novos registrados (18,1 milhões, excluindo as ocorrências de câncer de pele não melanoma) (INCA, 2022a). Esses dados representam um aumento de 7,2% em comparação ao ano de 2018, quando foram documentados 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões, desconsiderando os casos de câncer de pele não melanoma) (INCA, 2019). Os dez principais tipos de câncer correspondem a mais de 60% do total de casos novos. O câncer de mama em mulheres é o mais incidente no mundo, com 2,3 milhões (11,7%) de casos novos, seguido do câncer de pulmão, com 2,2 milhões (11,4%), cólon e reto, com 1,9 milhão (10,0%), próstata, com 1,4 milhão (7,3%), e pele não melanoma, com 1,2 milhão (6,2%) de novos casos (INCA, 2022a).

Importa mencionar que, em 2018[2], o câncer de pulmão era o mais prevalente mundialmente (2,1 milhões[3]), seguido do câncer de mama (2,1 milhões). Esses números demonstram que esse último tipo de câncer tem tomado uma proporção de preocupação global. Ademais, é importante notar que o câncer de pulmão é o mais frequente entre os homens, com 1,4 milhão (14,3%) de casos novos, seguido dos cânceres de próstata, com 1,4 milhão (14,1%), cólon e reto, com 1 milhão (10,6%), pele não melanoma, com 722 mil (7,2%), e estômago, com 719 mil (7,1%).

Ainda que a mortalidade pelo câncer de mama acometa homens e mulheres, essa neoplasia é mais comum entre as mulheres. Em 2022, por exemplo, dos 19.362 óbitos por essa doença, apenas 1,34% (259 óbitos) foram de homens, enquanto 98,66% (19.107 óbitos) foram de mulheres (INCA, 2022b).

[2] Mais precisamente: 2.093.876 nº de casos novos.
[3] Mais precisamente: 2.093.876 nº de casos novos.

É importante destacar que os cânceres em geral apresentam altas taxas de mortalidade e proporções mais elevadas de diagnóstico tardio de neoplasias, que poderiam ser detectadas em estágios iniciais por meio de rastreamento em grupos de níveis socioeconômicos mais baixos. Essa população enfrenta maiores dificuldades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado, resultando em prognósticos menos favoráveis, menor sobrevida após o diagnóstico e maior risco de óbito por câncer em geral e por tipos de câncer potencialmente curáveis (Barbosa *et al*., 2015; Wünsch Filho *et al*., 2008).

No Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 é de 704 mil casos novos de câncer (483 mil, se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele seria o mais frequente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido dos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%), próstata, com 72 mil (10,2%), cólon e reto, com 46 mil (6,5%), pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos (Brasil, 2022a).

Assim como em outros lugares do mundo, o Brasil apresenta padrões semelhantes quanto às estatísticas de câncer, com o de mama sendo o de maior prevalência entre as mulheres, excetuando o de pele não melanoma. Convém assinalar que a taxa de câncer de mama em 2021 entre as brasileiras é de 20,3% (59.854 casos de cancer de mama) e que é a primeira causa de morte por câncer em mulheres no país, com uma taxa de 11,71 óbitos/100.000 mulheres em 2021 (taxa ajustada com a população mundial) (Ministério da Saúde, 2024).

As regiões com maior incidência são Sul e Sudeste, uma vez que concentram 70% dos óbitos (12,43 e 12,69 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente), seguidas do Nordeste (10,75 óbitos/100.000 mulheres), Centro-Oeste (10,90 óbitos/100.000 mulheres) e Norte (8,59 óbitos/100.000 mulheres) (INCA, 2022b). Vale a pena salientar que houve uma queda nas taxas em 2020 e 2021, possivelmente devido à pandemia de Covid-19, que pode ter influenciado esses números.

Contudo, por ser uma morbimortalidade de caráter prevenível e evitável, diversas mobilizações buscam sensibilizar os indivíduos para a causa, como a campanha Outubro Rosa, a qual fortalece a identificação do câncer de mama e amplia o oferecimento de MMGs, prioritariamente para mulheres entre 50 e 69 anos.

Em 2012, apenas 52,8% das MMGs de rastreamento no país foram efetuadas em mulheres dessa faixa etária, ao passo que, em 2022, esse percentual chegou a 65,9%. Entretanto, no ano de 2020 houve uma queda de 41% nas MMGs realizadas

nesse grupo devido ao contexto pandêmico. Em 2021, apesar do impacto produzido pela pandemia, o número de MMGs voltou a aumentar a patamares anteriores a 2018. Além delas, em 2020, também houve um decréscimo em relação ao índice de exames de investigação, que foram retomados em 2022, superando os números observados antes da crise de Covid-19 (INCA, 2023).

Mesmo com o aumento de oferta de MMGs e meios de diagnósticos para o câncer de mama nos últimos anos, cerca de 40% dos casos são diagnosticados em fases avançadas (estadiamento III e IV). Ademais, o tempo entre a confirmação do câncer e o primeiro tratamento ultrapassa os 60 dias[4], atingindo 56% dos casos diagnosticados em 2022 (INCA, 2023).

2.2 Conceito e etiologia do câncer de mama

"Câncer" é um termo que descreve uma classe de doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células anormais. A formação de um câncer, em geral, ocorre lentamente, podendo levar alguns anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível, com potencial de invadir outros órgãos. Nessa direção, o tipo de câncer é determinado pelo tipo de célula que iniciou o tumor (Figueiredo; Correia; Oliveira, 2013; INCA, 2020; Simone, 1996).

Assim, o câncer de mama é uma doença heterogênea e com variação de comportamento biológico, apresentando diferentes taxas de crescimento e potencial metastático distinto. Seu prognóstico e seus tratamentos são orientados pela localização, pela idade de apresentação e pelo estadiamento. Os critérios histopatológicos, biológicos, moleculares e genéticos também são avaliados para o melhor prognóstico e tratamento da doença (Bagnoli *et al*., 2017; Boff, 2006; Brasil, 2019).

Ressalto que o câncer de mama é de etiologia multifatorial. Estudos sugerem riscos relacionados aos seguintes fatores: envelhecimento, histórico familiar, atividade física, tabagismo, fatores reprodutivos, uso de contraceptivos orais e Terapia de Reposição Hormonal (TRH), consumo de álcool, dieta rica em lipídeo e obesidade (INCA, 2014; Tessaro; Bresolin, 2006; Viana; Montanha, 2013). Além disso, há pesquisas que sugerem que situações emocionais (como estresse,

[4] A Lei Federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, institui que o tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento seja de até 60 dias, no território nacional (Brasil, 2012a).

depressão, sofrimento, luto, trauma físico e hábitos alimentares não saudáveis) podem contribuir para o aparecimento de câncer de mama (Carvalho; Gradim, 2014; Fernandes; Mamede, 2003).

Quanto ao envelhecimento, um levantamento das internações por câncer de mama no Brasil nos anos de 2021, 2022 e 2023 revelou que 50% dos casos ocorreram na faixa etária de 50 a 69 anos, seguida da faixa de 40 a 49 anos (cerca de 22%) e acima de 70 (aproximadamente 15%) (Ministério da Saúde, 2024). Em comparação, as internações antes dos 39 anos foram reduzidas, representando menos de 11% dos casos. Sendo a idade avançada o principal fator isolado associado ao desenvolvimento de câncer de mama, Tomasetti *et al.* (2017 *apud* Galvão *et al*., 2018a) explicam que o aumento do risco se deve à exposição a eventuais substâncias e/ou situações carcinogênicas ao longo da vida, bem como ao aumento cumulativo de divisões celulares a que a mama é exposta.

Já a etiologia de ordem familiar é considerada um fator de risco quando há: a) um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos; b) um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em qualquer idade; e c) câncer de mama e/ou doença mamária benigna prévia e parentes com câncer de mama masculino (INCA, 2008; Silva; Riul, 2011; Tessaro; Bresolin, 2006).

Outrossim, familiares de primeiro grau (mãe e irmã) apresentam um risco relativamente maior de manifestar câncer de mama em comparação àqueles que não possuem histórico da doença na família. Nesse sentido, o câncer de mama hereditário representa 5% a 9% dos casos devido às mutações genéticas (com destaque para o Breast Cancer Gene (BRCA 1) e BRCA 2[5], que também estão relacionados aos cânceres de ovários e de tuba uterina, de próstata, de pâncreas, de peritônio e de mama contralateral) (Figueiredo; Correia; Oliveira, 2013; Galvão *et al.*, 2018a). Ainda, portadores de mutação em BRCA 2 apresentam risco aumentado para câncer de pâncreas, de vias biliares, de estômago, de melanoma maligno, além de próstata e de mama em homens. Cabe evidenciar que, apesar da mutação, a estimativa de risco pode variar entre as famílias, de modo que é maior naquelas com

[5] Os genes supressores BRCA 1 estão associados a um risco de 40% a 65% de chances de desenvolver câncer de mama e parece aumentar quando ligado à mutação do gene BRCA 2, que apresenta uma taxa de risco semelhante, também entre 40% a 65% até os 80 anos (Michelli *et al*., 2013; Segal *et al.*, 2001; Tessaro; Bresolin, 2006).

mais casos de câncer previamente diagnosticados (Kuchenbaecker *et al.* 2017 *apud* Galvão *et al.*, 2018b).

Em relação à atividade física, à alimentação (dieta rica em lipídeos), à obesidade, ao consumo de álcool e ao tabagismo, o risco de desenvolver câncer de mama tem a ver com o estilo de vida, ou seja, são fatores modificáveis. No que diz respeito à obesidade, os riscos são maiores em decorrência do aumento do nível de estrogênio produzido no tecido adiposo, principalmente no climatério (Cibeira; Guaragna, 2006 *apud* Carvalho *et al.*, 2009). No tocante ao uso regular de álcool, pesquisas indicam que a ingestão regular de álcool por dia pode aumentar o risco de câncer, pois o produto de metabolismo é acetaldeído, o que gera alterações para o aparecimento da doença e das mutações, além de estimular a produção de estrogênio e imunodepressor (Liu; Nguyen; Colditz, 2015; Silva; Riul, 2011; Starek-Świechowicz; Budziszewska; Starek, 2023).

Para o tabagismo, não há um consenso sobre seu impacto na manifestação do câncer de mama (Silva; Riul, 2011).

Também há fatores ligados à vida reprodutiva das mulheres, tais como a menarca precoce (aos 11 anos ou menos) e a menopausa tardia (aos 55 anos ou mais), que elevam o risco de câncer de mama em contraste com outras idades em função do tempo de exposição aos hormônios sexuais. Não obstante, o uso de contraceptivos, a TRH após a menopausa e a indução de múltiplos ciclos, embora pareçam estar ligadas ao aumento do risco de câncer de mama, carecem de mais estudos, uma vez que há controvérsias (Galvão *et al.*, 2018a; Viana; Montanha, 2013).

A alta dosagem de estradiol circulante (e de outros hormônios sexuais), por si só, constitui um importante fator de risco (Galvão *et al.*, 2018a). Já a nuliparidade (nunca ter gestado), a primeira gestação após os 30 anos, a influência da amamentação (curto período de lactação) e a alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama) apresentam um risco aumentado (Galvão *et al.*, 2018a; INCA, 2014; Viana; Montanha, 2013). Segundo Figueroa *et al.* (2017 *apud* Galvão *et al.*, 2018a, p. 209), isso ocorre “não só pela maior exposição hormonal direta, como também por terem alterada a diferenciação completa das unidades ducto-lobulares terminais das mamas”.

A exposição à radiação ionizante, como a proveniente de raios X e raios gama, é uma das principais influências no aumento do risco de câncer. Raios X são

comumente utilizados em equipamentos de diagnóstico médico, como radiografias, tomografias e radioterapia, enquanto raios gama são empregados, por exemplo, na esterilização de instrumentais cirúrgicos e em cirurgias complexas. O risco, nessa circunstância, depende da duração da exposição, da dose desses raios, da idade etc. (INCA, 2008; Silva; Riul, 2011; Viana; Montanha, 2013).

Acerca do estresse e da depressão como fator de risco, parece haver uma relação entre o aparecimento do câncer de mama e a experiência de luto (perda de qualquer natureza), uma vez que ocorre uma alteração abrupta no projeto de vida pessoal (Minayo, 2014). Sobre isso, pesquisas sugerem que o estresse tem um papel importante na etiologia do câncer de mama e que os fatores psicológicos afetam o sistema imune e hormonal, levando à probabilidade de desencadear a doença (Cormanique *et al*., 2015; Marques *et al*., 2014; Santos, 2008; Viana; Montanha, 2013).

Em estudo realizado com o objetivo de investigar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer, constataram-se que traumas ou sofrimentos antes da doença, como perdas de pessoas ou financeiras, traição, acidentes e violências domésticas (física, sexual e psicológica), tiveram ligação com o câncer (Carvalho; Gradim, 2014). Vale citar que, em outra investigação, o rastreamento tardio do câncer de mama está associado à violência física e sexual sofrida por vítimas de parceiros íntimos (Gandhi *et al.*, 2010; Marques *et al*., 2014).

2.3 Detecção precoce de câncer: do rastreio ao diagnóstico de câncer de mama

Sabe-se que a detecção precoce é uma estratégia fundamental, a qual abrange ações que permitem rastrear e diagnosticar condições (nesse caso, o câncer) em menor tempo, garantindo o acesso adequado ao diagnóstico e tratamento precoces. Para o câncer de mama, tais medidas facilitam o diagnóstico em estágios iniciais e a redução das taxas de morbimortalidade (Goldman *et al.*, 2019). Diante disso, o Brasil tem implementado diretrizes para assegurar a realização desse procedimento. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), nesse cenário, se encarrega de monitorar e capacitar ações acerca do câncer.

O arcabouço de leis e portarias para garantia de acesso, regulação e habilitações de serviços têm sido discutidas e criadas. Por exemplo, em 2012, foi promulgada a Lei Federal nº 12.732, que define o tempo entre a suspeição e o

primeiro tratamento do câncer no território nacional. A lei determina que o intervalo entre a suspeita e o diagnóstico seja de 30 dias, e o prazo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento deve ser de até 60 dias (Brasil, 2012a). Já a portaria do MS nº 874, de 16 de maio de 2013, estabelece o câncer como condição crônica e os atendimentos nos níveis de atenção (Brasil, 2013a). Enquanto a Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Brasil, 2023).

Essas ações (leis e portarias) não se consolidam por si mesmas, pois requerem a participação de diferentes atores. Os níveis de atenção, em que os usuários transitam para obter desde o rastreio até a reabilitação e/ou os cuidados paliativos, ilustram essa questão. Em 2010, foi implantado no Brasil o modelo de atenção organizado em Redes de Atenção em Saúde (RAS), que organiza sistemas de saúde de forma integrada nos diferentes níveis atenção, de forma horizontal e hierarquizada. A RAS se caracteriza por sistematizar ações e serviços de saúde, de diversas densidades tecnológicas e interdependentes, de maneira conjunta e resolutiva entre os pontos de atenção, sendo a Atenção Primária o centro de comunicação e coordenação (Gurgel *et al*., 2023). De modo a esclarecer, os níveis de atenção são: a) Atenção Básica ou Atenção Primária; b) média complexidade ou nível secundário; e c) de alta complexidade ou nível terciário, diferenciando-se de acordo com a densidade tecnológica oferecida (INCA, 2021a; Mendes, 2012).

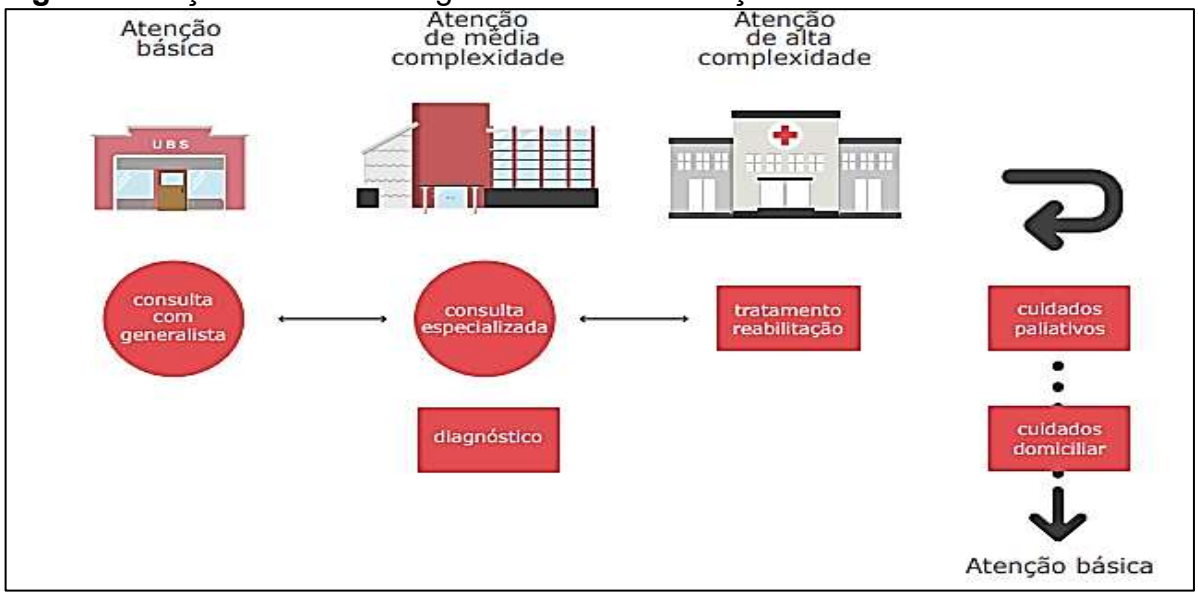
É necessário pontuar que a APS, conforme a PNPCC, tem responsabilidade de coordenar e manter os cuidados dos usuários com câncer, mesmo quando estes são encaminhados para outros pontos de atenção. Nesse quadro, a APS é vista como o ponto mais forte no rastreamento precoce do câncer de mama, o qual é efetuado seguindo os protocolos e as diretrizes do câncer (Goldman *et al*., 2019).

Nas palavras do INCA (2021a, p. 21):

> A APS responsabiliza-se pela comunicação e articulação entre os pontos da rede, direcionando, de forma oportuna, a partir de conhecimento técnico ampliado, as demandas do indivíduo para os demais níveis de atenção, como o secundário e terciário. O nível secundário dispõe de ações ou serviços que exigem equipamentos e profissionais especializados tanto para apoio diagnóstico quanto para tratamento. Esses serviços podem ser realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar. O terciário envolve procedimentos e equipamentos com tecnologias avançadas, representado pelos hospitais de grande porte. Esses serviços devem ser referência para a Atenção Primária, estando integrados por meio de um sistema de regulação.

A figura 1, a seguir, representa as ações de acordo com os níveis de atenção descritos no parágrafo anterior. Notadamente, esse fluxo é dinâmico, isto é, pode ter idas e vindas, levando em consideração que a rede é interligada e interdependente.

Figura 1 – Ações de saúde segundo níveis de atenção



Fonte: INCA (2021a, p. 21)

A APS se configura como eixo estruturante do SUS e constitui-se como primeiro nível de atenção na RAS, servindo como porta de entrada do sistema de saúde (Goldman *et al.*, 2019). Suas funções essenciais englobam a resolutividade local dos problemas de saúde da população, a organização dos fluxos e contrafluxos dos usuários em pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde que estejam (INCA, 2021a).

Ante o exposto, o rastreamento é uma estratégia da APS, de maneira que os profissionais desse nível devem estar familiarizados com os métodos, a periodicidade e a população recomendada. Porém, a APS enfrenta limitações tecnológicas para o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, necessitando de apoio de outros pontos de atenção, como os níveis secundário e terciário ou a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar.

No nível secundário ou na atenção especializada, incluem-se hospitais e ambulatórios especializados ou extra-hospitalares, os quais são capazes de estabelecer o diagnóstico em menor tempo. Após o diagnóstico, o paciente deve ser encaminhado aos níveis terciários da atenção, ou seja, a hospitais especializados

que possuem tecnologias de alta performance para o tratamento de câncer (INCA, 2021a; Mendes, 2012).

Por meio da regulação, é essencial que as ações de detecção precoce de câncer sejam feitas na RAS, com vistas à assegurar a continuidade do cuidado no tratamento oncológico. Convém lembrar que o princípio da integralidade deve ser obedecido a fim de garantir o processo de descoberta até o tratamento e a reabilitação.

2.3.1 Rastreamento de Lesões Suspeitas de Câncer

O rastreamento do câncer envolve a aplicação de um exame com capacidade de detectar a doença em uma população de pessoas assintomáticas. Por ser realizado em assintomáticos e saudáveis, esse procedimento pode trazer alguns contratempos. Desse modo, é crucial que o profissional de saúde e a paciente estejam cientes dos riscos e benefícios associados à intervenção (Oliveira Junior; Vieira, 2018). A finalidade é identificar mulheres assintomáticas (com nódulos impalpáveis) ou em estágio precoce da doença (com nódulos palpáveis até 2 cm), permitindo um diagnóstico e tratamento precoces e, assim, oferecendo melhores prognósticos de cura (INCA, 2008).

Os métodos de rastreamento mais empregados no Brasil, segundo a padronização do INCA e da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBD), abordados na sequência, são: a) Autoexame das Mamas (AEM); b) ECM; e c) MMG e USG de mamas. Embora existam outras técnicas, como a ressonância magnética de mamas e a tomossíntese, não é o objetivo aqui discuti-las, uma vez que a base desta dissertação é a APS.

2.3.1.1 Autoexame das mamas

O AEM é um procedimento realizado pela própria mulher em si mesma para identificar nódulos, servindo como exame de triagem. O AEM, nesse contexto, é uma estratégia que visa diminuir o diagnóstico de tumores de mama em fase avançada. Presumia-se que, ao ensinar às mulheres uma tática específica de palpação e observação das mamas, a ser feita e registrada mensalmente, seria possível detectar lesões precoces de câncer.

Estudos apontam que o AEM não apresentou evidências de redução de mortalidade por câncer de mama. Ainda não há um consenso sobre a regularidade do exame, posto que escolher a data para fazer o AEM baseando-se no ciclo menstrual não se alinha com o fato de que a maior incidência de câncer de mama é na pós-menopausa, tornando a estratégia falha devido à falta de uniformidade e rotinas. Além disso, outros relatos sinalizam que poucas mulheres efetuavam o AEM, apesar de estarem informadas sobre ele, o que resulta em uma técnica com pouca evidência (INCA 2021a; Oliveira Junior; Vieira, 2018).

A SBM e o INCA concordam que a sistematização do AEM como um método de rastreio não é capaz de identificar lesões precursoras ou iniciais de câncer, em que o tratamento poderia ter maior sucesso. Dados oficiais mostram que é comum mulheres reconhecerem nódulos em suas mamas de forma ocasional, no banho ou na troca de roupa, do que no AEM mensal (Vieira, 2019). Portanto, o AEM não deve ser utilizado como método de rastreio.

Apesar da prática do AEM não ter evidências de eficácia, ela deveria ser incentivada a fim de estimular o autocuidado, pois é um mecanismo útil e sem qualquer efeito colateral adverso. Informar as mulheres sobre as manifestações clínicas (Quadro 1) pode ajudá-las a procurar mais rapidamente uma UBS. Todavia, é importante ressaltar que o AEM não substitui o ECM realizado por um profissional devidamente capacitado (Bagnoli *et al*., 2017; INCA, 2008).

Quadro 1 – Manifestações clínicas

Nódulo palpável.
Endurecimento da mama.
Secreção mamilar.
Eritema mamário.
Edema mamário em “casca de laranja”.
Retração ou abaulamento.
Inversão, descamação ou ulceração do mamilo.
Linfonodos axilares palpáveis.

Fonte: Brasil (2013b, p. 90)

2.3.1.2 Exame clínico das mamas

ECM é uma avaliação do tecido mamário que utiliza a anamnese, a inspeção e a palpação das mamas como seus principais instrumentos (Prefeitura Municipal de Londrina, 2021). Feito durante a abordagem ginecológica por profissionais capacitados, a saber enfermeiras e médicos (Brasil, 2013b; Reis *et al.*, 2020), o

ECM requer etapas precedentes obrigatórias, incluindo a inspeção e a palpação das mamas e das axilas, mesmo em situações que aparentem normalidade. A efetividade do exame, evidentemente, depende do grau de habilidade obtido pela experiência em detectar qualquer anomalia nas mamas examinadas (Reis *et al.*, 2020; Prefeitura Municipal de Londrina, 2021). Convém destacar que o ECM pode revelar lesões acima de 1 cm e é benéfico para mulheres abaixo de 50 anos, conseguindo captar nódulos de 1 a 3 cm (Fundação Oswaldo Cruz, 2019).

Conforme o INCA (2015, p. 56), os riscos associados ao rastreamento com ECM são resultados falso-positivos, falso-negativos, sobrediagnóstico e sobretratamento.

> Os resultados falso-positivos resultam em exames de investigação diagnóstica adicional e possíveis danos desse processo de investigação diagnóstica, além da ansiedade relacionada ao próprio resultado falso-positivo. Por outro lado, resultados falso-negativos podem levar a uma falsa segurança e ao retardo no diagnóstico do câncer de mama.

Nesse viés, pesquisas comprovam que a realização do ECM como teste de rastreamento é mais eficaz quando combinado à MMG. Ainda que não seja o único meio de rastreio, esses trabalhos assinalam que o exame pode ser uma alternativa viável em lugares ou países onde o seu acesso é dificultado, seja por fatores geográficos ou pelo sistema de saúde local (INCA, 2015; Oliveira Junior; Vieira, 2018).

Quanto à periodicidade do ECM e da MMG, o INCA (2015) recomenda que o primeiro exame seja realizado anualmente em mulheres assintomáticas entre 40 e 49 anos, com a solicitação de MMG caso haja a presença de nódulos. No que tange a mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, o ECM deve ser anual e a MMG deve ser feita a cada dois anos. Já acerca de mulheres acima de 35 anos com risco elevado de câncer de mama, ambos os procedimentos devem ser anuais (Brasil, 2013b). Na presença de nódulos e outros fatores, o ECM deve se associar com a MMG. Dessa forma, o ECM e a MMG são estratégias recomendadas para o rastreamento do câncer de mama.

2.3.1.3 Mamografia

A MMG é um exame radiodiagnóstico de tecidos moles das mamas que permite verificar alterações pré-malignas ou sinais de malignidade (INCA, 2008). Trata-se de um método eficiente para o rastreio e diagnóstico precoce de lesões precursoras de câncer de mama, oferecendo uma redução da mortalidade em relação a outras técnicas. Ademais, a MMG pode detectar um câncer de mama de um a quatro anos antes de se tornar clinicamente evidente (Bagnoli *et al*., 2017; INCA, 2015). Cabe apontar também que a MMG é o único exame de imagem para rastreamento da doença recomendado pelo Brasil e tem a capacidade de identificar nódulos não palpáveis, além de impactar a mortalidade por câncer de mama (Brasil, 2013b).

No que se refere à faixa etária para a realização da MMG, há controvérsias. Enquanto a SBM e o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) preconizam que a MMG deva ser feita rotineiramente em mulheres de 40 anos à 74 anos, o MS estabelece que o rastreio seja feito entre 50 a 69 anos em razão dos riscos de exposição acumulativa à radiação, do sobrediagnóstico, do sobretratamento, dos falso-positivos e da manifestação de estresse quanto ao diagnóstico (Bagnoli *et al*., 2017; INCA, 2015; Oliveira Junior; Vieira, 2018).

O MS também destaca que a MMG não deve ser o único método de rastreio, mas sim um exame complementar ao ECM, especialmente naquelas acima de 50 anos. Abaixo dessa faixa etária, a sensibilidade da MMG pode variar de 46% a 88%, dependendo do tamanho e da localização da lesão, da densidade do tecido mamário, da idade da paciente, da qualidade do exame e da habilidade de interpretação do radiologista. Outrossim, o tecido glandular das mulheres mais jovens é mais denso e firme, o que dificulta a visualização e pode afetar a precisão do diagnóstico (INCA, 2015). Assim, para a população feminina entre 35 e 49 anos e acima de 70 anos, as MMGs devem ser realizadas mediante critérios vigentes adotados pelo INCA no Brasi.

O quadro 2, a seguir, enumera as recomendações para o rastreamento de mulheres assintomáticas e apresenta uma descrição de mulheres que possuem um risco elevado para desenvolver o câncer de mama.

Quadro 2 – Recomendação de detecção precoce de câncer de mama em mulheres assintomáticas e risco elevado para desenvolvimento de câncer de mama, segundo INCA

(continua)

Detecção precoce: recomendações para o rastreamento de mulheres assintomáticas*:
• ECM: para todas as mulheres a partir dos 40 anos, com periodicidade anual; • MMG: para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames; • ECM e MMG anual: para mulheres a partir de 35 anos pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.
São consideradas mulheres com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama**: • mulheres e homens com mutação ou parentes de 1° grau (materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras; • mulheres com história de: o familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama em idade < 50 anos; o familiar de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral; o familiar de primeiro grau com câncer de ovário, em qualquer faixa etária; o homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama; o mulheres com história pessoal de câncer de mama; • mulheres com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos.

Fonte: adaptado de INCA (2008, p. 176); Brasil (2013b, p. 88); INCA (2022c); Garber *et al*. (1991)

2.3.1.4 Ultrassonografia de mamas

A USG de mamas é um método utilizado para patologias mamárias e pode ser combinada com a MMG. As indicações para a efetuação desse exame incluem mulheres jovens, avaliação de mamas densas, nódulos palpáveis (diferenciação entre sólidos e císticos), nódulos palpáveis com MMG negativa, processos inflamatórios, mulheres grávidas com sintomas mamários, lesões não palpáveis, orientação para punções aspirativas e biópsias (Brasil, 2013b; INCA, 2008). A USG mamas serve como um complemento da MMG quando o resultado é inconclusivo, ou seja, BI-RADS® 0, e necessita de uma análise adicional (INCA, 2021b). No entanto, o exame de USG mamas não é recomendado para o rastreio populacional do câncer de mama (Bagnoli *et al*., 2017; INCA, 2021b).

Após a avaliação empreendida na APS, são solicitados os exames de imagem (MMG e USG). No Brasil, é adotada uma classificação chamada de BI-RADS® ou Sistema de Laudos e Registro de Dados de Imagem de Mama, em português. Trata-se de uma padronização de imagens e suspeição de achados radiológicos do Colégio Americano de Radiologia (ACR, 2013). Para cada categoria BI-RADS® são estabelecidas as respectivas recomendações de conduta (Anexo A) (INCA, 2021b).

2.3.2 Diagnóstico Precoce de Câncer de Mama

O diagnóstico precoce é o processo empregado para detectar mais rapidamente uma doença em seu estágio inicial por meio de sintomas e/ou sinais clínicos que uma pessoa apresente, principalmente quando associados à presença de fatores de risco. Esse método pressupõe um intervalo curto entre os sintomas percebidos pelo paciente e a confirmação diagnóstica (INCA, 2008, 2021b).

Normalmente, as estratégias de diagnóstico precoce abrangem a educação dos profissionais de saúde e da população em geral para o reconhecimento de sinais e sintomas preliminares de uma determinada doença ou enfermidade, permitindo a agilidade do encaminhamento para confirmação diagnóstica e início do tratamento. O objetivo é reduzir os entraves de acesso e qualificar a demanda e oferta de serviços, viabilizando o diagnóstico do câncer e garantindo a integralidade e continuidade do cuidado na RAS. Esse procedimento, dessa forma, oportuniza o uso de terapias mais simples e efetivas, o que contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer (INCA, 2015).

Consideram-se três etapas importantes para o diagnóstico precoce do câncer: a) conscientização e busca por assistência à saúde; b) avaliação clínica e diagnóstica; e c) acesso ao tratamento (World Health Organization, 2020 *apud* INCA, 2021b).

2.3.2.1 Conscientização e busca por assistência à saúde

Trata-se de uma estratégia em que a própria mulher procura os serviços de saúde ao observar sinais e sintomas de forma mais precoce. Para isso, é necessário que a população seja esclarecida sobre as manifestações clínicas do câncer de mama e conheçam os sinais de alarme. Da mesma maneira, as pessoas devem ser orientadas sobre como e onde buscar atendimento, criando vínculo com as UBS de referência a fim de encontrar cuidados em saúde e superar estigmas e medos.

2.3.2.2 Avaliação clínica e diagnóstica

Essa etapa depende de profissionais de saúde preparados e capacitados para o diagnóstico clínico e estadiamento da doença nos três níveis de atenção:

a) APS (ou Atenção Básica): identificar os indivíduos que apresentam quadro suspeito;
b) média complexidade (ou Atenção Secundária): realizar testes diagnósticos para confirmação do câncer;
c) alta complexidade (ou Atenção Terciária): avaliar a extensão da doença (estadiamento) para definição do tratamento.

2.3.2.3 Acesso ao tratamento

O objetivo, nesse caso, é assegurar à pessoa com câncer o tratamento adequado e de qualidade em tempo apropriado. Em vista disso, é fundamental que existam fluxos e protocolos clínicos baseados em evidência para nortear as ações, além da disponibilidade de serviços de confirmação diagnóstica e tratamento acessíveis à população na RAS (INCA, 2021b).

2.4 A MAMA E A SOCIEDADE: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MULHER

A mama carrega um valor simbólico cultural de uma sociedade ocidental patriarcal, refletindo a construção social da mulher. Nesse contexto, o Estado legitima as regras e os padrões aceitáveis para uma “sociedade saudável” através da biomedicina, em que as condutas de moralidade e as atribuições de determinadas tarefas fazem parte dos papéis de gênero.

Devido aos traços marcantes da cultura ocidental patriarcal, embora as mamas sejam importantes por sua função endócrina, são supervalorizadas na estética corporal feminina. Elas são vistas como representação da feminilidade, configurando-se como órgãos extremamente fundamentais, principalmente para a mulher em atividade sexual e na sua autoidentificação corporal. Essa perspectiva, que pode estar relacionada com a integridade física, a estética e as questões da sexualidade feminina, é moldada por significados diversos e contribui, inclusive, para a elaboração da imagem do corpo da mulher.

Como parte física da mulher, as mamas muitas vezes assumem uma responsabilidade simbólica, associadas a outros caracteres sexuais secundários, na definição da identidade feminina. Logo, a importância atribuída às mamas exerce forte influência na vida da mulher, pois, além de serem atributos da beleza feminina

e comporem a sua imagem corporal, elas são indispensáveis para maternar (Amâncio; Costa, 2007). O seio, nesse último caso, é compreendido como objeto pelo qual a mãe estabelece contato com seu filho e lhe proporciona não só o alimento, mas também o prazer e o acolhimento (Silva, 2008).

Desse modo, a mama é anatomicamente um elemento dos caracteres sexuais femininos que designam a identidade sexual feminina em nossa sociedade. É válido frisar que o constructo social complexo que forma a identidade sexual e de gênero vai além do biológico, levando em consideração que é condicionado por normas e expectativas de gênero.

A conexão entre a mama e a feminilidade é um exemplo disso, reforçando historicamente a dicotomia entre feminino e masculino. Desde a infância, as definições dos sujeitos femininos e masculinos são influenciadas pelo aprendizado sociocultural, que atende às convenções sobre as diferenças de gênero. A maneira de se vestir, de falar, de brincar e de cortar o cabelo são vestígios de como o sexo é interpretado pela sociedade (Brandão; Alzuguir, 2022).

> Entende-se por gênero a construção social dos sujeitos como feminino ou masculino, sendo, portanto, histórica. A medicalização do corpo feminino particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, baseada em sua biologia, e através dela a sua condição feminina será naturalizada (Vieira, 2002, p. 19).

Nesse caminhar, Vieira (2002) discorre sobre a medicalização dos corpos femininos, debatendo como o corpo da mulher se torna objeto de estudo da medicina. A autora analisa de que modo a autoridade investida pelo discurso médico, legitimado pelo Estado e pela igreja, regulamenta os comportamentos morais das mulheres. No mesmo sentido, Aureliano (2009, p. 50) aponta:

> Ao investigar a construção histórico-cultural do corpo feminino no Ocidente, vemos que a contribuição da biomedicina nesse processo foi crucial não apenas para definição do sujeito-mulher, mas também para definição de papéis sociais atribuídos à mulher em função da sua anatomia. Temos toda uma história social da medicalização e do controle do corpo feminino no Ocidente.

Tanto no Brasil do século XIX quanto na Europa XVIII, a biomedicina se destaca como uma das principais vozes no que se refere à criação de normas, padrões e condutas sobre os corpos (Aureliano, 2009).

Entre 1890 e 1930, durante o processo de urbanização especialmente em São Paulo, o país vivenciava a abolição da escravatura, o desenvolvimento industrial promovido pela expansão cafeicultura, a diminuição da exportação do café, a Primeira Guerra Mundial, a crise mundial de 1920, a migração de japoneses e italianos, a implantação da República, a introdução do federalismo, o patrimonialismo e o patriarcalismo, a crise de 1929 e a vigência de ditadura militar em 1930 (Carvalho, 2004). É nesse cenário que Matos (2003) analisa como os discursos e as intervenções médicas foram sendo validados pela sociedade, consolidando-se como monopólio legal do saber e da prática. A autora justifica que a proposta de estruturação do Estado se baseava na família como normatizadora de padrões. Com o surgimento de questões higiênico-sanitárias nas cidades, o olhar médico é respaldado por uma política intervencionista.

> A expansão da teoria de Pasteur e a ideia de contágio transformaram a visão que se tinha da doença, dos corpos e da higiene: era preciso mudar hábitos e atitudes, de tal modo que o papel do médico tornou-se decisivo na configuração das pautas culturais e normativas. Assim, o cientificismo imperante nesse período permitiu aos médicos expandir o controle sobre a vida de homens e mulheres, normatizando os corpos e os procedimentos, disciplinando a sociedade, ordenando a sexualidade e os prazeres (Matos, 2003, p. 109).

A respeito disso, Foucault (2000 *apud* Aureliano, 2009, p. 54) elucida:

> Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à ‘economia social’ e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do habitat).

Na perspectiva foucaultiana, o poder que a medicina exerce sobre as diversas instâncias sociais, ao ordenar comportamentos e ações, reside na construção de corpos humanos (de homens e mulheres). Esse poder vai além da fisicalidade, envolvendo a prescrição de uma conduta corporal e moral (Foucault, 2000 *apud* Aureliano, 2009).

Em nome do progresso, da ciência, da moral e da família, os médicos da época ganhavam influência para se apoderar dos corpos femininos:

> Os médicos viam a mulher como produto de seu sistema reprodutivo, base de sua função social e de suas características comportamentais: o útero e os ovários determinariam a conduta feminina desde a puberdade até a menopausa, bem como o seu comportamento emocional e moral, produzindo um ser incapaz de raciocínios longos, abstrações e atividade intelectual, mais frágil do ponto de vista físico e sedentário por natureza; a combinação desses atributos, aliada à sensibilidade emocional, tornava as mulheres preparadas para a procriação e a criação dos filhos (Roxo, 1928 *apud* Matos, 2003, p. 114).

Nessa direção, o papel da mulher como esposa e mãe ganhou uma importância ainda maior. No espaço privado, o cuidado com os filhos e com o ambiente doméstico, aliado à atuação da medicina na supervisão e manutenção da saúde nos lares, tornou-se fundamental, sobretudo nas ações voltadas para o controle da mortalidade infantil (Vieira, 2002).

A legitimação do saber médico para a formação da identidade feminina limitou a mulher às funções reprodutora e materna, atribuindo-lhe a responsabilidade de proteger e educar seus filhos e de zelar pelos que estão ao seu redor, sob o pretexto de afiançar o desenvolvimento de uma sociedade sadia. Nessa lógica, a medicina passou a medicalizar os corpos a partir de normas sociais que refletem uma natureza feminina fundamentada em fatos biológicos tal qual gestar, parir e amamentar. Dessarte, quaisquer desvios dos padrões normativos foram rotulados como anormalidade (degeneração moral), doença e criminalidade (Vieira, 2002).

Vieira (2002) enfatiza que a construção de gênero feminino está ligada à maternidade, ao instinto maternal e à divisão sexual de trabalho, considerados atributos “naturais” e essenciais de gênero na sociedade. As falas médicas sobre o masculino e o feminino espelha a ideia de um poder a ser liberado e estão atreladas às manifestações da vida cotidiana pregadas pela Igreja e controladas pelo governo republicano num processo interno de influência mútua. No discurso médico, são estabelecidos papéis sexuais que reforçam o pensamento de que as mulheres não foram feitas para exercer atividades públicas, ao contrário dos homens.

Então, a identidade e diferenciação são faces de um mesmo movimento transposto pelo poder, que reitera o modelo feminino e masculino. Nas palavras de Matos (2003, p. 126), “o homem urbano, imbuído de poder, deve civilizar e impor uma nova ordem, enquanto à mulher caberia outro perfil – passiva submissa, recolhida à família e à maternidade, mas modelo de moralidade e dedicação”.

Além disso, em conformidade com Lassance (1997, p. 13):

> A noção de gênero implica em entrecruzar categorias naturais como sexo, raça e geração com categorias impregnadas de significados políticos, ideológicos e culturais, significados estes inevitavelmente distributivos em termos de hierarquias, privilégios e desigualdades. Em nossa cultura, a mulher está, por nascimento, inscrita em um sistema de relações hierarquizadas, sob a ótica do masculino. E, nesta ótica, a mulher enfrenta uma situação de 'não lugar', ou um lugar de invisibilidade sustentado pelas relações de poder vigentes. Também significa abandonar a perspectiva biologizada das diferenças que são eminentemente definidas na cultura, por assumir a realidade de cultural como uma construção social que circunscreveu as diferenças entre os sexos como características hierarquizadas, determinantes de relações de opressão/subordinação 'naturalizadas'.

Quando as relações de poder são abordadas, é fundamental referir-se ao patriarcado, um termo polissêmico que descreve um sistema opressor de subordinação das mulheres aos homens. Nessa linha de raciocínio, o patriarcado aponta para a dominação da mulher pelo homem, enquanto categorias sociais cuja prática se desenvolve há, aproximadamente, seis milênios, de acordo com Lerner (1986 *apud* Fortuna; Agulhari, 2018).

Vale pontuar que a dominação sobre o corpo feminino não é um fato recente. Estudos sobre a família e sua constituição mostram que a família patriarcal, já presente na Roma antiga, era centrada no homem. Nessa estrutura, as mulheres eram coadjuvantes, portanto, o homem detinha o poder não apenas sobre elas, mas também sobre os filhos e os escravos, incluindo o domínio sobre a vida e a morte (Narvaz; Koller, 2006).

A supremacia masculina ditada pelos valores do patriarcado enquadrou as mulheres como inferiores aos homens, legitimou o controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia feminina e estabeleceu papéis sexuais e sociais que oferecem vantagens e prerrogativas ao masculino (Millet, 1970 *apud* Narvaz; Koller, 2006; Scott, 1995 *apud* Narvaz; Koller, 2006).

Saffioti (1987) argumenta que o sistema patriarcal deve ser analisado em conjunto com o capitalismo e o racismo. Sem compreender essa interconexão, não será possível promover mudanças nos papéis sociais e sexuais e alcançar uma sociedade justa e igualitária para todas as categorias subordinadas a esse sistema, não somente para as mulheres.

Ademais, Saffioti (1987, 2013) discute o papel social da mulher e a divisão sexual do trabalho no capitalismo e no pré-capitalismo. De acordo com a autora, no mundo "pré-capitalista", as mulheres realizavam tarefas como tecer, moer, colher,

cozinhar e caçar. Com o advento do capitalismo, essas atividades (essenciais para sua sobrevivência) foram substituídas pelo trabalho em indústrias, como a de roupas, em funções correlatas às que já eram desenvolvidas para a manutenção do lar.

Assim, durante muito tempo, as mulheres deveriam seguir um modelo de feminilidade, enaltecendo a beleza e desempenhando o papel de mães, cuidadoras, donas de casa e esposas. O homem, por sua vez, atuava como provedor do sustento do lar, tendo em vista que o patriarcado, que representa a dominação dos homens sobre as mulheres, era socialmente aceito na cultura ocidental e tinha o objetivo de conservar a mulher submissa no ambiente privado. Nessa conjuntura, Saffioti (1987, p. 11) argumenta que “quando se afirma que é natural que a mulher se ocupe do espaço doméstico deixando livre para o homem o espaço público, está-se, rigorosamente, naturalizando um resultado da história”.

Desse modo, ao desvalorizar socialmente o espaço doméstico, perpetua-se a crença de que esse local sempre pertenceu à mulher, ou melhor, à “natureza feminina”. Em diálogo com Saffioti (1987), a naturalização diz respeito à capacidade do ser humano de transformar fenômenos naturais em sociais. Dito em outros termos, a naturalização dos processos socioculturais de discriminação contra as mulheres e outras categorias sociais servem para legitimar a superioridade masculina.

Com a Revolução Industrial, a inserção feminina no mercado de trabalho e o avanço do movimento feminista marcam as desigualdades geradas entre os gêneros. Nessa configuração, o patriarcado machista delimitava as posições das mulheres, restringindo o que podiam realizar devido à percepção de inferioridade e à ideia de que seus corpos biológicos (frágeis e reprodutivos) as impediam de assumir cargos de alto escalão ou de maior escolaridade (Araújo, 2022).

É com essa construção que, na contemporaneidade, os padrões de comportamento são reproduzidos pelas nossas avós e mães, que são responsabilizadas por cuidar de todos ao seu redor, priorizando as funções “designadas” a elas, como mães, donas de casa, esposas, educadoras e cuidadoras.

O acúmulo de atribuições intra-lar, somado às tarefas extra-lar – já que a mulher precisou sair para trabalhar a fim de “ajudar” o marido –, afeta os cuidados consigo mesma. Isso é particularmente evidente entre aquelas que vivenciaram o

patriarcado, pois tendem a priorizar os papéis “naturalmente” femininos em lugar do próprio bem-estar, seja na realização de cuidados com a saúde, seja na busca por atividades prazerosas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa utiliza a metodologia qualitativa do tipo história oral de vida. A abordagem qualitativa, em vez de se preocupar com os processos de quantificação, foca na explicação dos meandros das relações sociais, consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, o que permite um aprofundamento na investigação do objeto. Esse método, ademais, se caracteriza pela busca dos significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, às interações, às práticas e aos fenômenos sociais, de forma a considerar as singularidades e a complexidade das relações que se dão no contexto social (Minayo, 2014).

Nesse sentido, um dos recursos que podem ser adotados é a história de vida, uma modalidade da história oral, conforme descrito por Meihy e Holanda (2015), também conhecida como história oral de vida. Dentre as definições, a história oral pode ser entendida como uma prática que captura narrativas por meio de gravações de voz ou vídeos, com o objetivo de recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato (Meihy; Holanda, 2015).

A história oral revela a subjetividade do sujeito entrevistado, trazendo significados, motivações, emoções e valores para elucidar atitudes, comportamentos e práticas sociais através de memórias apreendidas pela vivência individual (identidade) e/ou coletiva (cultural). Dessa maneira, essa técnica busca uma investigação que a pesquisa quantitativa não consegue alcançar. Para Silva e Barros (2010, p. 69),

> os dados tornados quantificáveis e as análises estatísticas não são suficientes para o entendimento de vastas dimensões da existência como os processos relacionais, subjetivos e intersubjetivos, simbólicos, históricos e seus contextos sociais.

Trata-se, segundo Minayo (2007), sobretudo de descrever e analisar os significados e sentidos de ações e relações de pessoas ou grupos.

3.2. LOCAL

A pesquisa foi realizada na UCDPC/Unidade da mama – ambulatório do CISMEPAR.

3.2.1 Caracterização do Local

A Unidade da mama, um ambulatório de assistência secundária/ especializada, foi criada em maio de 2015 a fim de atender a demanda de diagnósticos precoces de câncer de mama na 17ª RS – Londrina, a qual abrange 21 municípios. Em 2018, expandiu seus serviços para cobrir também a 18ª Regional de Saúde (18ª RS) Cornélio Procópio, com mais 21 municípios. Em outubro de 2021, a Unidade da mama se incorporou à UCDPC com intuito de trazer o mesmo tipo de fluxo de atendimentos para as especialidades de cânceres de colo de útero, de útero, de próstata, de bexiga e de pele. Tais campos estão em fase de estruturação dentro da unidade, seguindo os moldes da Unidade da mama.

O acesso a esse ambulatório se dá através da captação de pacientes que possuem exames de MMGs e USGs de mamas alteradas (classificação BI-RADS® 4 e 5). Esses exames (laudos) são enviados diretamente pelas clínicas conveniadas SUS para o *e-mail* da unidade. Quando os pacientes realizam exames particulares e são usuários do SUS, as informações são encaminhadas pelos sistemas de regulação dos municípios para o CISMEPAR. Tal processo é exclusivo para residentes da área de abrangência das 17ª RS, uma vez que os moradores da 18ª RS são agendados por meio do sistema estadual de regionalização de acordo com os critérios estabelecidos.

A consulta médica é feita na unidade e, quando há indicação de biópsia de nódulo, o procedimento é realizado no mesmo dia, na própria Unidade da mama. É também agendado o retorno para a semana seguinte do atendimento, com a finalidade de apresentar o resultado da biopsia (anatomopatológico). Nessa ocasião, é comunicado o diagnóstico de câncer à mulher e aos seus acompanhantes, se permitido pela paciente. Após isso, é efetuada a acolhida e a navegação[6] pela equipe multiprofissional (psicóloga, enfermeira e, se preciso, assistente social).

[6] Navegação de paciente: a navegação de pacientes é uma intervenção de prestação de serviços baseada na comunidade, concebida para promover o acesso ao diagnóstico e tratamento oportunos

A paciente é, então, direcionada para o setor terciário ou hospitalar. A consulta com a psicóloga acontece individualmente no momento do diagnóstico e, depois, quinzenalmente até o atendimento no terciário para o tratamento do câncer.

Em relação à área de enfermagem, conduz-se o acolhimento da pessoa com o diagnóstico de câncer e de seus familiares, identificando o tipo de câncer, o tamanho e o número de nódulos com neoplasia, além do estadiamento inicial pelo Sistema de Classificação de Tumores Malignos (TNM) (Anexo B), com o propósito de promover esclarecimentos de dúvidas tanto da paciente quanto dos familiares. Finalizada essa etapa, a enfermeira navegadora coordena os passos subsequentes, organizando os exames de estadiamento, orientando sobre a doença, detectando os problemas biopsicossocial e promovendo os encaminhamentos necessários entre a usuária e a RAS – atenção básica, especializada e hospitalar).

Para evitar atrasos e garantir a continuidade das ações iniciadas dentro da rede, os dados sobre o encaminhamento para a atenção hospitalar são enviados via *e-mail* às unidades de saúde e/ou aos setores de regulação e agendamento de consultas dos municípios. Esses setores monitoram as informações de agendamentos municipais e unidades de saúde e notificam a paciente da data, da hora e do local da consulta de oncologia, que pode ser no Hospital do Câncer de Londrina ou no Hospital das Clínicas do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNPR) (ambulatório especializado do Hospital Universitário da UEL). Outrossim, quando é observada alguma alteração na ordem social ou psíquica, o encaminhamento do caso é feito em conjunto com as unidades de saúde ou pessoas de referência dos municípios, tencionando instituir uma rede de apoio.

3.3 SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES

A seleção das participantes se deu a partir dos diagnósticos de câncer de mama realizados na UCDPC/Unidade da mama durante a consulta de enfermagem entre os meses de agosto a outubro de 2023. Nesse estágio, foram identificadas as mulheres a serem entrevistadas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) serem mulheres diagnosticadas com câncer de mama; b) receberem classificação

---

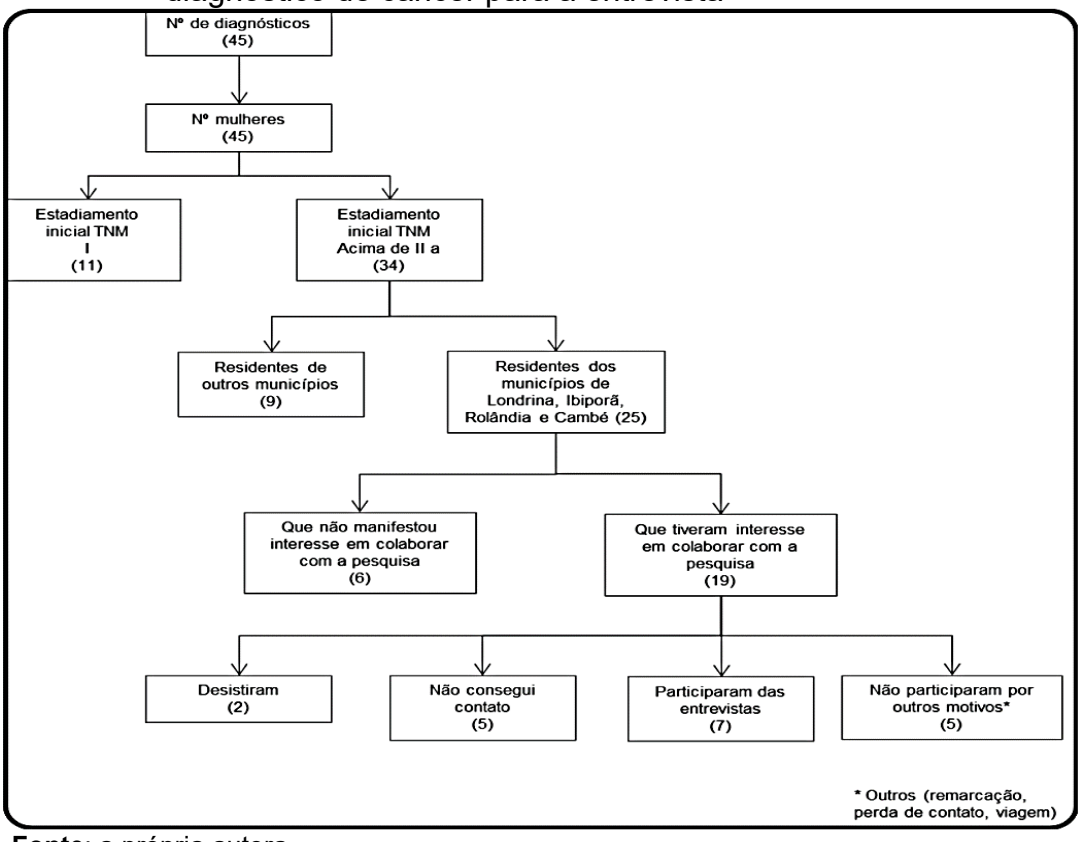
do câncer e de outras doenças crônicas, eliminando barreiras aos cuidados (Freeman; Rodriguez, 2011, tradução nossa). Ou seja, esse procedimento reduz atrasos nos acessos aos serviços de saúde e promove a apropriada movimentação e o efetivo direcionamento de um paciente por meio de um *continuum* de assistência à saúde (Rodrigues *et al*., 2021).

de estadiamento inicial acima de IIA; c) serem residentes dos munícipios de Londrina, Ibiporã, Rolândia e Cambé; e d) terem interesse em colaborar com a pesquisa.

Os convites foram feitos verbalmente, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi fornecido imediatamente após a consulta de enfermagem a fim de que as mulheres pudessem compartilhar e ler o documento com seus familiares. Posteriormente a isso, houve o contato através de telefone para confirmar a participação e, em caso afirmativo, foi feito o agendamento da data, do horário e do local da entrevista, conforme a disponibilidade das participantes. A organização do calendário foi compatibilizada com os atendimentos da psicóloga na Unidade da mama do CISMEPAR (UCDPC).

Entre os meses de agosto e outubro de 2023, foram realizados 45 diagnósticos de câncer de mama: 16 mulheres em agosto; 16 mulheres em setembro; e 13 mulheres em outubro. Dentre essas, 19 mulheres atenderam aos critérios de inclusão deste estudo. A figura 2 apresenta um diagrama detalhado em relação ao processo de identificação das mulheres selecionadas para a pesquisa.

Figura 2 – Diagrama detalhado do processo de identificação das mulheres com diagnóstico de câncer para a entrevista



Fonte: a própria autora

Com os agendamentos efetuados, alinhei o horário das participantes com o atendimento psicológico na própria estrutura do CISMEPAR. Dessa maneira, caso algum gatilho emocional fosse percebido, a psicóloga da unidade estaria disponível no mesmo horário. Utilizando essa estratégia integrada com o atendimento psicológico, foram programadas cinco entrevistas. Vale mencionar que uma das mulheres já contava com apoio psicológico particular, e outra participante, entrevistada em sua residência, optou por não receber o acompanhamento psicológico no momento.

3.4 COLETA DE DADOS

O trabalho de campo constituiu na realização de entrevistas com as mulheres entre agosto e novembro de 2023, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para a seleção das participantes, foram utilizados os prontuários das entrevistadas.

3.4.1 Dados do Prontuário

O prontuário foi usado, nesta dissertação, como fonte primária da pesquisa documental. Convém salientar que, diferente da bibliográfica, o trabalho documental baseia-se em materiais elaborados com propósitos e leitores específicos, produzidos para fins variados. Nessa direção, materiais obtidos e/ou consultados diretamente das organizações são considerados fontes documentais (Gil, 2008).

A coleta de dados foi realizada a partir das anamneses dos prontuários médicos e de enfermagem, com o objetivo de identificar as mulheres que atendiam aos critérios para inclusão na pesquisa: diagnóstico de câncer, classificação do estadiamento inicial do câncer de mama e município de residência. Além disso, com base nos resultados, foram adicionados outros dados considerados necessários pela pesquisadora para a construção da trajetória das participantes.

3.4.2 Entrevistas

O roteiro semiestruturado foi o recurso escolhido neste estudo, pois obedece a uma sequência clara de questões, oferecendo segurança a mim (enquanto

pesquisadora) durante a abordagem e permitindo uma condução aprofundada do estudo em alinhamento com os objetivos propostos. Nesse roteiro, incluí alguns lembretes (tópicos) que me ajudaram a guiar a entrevista e/ou a induzir o relato de experiências mais complexas.

O instrumento de pesquisa qualitativa deve contar com a simplicidade e com a capacidade de dirigir uma conversa, configurando o delineamento do objeto. Em outras palavras, aponta Minayo (2014, p. 189) que, “no formato final de sua elaboração, o roteiro deve apresentar-se na simplicidade de alguns tópicos que guiam uma conversa com finalidade”.

O roteiro semiestruturado foi elaborado por mim (Apêndice B) e apresentado no Seminário de dissertações, ocorrido em julho de 2023, e ao grupo de pesquisa que participo, denominado “Equidade, Gênero e Saúde”. As sugestões pertinentes recebidas foram incorporadas na elaboração e aplicação do método.

Nele, abarquei questões sociodemográficas, a saber: nome, idade, raça/cor, escolaridade, cidade, zona de residência, situação civil, religião, se possui filhos (em caso afirmativo, qual é a idade, grau de dependência e quem assume o cuidado deles), com quem reside, ocupação, situação no mercado de trabalho, jornada de trabalho, se é cuidador e se possui algum tipo de auxílio ou benefício.

A técnica de coleta empregada é a história oral de vida, que permite uma abordagem aberta, sem inferência da pesquisadora, para que a entrevistada possa relatar sua história por meio de uma questão disparadora, que, neste trabalho, foi a seguinte: desde quando você descobriu o nódulo até hoje, qual foi sua trajetória/experiência desse processo, algum momento se sentiu violada?

Realizei as entrevistas conforme o agendamento prévio com a participante, idealmente de forma presencial e conjugadas às consultas da psicologia na estrutura do CISMEPAR. No entanto, convém destacar que entrevistei uma das mulheres em sua residência devido às limitações de deslocamento.

As entrevistas foram conduzidas individualmente. Antes disso, o TCLE foi lido e as dúvidas quanto ao documento foram sanadas. A gravação somente foi iniciada após a concordância das mulheres e o aceite do termo, de modo que elas tiveram a liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa. Houve também a possibilidade de interromper a gravação e a participação a qualquer momento.

Para o registro dos áudios, usei o aplicativo de gravação do meu celular. Já para a transcrição, recorri a um aplicativo gratuito, disponível no *site* da Riverside[7]. Após essas etapas, reorganizei e rescrevi as entrevistas na íntegra, tendo em vista que o aplicativo tinha algumas restrições (som ambiente e nacionalidade da língua, por exemplo).

Foram realizadas sete entrevistas, totalizando 6 horas e 51 minutos de gravação. O tempo de cada entrevista variou, com a mais curta durando 24 minutos e 40 segundos e mais longa 2 horas, 23 minutos e 29 segundos.

3.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Para a sistematização e posterior análise, nas entrevistas foram descritos os acontecimentos que marcaram a vida e o tempo de cada mulher, reunindo fatos que contribuíram com o processo saúde-doença. Concernente à elaboração dessas narrativas, foram usados dados dos prontuários e das entrevistas.

As entrevistas foram transcritas em forma de contação de história. Em cada uma delas, foram criados tópicos para facilitar a leitura e a análise, abordando os aspectos sobre a vida da mulher, a descoberta do nódulo, a procura pela UBS, o momento do diagnóstico de câncer na Unidade da mama e as considerações sobre a descoberta do câncer, abrangendo a rede de apoio e os sentimentos envolvidos. Para cada trajetória, elaborei uma representação gráfica que ilustra o percurso desde a detecção da alteração ao diagnóstico até o encaminhamento para o tratamento.

As sete histórias estão organizadas de modo a garantir o anonimato das entrevistas. Seus nomes foram substituídos por nomes de deusas da mitologia grega: Afrodite, Deméter, Hera, Atena, Ártemis, Gaia e Héstia. Tentei encaixar os feitos ou as características individuais dessas mulheres com os de deusas supracitadas.

[7] www.riverside.fm/transcription

3.6 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Na abordagem qualitativa do tipo história oral de vida, a análise é conduzida segundo as finalidades da pesquisa e o referencial teórico do pesquisador. Após uma exaustiva leitura das entrevistas e a organização e reconstrução das trajetórias das participantes, agrupei os dados em categorias de análise e interpretação, as quais foram base para os objetivos deste estudo.

Sobre a definição de “categoria”, Minayo (2002, p. 70) indica:

> A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à idéia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

Nomeei como eixos as categorias que incluíam ideias e elementos relacionados ao trajeto e acesso aos serviços de assistência à saúde, além de fatores que afetam o autocuidado das mulheres. Obtive, para as discussões, os seguintes eixos: a) acesso e assistência à saúde; b) divisão sexual do trabalho e papel social de gênero; e c) sentimentos frente ao diagnóstico. Visando à análise dos pontos levantados, realizei a interlocução com a literatura.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo CISMEPAR (Anexo C) e também pelo CEP envolvendo seres humanos da UEL, atendendo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012b). Número do Parecer: 6.255.038 de 14 de agosto de 2023 (Anexo D).

Para a garantia do anonimato das participantes nas entrevistas, seus nomes foram substituídos por nomes de deusas da mitologia grega, conforme informado no subcapítulo 2.5.

Diante dos possíveis riscos desta pesquisa, que poderiam envolver eventuais desconfortos e mobilização de sentimentos associados às lembranças sobre o diagnóstico de câncer e ao percurso de enfrentamento dessa experiência, todos os cuidados foram tomados pela pesquisadora para minimizá-los, assegurando o direito

das participantes de interromper as entrevistas, caso desejassem. As mulheres tiveram a oportunidade de acessar o apoio psicológico ofertado pelo serviço de acolhimento da UCDPC do CISMEPAR a qualquer momento, mesmo que já estivessem no programa da psicologia de tal ambulatório.

4 AS MULHERES E O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

Neste capítulo, apresento a história de vida de sete mulheres. Cada uma é representada por meio de narrativas que combinam dados das entrevistas e de prontuários. Nessas narrativas, destaco características pessoais e passagens da vida que as marcaram.

As mulheres foram identificadas com nomes fictícios de deusas da mitologia grega: Afrodite, Deméter, Hera, Atena, Ártemis, Gaia e Héstia. Os nomes foram correlacionados às especificidades das mulheres entrevistadas. As histórias estão organizadas de forma cronológica em conformidade com as entrevistas realizadas.

4.1 AFRODITE

Em 29 de setembro de 2023, Afrodite compareceu à entrevista agendada, conforme combinamos em consulta na semana anterior, e aproveitou para buscar o resultado do exame que ficaria pronto nesse mesmo dia. Antes, conversamos um pouco a fim de observar como a mulher estava para realizar a entrevista. Durante a conversa, ela se mostrou bastante à vontade.

Afrodite é uma das filhas entre sete irmãos de sua família e morava com os pais em outro estado. Quando seus pais se mudaram para a região, trouxeram ela e uma de suas irmãs para estudar. O casal voltou para a cidade de origem, as garotas permaneceram no local por quatro anos, com a irmã na faculdade e Afrodite no segundo grau (atualmente, Ensino Médio). Entretanto, tiveram que retornar à casa dos pais após sua irmã ter uma intercorrência grave e ficar internada por 20 dias. Essa circunstância fez com que Afrodite interrompesse o primeiro ano universitário, momento em que já namorava o futuro esposo. A entrevistada conta que seu ex-marido foi até a cidade natal para propô-la em casamento e que, ao se se casarem, voltaram à Londrina. A família, por sua vez, a advertiu sobre o matrimônio e sobre morar em uma cidade diferente:

> *E aí, foi aí que todo mundo ficou falando: 'não casa'. 'Não vai embora'. 'É diferente, olha a vida dele, é diferente'. E eu falava: 'não, ele cuida de mim'. Aquela história toda, né? Não, vamos ser feliz, [...] é ilusão nossa, né? Aí eu acabei casando. E vim embora [...]. Aí ficou só eu e a família dele'.*

Isso ocorreu no ano de 2000. A adaptação de Afrodite à família do marido foi difícil. Ela relata que, quando solteira, a casa sempre estava repleta de pessoas, como primos, tios e amigos, e as festas familiares eram grandes, com a presença de parentes maternos e paternos. Em contraste, a família do esposo era formada apenas pelos pais, pela irmã e pelo cunhado, ademais, não havia datas comemorativas e reuniões familiares.

Após o casamento, Afrodite e seu então companheiro foram morar no fundo da casa dos pais dele. Na primeira ocasião festiva, ela descreve que ficou decepcionada e muito triste ao descobrir que não teria a comemoração de natal. Ao demonstrar a sua tristeza, os sogros decidiram preparar a ceia, que passou a ser uma tradição. A mulher afirma, em seu relato, sentir muita falta da rotina anterior ao casamento.

Afrodite continuou casada por 13 anos. Entre frustrações, desgaste e nascimento da filha, ela resolveu se separar, o que foi uma decisão bastante difícil:

> *Na minha cabeça era isso, você casou é uma vez só, você não casou para separar, né? Você casou, tem ficar casada. Então, na minha cabeça, era isso que funcionou. Isso foi o que eu cresci aprendendo isso. Então, dentro de mim, acho que até hoje é isso.*

Antes da separação, ocorreram eventos que abalaram a relação do casal e que a desapontaram profundamente. A mulher era obstinada, queria crescer na vida, ter sua casa e sua família independente dos sogros. No entanto, seu parceiro não tinha proatividade, era sossegado e não buscava melhorar. A entrevistada conta que todas as decisões, inclusive em relação às despesas de casa, eram administravas por ela, sem muito envolvimento da parte dele:

> *Sempre eu que fiz tudo. A única coisa que ele fazia era me buscar, tipo, porque eu não tinha carro, ele tinha que me buscar.*

Depois de comprarem uma casa, saírem da casa dos sogros, Afrodite engravidou. A rotina, todavia, continuava a mesma, com ela assumindo todas as responsabilidades, tais como os serviços domésticos. Na mesma época, o ex-marido se envolveu com pessoas de má influência. Ele não era carinhoso e não mantinha uma aproximação afeita com ela em casa, deixando-a carente:

> *Então, isso foi uma decepção muito grande que eu tive com relação a ele.*

Com o casamento desgastado, Afrodite, que já trabalhava com vendas e começou a ganhar mais dinheiro, tinha necessidades e pensava em melhorar a vida, ao passo que o esposo não compartilhava dessas ambições. Situações como essa, de estresse, decepções e sofrimento, culminaram na ruptura do casal. Separada, ela se mudou para uma nova residência com a filha de quatro anos.

Em 2013, Afrodite enfrentou sua maior perda – o falecimento da irmã mais velha –, o que a abalou muito. No ano seguinte, em 2014, ela também sofreu com a morte de seu pai:

> *É, porque eu estava tão desesperada quando minha irmã morreu. Foi assim, foi a pior notícia da minha vida, foi essa [...]. Eu fiquei uns 15 dias em casa e não consegui trabalhar. 15 dias dentro de casa, sem sair de dentro de casa.*

Apesar da separação, os ex-sogros eram muito presentes no cotidiano de Afrodite e de sua filha, ajudando nos cuidados da menina enquanto ela trabalhava o dia todo. Vale aludir que a mulher também tinha o apoio da igreja.

Após um período, o ex-marido reaparece, e eles começam a ter um relacionamento, mas apenas como amigos, vivendo como uma família (pai, mãe e filha). A entrevistada comenta que, embora ele tivesse menos recursos financeiros, isso não era relevante para ela, já que o que realmente importava era o vínculo que ele proporcionou entre pai e filha, algo que considerava essencial para a criança. Diz ainda que, em março de 2023, seu ex-companheiro adoeceu gravemente e veio a falecer em maio do mesmo ano. A perda foi um choque para Afrodite, que sofreu muito, chegando a ficar 15 dias sem sair de casa, consumida pela dor:

> *E um dia a minha psicóloga, [...] porque como eu casei, para não me separar, minha psicóloga fala que eu fiquei casada todo esse tempo, que eu nunca me separei. [...] E aí foi assim numa fase muito, muito difícil. Morreu em maio de 2023. Porque eu sofri muito com a morte dele. Muito, muito, muito, horrores.*

4.1.1 Descoberta do Nódulo

Afrodite, em novembro de 2022, sentiu uma alteração na mama:

> *Eu estava dormindo no sofá e cochilando [...]. E, quando eu acordei, eu senti o meu seio meio pesado, meio estranho, muito estranho, eu achei. E aquilo me incomodou, fez com que eu ficasse comparando os dois seios, porque um está de um jeito, outro está de outro. E eu fiquei um pouco preocupada com relação a isso. [...] E a partir daí... que eu comecei a ficar tipo com as anteninhas ligadas. E aí eu procurei o médico. Eu fiquei preocupada [...]. Aí fui na médica especialista, né? [...] Falou que não tinha nada, que era tudo normal, a mamografia também que era tudo normal, não tinha nada. [...] E foi em novembro [2022]. Eu sei que se deu tudo negativo, graças a Deus, ela me deixou supertranquila.*

A consulta e os exames foram realizados de forma particular. Afrodite estava muito preocupada e optou por um serviço mais rápido devido à demora no atendimento pelo SUS. A médica havia pedido que a mulher retornasse em seis meses para novos exames. A entrevistada relata que ficou em alerta, mas a doença e a morte do ex-marido, entre março e maio de 2023, a fizeram esquecer do problema.

Após o falecimento do ex-cônjuge, ela percebeu um novo evento em sua mama: sentiu uma fisgada e notou alterações:

> *Aí foi onde eu me preocupei de novo. Eu achei assim, ah, alguma coisa não está certa aqui. Eu pensei assim, mas a doutora falou que estava tudo bem, e fiquei meio sem entender. Tanto que eu não vi isso e sai correndo igual da outra vez. E dessa vez eu não fui na mesma semana. Eu, tipo assim, achei que não era nada ainda também, né? Achei que era um desconforto.*

4.1.2 Agosto de 2023: UBS

Afrodite tinha uma consulta agendada na unidade de saúde, onde já fazia acompanhamento por outros motivos. Durante a consulta, a médica solicitou a USG de mamas, considerando que a mulher tinha exames recentes (novembro 2022). A UBS marcou o exame para a mesma semana. Embora Afrodite tenha perdido o dia por um lapso, a unidade a atendeu e prontamente efetuou o reagendamento. Ela fez a USG em 29 de agosto de 2023 e, como houve alteração, o resultado foi encaminhado para a Unidade da mama do CISMEPAR.

4.1.3 Setembro de 2023: Unidade da Mama

Em 14 de setembro de 2023, Afrodite realizou a consulta na Unidade da mama e a biopsia de mama no mesmo período. O retorno ocorreu em 21 de setembro de 2023, quando ela recebeu o diagnóstico definitivo de câncer de mama.

No pós-diagnóstico, ela foi acolhida por mim em uma consulta de enfermagem para navegação. Tratava-se de uma mulher de 47 anos, hipertensa e com psoríase. Em sua família, a prima (1º grau) faleceu aos 28 anos em razão do câncer de mama e a avó paterna teve câncer de pele e de mamas. Afrodite foi identificada por meio da captação precoce realizada pela Unidade da mama em 30 de agosto de 2023 em decorrência da USG recebida pela clínica onde se consultou (29 de agosto de 2023), cujo resultado foi BI-RADS® 4C[8] em mama direita[9]. O tamanho do seu tumor era de 4,8 cm; havia Linfonodos (LNFs) axilares, sendo o maior com 3,2 cm, ambos com positividade para câncer.

Durante o atendimento, Afrodite estava acompanhada pelo amigo do trabalho. Apesar de comunicativa, demonstrou estar aflita, gerando uma mistura de sentimentos. Naquele momento, expressou preocupação sobre os seus cabelos, os preparativos para o aniversário de 15 anos de sua filha e o processo de tratamento. Também verbalizou inquietações a respeito de como comunicar a notícia à mãe e à filha, levando em consideração que a menina havia perdido o pai recentemente. Mostrou-se, além disso, apreensiva em relação à empresa em que trabalhava.

Logo após as orientações, ela foi encaminhada para o acolhimento da psicóloga. Sua consulta para o tratamento na referência terciária foi agendada para o dia 4 de outubro de 2023.

4.1.4 Câncer: Família e Rede de Apoio

Afrodite possui uma boa rede de apoio, constituída por familiares (com destaque para a filha), igreja e amigos. No dia do diagnóstico, ela e o amigo, que

[8] A classificação BI-RADS® 4C indica forte suspeita, com probabilidade superior a 70% de ser câncer de mama.

[9] Característica do câncer de mama de Afrodite: nódulo mamário à direita 4,8 cm e LFNs axilar, sendo o maior 3,2 cm. Classificação TNM: T2N1. Estadiamento inicial: IIB.

estava na consulta, almoçaram juntos e, em seguida, foram informar o resultado à mãe e à filha:

> *E aí, graças a Deus, como elas têm muita fé em Deus também, então a reação delas foi tipo, vai dar tudo certo, nós vamos continuar orando, em nome de Jesus, você vai se sarar, não vai acontecer nada. A minha mãe ainda falou assim: 'eu creio que pode sumir esse negócio antes de fazer até os exames'.*

Porém, Afrodite afirma ter preocupações com a filha, tendo em vista a perda recente do pai e o seu diagnóstico:

> *O pai dela faleceu e ela [filha] quase não chora. Eu sei que ela está sofrendo muito com isso. Aí ficou sabendo do meu problema. E não chorou. Não chorou. A sensação de que o problema é esse grande agora. [...] O medo, né? Ela perdeu o pai e agora? Agora ela tá com medo. [...] Aí quando foi na segunda-feira, a minha filha passou mal. Eu acredito que é mais ansiedade do que outra coisa.*

4.1.5 Sentimentos em Relação ao Diagnóstico do Câncer

Afrodite diz que experimentou muitos sentimentos, pois o luto do ex-marido a deixou entristecida, a ponto de ter pensamentos de querer morrer:

> *[...] Eu não reclamava, que eu sempre, tipo, tá bom, morrer é melhor, deixa as coisas acontecerem.*

Então, um profissional que acompanha Afrodite alertou-a para a importância de ver a vida de uma forma terapêutica. Em resposta, a entrevistada afirma:

> *Aí eu acho que acordei, tipo, para ele foi, você não, você está aqui, tem que cuidar dar sua filha.*

A mulher relata que, depois do diagnóstico e da minha consulta naquele dia, iniciou mudanças importantes em sua vida, passando a refletir sobre a sua dedicação excessiva no trabalho, sobre o tempo com a sua filha e sobre viver o dia:

> *Mas aquele dia, foi um marco na minha vida. E o dia em que eu vim aqui, que eu fiquei sabendo. [...] É verdade. O que eu tô fazendo? Porque eu fiquei pensando assim, as pessoas vão se importar com alguma coisa? [...]. O meu patrão cansa de falar que a gente não é insubstituível. Se eu morrer, ele vai colocar outra pessoa no lugar do mesmo jeito. Se eu ficar doente, ele vai colocar outra pessoa no meu lugar [...]. Eu começo a ver a vida diferente, igual você falou, vou começar a ver [...]. E eu fico vivendo o momento, eu tenho que viver o momento. O que está acontecendo ali é o*

> *que eu tenho que viver. E aí pensando naquilo que você falou assim: viva o dia, todos os dias.*

Afrodite tem sentimentos de tristeza, incertezas e medo frente ao diagnóstico de câncer de mama. Em suas palavras:

> *Quando eu lembro, fico triste. Mas eu procuro não lembrar. Eu procuro não ficar pensando. Se eu ficar pensando o que vai acontecer, se eu ficar pensando o que vai acontecer, aí eu vou sofrer mais, aí eu vou ficar chorando mais. [...] Eu acho que agora a única coisa é a minha preocupação do que realmente vai acontecer. Até depois de ver o resultado de hoje, né? [...]. E daí, quando eu fiquei sabendo, eu falei assim: 'eu não sei qual o propósito de Deus. Eu creio na fé, eu tenho fé. Eu creio que tudo vai dar certo'. Até onde? Eu não sei.*

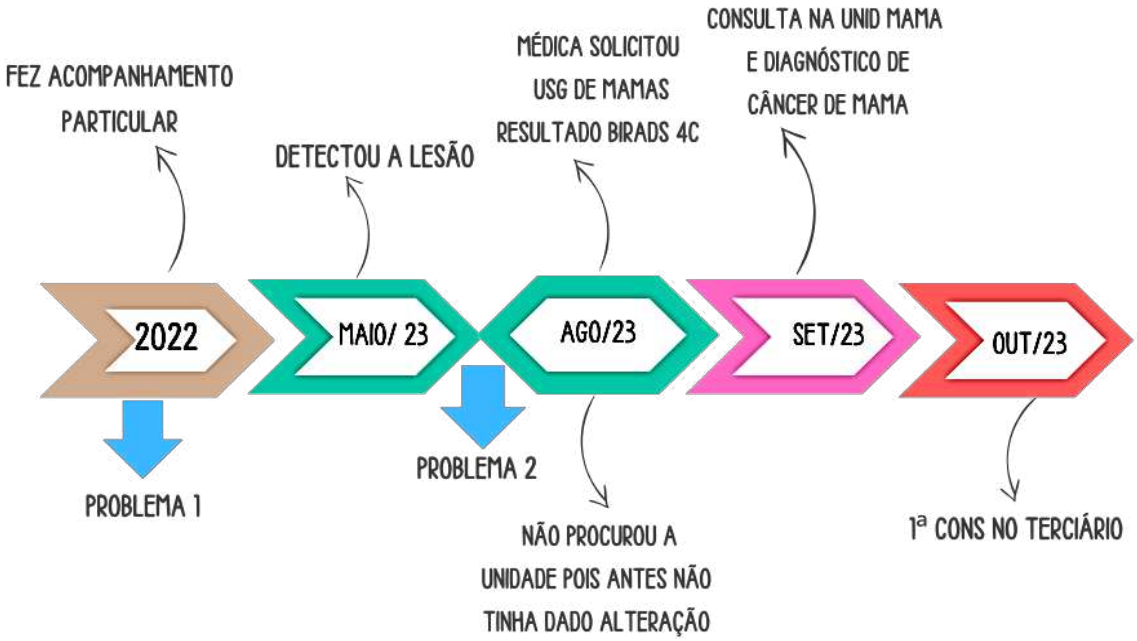
4.1.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu

Afrodite revela que, nos serviços de saúde que frequentou, se sentiu acolhida, atendida, satisfeita e feliz. Ademais, fez elogios quanto aos atendimentos e à agilidade de todos os procedimentos (Figura 3):

> *Agora, aqui, atenção de vocês... Nossa, vocês estão muito de parabéns. É tudo que a mulherada precisa. [...] Porque eu falei assim: 'nossa, eu disse, me senti uma rainha' [Unidade da mama].*

> *No posto, foram super atenciosos, todas as vezes foram atenciosos comigo. [...] Eu senti que todo mundo ficou muito preocupado quando viu o meu resultado, todo mundo no posto ficou assim, sabe? Então, eles me atenderam muito bem também [UBS].*

Figura 3 – Esquema do trajeto percorrido por Afrodite desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do diagnóstico



Fonte: a própria autora

A representação acima se refere à trajetória percorrida por Afrodite que começa com o acompanhamento particular, passando pela autopercepção da alteração, pelo tempo até procurar a UBS, pelo encaminhamento para o setor de diagnóstico e, por fim, pela consulta no hospital terciário. Em tal trajeto, são indicados dois problemas.

4.2 DEMÉTER

Em 26 de outubro de 2023, conforme combinamos, Deméter compareceu à entrevista, agendada juntamente com o atendimento da psicóloga no CISMEPAR a fim de otimizar espaço com os horários da paciente.

Quando chegou para ser entrevistada, Deméter aparentemente estava bem, embora se mostrasse um pouco tímida e ansiosa (uma das causas era o compromisso que teria após a entrevista). Ela relatou sentir ansiedade devido à sua primeira quimioterapia, marcada para o dia seguinte (27 de outubro de 2023). Nesse momento, ofereci-lhe um espaço de fala para que pudesse contar um pouco mais sobre sua vida.

Deméter é uma mulher de 50 anos, casada, mãe de dois filhos e residente na região de Londrina. Com Ensino Médio completo, ela divide seu tempo entre o trabalho, o cuidado com a casa e com o filho de 15 anos, que apenas estuda. A filha mais velha, de 24 anos, já mora sozinha. Seu marido, que possui nível superior de escolaridade e trabalha em uma empresa, divide os serviços domésticos com a mulher. Nesse sentido, a renda familiar provém dos empregos do casal. Vale

destacar que Deméter atua como pessoa jurídica em uma empresa do setor de confeitaria, com uma jornada de trabalho das 8h às 19h, de segunda à sexta, e das 8 às 17h aos sábados. Ademais, a empresa fornece um seguro e alguns benefícios aos empregados.

Deméter sempre foi saudável e nunca teve queixas em relação à sua saúde. Sem histórico de câncer na família, ela mantinha uma rotina regular de exames periódicos na UBS de sua região, a despeito da correria do dia a dia. No entanto, sobre o tempo da pandemia de Covid-19, a entrevistada revela:

> *Na pandemia, eu parei porque não tinha nada, a gente até deixou de lado. Mas a partir do momento que começou a voltar, eu sempre vou lá [na UBS].*

Deméter afirma que, no trabalho, não houve impedimento para realizar seus exames:

> *A gente tira o tempo que precisa, mas assim, tava bem corrido esse ano [2023], né? Onde eu trabalho, assim, é alimentação. [...] Então, tava trabalhando bastante. Só que teve esse momento que eu falei, eu tenho que fazer, a hora que deu uma aliviada, parei, né, e fui lá [na UBS] marcar, né?*

4.2.1 Descoberta do Nódulo

Deméter fazia exames de rotina:

> *Então, foi assim, ano passado [2022], em março, eu fiz o preventivo que a gente faz. Desde a pandemia, eu não tinha feito, e ano passado eu fiz. Em março, deu tudo certo, não tinha acontecido nada. E esse ano [2023], em julho, depois de um ano e quatro meses, eu fui fazer de novo o preventivo, que é de rotina. E daí aconteceu isso, né?*

4.2.2 Julho a Agosto de 2023: UBS

Deméter conta que realizava seus exames preventivos regularmente, quando foi detectada uma mudança:

> *Sempre fazia, sim. Sempre, sempre. Até o dia que eu fui fazer o preventivo, ela falou que eu ia fazer a mamografia. Sempre eu fazia a mamografia e já fazia ultrassom junto. Aí, dessa vez, falou: 'não, se der a alteração, aí faz a ultrassonografia'.*

Em 27 de julho de 2023, Deméter fez uma MMG de rotina, com resultado referente à mama esquerda[10] categorizado como BI-RADS® 4[11]. Contudo, pela densidade e heterogeneidade mamária, o achado requeria uma avaliação adicional:

> *Fiz a mamografia e nisso falaram que ia demorar 10 dias pra sair o resultado, mas em cinco dias eles [equipe de uma UBS] estavam atrás de mim [...]. Aí atendi [telefone], era do posto de saúde do meu bairro e falando que tinha dado uma alteraçãozinha, que eu tinha que fazer o ultrassom.*

A enfermeira solicitou e agendou a USG de mamas, realizada no dia 16 de agosto de 2023, cujo resultado foi BI-RADS® 4C[12] na mama esquerda. Antes que a profissional da saúde fizesse o encaminhamento necessário, a Unidade da mama efetuou a captação enquanto a Deméter estava em atendimento na UBS:

> *A enfermeira já estava fazendo cadastro, nisso alguém do CISMEPAR já estava me ligando. Outro número diferente já atendi. Aí ela falou: 'é o seu exame'. Aí passei para a enfermeira lá e já estava tudo agendado aqui [na Unidade da mama].*

4.2.3 Agosto a Setembro de 2023: Unidade da Mama

A primeira consulta no CISMEPAR aconteceu em 31 de agosto de 2023. Nesse mesmo dia, foi realizado a USG de mamas e a biópsia.

Em 14 de setembro[13], no retorno, Deméter recebeu seu diagnóstico definitivo de câncer de mama:

> *Aí vim receber o resultado e era os três nódulos, né? Um na axila e duas na mama. E daí até falei: 'nossa! Os três?'. E a doutora falou assim: 'os três'.*

No pós-diagnóstico, ela foi acolhida por mim em uma consulta de enfermagem para navegação. Tratava-se de uma mulher de 50 anos que teve duas gestações e duas cesárias e que amamentou por cerca de quatro meses. A sua primeira menstruação (menarca) ocorreu aos 11 anos, ela ainda não havia entrado na menopausa e, apesar de usar anticoncepcionais por 15 anos, não fazia mais uso

[10] Em março de 2022, Deméter fez uma MMG, que não apresentou alterações.
[11] A classificação BI-RADS® 4 indica um achado suspeito, com probabilidade variável de 3% a 95% de ser câncer de mama.
[12] A classificação BI-RADS® 4C aponta forte suspeita, com probabilidade acima de 70% de ser câncer de mama.
[13] Dia 7 de setembro foi feriado, assim, o retorno foi agendado para a semana seguinte.

de hormônios. Foi identificada pela captação precoce em razão da USG de mamas recebida pela clínica, cujo resultado era BI-RADS® 4C na mama esquerda. Possuía três tumores positivos para Carcinoma (de 3,1 cm e 1,9 cm na mama esquerda e de 1,8 cm na axila esquerda)[14].

No momento da consulta de enfermagem, Deméter fez poucas perguntas, mas o marido questionou sobre os procedimentos a serem seguidos e se seria melhor optar pelo atendimento particular. Eu, então, esclareci como era o fluxo e os trâmites. A mulher estava preocupada apenas com o trabalho, pois era terceirizado, e com as burocracias envolvidas, uma vez que a empresa pagava um seguro aos empregados e seria necessário apresentar relatórios médicos à seguradora, os quais me foram solicitados no dia. Nesse caso, fiz todas as orientações pertinentes e, após isso, ela foi direcionada para o acolhimento da psicóloga.

Deméter foi encaminhada para o tratamento na referência terciária, inicialmente agendado para o dia 31 de outubro de 2023, mas antecipado para o dia 4 de outubro de 2023, começando a quimioterapia em 27 de outubro de 2023.

4.2.4 Câncer: Família e Rede de Apoio

A família de Deméter estava se organizando para a nova etapa, com a filha e o marido ajustando suas rotinas para estarem presentes nas consultas e nos procedimentos do tratamento do câncer. A entrevistada menciona que seu marido é muito companheiro e que sua filha, preocupada, estava reestruturando os horários do trabalho para acompanhá-la na ausência do pai.

Sobre os afazeres domésticos, o cuidado com a casa e a alimentação, existe uma divisão de tarefas entre o casal:

> *Quem chega primeiro vai fazer a janta, né? Vê que tá muito sujo, a gente já vai limpando, ele lava a roupa, ele recolhe. Então, tá fazendo tudo. Faz tudo. [...] Aí agora, nessa semana que eu tô parada, eu tô arrumando a minha casa, limpando, lavando as coisas que o marido não sabe, né? Por mais a gente fale...*

[14] Característica do câncer de mama da Deméter: três nódulos positivos para câncer, sendo dois tumores na mama esquerda e um na axila esquerda que mediam 3,1 cm; 1,9 cm; e 1,8 cm, respectivamente. Classificação TNM: T2N1. Estadiamento inicial: IIB.

Em relação aos colegas de trabalho, patrões e amigos, Deméter relata que se surpreendeu com o companheirismo e as preocupações, desde a empregadora até os colegas de trabalho. Ela diz que todos a auxiliam e a apoiam:

> *Minha patroa [...], ela foi lá, acompanhou, ficou até o fim. Então... eu vejo que ela está me ajudando muito, muito mesmo.*

4.2.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer

Deméter conta como foi receber o diagnóstico:

> *Aí, assim, me assustou um pouco. É, assim, parece que o chão dá uma sumidinha [...].*

Atualmente, ela está afastada do trabalho para ajeitar as coisas (organizar, arrumar, limpar) em casa e cuidar de seu filho adolescente. Durante esse período em seu lar, a entrevistada comenta:

> *Estou gostando de descansar. Não sei se isso veio para descansar, porque a gente trabalhando muito puxado e... aí a cabeça cansa, né?*

Uma das preocupações de Deméter era em relação ao financeiro. Apesar do casal trabalhar e possuir uma “reserva”, ela ainda ficava apreensiva:

> *Eu já dei até entrada no INSS, só que a perícia está demorando muito. Só foi agendado para março [2024]. Aí em março, a perícia... [...] ficar sem esse financeiro, né? Então, tudo vai abalando, né? Porque é a preocupação. Tem a preocupação da doença, mas o financeiro também precisa, né?*

Sobre os sentimentos no tocante ao câncer, Deméter explica que há momentos que se sente feliz e outros em que está triste. Às vezes, não parece real para ela. Sua mente ainda está confusa, com a sensação de tristeza e de que pode morrer:

> *No começo, eu pensei bastante coisas, né? Que a gente acha que vai morrer, [...] assim, a gente pensa na família. Parece que a gente vai, sei lá, para outro mundo e vai deixar a família e vai dar essa tristeza [...]. Mais do que eu passar, eu vou, assim, replicar como que é, para aliviar a dor de outras pessoas. Porque a gente tem que ter histórias boas, né? [escorreram lágrimas].*

Deméter comenta sobre o medo e a ansiedade do desconhecido. Ela ponderou que, como não acompanhou e não teve contato com outras pessoas que tiveram câncer, não sabe como seriam os tipos de tratamentos da doença e os efeitos sobre o seu corpo. Além disso, aponta que fica aliviada a cada exame realizado (estadiamento) para guiar o tratamento, pois os resultados indicavam que não foram encontrados mais nódulos. Entretanto, a mulher estava ansiosa pela quimioterapia, que aconteceria no dia seguinte à entrevista:

> *E amanhã eu começo a quimioterapia. Aí, dessa parte agora, tenho que vivenciar como que vai ser, né? Que até agora foi só exames mesmo, é... é ansiedade de saber se está tudo certo ou não, mas foi dando tudo certo, está tudo muito rápido.*

A queda de cabelo em decorrência do tratamento também esteve entre as suas preocupações. Deméter menciona que havia sido orientada pela assistente social na referência acerca dos acessórios que poderia utilizar:

> *Eu não me vejo careca, né? Isso que, assim, como é que eu vou me reconhecer, isso tá mais difícil pra mim. Porque a doença eu vou enfrentar sim, né? Vou enfrentar. Mas é esse autorreconhecimento que ainda não sei. Porque a gente vai ficar diferente, né? Você vai no hospital, todo mundo tá igual a você. Só que é difícil, né? A parte que você fica com a autoestima, não sei se uns falam que ficam bem, outros já falam que passam mal, então a minha história é eu que vou saber agora, né? [...] Porque a gente tem que ir se acostumando ao nosso novo, como se diz, nossa nova cara, né?*

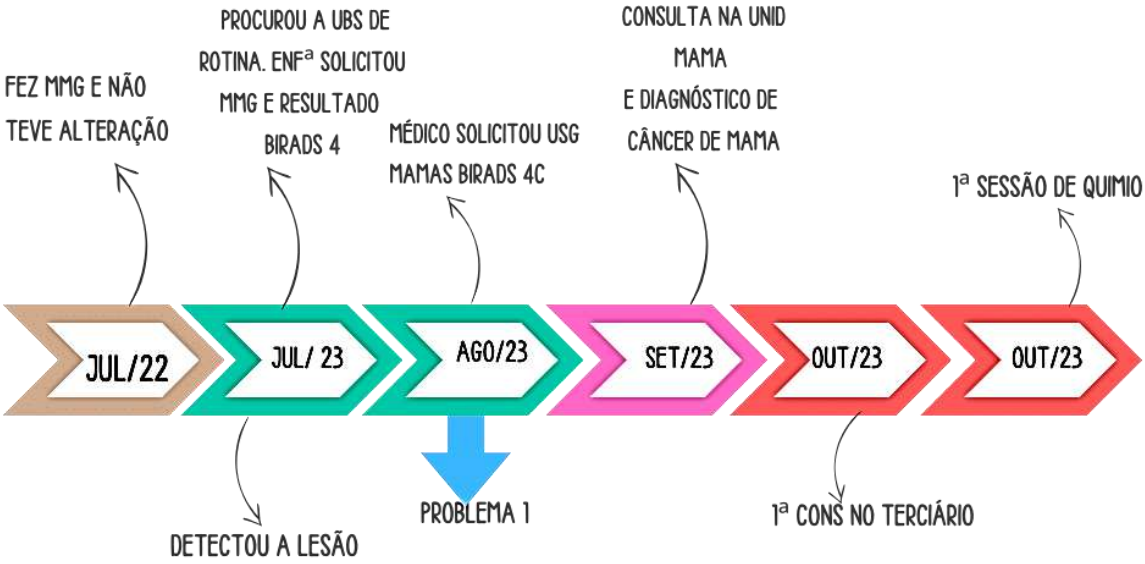
Deméter, com sentimento de solidariedade, pretende ajudar outras pessoas, contando sobre a experiências vividas:

> *E ajudar com as nossas experiências. Vai ser bom, vai ser bom pra mim, né? É de uma forma meio sofrida, mas todos dizem que a gente tem que aprender alguma coisa, né? Então, vamos aprender, aprender com isso.*

4.2.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu

Nos serviços de saúde pelos quais percorreu, Deméter não reconheceu situações frágeis, mas destacou a acolhida da enfermeira e da psicologia na Unidade da mama, além da orientação da assistente social na referência (Figura 4).

Figura 4 – Esquema do trajeto percorrido por Deméter desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do câncer de mama



Fonte: a própria autora

A representação acima se refere à trajetória percorrida por Deméter que começa com a última MMG feita, passando pela autopercepção da alteração, pelo tempo até procurar a UBS, pelo encaminhamento para o setor de diagnóstico e, por fim, pela consulta no hospital terciário. Em tal trajeto, é indicado um problema.

4.3 GAIA

Em 29 de outubro de 2023, Gaia compareceu à entrevista, conforme agendamos, logo após o atendimento psicológico no CISMEPAR a fim de otimizar espaço com os horários da paciente. Poucos minutos depois, ela chegou para consulta, aparentando estar bem, com uma leveza no semblante, mais comunicativa e com vontade de conversar. Nesse momento, ela teve oportunidade de contar um pouco mais sobre a sua vida.

Gaia é filha, irmã, cônjuge (em união estável), companheira e trabalhadora autônoma. Moram na região de Londrina ela e sua família, composta por mãe, pai (falecido em 2019) e seus cinco irmãos. Convém mencionar que Gaia completou o Ensino Fundamental. A mulher descreve seu relacionamento com os pais e os irmãos, desde a infância, como bom, com alguns desentendimentos ocasionais. Embora não se encontrem com frequência, mantêm contato por aplicativos de celular, justificando que a vida corrida levou à falta de encontros.

Sobre a rotina de trabalho, Gaia diz que possui um comercio local (em frente à sua casa) e que começa suas atividades às 11h até o fechamento. Ela comenta que os horários variam de acordo com o movimento, podendo fechar às 22h, 23h ou à 0h. Ainda que o comércio funcione todos os dias, de segunda a domingo, Gaia consegue fazer uma pausa para o almoço, tendo em vista que ela e sua companheira se revezam. Segundo a entrevistada:

> *Eu trabalho para mim mesmo, então a jornada de trabalho é longa.*

Ela e a companheira dividem os serviços do comércio e as tarefas domésticas, além de cuidarem uma da outra. Gaia afirma que o trabalho não a impediu nem atrasou a busca pelo tratamento de saúde e cita que tem estrutura financeira para se manter, caso precise se afastar:

> *É normal. Tipo, a gente... Uma ajuda a outra, né? É dividido. Tipo, não fica só pra uma. Como a gente trabalha e mora no mesmo local, né? Então, é... A gente divide muitas coisas.*

4.3.1 Descoberta do Nódulo

Gaia estava com uma lesão no mamilo que não cicatrizava:

> *Então. Como eu descobri? Saiu uma ferida no meu mamilo e não cicatrizava, de forma alguma. Eu esperei dois meses para procurar um médico, desde quando a ferida saiu. Porque eu achei que era eu que tinha me machucado.*

Gaia realiza exames de rotina, como o preventivo de câncer de colo de útero anualmente, mas não conseguiu detectar antes o nódulo na mama, pois além de não ser palpável, ela não se enquadrava na faixa etária para a realização do rastreamento. A mulher, então, procurou atendimento dois meses após o surgimento da lesão no mamilo, acreditando que havia se machucado:

> *Eu não me preocupava com isso, porque pela minha idade, né, eu não me preocupava, nunca fiz exame. [...] Nem por exame mesmo que a gente faz*

> *em casa de toque, assim, não tinha nada. Absolutamente nada, só descobri mesmo por causa da ferida.*

4.3.2 Julho de 2023: UBS

Em julho de 2023, Gaia decidiu procurar a UBS de sua região, dois meses após o surgimento da lesão. Na consulta, a médica solicitou a USG de mamas e a MMG. Gaia optou por fazer a USG particular, acreditando que iria demorar menos, e a realizou em 17 de julho, com resultado BI-RADS® 4[15]. A MMG foi feita em 19 de julho, com resultado BI-RADS® 4. No retorno, a profissional a encaminhou para o CISMEPAR.

4.3.3 Agosto de 2023: Unidade da Mama

No dia 18 de agosto de 2023, Gaia compareceu à Unidade da mama para se consultar e realizou a biópsia. No retorno para apresentação dos resultados, em 25 de agosto de 2023, a mulher recebeu seu diagnóstico definitivo de câncer de mama pela médica.

No pós-diagnóstico, Gaia foi acolhida por mim em uma consulta de enfermagem para navegação. Tratava-se de mulher de 35 anos, nuligesta (sem filhos), sem antecedentes clínicos, mas com histórico familiar de câncer (avó, primo, tio e tia), embora não soubesse informar o(s) tipo(s). O seu tumor na mama direita tinha o tamanho de 2,7 cm[16]. No dia, a mulher estava com a companheira e a enteada, todas abaladas com a notícia. Gaia estava inquieta e impaciente, questionando várias informações e demonstrando pressa para retornar à sua casa.

Realizei as orientações e tive a impressão de que ela estava temerosa. Insisti para que aguardasse o atendimento com a psicóloga, posto que acreditava que iria ser importante para Gaia naquele momento. A cônjuge, preocupada e cuidadosa com o bem-estar de sua parceira, também insistiu para que ela passasse pela consulta. Assim, a encaminhei para o acompanhamento psicológico, e ela aderiu à terapia até a alta. Outrossim, Gaia foi direcionada para o tratamento na referência terciária, agendado para o dia 2 de outubro de 2023.

---

[15] A classificação BI-RADS® 4 indica um achado suspeito, com probabilidade variável de 3% a 95% de ser câncer de mama.

[16] Característica do câncer de mama da Gaia: nódulo na mama direita com 2,7 cm. Classificação TNM: T2N0. Estadiamento inicial: IIA.

4.3.4 Câncer: Família e Rede de Apoio

Gaia vive com a companheira, e há uma preocupação mútua entre elas. Trabalham juntas, dividem os trabalhos domésticos e cuidam uma da outra. A entrevistada relata também ter uma boa relação com os familiares, mas teve que aguardar o momento apropriado para compartilhar a notícia com eles devido a uma situação difícil: o irmão havia cometido suicídio.

> *Então, eu fui com calma, fui conversando e, tipo assim, hoje eles sabem, todos sabem né, minha mãe conversa bastante comigo, me incentiva bastante, falando que vai dar tudo certo, minhas irmãs, a mesma coisa né. [...] A minha família sempre gostou de conversar, sempre me apoiam, nessa fase que eu estou passando, sempre me apoiam. Tranquilo.*

4.3.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer

Gaia descreve seus sentimentos frente ao diagnóstico: medo do desconhecido, do que vai acontecer e ansiedade para saber o estágio do câncer. Todavia, com o passar dos dias, ela foi se tranquilizando e desmistificando a doença:

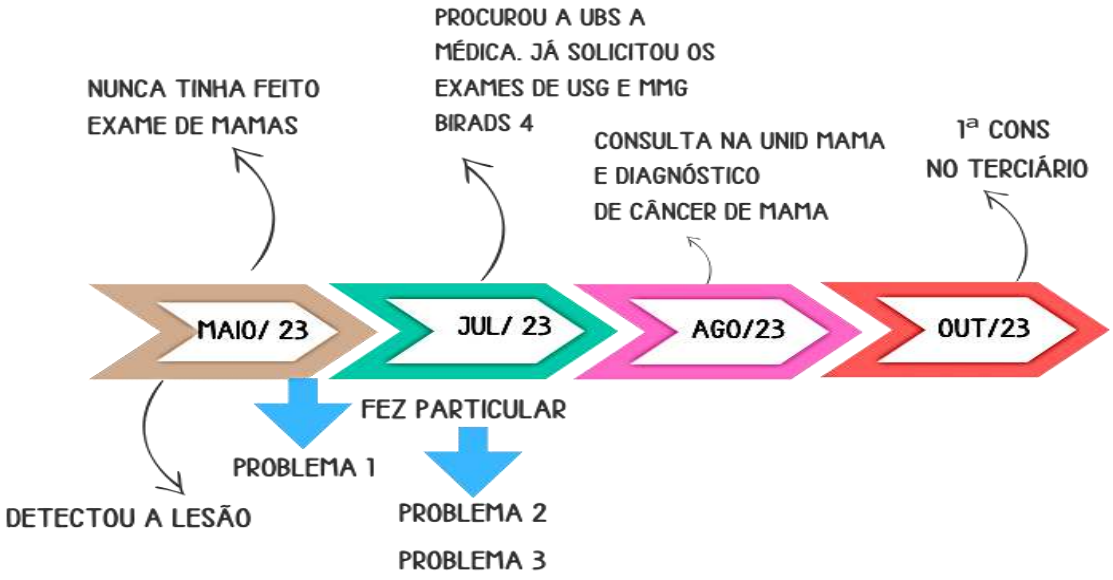
> *É um diagnóstico que ninguém queria ter. Ninguém queria passar por ele. Pelo aquilo que eu passei, e muita gente passou. Mas aí vai passando tempo, né? Aí as pessoas vão vendo que não é tão grave, como tem vários outros casos, né? Que talvez se fosse descoberto mais cedo, né? [...] Eu não esperava isso, quem espera, né?*

4.3.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu

Gaia destaca a agilidade e o acolhimento dos serviços de saúde, mencionando que foi muito bem atendida nos três pontos de atenção. Ela relata que, apesar da ansiedade, não houve demora no processo. Com base em sua vivência com o diagnóstico do câncer, a entrevistada manifestou a opinião de que a faixa etária para o rastreamento de câncer de mama deveria ser reduzida (Figura 5):

> *Que esses exames de mamografia, eu só queria que fosse numa faixa etária de idade menor.*

Figura 5 – Esquema do trajeto percorrido por Gaia desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do câncer de mama



Fonte: a própria autora

A representação acima se refere à trajetória percorrida por Gaia que começa com a autopercepção da alteração, passando pelo tempo até procurar a UBS, pelo encaminhamento para o setor de diagnóstico e, por fim, pela consulta no hospital terciário. Em tal trajeto, são indicados três problemas.

4.4 HÉSTIA

Em 27 de outubro de 2023, Héstia compareceu à entrevista, conforme agendamos, e na sequência seria atendida pela psicóloga no CISMEPAR a fim de otimizar espaço com os horários da paciente. Héstia, uma mulher madura, começou a conserva de forma reservada, porém aos poucos se revelou bem receptiva. Ao longo do tempo, tornou-se bem comunicativa, não demonstrando constrangimento durante a entrevista. Ela riu, mostrou-se bem, com simplicidade e meiguice. Nesse momento, abri espaço para que ela me contasse um pouco mais sobre a sua vida.

Héstia é a filha mais velha de quatro irmãos e nasceu no interior do Paraná, onde vivia na área rural juntamente com sua família. Estudou até a quinta série do 1º grau e, desde os nove anos de idade, cuidava da casa e dos irmãos para sua mãe trabalhar. A entrevistada relata que era muito cobrada e que sofria agressões por parte da mãe, que a ofendia com frequência, mais do que a seus irmãos:

> *Do nada, se eu tava tranquila, se ela me pegava e me batendo de vara mesmo. Mas ela batia mesmo sem dó, sem piedade.*

A convivência com seu pai era boa, entretanto, ele faleceu há dez anos. Héstia tinha um irmãozinho caçula, que morreu aos nove anos. Ela morou com os pais até os 32 anos, cuidando de tudo e de todos. A entrevistada lembra que a sua mãe e as suas irmãs implicavam com seu pai, e que, quando chegava em casa após o trabalho, era ela quem fazia almoço para ele. Mesmo depois de ficar noiva, a mãe de Héstia continuava a maltratá-la e deseja que a filha fosse embora:

> *Eu amo a minha mãe, sabe? Mas, assim, a gente lembra, né? As coisas, as palavras, às vezes, machuca, mais porque o que ela batia eu quase não lembro, mas o que ela falava eu lembro. [...] Mas eu tento, sabe, não lembrar, esquecer. [...] eu saio para fora, começa a brincar com meu neto, conversar com meus filhos, aí passa.*

Após o casamento, Héstia dizia que a relação com seu marido era muito boa. Ela não trabalhava fora de casa e teve duas gestações em um curto período. Seu marido ajudava com os afazeres domésticos, principalmente aos finais de semana. Durante a gestação e o puerpério, ele assumia as tarefas de casa. Nessa fase, Héstia cozinhava apenas aos finais de semana. Ela comenta que o esposo foi um pai maravilhoso para os filhos:

> *Sempre foi muito bom. [...] A gente tinha discussão, todo casal tem mesmo. Mas não assim de agressão, nem de palavras, de nada. Ele nunca me ofendeu. Sempre foi muito legal mesmo. [...] Por isso que eu falo que durou pouco. Mas o que a gente viveu valeu a pena.*

O cônjuge de Héstia sofreu um acidente de trabalho que o deixou paraplégico quando as crianças tinham dois e três anos. Com isso, a mulher se responsabilizou por cuidar do lar, das crianças e de seu marido cadeirante, o qual dependeu dela por dez anos. De acordo com ela:

> *Nesses dez anos, eu cuidei dele até o último dia.*

Mantinham-se financeiramente por meio do benefício concedido em decorrência do acidente. Em dada ocasião, o marido conseguiu tratamento em um hospital em Brasília. Héstia conta que, para acompanhá-lo, deixou as crianças com os sogros, mas teve que voltar logo:

> *Eu fiquei uma semana com ele, que lá [em Brasília] eles exigem, quem for tem que ficar uma semana, até mais. Mas aí eu ia ficar mais, mas eu tive*

> *que voltar, porque o meu sogro e minha sogra não estavam dando conta de cuidar das crianças, acabavam judiando deles. Não que eles eram arteiros, sabe? [...] Aí me avisaram lá e eu tive que voltar.*

O esposo morreu dez anos após o acidente em razão da leucemia. Héstia recorda que, na semana do falecimento, ela quebrou o braço e teve que fazer uma cirurgia. Na época, seus filhos tinham 12 e 13 anos. Eles conseguiram se sustentar com a pensão do marido por um ano, momento em que Héstia recuperou a mobilidade do braço e começou a trabalhar na casa da atual patroa, onde está há 11 anos. Atuando como doméstica, com registro formal em carteira de trabalho, seu turno de expediente é de segunda a sexta-feira, das 8h às 13h.

Héstia não se abateu diante de todas as dificuldades, mantendo sua determinação e garra para cuidar dos filhos e da casa. Ela comenta que nunca teve problema com seus filhos e que hoje estão encaminhados na vida. Sua filha, que foi morar com o companheiro durante a gravidez, sofreu agressões e decidiu se separar quando o neto tinha quatro anos, retornando à casa de Héstia:

> *[...] Ainda ficou com ele seis anos tentando, pra ver se dava certo, mas não deu. Por ela, teria dado se tivesse mudado, tivesse tentado mudar, mas não mudou, ela falou não.*

Ela aponta que o ex-genro fez ameaças contra sua filha e que, apesar disso, o homem acabou se mudando para outro estado, indicando que não há mais contato entre eles. A entrevistada comenta que a filha está grávida e se casará com o atual namorado. Os filhos e o neto de cinco anos moram com Héstia, que auxilia na supervisão do menino apenas enquanto a filha está trabalhando, pois, de acordo com a mulher, a responsabilidade é da mãe da criança.

Na entrevista, perguntei a ela, que sempre cuidou dos outros, sobre seus próprios cuidados. Héstia, então, diz que não costumava frequentar a UBS, indo lá ao longo da gravidez e raramente para outros fins. Justificou que não sentia necessidade de assistência e que, quando sentia alguma dor ou uma gripe, tomava um remédio, se curava e ficava bem. Quanto aos exames preventivos de câncer de colo de útero e de mama, ela realizou uma vez citologia oncótica de colo de útero[17] preventivo e MMG, mas nunca havia feito a USG de mamas:

[17] Exame também conhecido como Papanicolau.

> *Agora vou pensar um pouco mais em mim, né? Porque eu só pensava nos outros, pensava em fazer, trabalhar, fazer tudo, menos em mim. Eu estava tranquila, eu estava bem. [...] Mas agora eu tenho que correr atrás do prejuízo, né?*

4.4.1 Descoberta do Nódulo

Héstia sentiu o nódulo em casa:

> *Eu tomei banho de manhã, tava normal. Não senti nada. E a noite, quando eu fui tomar banho, que eu passei a mão e já senti ele aqui. E do jeito que ele saiu, ele ficou. Pra mim, assim, quando eu apertava, era normal. Tava sempre do mesmo tamanho. Não teve modificação, senti nada, doeu nada. Ficou normal e até hoje tá tranquilo. Ficou...*

Héstia detalha o acontecido: em dezembro de 2022 percebeu o nódulo, mas não procurou a UBS, dado que tinha uma viagem agendada para ir à casa da família. Pensou que não era algo sério e contou para filha antes de passear. Ao retornar, foi à UBS em abril de 2023.

4.4.2 Abril a Agosto de 2023: UBS

Em abril de 2023, Héstia buscou a unidade para marcar uma consulta médica. Ela fez o agendamento na segunda e compareceu ao local na quarta-feira da mesma semana. Na ocasião, foram solicitados os exames preventivos: MMG, ultrassom transvaginal e citologia oncótica do colo de útero:

> *Já que não vai muito, né? Como que nem o povo fala, né? Não vai pelo amor, vai pela dor.*

Héstia observou que os agendamentos de exames demoraram. A MMG foi realizada em 17 de maio de 2023, com resultado categorizado como BI-RADS® 0[18], e a USG de mamas foi feita em 18 de agosto de 2023, com resultado categorizado como BI-RADS® 4B[19].

4.4.3 Agosto e Setembro de 2023: Unidade da Mama

[18] A classificação BI-RADS® 0 indica resultado inconclusivo, tornando-se necessário repetir o exame por meio de USG de mamas.

[19] A classificação BI-RADS® 4B aponta suspeita moderada, com probabilidade média superior 25% de ser câncer de mama.

Em 1 de setembro de 2023[20], Héstia fez a primeira consulta na Unidade da mama, realizando a USG de mamas e a biopsia no mesmo dia. O diagnóstico definitivo de câncer de mama foi recebido no retorno, que ocorreu em 8 de setembro de 2023.

No pós-diagnóstico, Héstia, acompanhada do filho, foi acolhida por mim em uma consulta de enfermagem para navegação. Héstia estava muito calma e consciente da sua condição, não fez perguntas e se encontrava pacífica. Tratava-se de uma mulher de 58 anos, em menopausa, hipertensa e sem antecedentes familiares de câncer. O tumor da mama esquerda tinha 3,3 cm de tamanho[21]. Nesse dia, o filho é quem estava mais preocupado, esclarecendo suas dúvidas e orientando-se sobre os trâmites burocráticos. Logo em seguida, Héstia recebeu o encaminhamento para o atendimento psicológico. Sua consulta para o tratamento na referência terciária foi agendada para o dia 13 de outubro de 2023.

4.4.4 Câncer: Família e Rede de Apoio

Héstia conta com o apoio dos filhos, que, apesar de trabalharem fora de casa, ajudam nos serviços domésticos e irão acompanhá-la no tratamento quando necessário. A mulher relata que os filhos se preocupam com ela por conta de sua atual condição.

Já no que se refere às irmãs, Héstia mantém contato por telefone, pois moram em outro estado:

> *Mas a gente, como você fala, sempre por telefone, certas coisas. Mas assim eu e minhas irmãs, a gente se dá, tudo bem também.*

[20] No mesmo dia em que Héstia fez a USG de mamas, agendada pela UBS (18 de agosto de 2023), a clínica notificou a Unidade da mama sobre a alteração via *e-mail*. Devido à detecção precoce, a primeira consulta foi programada para o dia 1 de setembro de 2023.

[21] Característica do câncer de mama de Héstia: nódulo na mama esquerda de 3,3 cm. Classificação TNM: T2N0. Estadiamento inicial: IIA.

4.4.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer

Héstia compartilha quais eram seus sentimentos após o diagnóstico. Embora tenha continuado trabalhando e se dedicando a buscar cuidados médicos, não ficou nervosa ou ansiosa:

> *Tem dia, eu nem lembro que eu tenho isso aqui. E quando eu lembro também, eu fico tranquila. Eu não fico nervosa desde o começo, nunca fiquei nervosa, eu nunca fiquei preocupada, sabe assim? Tranquilo, pra mim é uma coisa normal.*

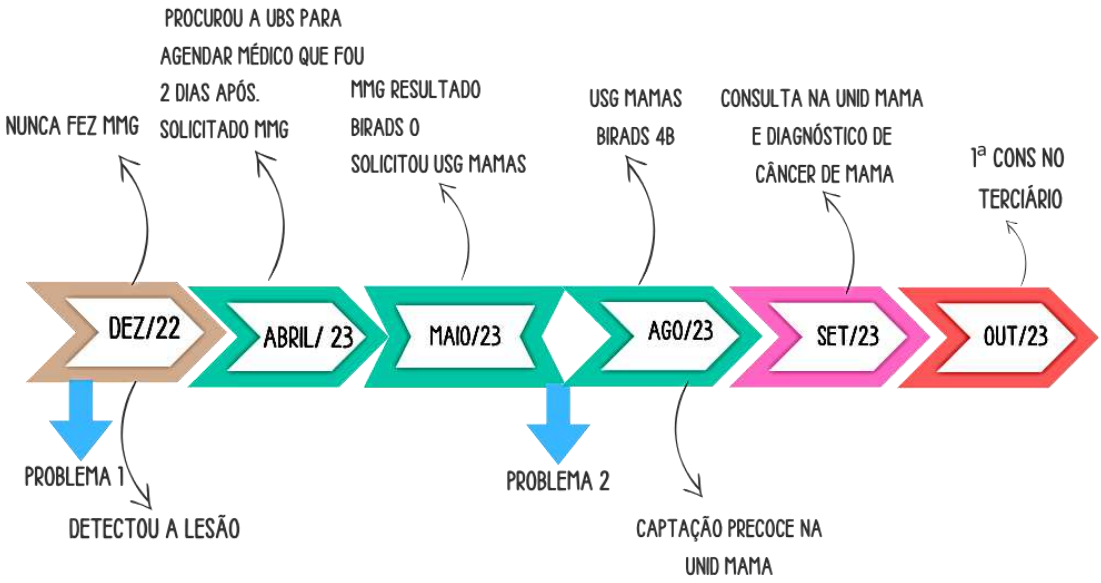
No entanto, a entrevistada expressa alguns ressentimentos quanto à mãe, os quais superam a descoberta do câncer quando se recorda das agressões físicas injustificadas sofridas na infância. Ela alude que, ao pensar em ter filhos, decidiu que nunca os agrediria, frisando que sempre optou por educar, conversar e aconselhar, e faz o mesmo com seu neto:

> *A gente perdoa, mas quando... parece que, de repente, parece que uma fita volta assim, parece que a gente vai passando tudo de novo.*

4.4.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu

Héstia não fez destaques sobre os serviços de saúde pelos quais passou, mas afirmou ter sido bem atendida e elogiou a gentileza das pessoas. Ela notou, porém, uma demora na realização do exame, ainda que isso não a tenha afetado (Figura 6).

Figura 6 – Esquema do trajeto percorrido por Héstia desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do câncer de mama



Fonte: a própria autora

A representação acima se refere à trajetória percorrida por Héstia que começa com a autopercepção da alteração, passando pelo tempo até procurar a UBS, pelo encaminhamento para o setor de diagnóstico e, por fim, pela consulta no hospital terciário. Em tal trajeto, são indicados dois problemas.

4.5 ÁRTEMIS

A entrevista com Ártemis foi realizada em 30 de outubro. Como combinado, nos encontramos em sua residência, localizada num bairro próximo ao centro de um município da região de Londrina. Era uma casa simples de alvenaria, contava com um quintal e um gramado bem cuidado, além de árvores. Ao fundo, havia uma casa branca com uma varanda, com portas e janelas na cor marrom. Ao chegar, fui recebida pela cachorrinha no portão, e Ártemis me convidou para entrar.

A filha de Ártemis, de 38 anos, estava se arrumando para me conhecer e compartilhar um pouco de sua história. Ela tem uma condição de má formação cardíaca e precisa fazer uso contínuo de oxigênio (com um cateter nasal ligado ao concentrado). O aparelho, que fica ligado 24 horas no canto da sala, faz muito barulho. A sala, bem simples, tinha poucos móveis, mas era muito limpa. Havia uma máquina de costura, várias peças de tecidos e trabalhos organizados em prateleiras, que me foram mostrados.

A filha não pode fazer esforços físicos e passa a maior parte do tempo em seu quarto, que fica ao lado da sala, facilitando a comunicação com Ártemis. Ao sair do banheiro, quando a filha veio me cumprimentar, notei palidez cutânea, olheiras e mãos e pés cianóticos (quase pretos) devido à falta do oxigênio. Ela também tem um

abdômen avolumado e globoso, e a filha dizia que era por conta do aumento do coração. Atualmente, seus acompanhamentos são através de visitas domiciliares, feitas pela UBS, e de consultas ambulatórias esporádicas de caráter paliativo. Ademais, disseram-me que houve um tempo em que a psicóloga ia até a casa e que o psiquiatra já fez atendimento domiciliar.

Ártemis tem sete irmãos e é a mais velha entre as mulheres. Nascida em um sítio no interior do Paraná, ela vivia com sua família, mas foi privada de muitas coisas, permanecendo analfabeta em razão de seu pai, um homem agressivo, que não a deixava estudar. Ao contrário de seus irmãos, ela nunca recebeu prioridade:

> *Ele [o pai] não deixava, né? Ele era, privava de tudo, nós éramos sete irmãos. Então, ele não deixava eu sair, entendeu? Então, eu não ia, né? Nas festinhas. Eu não fiz a minha primeira comunhão, eu não fiz... nada de que eu... de que nem meus irmãos, todos teve essa prioridade, né? Eu ia pra as quermesse, ia pras festinhas, né? Então... eu não tinha essa liberdade. [...] Meu pai sempre levava minha irmã, mas eu não podia, eu tinha que ficar em casa, fazer as coisas.*

O sonho de Ártemis era se casar e usar um vestido de noiva. Com 17 anos, ela conheceu um rapaz, ficou noiva por três anos e se casou. Entretanto, a mulher sofreu violência doméstica e patrimonial por 30 anos. Seu marido não a deixava trabalhar fora de casa e não atendia às demandas dela e das meninas. Artémis não rompeu com esse ciclo, pois tinha medo de voltar à casa de seus pais:

> *Casei. Só que aí minha vida foi ainda pior do que eu estava na casa dos meus pais, porque... pior não! Pra mim continua a mesma, porque meu pai até antes de eu casar ainda me batia, né? Por motivo nada, né? Por qualquer bobagem, né? Sempre batia na gente, né? Casei. Meu marido começou a fazer o mesmo: eu não podia falar, não podia exigir meus direitos, né? Ele vinha e socava a mão na minha cara, né? Então, já era mais complicado, né?*

Ártemis vivenciou privações e necessidades. Quando a segunda filha nasceu, a relação piorou:

> *Aí ele já não me ajudava, não deixava eu trabalhar, eu não podia sair.*

Ela experimentou muita dor e disse que apenas havia tristeza em casa, mas que defendia suas filhas. A entrevistada aponta que a filha mais velha revelou que sofreu assédio pelo pai:

> *Quando a minha filha tinha uns quinze anos, eu comecei a desconfiar. Que ele interessava na minha filha, que ele se interessava por ela como mulher. Aí, quando ela foi para casar, ela falou para mim que o pai dela já tinha assediado ela, tudo. Aí meu mundo caiu de novo. Uma pessoa que eu amei, que eu achava que merecia meu amor, eu já desconfiava disso, que eu via.*

Ártemis enfrentou muitas decepções, todavia, mesmo diante de tantas dificuldades, conseguiu se capacitar, aprendendo a bordar, a fazer crochê e artesanato e a costurar para obter uma renda. Além de não fornecer apoio financeiro, seu marido queria o dinheiro que ela e a filha mais velha ganhavam quando começaram a trabalhar.

A sua filha caçula sempre necessitou muito do suporte da mãe, e a doença autolimitante deixava a menina mais dependente de oxigênio à medida que crescia. Nesse sentido, para levar a filha aos cuidados médicos, Ártemis ia a pé, já que não podia contar com o marido, mesmo tendo um carro disponível. A mulher improvisou um carrinho para transportá-la enquanto o homem ignorava a filha e a condição dela:

> *Eu vi que ele passava dias sem vê ela, porque ela ficava na sala, e ele entrava pela porta da cozinha, tomava um banho, jantava e ia pra cama, e nem via ela.*

Sobre a situação de saúde da filha caçula, Ártemis explica que, por conta da má formação, o prognostico é ruim e pode levar a um óbito precoce:

> *E ela está aqui comigo, graças a Deus, com 38 anos. Já deu parada cardíaca umas três vezes em casa. E Deus sustentou. Não levo ela [para o hospital], que ela pediu para eu não levar, porque o médico já avisou que o caso dela não tem mais recurso, não tem mais remédio. Então, ela tá nas mãos de Deus. Ela é o meu milagre. [...] Hoje eu não tenho muita liberdade pra sair, por causa que se agravou.*

Mesmo sofrendo com tantos maus tratos, Ártemis é uma mulher vaidosa. Contudo, o esposo não a deixava pintar o cabelo e sempre a ameaçava raspar sua cabeça. Após 31 anos de casamento e de muito sofrimento, ela se separou e foi morar com os pais:

> *Meu sonho era que ele cuidasse de mim. Meu sonho era ficar velinha do lado dele, porque ele foi meu único amor, meu único namorado. Eu nunca tive namorado nenhum, só tive ele, né?*

Na mesma época do rompimento, sua filha mais velha se casou e, posteriormente, teve dois filhos e permaneceu casada por cinco anos, sofrendo agressões tal qual a mãe.

A entrevistada explica que sempre cuidou de outras pessoas ao seu redor, inclusive de seus sogros:

> *Eu falo ao Senhor, minha vida inteira foi de correria, cuidei dos outros. Não pude cuidar da minha mãe, porque eu morava longe. Cuidei. Passava noite dentro do hospital cuidando da minha sogra.*

Atualmente, dona Ártemis, suas duas filhas e seus dois netos moram juntos em uma residência alugada. Para manutenção financeira, a filha mais velha trabalha fora de casa, a filha caçula recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC)[22] e a mãe faz os trabalhos artesanais para ajudar a complementar a renda familiar. Além da filha caçula, ela também cuida dos netos, sendo o mais velho diagnosticado com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiador (TOD), e é responsável por fazer os serviços domésticos.

4.5.1 Descoberta do Nódulo

A respeito da descoberta do nódulo, Ártemis conta:

> *Foi que há muito tempo, eu já... a mais de um ano atrás, bem mais. Acho que uns dois anos. Eu sentia uma fisgada, uma fisgada aqui do lado. E todo ano eu faço mamografia, todo ano eu faço. Aí, aquela fisgada, eu 'ponhava' o sutiã, e aquele negócio passava por lá, e incomodava, achava que tinha problema no sutiã, mas não era. Aí eu fiz mamografia, de rotina, todo ano que eu faço. Aí não deu que ter nada, não tinha nada. Fiquei tranquila, né?*

Dessa maneira, ela sentia muito incômodo e considerou fazer USG, mas naquele momento não poderia devido à condição de sua filha e à falta de dinheiro. Com a doença de sua filha se agravando, ela não poderia sair de casa, o que a levou a não procurar a UBS. Artémis alude que a filha passou por várias crises seguidas de parada cardíaca e que ela estava acostumada a reverter o caso. Assim, a mulher foi protelando buscar o cuidado com a sua saúde:

---

[22] Previsto pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – Loas), é a garantia de um salário mínimo por mês à pessoa com deficiência de qualquer idade (Brasil, 1993).

> *Então, não tinha como eu ficar saindo, então eu esqueci de ficar, [...] causa de estar cuidando dela, eu relaxei um pouco.*

No final de 2022, Ártemis, deitada em sua cama, fez um toque nas mamas:

> *Aí eu senti aquele caroço. Nossa, aí meu mundo veio o chão. Eu falei: 'meu Deus, o que é isso?'. E eu não podia sair. Não podia ir atrás de médicos, não podia sair, fazer nada.*

4.5.2 Junho a Setembro de 2023: UBS

Como consequência da limitação de sua filha, Artémis solicita que a unidade de saúde e a equipe de saúde da família vá à sua casa. Um dia, a equipe foi até lá para aplicar a vacina da Covid-19 nela e na filha. Nesse momento, Ártemis comentou com o enfermeiro que sabia da campanha de sábado para realização do exame preventivo, mas achava que não conseguiria comparecer em razão da condição da filha. O enfermeiro a incentivou a ir e garantiu que ela seria atendida com prioridade. Ártemis foi à UBS e recebeu o atendimento prioritário, conforme o combinado.

A mulher realizou a MMG em 30 de agosto de 2023, cujo resultado foi BI-RADS® 4[23]. A equipe da UBS fez a busca e agendou uma consulta com a ginecologista, a qual solicitou a USG de mamas, efetuada em 14 de setembro de 2023, com resultado categorizado como BI-RADS® 4C[24]. À vista disso, Ártemis foi colocada em fila no sistema de regulação em 27 de setembro de 2023 para o atendimento no CISMEPAR.

4.5.3 Outubro de 2023: Unidade da Mama

No dia 6 de outubro de 2023, Ártemis, compareceu à consulta e realizou a biopsia de mama no mesmo dia. No retorno do dia 20 de outubro de 2023[25], a mulher, acompanhada de sua filha mais velha e de seu neto, recebeu o diagnóstico definitivo de câncer de mama.

---

[23] Classificação BI-RADS® 4 indica achado suspeito, com probabilidade variável de 3% a 95% de ser câncer de mama.

[24] Classificação BI-RADS® 4C aponta forte suspeita, com probabilidade acima de 70% de ser câncer de mama.

[25] A consulta seria agendada em sete dias. Entretanto, devido ao feriado do dia 12 de outubro, o agendamento foi realizado na semana seguinte.

No pós-diagnóstico, durante a consulta de enfermagem, a mulher entrou sozinha e parecia ansiosa pelo que estava a acontecer. Ela aparentava estar cansada e desacreditada no início, dizendo que não sabia como faria, pois não poderia ficar muito tempo fora de casa em função da dependência total de sua filha, que faz uso contínuo de oxigênio.

Ártemis, de 60 anos, teve duas gestações e possui histórico familiar de câncer de intestino, com um irmão e uma irmã afetados. Ela é hipertensa e realizava exames preventivos, inclusive MMGs, anualmente, tendo feito um em abril de 2022 antes de apresentar alterações. Seu tumor é na mama direita e é único, com 2,2 cm de tamanho[26].

Conversei com Artémis a maior parte do tempo sozinha, dado que a sua filha mais velha e o seu neto estavam em outro lugar. O neto, que possui Hiperatividade, Autismo e TOD, estava presente porque não havia com quem ficar. Nessa circunstância, pedi para que entrassem para escutarem o que eu tinha a dizer e para que pudessem esclarecer as dúvidas. Notei que a criança, de dez anos, realmente apresentava sinais de hiperatividade: mesmo tentando ignorar o que o menino poderia mexer, era difícil, pois ele não parava e desobedecia à mãe. Imaginei como deveria ser a situação em casa, considerando que a avó é quem cuida dele.

Após o meu atendimento, pedi que Ártemis fosse à sessão com psicóloga, e ela respondeu:

Hoje?! Mas tenho que voltar.

Insisti, na presença de sua filha, em prol da importância desse acolhimento, e a filha concordou. Em contrapartida, Ártemis se adiantou dizendo que não seria viável comparecer à terapia em outros dias. Em relação à consulta para o tratamento na referência terciária, o agendamento foi feito para o dia 22 de novembro de 2023[27].

[26] Característica do câncer de mama de Artémis: nódulo na mama direita de 2,2 cm. Classificação TNM: T2N0. Estadiamento inicial: IIA.

[27] A paciente fez a cirurgia da mama em fevereiro de 2024 na referência.

4.5.4 Câncer: Família e Rede de Apoio

Ártemis não possui uma rede de apoio bem estruturada, mas espera que, assim como cuidou de outras pessoas, alguém a ajude:

> *Agora eu espero que Deus entre com a providência, cuida de mim, porque tem minha filha que depende de mim, tem meus netos que dependem de mim, tem minha filha mais velha que é depressiva também, depende de mim. Então, estou confiante em Deus, que Deus vai me dar cura e eu espero, quando iniciar o tratamento, que Deus vai me libertar, em nome de Jesus.*

Ela relata que, no dia da consulta na Unidade da mama, estava realizando um procedimento para colocar dentes e que o apoio para isso veio da igreja.

4.5.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer

Ártemis espera a cura e tem fé, porém teme que o câncer possa piorar. Por conta da dificuldade financeira, a entrevistada também exibe preocupações acerca de como continuará com os artesanatos quando iniciar o tratamento:

> *Então, estou confiante em Deus, que Deus vai me dar cura, e eu espero, quando iniciar o tratamento, que Deus vai me libertar, em nome de Jesus [...]. Eu morro de medo de arruinar [...]. Porque junto o salário dela e junto da outra, que é pouquinho também. Não dá. E eu tenho que fazer minhas coisas, agora como que eu vou fazer? Se eu começar a mexer [falando sobre o câncer]?*

Além disso, a mulher afirma ser vaidosa com o cabelo e, devido ao tratamento, relata que decidiu parar de pintar a fim de deixá-lo bem branquinho como uma promessa pela cura:

> *Eu fiz um voto com Deus. Eu sou vaidosa, eu gosto do meu cabelo pintadinho, tudo bonitinho, que eu me sinto. Mas eu já estou acostumando, eu já estou me sentindo já bem com o meu cabelo assim.*

Em razão dessa experiência, Artémis diz querer ser feliz e enfatiza que nunca foi:

> *Eu quero buscar ser feliz. Uma coisa que eu sempre sonhei, ser feliz. E nunca fui. Entendeu? Mas depois dessa experiência, eu quero ser feliz.*

4.5.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu

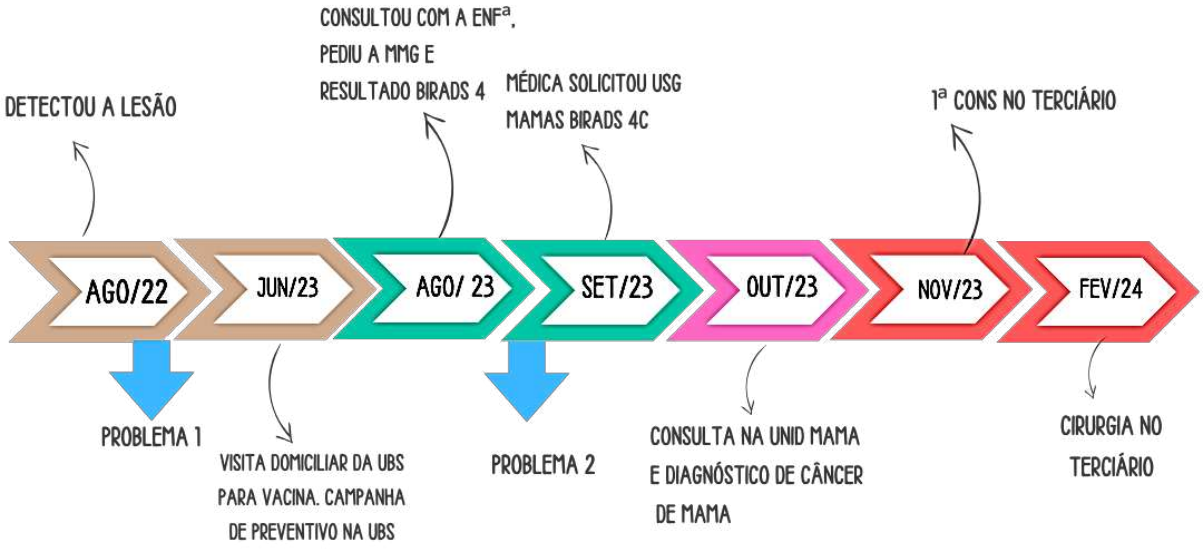
Artémis descreve que a relação com a unidade de saúde de sua área de abrangência é muito boa, destacando que sempre foram prestativos e acolhedores:

> *É muito boa*.

Ela conta que uma responsável pela região agiliza as demandas dela e de sua filha dependente. A mulher expressa um sentimento de pertencimento diante da atenção da equipe de saúde dos cuidados com sua família (Figura 7). Ressalto, com base na fala abaixo, como a entrevistada se sentiu acolhida por ser priorizada no momento de sua fragilidade:

> *A enfermeira-chefe falou pra mim: 'ó! Você pode ficar tranquila que eu vou te atender'. Foi lá no microfone, avisou a mulherada, né. Falou que eu tinha uma pessoa dependente de mim, que eu precisava fazer o... exame, fez um exame de mim e constatou que eu tava com...*

Figura 7 – Esquema do trajeto percorrido por Ártemis desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do câncer de mama



Fonte: a própria autora

A representação acima se refere à trajetória percorrida por Ártemis que começa com a autopercepção da alteração, passando pelo tempo até procurar a UBS, pelo encaminhamento para o setor de diagnóstico e, por fim, pela consulta no hospital terciário. Em tal trajeto, são indicados dois problemas.

4.6. HERA

A entrevista de Hera aconteceu no 1 de novembro de 2023, na sequência do atendimento da psicóloga a fim de otimizar espaço e compatibilizar os horários da paciente. Aparentemente, durante a entrevista, ela estava bem, embora um pouco tímida.

Hera é a caçula de três irmãos e morava com os pais em uma cidade do interior do Paraná, quando decidiu fazer faculdade em Londrina. Seus pais mantiveram a estrutura necessária para que ela pudesse estudar. Seu pai faleceu há dez anos, sua irmã reside na área de Londrina e seu irmão e sua mãe continuam na cidade natal. Após concluir o curso universitário, a mulher começou a trabalhar, apesar de não ser na área em que se formou. Casou-se na região e, após o casamento, continuou no mesmo serviço, o qual oferecia plano de saúde para ela, seu marido e seus dois filhos.

Há cerca de dez anos, Hera deixou a empresa para trabalhar com seu esposo, que é autônomo. Apesar da mudança, o casal manteve o plano de saúde. Ela relata que, enquanto tinha o plano, fazia exames regularmente. Aos 35 anos, realizou uma MMG e uma USG de mamas, ambos com resultados normais. Com a pandemia e o isolamento social, seu marido não pôde trabalhar, o que culminou na suspenção do plano de saúde. Ainda que sem a cobertura, a mulher procurava a unidade para se cuidar e fazia exame preventivo anualmente. A entrevistada expressa sua frustração ao dizer:

> *E é quando acontece as coisas, quando a gente mais precisa ter.*

Hera é mãe, esposa e é responsável por cuidar dos filhos, assumindo integralmente as tarefas relacionadas a eles e à casa. Ademais, ajuda o marido com a contabilidade e as cobranças da empresa:

> *Cuidado com as crianças praticamente 100% eu. Em casa também, eu que cuido da casa, eu que cuido da comida. Da alimentação, eu que levo filho pra escola, eu que busco, eu que levo pro... que nem minha filha pra ginástica, eu que levo meu filho pra catequese, eu que levo eles.*

4.6.1 Descoberta do Nódulo

Hera sentiu o nódulo na mama em casa:

> *[...] Eu fui deitar pra dormir e senti um desconforto na minha mama. Daí eu apalpei e vi que não tava normal, daí já fiquei muito preocupada. Isso foi em maio deste ano, em dezembro [2022] eu tinha feito uma mamografia, estava tudo normal.*

Ela afirmar que isso aconteceu em um sábado, de maneira que na segunda já estava na UBS.

4.6.2 Maio a Setembro de 2023 na UBS

Em maio de 2023, Hera sentiu algo diferente na mama e procurou a UBS de sua região[28]. Os profissionais a receberam e solicitaram uma USG, que foi realizada no mesmo dia à tarde. Após 15 dias, a mulher retornou para uma consulta com a ginecologista da unidade, a qual informou que o resultado era BI-RADS® 2[29], indicando a presença de um cisto, e a tranquilizou. Entretanto, Hera não estava aliviada, dado que, nesse período, notou um aumento em sua mama. Por essa razão, ela insistiu para que fosse direcionada para a mastologista. A médica, na ocasião, hesitou em encaminhá-la, argumentando que a espera seria longa, e sugeriu fazer uma punção. Mesmo assim, Hera estava decidida e exigiu o encaminhamento da UBS para a especialidade. Dessa forma, sua demanda foi atendida, e na recepção disseram que o agendamento não demoraria.

A consulta com a mastologista em uma unidade especializada, localizada em um ambulatório de uma instituição de Ensino Superior, foi marcada para julho de 2023. Foi também requisitada uma MMG, programada para o dia seguinte ao contato da instituição. Ela fez o exame e aguardou pelo resultado por cerca de 20 dias. A ansiedade durante essa espera é descrita pela mulher:

> *Fiquei todo o dia olhando, todo dia olhando na internet, eu vi que o laudo já estava lá, já fui buscar, levei no posto.*

---

[28] Em outubro de 2022, em meio à campanha do Outubro Rosa, Hera buscou a UBS para realizar a MMG, que foi feita em dezembro do mesmo ano e apresentou resultados normais. Ela relata que, como tinha histórico familiar de câncer de mama, teve acesso ao exame.

[29] Classificação BI-RADS® 2 indica um achado benigno. Nesse caso, o recomendado é efetuar o acompanhamento a cada dois anos.

Hera retornou à UBS com o resultado em mãos e pediu à equipe a USG de mamas, conforme o laudo da MMG orientava como complemento. Todavia, foi informada que o exame não seria feito, pois a mastologista não havia solicitado. Hera tinha um retorno agendado com a ginecologista na UBS para apresentar os resultados de exames, então, aproveitou o momento para requerer a realização da USG de mamas. A preocupação de Hera era que a consulta com a mastologista estava agenda apenas para setembro, o que a levou a escolher o serviço particular. A USG revelou uma imagem de cisto classificado como BI-RADS® 4[30].

4.6.3 Outubro de 2023: Unidade da Mama

Hera foi encaminhada[31] para a Unidade da mama no fim de setembro de 2023 a fim de marcar a biopsia. O procedimento foi feito no dia 5 de outubro de 2023. Em 19 de outubro de 2023, a mulher recebeu seu diagnóstico definitivo de câncer de mama.

No seu pós-diagnóstico, durante a consulta de enfermagem, ela estava sozinha e aparentava estar perdida, chocada e preocupada, conversando pouco. Tentei interagir de diversas formas e lhe perguntei se tinha um acompanhante. Hera, então, mencionou que ele não poderia estar junto, embora isso não fosse um problema. Ao longo da minha abordagem, obtive informações de que Hera, uma mulher de 43 anos, teve duas gestações e amamentou até os seis meses. Apesar de não possuir antecedentes clínicos, há histórico de câncer de mama na família (bisavó). Seu nódulo é na mama direita e mede 3 cm[32]. Nessa circunstância, expliquei-lhe todos os passos os passos do processo[33] e esclareci suas dúvidas. Ela informou ter dor e sentir um aumento na mama e, considerando isso, perguntou se havia a possibilidade de fazer nova punção. Verifiquei com a especialista e a instruí sobre essa questão. Hera foi direcionada para o tratamento no hospital terciário em 23 de novembro de 2023.

---

[30] Classificação BI-RADS® 4 aponta achado suspeito, que deve ser investigado, com probabilidade de 3% a 95% de ser câncer de mama.

[31] A mastologista da unidade especializada, localizada em um ambulatório de uma instituição de Ensino Superior, tranquilizou a mulher ao informar que provavelmente a parte sólida seria uma inflamação e solicitou a biópsia.

[32] Características do câncer de mama da Hera: lesão nódulo-cístico misto de 3 cm na mama direita. Classificação TNM T2N0. Estadiamento inicial: IIA.

[33] O termo é navegação.

4.6.4 Câncer: Família e Rede de Apoio

Hera afirma que sua relação com o marido tem sido muito boa e que ele tem sido muito atencioso, incentivando-a a não ficar em casa, ou seja, a sair e passear com as crianças. Sua fala sobre o esposo demonstra o cuidado e a preocupação que ele tem com ela:

> *É maravilhoso. Ele [o marido] está sendo muito melhor do que esperado. Ele tá sendo muito, muito atencioso. Muito. Me dando muita força, entendeu? Ele fala que parece que tá me amando mais, que só pede pra mim não me entregar, pra mim lutar.*

Acerca da sua rede de apoio, Hera relata que ainda não havia informado à família sobre o seu diagnóstico. Ela estava preparando-os para a notícia e somente pretendia contar quando todos os exames fossem realizados e o tratamento tivesse sido iniciado. Nesse momento, apenas o marido estava ciente, ela decidiu não comunicar à mãe, tampouco aos seus filhos para não os preocupar, especialmente com o fim do ano letivo se aproximando.

Nesse contexto, a entrevistada descreve sua trajetória com os exames:

> *Eu acabo indo fazer exames sozinha, porque alguém tem que ficar com as crianças, porque hoje eu tô aqui, meu marido tem que parar de trabalhar, poder buscar as crianças na escola, ficar com eles, entendeu? Até eu voltar.*

4.6.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer

Os sentimentos da Hera no que diz respeito ao trajeto (desde a descoberta da doença até o tratamento) foram de preocupação com a casa e com os filhos, dado o medo de não conseguir a cura:

> *Minha vida pra falar bem a verdade é bem corrida, acho que foi isso que foi o baque maior quando eu fiquei sabendo que tava doente. O motivo de eu me preocupar muito com eles [filhos]. [...] Acho que assim, sentimento é medo. Medo de não conseguir, entendeu? Sei lá, medo dos filhos, não ver os filhos crescerem [chorou, escorreram lágrimas].*

Após o diagnóstico, enquanto realizava os exames a pedido do hospital de referência, Hera menciona sentir a tensão e o medo ("*apavorada*") quanto aos resultados dos exames. A mulher estava atenta a cada olhar e a cada forma de

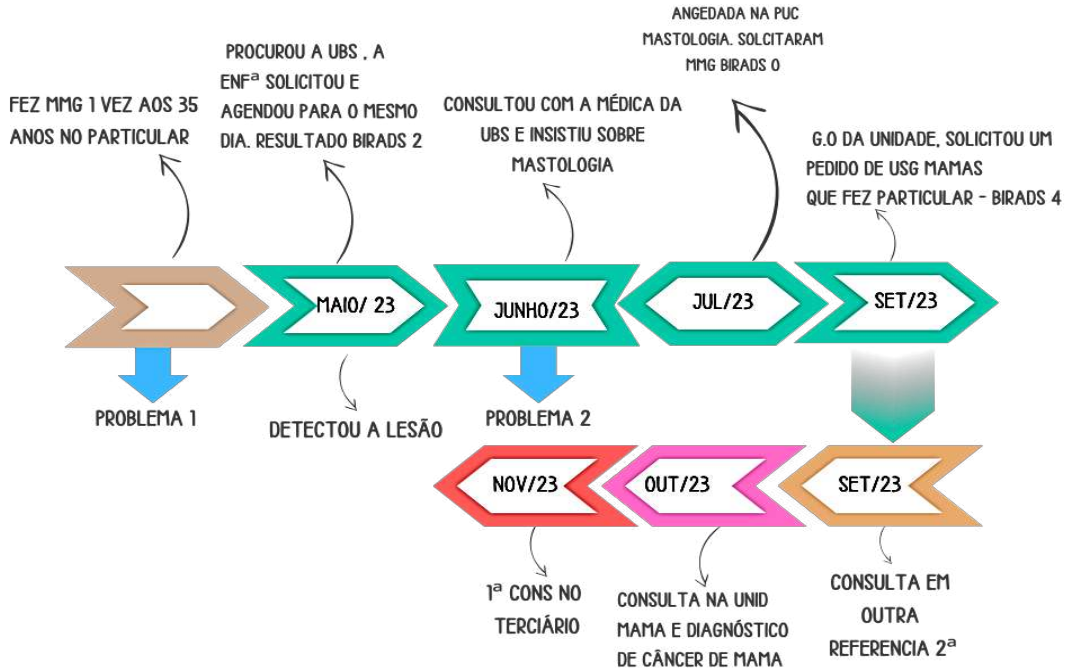
perguntar ou explicar. Nessa direção, cada resultado negativo para novos nódulos era um alívio para ela:

> *É tudo muito novo, eu tô assimilando muito, entendeu? Cada exame que a gente faz, a cabeça pira porque você tá ali no aparelho, você tá vendo o médico, olha ali. Na cabeça, você já tá achando que o médico tá achando mais coisa. Daí uma pergunta que ele te faz, você já acha que ele viu alguma coisa. Que nem tentar ver lá a cintilografia lá, ele falou: 'como você descobriu? Você apalpando? Você é o quê?'. Eu falei: 'meu Deus, ele tá vendo alguma coisa ali', já fiquei apavorada [...].* Mas a nossa cabeça, infelizmente, só vai pro lado ruim, por mais que a gente fique. Não! Vou ser forte, vou pensar positivo. Mas não adianta. Psicológico é muito maior. É muito... eu falo assim: a gente descobre como a nossa cabeça faz a gente se sentir mal, assim, sei lá.

4.6.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu

Hera destaca os acolhimentos nas unidades pelas quais percorreu, afirmando que, se tivesse recebido mais explicações sobre seu diagnóstico, ela teria se sentindo segura e não teria procurado outro profissional para obter mais orientações (Figura 8).

Figura 8 – Esquema do trajeto percorrido por Hera desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do diagnóstico



Fonte: a própria autora

A representação acima se refere à trajetória percorrida por Hera que começa com a última realização da MMG, passando pela autopercepção da alteração, pelo tempo até procurar a UBS e, por fim, pelo encaminhamento para o hospital terciário. Em tal trajeto, são indicados dois problemas.

4.7 ATENA

Em 14 de novembro de 2023, Atena compareceu à entrevista agendada, conforme combinamos. Ela parecia outra pessoa, estava visivelmente mais amadurecida e encorajada, com a feição leve e confiante. Em nossa conversa, a mulher disse que esteve prestes a não ir à consulta ou à entrevista, mas decidiu vir mesmo sem acompanhante. Nesse primeiro momento, Atena compartilha sua história de vida.

A entrevistada enfrenta problemas de saúde mental desde a adolescência, com crises de ansiedade que frequentemente a levaram a internações hospitalares. O atraso no diagnóstico dessas crises dificultou o tratamento e agravou os sintomas, impactando sua vida adulta. Convém aludir que ela passou por vários médicos até receber o diagnóstico de Síndrome de Pânico.

A mulher também comenta sobre sua mãe e a pressão em relação ao casamento. A mãe, que era viúva, sempre cuidou dela e da irmã. Elas nunca precisaram trabalhar, de modo que Atena trabalhava porque gostava. Entretanto, havia uma necessidade de casar as filhas, pois se acreditava que, caso contrário, as pessoas pensariam que sua mãe teria falhado na educação delas:

> *Eu casei porque a minha mãe, por ser viúva, a minha mãe queria que eu casasse. Eu sou a irmã mais velha, tenho uma mais nova que eu, dois anos. A minha mãe era tipo uma obrigação pra ela me casar pra provar pra família inteira: 'oh! Eu, viúva, com duas filhas, eu consegui casar'.*

Logo, aos 21 anos, Atena conheceu seu ex-marido numa escola de informática onde trabalhavam, e ele ocupava uma boa posição. Nesse sentido, eles começaram a namorar e noivaram:

> *E aí eu casei, primeiro porque eu queria ter filhos, eu não queria casar, eu queria ter filhos. Desde pequena eu sempre quis ter filhos.*

Atena estava grávida da sua primeira filha quando se casou, em 1992, e após 12 anos de casamento nasceu a segunda. Ela salienta que seu ex-marido era um ótimo parceiro e pai e aponta que, depois de casada, seus episódios de ansiedade se intensificaram. Nessa época, com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

(AIDS) em evidência, Atena vivia com muito medo, e tanto ela quanto o marido sofreram muito devido às crises.

Em 1995, a mulher iniciou o tratamento mental, e os médicos diziam que a obesidade era uma das causas dos ataques:

> *Não, era 'porque você está gorda, se você emagrecesse melhor'. E eu vi que não tinha nada a ver com o meu corpo, não era do meu corpo.*

O sofrimento da Atena em relação à Síndrome do Pânico era intenso. Segundo ela, os profissionais da saúde (do setor público e privado) não sabiam lidar com a sua condição:

> *[...] Mesmo tomando os calmantes, eu ia pro hospital com crise. E lá eles não sabem o que fazer. Os hospitais [...] fui todos, tanto particular como pelo SUS. Eles não sabem como lidar comigo, eles não sabem o que fazer comigo, porque os exames meus são tudo normal, mas eu tô morrendo.*

Sobre a responsabilidade com as crianças, os afazeres domésticos e o trabalho, Atena manifesta que seu ex-cônjuge provia tudo o que era necessário, mas ela não o amava:

> *Durante toda a minha faculdade, ele fez os meus trabalhos, ele fez os trabalhos pra mim porque eu não tinha habilidade. Ele cuidou das meninas, [...] eu fazia faculdade de manhã, trabalhava à tarde e fazia curso à noite. Tinha dia que ele ia me buscar 11 horas no curso levava coisas para eu comer.*

A despeito do ex-companheiro cuidar dela, Atena expressa ressentimento devido às atitudes contraditórias durante o casamento: em casa, ele a tratava diferente do que em público e não a aceitava sua obesidade. Em 2014, ela decidiu fazer a cirurgia bariátrica e, em seguida, se separou:

> *Durante o casamento foi assim, ele não aceitava fora que eu era gorda, dentro de casa ele era uma coisa, entre as quatro paredes, no quarto eu era uma coisa, mas fora eu era a gorda. Então, e isso me ressentia muito. [...] Fora tinha vergonha por eu ser gorda.*

A sua mãe era contra a separação, já que considerava o homem um ótimo marido, sustentando Atena financeiramente enquanto ela podia usufruir de um

salário só dela. Além disso, o regime de casamento era de comunhão universal de bens, e a casa onde a mãe morava estava no nome da filha:

> *Então, minha mãe me obrigava a ficar casada com medo dele tomar a parte da minha casa.*

A perda da mãe por câncer a deixou muito traumatizada. Atena pontua que a doença evoluiu rapidamente e, apesar dos esforços dos profissionais da saúde, ela não resistiu. O câncer foi descoberto em abril de 2014 e a falecimento ocorreu em setembro do mesmo ano. Durante o tratamento, a entrevistada permaneceu ao lado de sua mãe, que não foi informada sobre o câncer em decorrência da gravidade do quadro. Assim, Atena vivenciou todo o processo e experienciou a doença até o óbito da mãe.

Foi nessa fase que o ex-marido saiu de casa (em julho de 2014). De acordo com o relato, em agosto ele se arrependeu da separação e pediu à mãe de Atena, ainda viva e com câncer, para intervir na situação. Contudo, a mãe consentiu com a ruptura do casal. Atena sinaliza que ainda sofre pela perda da mãe e que tanto o ex-marido quanto a família a pressionavam para reatar o relacionamento:

> *Ele achou que eu não ia conseguir sobreviver sem ele. E eu também achava que não, porque eu nunca tinha pago uma conta na minha vida. Eu nunca tinha feito nada. E então isso também pesou um pouco. Mas esses 8 anos eu consegui viver sem ele. [...] Eu, nesse tempo, eu tive um namorado durante três anos, e aí foi um choque pra ele eu ter tido um namorado. [...] Ele [o ex-marido] é muito machista.*

Atena e sua família moram na região de Londrina. Ela foi casada por 22 anos e está divorciada há oito anos. Tem duas filhas: uma de 18 anos, que mora no prédio ao lado do dela junto ao ex-marido, e outra de 30 anos, que é casada. Atena é pós-graduada e trabalha com educação de escolares em uma jornada de oito horas durante o horário comercial. Outrossim, participa de atividades da igreja onde frequenta.

4.7.1 Descoberta do Nódulo

Após a morte da mãe e por conta do histórico familiar de câncer (mãe e avô materno com câncer de estomago), Atena passou a fazer os exames de

rastreamento, incluindo colonoscopia. Realizava também MMG de rotina no mês de outubro, mas ela não se lembra se essa prática aconteceu em 2022, tendo em vista a justificativa de que várias mudanças ocorreram em seu trabalho.

Já em março de 2023, a mulher notou um nódulo grande na mama direita. Porém, ao perguntar para uma colega de trabalho sobre o “caroço” e receber uma resposta tranquilizadora, não deu a devida importância ao problema:

> *Em março, eu senti, não sei se foi tomando banho, não lembro a situação, eu senti um caroço grande no meu seio direito. Aí eu cheguei na escola e perguntei para uma professora que já tinha trabalhado na área de saúde. Aí eu pedi para ela para que ela apalpasse, para que ela mostrasse. Eu senti esse caroço, eu estou achando estranho. Ela falou assim: ‘ah! Atena, deve ser porque você está emagrecendo, deve ser gordura ou alguma coisa’. E aí eu não dei muita trela, não dei muita importância [...].*

4.7.2 Março a Setembro de 2023: UBS

No fim de março, Atena narra que procurou a UBS para renovação de receitas e, naquela ocasião, queixou-se do nódulo, levando em conta o seu incômodo. Ela não havia recorrido ao serviço de saúde antes porque acreditava que o preventivo estava em dia. A enfermeira a atendeu e solicitou a MMG, o que a deixou assustada em razão de sua condição mental e da relutância em fazer o exame. Apesar disso, a profissional da saúde agendou o procedimento para quinta-feira da mesma semana:

> *Eu achei que eu tinha medo de saber o resultado, porque toda vez que tinha que fazer uma mamografia, pra mim, eu já estava com a doença, eu já estava com aquela preocupação [...]. É no sofrimento fazer e não fazer, também porque se eu tivesse alguma coisa, eu teria que cuidar no início.*

O resultado da MMG[34] ficou disponível no fim de abril de 2023, embora Atena tenha ido buscá-lo duas semanas depois. Como a UBS que frequentava estava em reforma, a mulher foi à unidade de referência para o atendimento e a acolhida pela equipe de enfermagem. Em suas palavras:

> *No posto, a enfermeira, a técnica de enfermagem olhou e falou C4, eu não sabia o que era isso.*

---

[34] MMG de maio de 2023: classificação BI-RADS® 5 (achado altamente suspeito, com probabilidade acima de 95% de ser câncer de mama). Dois nódulos em mama direita e um na esquerda.

Atena explica que ficou desesperada com essa declaração. À vista disso, foi feito o reencaminhamento para a UBS, onde os exames haviam sido requisitados. Ao retornar ao local, ela foi atendida pela enfermeira, que pediu e agendou um exame de USG de mamas, realizada na mesma semana. Além disso, foi solicitada urgência na entrega do resultado, com previsão de dez dias, em virtude do estado emocional em que a mulher se encontrava. A entrevista conta:

> *Eu cheguei lá [na UBS] chorando, desesperada porque eu só estava com aquele negócio C4, C4 e eu não sabia o que era. Daí eu cheguei lá, ela pegou e confirmou: 'você está com um nódulo C4'.*

A UBS recebeu o resultado da USG de mamas[35] de Atena e a referenciou[36] para a Unidade da mama do CISMEPAR.

4.7.3 Setembro de 2023: Unidade da Mama

Em 20 de setembro de 2023, Atena compareceu à primeira consulta na Unidade da mama e realizou a biopsia no mesmo período. No retorno, em 27 de setembro de 2023, a mulher, que estava sem acompanhante, recebeu o diagnóstico definitivo de câncer de mama[37].

No pós-diagnóstico, durante a consulta de enfermagem, Atena também foi atendida pela psicóloga, dado o seu estado emocional. Ela estava em choque, com pensamentos negativos, dizendo não querer mais viver. Nesse momento, os familiares foram acionados, e sua tia veio para acompanhá-la nos encaminhamentos necessários. Realizei a navegação[38] e, ao longo de minha abordagem, coletei as seguintes informações sobre Atena: mulher de 52 anos, passou por duas gestações e duas cesáreas, amamentou, não usa contraceptivo, realizou histerectomia há cinco anos e se submeteu à cirurgia bariátrica. Foram identificados três tumores

---

[35] USG de mama em julho de 2023: classificação BI-RADS® 4 indica achado suspeito, com probabilidade variável de 3% a 95% de ser câncer de mama.

[36] A guia referenciada foi inserida na fila no dia 29 de julho de 2020 e o encaminhamento para a Unidade da mama foi realizado no dia 14 de agosto.

[37] Câncer de mama de Atena é bilateral, com presença de três nódulos: dois nódulos na mama direita e um nódulo na mama esquerda. O maior é na mama direita, medindo 3,2 cm. Classificação TNM: T2N0. Estadiamento inicial: IIA.

[38] Atena saiu com os exames de estadiamento agendados e aguardava a data da consulta na referência terciária.

cancerígenos: dois tumores na mama direita com 3,24 cm e 1,02 cm no maior diâmetro e um tumor na mama esquerda de 0,71 cm na sua maior medida.

Atena e a tia foram referenciadas para um serviço de urgência. A consulta para o tratamento do câncer em hospital terciário foi agendada para o dia 25 de outubro de 2023.

4.7.4 Câncer: Família e Rede de Apoio

Atena possui apoio da igreja, de familiares e do trabalho. Na entrevista, ela relata o quanto esse suporte tem sido fundamental para encarar situações de crises de pânico e para lidar com o diagnóstico.

Sobre o apoio da família, ela afirma:

> *Fui pra casa, daí eu recebi a visita da minha família, contei pra todo mundo, daí eu fui receber mensagem de carinho, de força, de que eu ia passar por aquilo, que ia ser uma coisa simples. Daquele dia, eu comecei a fazer os exames, a minha irmã me acompanhando, a minha tia me acompanhando.*

Já em relação ao apoio no trabalho, Atena reflete:

> *Então, tem hora que eu choro, tem hora que eu vou para a escola, o meu trabalho me distrai, eu converso, eu fico... E essa última semana eu tô assim, eu tô no meu ritmo, então a diretora da escola já sabe.*

Por fim, quanto ao apoio da igreja, a entrevistada elucida que:

> *A igreja orando por mim, as pessoas mandando mensagem, falam: 'não, vai dar tudo certo', [...] eu liguei para os meus pastores, eu liguei para minha irmã, eu liguei para todo mundo, porque eu queria ao mesmo tempo sair correndo, ao mesmo tempo eu não queria.*

4.7.5 Sentimentos após o Diagnóstico de Câncer

Atena, diagnosticada com Síndrome do Pânico, vivencia momentos em que os sentimentos são potencializados, levando-a a crises. A experiência com o câncer da mãe também contribui para períodos de confusão entre o recebimento do diagnóstico dela e o da mãe. Nesse sentido, o vínculo estabelecido com a psicóloga tem sido crucial para seu enfrentamento. No que diz respeito aos ataques de pânico, a mulher menciona:

> *E eu me surpreendi, porque eu não tive crise de pânico, eu não me desesperei.*

Ela temia o desconhecido: o que aconteceria, a possibilidade de surgirem outros nódulos, o tratamento a ser realizado e a perda de seu cabelo. Atena pondera que a sua ansiedade e a falta do controle do futuro é o que a apavora. Quando foi acolhida por mim na consulta de enfermagem, a mulher não tinha condições emocionais de receber orientações acerca dos próximos passos do tratamento. Ao passar por uma consulta na oncologia, ficou frustrada por descobrir que seriam necessários outros exames para a definição do tratamento. Outrossim, a curiosidade e as comparações feitas por outras pessoas causavam mais ansiedade quanto às incertezas:

> *O medo não era dos exames, o medo era de todo o processo, porque eu estava no desconhecido [...]. É o medo, é o querer controlar e não ter controle. Então, muitas vezes eu deixei de fazer muitos exames pela minha ansiedade [...]. Que tipo de câncer que eu tenho, que tipo de tratamento que eu vou fazer, eu não sei. [...] Cada um falava uma coisa o que dava certo para alguém, dava certo para outro, eu acompanhei pessoas que sobreviveram de câncer, acompanhei pessoas que não sobreviveram.*

A entrevistada comenta sobre a perda de cabelo e o que ela teria que passar nesse processo:

> *Eu vi aquelas pessoas. O que mais me afetava era ver aquelas mulheres de touca, de cabelo curto, de cabelo raspado e saber que eu ia passar por aquilo, que eu poderia passar por aquilo.*

Atena compartilha seu dilema em relação a comparecer ou não à entrevista, indicando que é muito difícil falar sobre o câncer. Por outro lado, ela tem encontrado forças que nem sabia possuir, sentindo orgulho e satisfação e superando barreiras por enfrentar seu medo e ansiedade. Ela explica que, embora passe por situações de profunda tristeza e de choro, também experimenta alegria, fé e esperança:

> *Então, eu estava assim, vivendo o dia de cada vez. Tinha dias que eu tentava não pensar, tinha dias que eu tive crises de choro, que eu só queria chorar. Tem dias que eu estava com uma alegria... inexplicável, que era o agir de Deus na minha vida, aquela esperança, aquela fé, mas ao mesmo tempo eu sou humana.*

4.7.6 Considerações sobre os Serviços de Saúde pelos quais percorreu

Atena declara que a Síndrome do Pânico a deixa mais ansiosa, especialmente em circunstâncias nas quais o medo do que está por vir supera a vontade de buscar o tratamento. Nos primeiros momentos em que foi amparada pela UBS, ela passou por quadros de desespero, o que impactou a compreensão das orientações sobre sua doença. Além disso, o atendimento em duas unidades diferentes dificultou ainda mais o acolhimento adequado:

> *Eu já entrei em desespero, porque ela falou assim: 'olha. O problema é C5, mas o seu deu C4. Vai agora pro outro posto'. [...] Então, eu estava atendendo em dois postos. Daí falou: 'vai para outro posto que pediu seu exame e fala com a enfermeira chefe o que ela vai fazer'.*

Atena observa que os serviços de saúde não estão preparados para receber pessoas como ela, que sofrem de crise de ansiedade, e que deveria haver mais investimentos nessa área:

> *Eu não tava com a crise, mas eu tava com muita dor de cabeça, porque a minha pressão tava alta. [...] Vocês têm que ter cuidado de mim hora que eu cheguei, porque eu falei que eu tinha acabado de receber um diagnóstico de câncer. Eu não cheguei aqui com pressão alta por... que eu comi alguma coisa, eu cheguei aqui, porque eu acabei de receber um diagnóstico de que eu estou com câncer.*

A mulher descreve os atendimentos recebidos na UBS e na Unidade da mama. Nos atendimentos individuais, sentiu-se acolhida, apesar de estar ansiosa e com medo. Porém, o tempo nas salas de espera, onde aguardava pelos procedimentos, aumentou sua ansiedade, potencializando o medo e a antecipação dos diagnósticos.

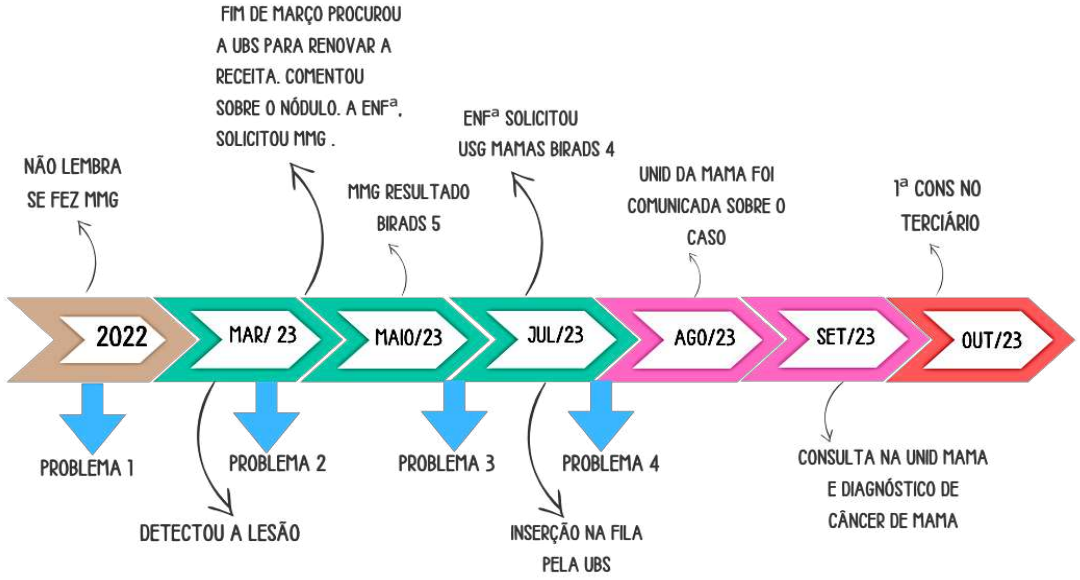
A entrevistada explana que, ao sentir pela primeira vez a dor do câncer, não sabia o que fazer nem aonde ir:

> *Então, doeu, assim que eu achei que eu não ia aguentar. Aí eu não sabia em que hospital eu ia, para onde que eu ia, o que eu ia falar, para que medicação que ia tomar...*

Em conclusão, Atena indica os motivos pelos quais as mulheres não buscam fazer o preventivo. Ela acredita que, tal qual seu caso, muitas têm receio, não do

exame, mas do que o resultado pode revelar. Para Atena, o avanço das lesões ocorre pelo temor do que pode ser descoberto, e não por descaso. Ela também destaca que o enfrentamento é diferente para pessoas com condições de saúde mental como a dela em comparação às mulheres que não têm esse tipo de diagnóstico (Figura 9).

Figura 9 – Esquema do trajeto percorrido por Atena desde a detecção da lesão até a referência de tratamento do diagnóstico



Fonte: a própria autora

A representação acima se refere à trajetória percorrida por Atena que começa com a realização da MMG, passando pela autopercepção da alteração, pelo tempo até procurar a UBS, pelo encaminhamento para o setor de diagnóstico e, por fim, pela consulta no hospital terciário. Em tal trajeto, são indicados problemas.

4.8 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Nos quadros 3 a 9 é possível observar as sínteses dos resultados.

Quadro 3 – Síntese dos resultados da história de vida de Afrodite

(continua)

Características	Mulher de 47 anos teve uma gestação, separada há 13 anos, mãe de adolescente de 14 anos, cuida da casa, trabalha na área comercial de uma empresa. Superior incompleto. Afrodite é filha entre sete irmãos e morava com os pais em outro estado, ela e a irmã vieram para estudar com a manutenção dos pais por quatro anos. Conta que se casou em 2000 e adaptação na casa da família do marido foi difícil. Teve várias frustrações durante o casamento, perdas importantes na sua vida: irmã, pai e o ex-marido, causando muito sofrimento. Durante o casamento a renda dela era a principal fonte. Antecedentes clínicos: psoríase e hipertensão arterial. Antecedentes familiares de câncer prima de 1º grau paterna falecida aos 28 anos por diversos tipos de câncer desde a infância e de mama em idade precoce, avó paterna câncer de

	pele exame e das mamas. Trabalho remunerado formal e doméstico exclusivos.

Quadro 3 – Síntese dos resultados da história de vida de Afrodite

(conclusão)

Nódulo (percepção)	"*[...] Mas eu sentia que ele estava mais pesado, eu via ele meio avermelhado, às vezes. E eu relava nele, eu via que ele estava parecendo que estava inchado, quando você aperta alguma coisa e incha. Só que não era nada assim, nossa, não, né? Eu via que estava ficando diferente. Aí foi onde eu me preocupei de novo. Eu achei assim, ah, alguma coisa não está certa aqui. Eu pensei assim, mas a doutora falou que estava tudo bem, e fiquei meio sem entender. Tanto que eu não vi isso sair correndo igual da outra vez. [...] Achei que era um desconforto. [...] Que já estava entrando na menopausa. [...] Aí eu peguei e falei assim, tem que ver, eu vou. Vou marcar um ginecologista e vou*".
Trajeto	Percebeu em casa em novembro de 2022, fez acompanhamento particular não retornou. Em maio de 2023 detectou novamente. Foi à UBS em agosto de 2023 fez USG mamas B4C (29 de agosto de 2023). Consultou na Unidade da mama (14 de setembro de 2023) e com diagnóstico de câncer em 21 de setembro de 2023. Primeira consulta no terciário em outubro de 2023.
Descrição do nódulo	Nódulo mamário à direita 4,8 cm e LFNs axilar sendo o maior 3,2 cm. Classificação TNM: T2N1, estadiamento inicial IIB.
Rede de apoio e sentimentos	Possui uma boa rede de apoio: família, amigo e igreja. Sentimento de tristeza, incertezas e medo. Preocupação com a filha e com a mãe. Preocupação com o cabelo (aniversário da filha). Preocupação com o emprego.
Problemas identificados	Problema 1: pagou consulta particular porque no SUS estava demorando. Problema 2: não procurou a unidade assim que detectou a alteração: adoecimento e falecimento do ex-marido (março a maio de 2023) e luto.
Afetações e observações adicionais	Perdas familiares que a afetou: irmã, pai e ex-marido. Convivência com ex marido tumultuada (frustrações e sofrimento durante o casamento). Cuidados domésticos exclusivos. Trabalho formal e mantenedora da família.

Fonte: a própria autora

Quadro 4 – Síntese dos resultados da história de vida de Deméter

(continua)

Características	Mulher de 50 anos, esposa, mãe de dois filhos, tem Ensino Médio completo, cuida da casa, cuida do filho de 15 anos que só estuda. Seu marido divide os serviços domésticos com ela. Sua filha de 24 anos mora sozinha. O marido e ela possuem renda. Seu marido possui nível superior e trabalha em uma empresa. Ela trabalha com confeitaria como pessoa jurídica para uma empresa. Sua jornada de trabalho é das 8h às 19h, de segunda à sexta e aos sábados das 8 às 17h. A empresa mantém um seguro para os empregados com alguns benefícios. Moradora na região de Londrina.
Nódulo (percepção)	"*Então foi assim, ano passado (2022), em março, eu fiz o preventivo que a gente faz. Desde a pandemia eu não tinha feito, e ano passado eu fiz. Em março, deu tudo certo, não tinha acontecido nada. E esse ano (2023), em julho, depois de um ano e quatro meses, eu fui fazer de novo o preventivo, que é de rotina. E daí aconteceu isso, né?*".
Trajeto	Em 2022 fez MMG sem alteração; em julho procurou a UBS para exames de rotina, em 27 de julho de 2023 fez MMG (B4) a equipe fez busca ativa e foi solicitado pela enfermeira uma USG de mamas (B4C em 16 de agosto de 2023), a Unidade da mama captou agendando a consulta para o dia 31 de agosto de 2023. Diagnóstico de câncer de mama dia 14 de setembro. Consulta no terciário dia 4 de outubro de 2023.

Descrição do nódulo	Três nódulos positivos para câncer sendo dois tumores na mama esquerda e um na axila a esquerda medindo 3,1 cm, 1,9 cm e 1,8 cm. Classificação TNM: T2N1, estadiamento inicial IIB.

Quadro 4 – Síntese dos resultados da história de vida de Deméter

(conclusão)

Rede de apoio e sentimentos	Possui uma rede apoio: família, amigos e empregadores da empresa onde trabalha. Preocupações com o financeiro. Sentimento de medo de morrer, tristeza, ansiedade, preocupação com o desconhecido. Alívio sobre os resultados dos exames normais (não tinha mais nódulos/metástase). Preocupação com o cabelo, como vai se reconhecer. Solidariedade, pois pretende ajudar outras pessoas contato sobre sua experiência.
Problemas identificados	Problema 1: solicitado exame adicional desnecessário para encaminhamento para diagnóstico da suspeita de câncer.
Afetações e observações adicionais	Fazia exames preventivos de rotina. Relata que não se descuidou, mas a vida é corrida. Trabalha numa área de cozinha. As atribuições domésticas são compartilhas com o marido, mas o toque feminino é dela. Tem apoio familiar.

Fonte: a própria autora

Quadro 5 – Síntese dos resultados da história de vida de Gaia

Características	Mulher de 35 anos, em união estável, nuligesta. História familiar de câncer avó, primo, tio e tia. Possui um comércio local como seu meio de vida. Fundamental completo. Convive com a companheira e dividem os trabalhos domésticos e remunerados. Seu trabalho excede dez horas diárias nos sete dias da semana, possui um comércio em frente sua casa. Ela e sua família moram em Londrina: mãe, pai (falecido em 2019) e os seus cinco irmãos. Seu irmão suicidou-se poucos dias antes do diagnóstico de câncer. Gaia fazia exames de rotina.
Nódulo (percepção)	Estava com uma lesão em mamilo que não cicatrizava: "*então. Como eu descobri? Saiu uma ferida no meu mamilo e não cicatrizada, de forma alguma. Eu esperei dois meses para procurar um médico, desde quando a ferida saiu. Porque eu achei que era eu que tinha me machucado*".
Trajeto	Surgimento da lesão no mamilo em maio de 2023, em julho procurou a UBS para consulta médica sendo solicitados exames de MMG e USG de mamas. Fez os exames no particular no dia 17 de julho de 2023 com resultado BI-RADS® 4. No dia 18 de julho de 2023 consulta da Unidade da mama e em 25 de agosto de 2023 teve o diagnóstico de câncer de mama. No dia 2 de outubro de 2023 consulta na referência terciária.
Descrição do nódulo	Nódulo de mama direita com 2,7 cm, classificação TNM: T2N0, estadiamento inicial IIA.
Rede de apoio e Sentimentos	Apoio da companheira e da família. Sentimentos de medo do desconhecido e antecipação, ansiedade devido aos exames de estadiamento (presença de metástase ou não).
Problemas identificados	Problema 1: possui 35 anos, segundo o protocolo não se faz exames de rastreamento, somente quando possui sintomas. Problema 2: solicitação de exames (MMG e USG de mamas). Problema 3: fez os exames no particular devido informações da demora do SUS.
Afetações e observações adicionais	Suicídio do irmão durante o trajeto em busca do diagnóstico. Realizava exames de preventivo de câncer de colo de útero. Percebe que se tivesse realizado um exame de rastreamento seria diferente, mas não tem idade para o exame. Relata que tem bom relacionamento familiar desde a infância, nunca sentiu violentada e nem relata elementos que de pista sobre isto.

Fonte: a própria autora

Quadro 6 – Síntese dos resultados da história de vida de Héstia

Características	Mulher, 58 anos, estudou até a 5ª série do 1º grau, é viúva há 12 anos, duas gestações, filhos de 24 e 25 anos moram com ela e mais um netinho. É hipertensa e não possui antecedentes familiares de câncer. Sua filha está gestante e é de risco. Trabalho remunerado formal cinco horas diárias, o trabalho é doméstico, além do trabalho intradomiciliar e cuidados com o netinho, mas diz que os filhos ajudam nos serviços apesar de trabalharem. Antes de o marido sofrer acidente que o deixou paraplégico, dividiam os cuidados da casa e com as crianças. E quando ele sofreu o acidente os cuidados com o marido dependente, as crianças pequenas e a casa ficaram exclusivos para ela. Não tinha apoio familiar e nem dos sogros. Antes de casar-se sofria violencia física e moral da mãe, era cuidadora do lar e dos irmãos desde os nove anos.
Nódulo (percepção)	"*Eu tomei banho de manhã, tava normal. Não senti nada. E a noite, quando eu fui tomar banho, que eu passei a mão e já senti ele aqui. E do jeito que ele saiu, ele ficou. Pra mim, assim, quando eu apertava, era normal. Tava sempre do mesmo tamanho. Não teve modificação, senti nada, doeu nada. Ficou normal e até hoje tá tranquilo. Ficou...*".
Trajeto	Nunca havia realizado MMG, em dezembro de 2022 detectou a lesão, não quis procurar o atendimento na UBS pois tinha uma viagem agendada. Apenas em abril de 2023 procurou a UBS para agendamento de consulta médica devido à insistência da filha e foi agendado dois dias após. Solicitado então uma MMG em maio de 2023 e realizado em 17 de maio de 2023 com resultado BI-RADS® 0 e a USG de mamas foi realizada em 18 de agosto de 2023 com BI-RADS® 4B. Captação precoce pela Unidade da mama que foi agendada a primeira consulta dia 1 de setembro. Recebeu diagnóstico de câncer de mama dia 8 de setembro e agendada a consulta na referência terciaria dia 13 de outubro de 2023.
Descrição do nódulo	Nódulo em mama esquerda de 3,3 cm, classificação TNM: T2N0, estadiamento inicial IIA.
Rede de apoio e sentimentos	O apoio familiar é dos dois filhos. Não apresenta destaques quanto aos sentimentos sobre a descoberta do câncer, mas sim o ressentimento da mãe.
Problemas identificados	Problema 1: determinado pela própria mulher, demorou para buscar, não fazia exames regulares, procurou por insistência da filha. Problema 2: agendamento de consulta médica, demora no agendamento dos exames.
Afetações e observações adicionais	Trabalho remunerado é como trabalhadora doméstica. Cuidado com afazeres domésticos e de seus irmãos desde muito nova (nove anos). Cuidado do marido deficiente e seu filhos. Sofreu violência física e psicológica de sua mãe por anos. Procurou a unidade devido à persistência da filha. Nunca tinha realizado MMG.

Fonte: a própria autora

Quadro 7 – Síntese dos resultados da história de vida de Ártemis

(continua)

Características	Mulher de 60 anos, teve duas gestações, duas filhas, uma de 40 anos e a outra 38 anos com dependência de oxigênio por má formação, divorciada há dez anos, vivem de aluguel, a filha mais velha trabalha fora de casa, tem dois netos. Divide sua rotina dentro de casa entre os cuidados com a filha, os cuidados com os netos, cuidados com a casa e seu trabalho é informal. Faz trabalho com costura, artesanatos, bordados para ajudar na renda e filha caçula recebe BPC. Possui história familiar câncer de intestino do irmão e da irmã. É hipertensa. Analfabeta morou na área rural até o casamento. Cuidava da casa e de seus irmãos desde nove anos, sofria violência física e psicológica de seu pai. E quando se casou também passou a sofrer violência física, psicológica e patrimonial até quando a filha mais velha se casou e confessou que havia sido assediada pelo próprio pai. Devido à alta dependência da filha caçula e o marido abusivo ela foi impedida de trabalhar extradomiciliar e procurar outras atividades e tinha dificuldades em ir a UBS. Mas fazia exames

	preventivos inclusive MMGs todos os anos e teria feito em abril de 2022 antes de apresentar alterações.

Quadro 7 – Síntese dos resultados da história de vida de Ártemis

(conclusão)

Nódulo (percepção)	"*[...] Um dia eu deitada na cama, peguei e passei a mão, sempre me examinava, mas o dia que deitava. Aí eu senti aquele caroço. Nossa, aí meu mundo veio o chão. Eu falei, meu Deus, o que é isso? E eu não podia sair. Não podia ir atrás de médicos, não podia sair, fazer nada*".
Trajeto	Agosto de 2022 detectou lesão em casa, não conseguiu busca UBS devido a complicações de saúde da sua filha dependente. Visita domiciliar em julho de 2023, garantiu acesso na UBS. Consultou com a enfermeira que solicitou MMG, realizou a MMG em 30 de agosto de 2023 com BI-RADS® 4. A equipe da UBS realizou a busca agendou consulta com a ginecologista que solicitou a USG de mamas que foi realizada em 14 de setembro de 2023 com resultado BI-RADS® 4C. Em 27 de setembro de 2023 foi colocada na fila para a consulta no CISMEPAR/Unidade da mama. Primeira consulta na Unidade da mama dia 6 de outubro de 2023. Diagnóstico de câncer de mama dia 20 de outubro de 2023. Consulta na referência terciaria dia 22 de novembro de 2024.
Descrição do nódulo	Nódulo em mama direita de 2,2 cm, classificação TNM: T2N0; estadiamento inicial IIA.
Rede de apoio e sentimentos	Preocupações financeiras. Preocupação com os cuidados com os familiares. Medo frente ao desconhecido. Não possui uma rede de apoio bem estruturada, porém há indícios que a igreja a ajuda. Ainda quer ser feliz.
Problemas identificados	Problema 1: questões impeditivas relacionadas aos aspectos psicossociais pela busca do cuidado em saúde. Problema 2: questões referentes às rotinas protocolares dos serviços de saúde, solicitado exame adicional desnecessário para encaminhamento para diagnóstico da suspeita de câncer.
Afetações e observações adicionais	Violência física e psicológica desde a infância. Violência do marido física, psicológica e patrimonial. Tem limitações devido às condições da filha, cuida dos netos e da casa. Possui acúmulos de atribuições: trabalho doméstico intra-lar, trabalhos artesanais como complementação de orçamente doméstico. Possui devoção e fé. Relata ser vaidosa.

Fonte: a própria autora

Quadro 8 – Síntese dos resultados da história de vida de Hera

(continua)

Características	Mulher de 43 anos, casada há 15 anos, superior completo, atualmente trabalha com o marido na empresa própria, faz a contabilidade, controla contas e a agenda do marido e faz contato com os clientes, além dos trabalhos domésticos e cuidados com os dois filhos (14 e 6 anos), amamentou até os seis meses. Sem antecedentes clínicos, mas possui histórico de câncer de mama da bisavó. Hera é de uma família com mais dois irmãos, sendo ela a caçula. Seu pai já é falecido. Proveniente do interior do Paraná para estudar na região de Londrina, familiar com estrutura financeira manteve ela para estudar. Até antes da pandemia tinha uma boa estrutura financeira e tinha plano de saúde.

Nódulo (percepção)	Sentiu o nódulo na mama em casa: "*[...] eu fui deitar pra dormir e senti um desconforto na minha mama. Daí eu apalpei e vi que não tava normal, daí já fiquei muito preocupada, isso foi em maio deste ano, em dezembro (2022) eu tinha feito uma MMG, estava tudo normal*".
Trajeto	Outubro procurou a unidade para realizar MMG, fez em dezembro de 2022 estava normal. Maio de 2023 foi à UBS de sua região agendou e realizou a USG mamas, 15 dias após foi a ginecologista da UBS com resultado BI-RADS® 2. Insistiu em ir à mastologista. Mastologista em julho de 2023, fez MMG. Voltou na ginecologista da UBS pediu um pedido para fazer particular. Em setembro de 2023 USG BI-RADS® 4. Na Mastologia indicada biópsia e foi encaminhada para a Unidade da mama para o procedimento, que realizou em 5 de outubro de 2023. Teve seu diagnóstico de câncer de mama em 19 de outubro de 2023 e a primeira consulta na referência terciária em 23 de novembro de 2023.

Quadro 8 – Síntese dos resultados da história de vida de Hera

(conclusão)

Descrição do nódulo	Nódulo-cístico misto de 3 cm na mama direita, classificação segundo classificação TNM T2N0; estadiamento inicial IIA.
Rede de apoio e sentimentos	Possui um bom apoio da família e do marido. Preocupação com a casa e seus filhos. Tem medo de não conseguir a cura (medo da morte). Ansiedade sobre os resultados de exames: tensão e o medo ("*apavorada*"). Recebeu poucas informações nas unidades onde percorreu, tendo que procurar no particular.
Problemas identificados	Problema 1: perda de plano de saúde (foi um problema para própria mulher). Problema 2: acolhimento da profissional na unidade de saúde tendo que insistir pelo atendimento (fluxo e protocolos).
Afetações e observações adicionais	Frustração em não ter um plano de saúde (perda durante a pandemia). Acúmulo de atribuições: trabalho doméstico, cuidado com os filhos e trabalho com o marido. Referência de exames em outubro (Outubro Rosa)

Fonte: a própria autora

Quadro 9 – Síntese dos resultados da história de vida de Atena

(continua)

Características	Mulher de 52 anos, ela e sua família moram em Londrina, divorciada há oito anos após de 22 anos de casamento, tem duas filhas (18 e 30 anos), possui Ensino Superior completo e é pós graduada. É filha de mãe viúva (já falecida por câncer) e tem uma irmã. As filhas não moram com ela e mora sozinha em um apartamento. Possui Síndrome do Pânico. Trabalha com educação de escolares e sua jornada de trabalho é de oito horas, horário comercial. Possui atividades da igreja na qual frequenta. Relata que por ter Síndrome do Pânico e o atraso em seu diagnóstico lhe causou muitos transtornos inclusive em seu casamento. O ex-marido era um bom pai e um bom marido, mas ele a descriminava em público por ser obesa e a mãe dela a obrigou permanecer no casamento. A experiência vivida por Atena com o diagnóstico de câncer da mãe assim como a morte dela trouxe-lhe sofrimento. Mas desde então ela fazia exames periódicos de rastreio para câncer. Fez cirurgia para redução de peso. A mãe dela era contra a separação, porque era um ótimo marido, a mantinha financeiramente. Além de que o regime de casamento era comunhão universal de bens e a casa onde a mãe morava estava no nome da Atena. A mãe de Atena antes da morte consentiu a separação.
Nódulo (percepção)	"*Em março (2023), eu senti, não sei se foi tomando banho, não lembro a situação, eu senti um caroço grande no meu seio direito. Aí eu cheguei na escola e perguntei para uma professora que já tinha trabalhado na área de saúde. Aí eu pedi para ela para que ela palpasse, para que ela mostrasse. Eu senti esse caroço, eu estou achando estranho. Ela falou assim: ah! Atena, deve ser porque você está emagrecendo, deve ser gordura ou alguma coisa. E aí eu não dei muita trela, não dei muita importância [...]*".
Trajeto	Fazia os exames de MMG de rotina em outubro, mas não lembra se fez em

	2022, justifica-se que aconteceram várias mudanças em seu trabalho. Já em março de 2023, sentiu o nódulo, pediu uma opinião de uma colega que descaracterizou a preocupação. No fim de março de 2023 procurou a unidade de saúde para renovação de receita. A enfermeira que a atendeu e solicitou a MMG, agendou para a mesma semana. Foi buscar o laudo em maio de 2023, mas a UBS estava em reforma foi para outra UBS, cujo resultado BI-RADS® 5, devolvida para a UBS de origem. Foi atendida pela enfermeira que solicitou e agendou exame de USG de mamas sendo realizada na mesma semana (julho de 2023) com BI-RADS® 4. Encaminhada à Unidade da mama em agosto de 2023, consulta e biópsia em 20 de setembro de 2023. Em 27 de setembro de 2023 recebeu seu diagnóstico definitivo de câncer de mama bilateral e primeira consulta na referência terciária dia 25 de outubro de 2023.

Quadro 9 – Síntese dos resultados da história de vida de Atena

(conclusão)

Rede de apoio e sentimentos	Possui apoio da igreja, familiares e o trabalho. Medo do desconhecido, ansiedade, medo da dor. Frustração em não ter as informações desejadas na primeira consulta na referência de tratamento. Destaca sobre o cabelo, que iria perder o cabelo. Observa sobre sua condição de saúde mental que intensifica emoções, provocando medos e fugas. Demonstra descontentamento em alguns atendimentos: salas de esperas e consulta na emergência.
Problemas identificados	Problema 1: não sabe se fez exames, luto, complicações em relação ao trabalho. Medo em realizar exames e saber do diagnóstico. Problema 2: detectou o nódulo, mas não buscou diagnóstico. Colega descaracterizou a preocupação. Problema 3: desvinculação com a UBS, atendimentos em duas UBS diferentes e conturbados, demora na captação do resultado de suspeição de câncer de mama (BI-RADS® 5), solicitado exame adicional desnecessário para encaminhamento para diagnostico da suspeita de câncer. Medo e ansiedade da paciente. Problema 4: atraso no encaminhamento e acionamento da referência para diagnostico. Demora no agendamento da PC.
Afetações e observações adicionais	Mulher: para casar, ter filhos (mãe que era viúva quis casar suas filhas). O ex marido segundo ela é machista, não aceita a separação e a chantageava dizendo que não conseguiria viver sem ele. O marido a discriminava fora de casa pela obesidade. Possui um transtorno de saúde mental que a aflige desde a adolescência, diagnosticada na fase adulta como Síndrome do Pânico. O óbito da sua mãe a afetou. Trabalho remunerado formal com crianças (papel social de gênero). Medo de descobrir algo, medo da dor, atrasou o diagnóstico. Referência de exames em outubro (Outubro Rosa)

Fonte: a própria autora

5 QUESTÕES DE GÊNERO QUE ATRAVESSAM O CÂNCER DE MAMA NAS MULHERES

Neste capítulo, apresento as análises e interpretações resultantes da reconstrução das trajetórias das mulheres entrevistadas. Na pesquisa qualitativa, no caso da história oral de vida, pode-se adotar uma abordagem analítica não rígida. Após uma leitura minuciosa das histórias, identifiquei três eixos para nortear as discussões por meio das categorias estabelecidas.

5.1 DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E PAPEL SOCIAL DE GÊNERO

Nesse eixo, destaco o acúmulo de atividades atribuídas às mulheres e o papel social de gênero.

Em relação ao regime de trabalho, ou seja, à forma de contratação e garantia de direitos trabalhistas (formal e informal), foi possível verificar que todas as sete entrevistadas têm uma fonte de renda e apenas Ártemis e Hera possuem trabalhos informais. Os tipos de serviços remunerados desenvolvidos por elas incluem vendas, contabilidade, artesanato, costura, cuidados com escolares, cozinha e atividades domésticas.

Sobre a questão, Saffioti (1987, p. 8) afirma:

> A identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através da atribuição de distintos papéis, que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo[39]. A sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem.

Saffioti (1987) lembra que os seres humanos nascem machos ou fêmeas e que a identidade do homem e da mulher é socialmente construída através da educação recebida. Na nossa sociedade, a mulher é encarregada da socialização e educação dos filhos, uma vez que o gestar e parir são de sua “natureza”. Assim, os cuidados com os filhos e com o lar são vistos como características inerentemente femininos. Em outras palavras, há uma clara atribuição do espaço doméstico à mulher, que se torna socialmente responsável pela manutenção da ordem da casa e pela criação e educação dos filhos.

[39] Categorias de sexo: sexo biológico (fêmea e macho).

Nesse contexto, segundo Saffioti (1987), há uma distinção entre classes dominantes e dominadas, nas quais os papéis das mulheres se diferenciam. Aquelas que fazem parte da classe dominante são tidas como as “verdadeiras” donas de casa, pois contam com trabalhadores assalariados que educam os filhos, lavam e passam roupas, limpam a casa e cozinham. Dessa forma, é permitida a delegação dessas funções que, de maneira tradicional, seriam desempenhadas por elas mesmas.

Por outro lado, as mulheres que pertencem às classes dominadas, como é o caso das entrevistadas neste estudo, encaram uma outra realidade. Além do trabalho fora do lar, elas realizam encargos intradomiciliares não remunerados, executando tarefas “naturalmente” conferidas ao gênero feminino. Os serviços extradomiciliares são permitidos desde que contribuam para a manutenção da casa e o incremento da renda familiar (orçamento doméstico) e que sejam relacionados às atividades julgadas como mais adequadas para a mulher (por exemplo, ser funcionária doméstica). Ademais, como se trata de um complemento, é “aceitável” que seus salários sejam menores do que os dos homens, refletindo a desvalorização do trabalho dito feminino e a percepção de que o homem não pode executá-lo (Saffioti, 2013).

Essa prática pode ser exemplificada com os casos de Afrodite e Héstia, as quais cumprem multifunções. Além dos serviços extradomiciliares voltados para o lar, elas também são responsáveis pelos afazeres domésticos e pelos cuidados com os filhos. Acerca de Hera e Ártemis, apesar de seus trabalhos remunerados serem informais, elas enfrentam sobrecargas devido aos cuidados com os filhos, que necessitam de suporte.

Especificamente sobre Ártemis, a mulher assume os deveres domésticos e tenta gerar algum dinheiro para o sustento próprio por meio de atividades manuais (costura e artesanato). Outrossim, toma conta de seus netos e de sua filha com alto grau de dependência, o que a limita a acessar diferentes serviços ou a trabalhar fora. Nas narrativas, Ártemis deixa evidente o quanto a situação de sua filha atrasou sua busca por autocuidado ou por uma atividade remunerada externa, conservando-se confinada à sua residência.

A história de vida de Ártemis me remete ao conceito de patriarcado, que se caracteriza pela dominação do homem sobre a mulher, subjugando-a e inferiorizando-a enquanto ser humano. O fato de seu pai a proibir de estudar e a ter

designado para funções domésticas e cuidados com os irmãos mais novos, bem como as narrativas sobre o seu ex-marido a restringir ao lar, ilustram a dinâmica patriarcal.

Nesta análise, abordo como o trabalho feminino antes da Revolução Industrial era inviabilizado e inferiorizado pelos homens. Ainda, é importante incluir no debate as mulheres pretas escravizadas, que já realizavam serviços extra-lar e acumulavam diversas funções. Na Revolução Industrial, o aumento de oportunidades para mulheres não levou à valorização feminina, mas sim gerou mão de obra de baixo custo relacionada às aptidões consideradas “naturais” para o gênero (como mãos menores e habilidosas para costurar um botão). Esse cenário resultou em salários femininos inferiores aos masculinos, posto que o trabalho das mulheres era visto como uma “ajuda” para complementar o orçamento da casa.

É relevante também observar o modo como nossa sociedade naturaliza os papéis associados aos cuidados com a casa, com os filhos, com os maridos e com os parentes, e o impacto disso nas mulheres, que muitas vezes negligenciam o próprio bem-estar ao priorizar o do outro. Nesse sentido, a valorização feminina, a garantia de bons salários, o acesso a creches, à educação, inclusive em período integral, e a serviços de saúde de maneira plena são exemplos que de como é viável facilitar e promover a busca pelo prazer e pela qualidade de vida e proporcionar melhores condições de sobrevida às mulheres, contribuído para a autoestima e o autocuidado.

5.2 SENTIMENTOS FRENTE AO DIAGNÓSTICO

Nesta dissertação, os sentimentos identificados não são incomuns em pessoas que recebem o diagnóstico de câncer. Tais sentimentos estão ligados ao sofrimento, ao medo do desfiguramento e à finitude da vida. De acordo com Menezes, Schulz e Peres (2012), a sensação de finitude decorre da condição de que, há algumas décadas, uma parte de pessoas com câncer enfrentavam a perspectiva de morte iminente ou restrições para a continuidade da vida. Ademais, o câncer de mama especificamente se destaca como a doença mais temida pelas mulheres.

Salimena *et al.* (2012) destacam que, ao receber o diagnóstico de câncer de mama, a mulher encara uma nova realidade. A notícia se torna o ponto principal de

sua vida, gerando angústia e confusão em meio à ansiedade perante o desconhecido que se aproxima. Nessa direção, o sentimento de medo é frequentemente relacionado ao câncer, o qual é um termo repleto de significados que, por vezes, remete à morte. Nas palavras de Pinho *et al*. (2007), as preocupações sobre a ameaça à vida e à saúde, o medo do desfiguramento, a invalidez e a angústia, associados ao tratamento, são comuns às mulheres que enfrentam o diagnóstico de câncer de mama.

A preocupação demonstrada por Deméter e Atena, por exemplo, com a deturpação da identidade visual provocada pela queda de cabelo devido ao tratamento (alopecia induzida por quimioterapia) pode ser compreendida pelo fato de que, em nossa sociedade, o cabelo é tido como um símbolo de identidade feminina. Nesse caso, espera-se das mulheres que os cabelos sejam longos e arrumados (Reis; Panobianco; Gradim, 2019). Portanto, para Deméter e Atena, essa experiência é inevitável no imaginário, tendo em vista que ambas precisariam passar pelo tratamento quimioterápico.

Já os sentimentos e as inquietações referentes aos filhos surgiram nas narrativas de Afrodite, Ártemis e Hera, pois, ao receberam o diagnóstico de câncer, prevaleceram em seus pensamentos estigmas associados a uma doença dolorosa e mortal (Majewski *et al*., 2012). Dessa maneira, tal momento é marcado por angústia, sofrimento e ansiedade.

Ademais, Afrodite, Deméter, Gaia, Hera e Atena expressam o medo do desconhecido, a incerteza quanto ao tratamento e a apreensão pela espera dos resultados de exames de estadiamento[40]. Essa fase gerou grande ansiedade, posto que determinaria o próximo passo e a chance de cura, além dos efeitos que o tratamento causaria em seus corpos e em suas famílias. Diante da revelação do diagnóstico de câncer de mama, a mulher pode sofrer alterações em seu estado emocional. A dificuldade de aceitação do diagnóstico, a incerteza quanto à cura ou a necessidade do procedimento cirúrgico, as mudanças corporais e na rotina diária são aspectos que surgem em um momento de fragilidade e que mobilizam muitas expectativas na mulher (Salimena *et al*., 2012).

[40] O estadiamento refere-se à avaliação do grau de disseminação do tumor maligno (câncer). Ele é classificado com base no tamanho da lesão, na presença de células em LFNs proximais e na ocorrência de metástase.

Conforme Ziguer, Bortoli e Prates (2016), alguns autores reconhecem que uma variedade de emoções pode surgir durante esse período. A ansiedade em relação ao início e ao término do tratamento, à evolução da doença, aos efeitos do tratamento e às mudanças a serem enfrentadas, bem como o medo da morte e da mutilação, além de outras preocupações pessoais e familiares são retratadas pelas mulheres frente ao diagnóstico do câncer de mama. Logo, o medo de sofrimento, aludido por Afrodite e Atena, e o medo de morrer, citado por Deméter e Hera, estão interligados, levando em conta que o sofrimento "está associado ao caráter incurável e à ideia de possível morte" (Araújo; Fernandes, 2008, p. 665).

Outra inquietação descrita nas histórias de Deméter, Ártemis e Hera refere-se à situação financeira, dado que o diagnóstico de câncer poderia impactar as atividades remuneradas exercidas por elas, afetando parte de seus orçamentos domésticos. Ao receberem a notícia, elas percebem que haveria mudanças em seu cotidiano em razão das limitações impostas pelo tratamento da doença, como é o caso de ter que se afastar do trabalho, influenciando seu contexto familiar e sua rede de apoio.

Realço também a história de Atena, uma mulher com transtorno de saúde mental, que revela muito sobre o sentimento de impotência diante do medo. Ela detalha que o medo a paralisava na busca por tratamentos, pois temia o diagnóstico, antecipando o acontecimento e a dor. Atena, dessa maneira, traz à luz que, mesmo com as campanhas do Outubro Rosa, as mulheres não procuram as UBS para fazer os exames de rastreamento[41], não por falta de vontade, mas por medo de descobrirem que têm câncer de mama. Ela aponta o próprio exemplo, explicando que o pavor a impedia de acessar os serviços para a prevenção, apesar de realizar exames periódicos devido ao câncer de sua mãe. Atena também alega que mulheres como ela, com transtorno mental, sofrem muito mais do que aquelas que não têm.

Como "medo" é mencionado repetidamente, vi a necessidade de apresentar uma definição do termo. Santos (2003, p. 50) é a que se encaixa melhor nesta discussão:

[41] Exames de rastreamento, nesse caso, são MMGs com objetivo de identificar lesões suspeitas de câncer de mama.

> Em um sentido estrito do termo, o medo é concebido como uma emoção-choque devido à percepção de perigo presente e urgente que ameaça a preservação daquele indivíduo. Provoca, então, uma série de efeitos no organismo que o tornam apto a uma reação de defesa como a fuga, por exemplo.

Nessa conjuntura, a reação ao medo (ou a uma sensação de medo) pode se manifestar como fuga, retração, negação, precaução e até inibição. Logo, a percepção de Atena sobre essa emoção-choque a levou a uma negação e à paralização na busca de um diagnóstico precoce.

Em conclusão, Santos (2003, p. 55) afirma que, “se toda emoção envolve crença, é possível afirmar que as formas de lidar com o medo implicam o embate com as crenças que sustentam e dão substância às experiências de medo que nos assaltam”. Nesse viés, o medo vem carregado de crenças, experiências e preceitos sociais. Para superá-lo, são indispensáveis mudanças socioculturais em nossa sociedade (na estrutura do patriarcado, nas classes sociais e nas questões raciais). Da mesma forma, é importante promover uma melhor disseminação das informações e repensar a cultura da medicalização dos corpos, já que revela uma visão fragmentada do ser humano.

5.3 Acesso e assistência à saúde

Neste subcapítulo, em consonância com as histórias apresentadas, abordo o acesso aos pontos de atenção e a assistência prestada às mulheres durante o trajeto.

A partir dos percursos realizados, é possível verificar que todas as mulheres entrevistadas tiveram acesso à rede através da UBS, que atua como APS. A APS serve como porta de entrada e ordenadora da RAS, conforme estabelecido pelo Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011). Nos artigos 5º e 11º, o decreto define a APS como responsável pela coordenação do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

> A Atenção Primária à Saúde (APS) é geralmente o primeiro ponto de contato, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas. Esse setor oferta atenção integral o mais próximo possível do ambiente cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades. Isso inclui um espectro de serviços que

> vão desde a promoção da saúde (por exemplo, orientações para uma melhor alimentação) e prevenção (como vacinação e planejamento familiar) até o tratamento de doença agudas e infecciosas, o controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação (Organização Pan-Americana de Saúde, 2023).

Desse modo, é necessário que a APS siga os princípios de universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2017). Com base na integralidade, convém realçar que o trabalho da equipe da UBS deve ser estruturado em torno das necessidades de saúde das pessoas, objetivando promover o cuidado e articular as demandas de saúde na RAS. Nessa orientação, uma das ferramentas para atender e cuidar do indivíduo é o acolhimento, o qual pode ser efetuado desde a entrada até a saída do usuário da UBS (Lazarini *et al*., 2017).

A esse respeito, Merhy (2002 *apud* Lazarini *et al*., 2017) observa que o processo de trabalho nas UBS envolve o uso de diferentes tipos de tecnologia: a) leves (das relações); b) leve-duras (dos saberes estruturados, tais como as teorias); e c) duras (dos recursos materiais) (Coelho; Jorge, 2009).

Embora a equipe da UBS seja multiprofissional, Mendes (2012) indica que a população atribui as adversidades do SUS à carência de médicos devido ao tempo de espera pelo atendimento. Segundo ele, tal percepção é simplória, porém legítima. Somam-se a essa visão a infraestrutura deficiente, a ausência ou a insuficiência de equipe multiprofissional, a inadequação dos processos educacionais dos profissionais de saúde, a precarização das relações de trabalho, a fragilidade do sistema gerencial e a falta de sistemas de informações clínicas potentes, o que contribui para uma demanda excessiva por consultas médicas e para a sobrecarga do SUS. O modelo de atenção centrado em eventos agudos, contrapondo-se às concepções ideológicas da APS, e a degradação das condições de trabalho também exacerbam a situação (Mendes, 2012).

Além disso, mais recentemente, a reestruturação, ou melhor, a descaracterização da APS durante o enfrentamento pandemia de Covid-19 fez com que as UBS e os profissionais fossem organizados para atender indivíduos com sintomas respiratórios, afetando o funcionamento dos programas da APS e causando a desvinculação do usuário com a equipe de saúde (Rosa-Cómitre *et al*., 2023; Marques *et al*., 2024).

Assim, a atuação política, guiada pela opinião pública e apoiada pela mídia (senso comum), tende a visualizar a saúde como dependente das consultas

médicas, considerando-as uma solução possível para os problemas de saúde e, consequentemente, onerando o setor (Mendes, 2012).

A título de exemplificação, nas histórias narradas por Gaia e Héstia, pode-se notar que, quando elas procuraram o serviço de saúde, foram marcadas consultas médicas como forma de acesso ao sistema e resolução de seus acometimentos. Ademais, nos casos de Afrodite, Deméter, Ártemis e Atena, os exames de MMGs foram agendados pelas enfermeiras das UBS, conforme previsto pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (Coren-PR)[42] e pelo Ministério da Saúde (MS)[43].

Acerca da assistência prestada às mulheres em relação aos resultados dos exames, é possível averiguar que Deméter, Gaia, Ártemis e Atena tiveram seus resultados da MMG[44] alterados e poderiam ter sido encaminhadas diretamente para a referência, visando à investigação diagnóstica. Todavia, um segundo exame foi solicitado, o que atrasou a atuação da atenção secundária e onerou desnecessariamente o SUS, pois não estava dentro dos critérios protocolares.

No Brasil, através do INCA, foram instituídas diretrizes e condutas clínicas que abrangem desde o rastreamento até o tratamento de câncer de mama. Nos casos de Deméter, Gaia e Ártemis, os primeiros exames apresentaram a classificação BI-RADS® 4[45], o que evitaria a necessidade de um segundo exame e permitiria o encaminhamento para investigação diagnóstica. Quanto à Atena, o resultado da primeira MMG foi categorizado como BI-RADS® 5[46] e, após três meses, o resultado da USG realizada foi BI-RADS® 4C[47]. Nessa direção, Atena poderia ter sido orientada para a investigação já no primeiro momento, antecipando, assim, o diagnóstico e consequentemente o tratamento.

---

[42] No Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à saúde da mulher, faz parte da atribuição da enfermeira a consulta de Enfermagem anamneses, o exame físico, bem como as solicitações de apoio diagnóstico laboratorial e de imagem para os procedimentos (no caso da prevenção e do controle do câncer de mama, os exames requisitados são a MMG e a USG de mamas) (Reis *et al*., 2020).

[43] No atendimento individual realizado pela enfermeira, a sua consulta deve incluir: a) identificação de fatores de risco com base na anamnese; b) realização do ECM; e c) orientação sobre o exame mamográfico (indicação, técnica e periodicidade) (INCA, 2008).

[44] MMG é um exame radiodiagnóstico e, quando bem indicado, é o meio preconizado para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. A classificação dos resultados segue o padrão internacional de BI-RADS®.

[45] A classificação BI-RADS® 4 indica achado suspeito, com probabilidade variável de 3% a 95% de ser câncer de mama.

[46] A classificação BI-RADS® 5 aponta achado altamente suspeito, com probabilidade acima de 95% de ser câncer de mama.

[47] A classificação BI-RADS® 4C revela achado fortemente suspeito, com probabilidade acima de 70% de ser câncer de mama.

Sobre esse último exemplo, destaco ainda o acolhimento dispensado à Atena. A mulher foi atendida em momentos diferentes e em duas unidades básicas de saúde distintas, fator que dificultou o acesso rápido, a avaliação e o diagnóstico de câncer de mama. Vale ressaltar que uma das unidades básicas estava em reforma, o que contribuiu para essa adversidade.

Vale sublinhar que a sobrecarga de trabalho dos profissionais de unidades básicas não se trata de uma notícia nova. Além de enfrentarem inúmeras ações preventivas, eles lidam com a organização do processo de trabalho em condições agudas, o que prejudica o acompanhamento das condições crônicas, da presença de doenças infectocontagiosas (tripla carga de doença) e da mudança no perfil demográfico populacional.

Também é evidente que a APS, apesar de ser a base da assistência em saúde, necessita de investimentos para que avance em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS. Isso porque, nos últimos anos, o congelamento de teto de gastos – referente à publicação da Emenda Constitucional nº 95 em 2016 –, que incluiu a área de saúde pública brasileira, limitou o acesso dos usuários aos serviços prestados pelo SUS, além de congelar por 20 anos as despesas primárias do governo. Um exemplo disso é a demora citada por Gaia na realização da USG e da MMG, levando-a a optar por exames particulares.

Igualmente, as capacitações de profissionais para atuarem nas linhas guias das condições crônicas são essenciais. Sobre a questão, é possível constatar que a contratação de equipes multiprofissionais por meio da terceirização do setor de saúde tem aumentado em decorrência do desfinanciamento dos estados e dos municípios. No entanto, tal terceirização implica contratos a curto prazo, o que torna os investimentos em capacitações profissionais onerosos para o próprio setor, uma vez que alta rotatividade causa quebra de vínculo e perda de colaboradores.

É imperativo, nesse sentido, que esses apontamentos sejam revistos pelos nossos dirigentes a fim de que o setor saúde tenha uma resposta no tocante às condições de saúde da população. Isso abarca investimentos financeiros, capacitações de profissionais e criação de um plano de carreira para os trabalhadores do SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há mulheres com câncer de mama avançado e lesões externas – em especial as que eu atendo – que demoram para procurar um serviço de saúde, deixando as lesões se agravarem. Foi em busca de entender os motivos dessa situação que esta pesquisa surgiu. Em vista disso, o objetivo foi analisar as questões de gênero que atravessam a trajetória, o acesso e o cuidado das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Para isso, este trabalho explorou três eixos que afetam diretamente o diagnóstico precoce do câncer: a) sentimentos frente ao diagnóstico; b) divisão sexual do trabalho e papel social de gênero; e c) acesso e assistência à saúde. A análise, nesse viés, contribuiu para o esclarecimento dos motivos que impedem ou atrasam as mulheres a acessarem os serviços de saúde, evidenciando os desafios que atravessam suas trajetórias e que comprometem a detecção precoce da doença. Mesmo quando identificam alterações na mama previamente, muitas mulheres acabam permitindo a evolução para estágios mais graves. Nessa conjuntura, esse processo envolve o movimento entre a percepção de lesão na mama e a procura pelo atendimento.

Convém assinalar que a sociedade patriarcal, machista, misógina e capitalista impõe às mulheres a responsabilidade integral por: cuidar dos filhos e dos parentes, sustentar a casa, ser boas esposas e boas amantes e zelar pelo lar. Essas atribuições, exclusivamente destinadas às mulheres, são transmitidas de geração em geração, sobrecarregando-as com tarefas e produzindo um sentimento de culpa quando não conseguem desempenhar as funções a elas designadas.

Com base nas discussões empreendidas nesta dissertação, é possível afirmar que a normatização dos papéis sociais femininos ao longo do tempo reflete no corpo das mulheres, que acabam por desconsiderar seu próprio bem-estar tanto em relação à busca pela prevenção do câncer de mama quanto pelo envolvimento em atividades que lhes proporcionem prazer. Quando elas deixam de recorrer aos serviços de saúde ao notar alterações em suas mamas (em decorrência do acúmulo de afazeres domésticos e dos encargos familiares) e quando adiam o tratamento (diante de doenças na família, por exemplo), são culpabilizadas e se culpabilizam por serem indolentes ou negligentes consigo mesmas.

Ademais, as mulheres deixam de saber o que acontece com seus corpos por temerem a perda dos filhos, os danos financeiros, a sensação de inutilidade ou a queda de produtividade. Elas têm medo de morrer, da dor e das mutilações. Quando vão às unidades de saúde, muitas vezes, as mulheres se deparam com o despreparo profissional e a falta de regulação de acesso na RAS. Nessa perspectiva, o desamparo feminino não se limita ao âmbito financeiro e familiar, mas abrange a falta de recursos públicos que assegurem a salvaguarda da mulher em quaisquer circunstâncias, não apenas ligadas ao câncer de mama ou à saúde em geral.

Ao longo do texto, indiquei pontos a serem considerados quanto à RAS, à capacitação de profissionais em protocolos clínicos – equipe multiprofissional –, ao acolhimento das necessidades da usuária, ao desfinanciamento da saúde e aos investimentos em qualificação da APS para detecção e rastreamento das condições de saúde, com foco no câncer de mama. Isso inclui, dessa forma, a agilidade na identificação de mulheres e de exames alterados, e o encaminhamento para o diagnóstico precoce e para o tratamento.

Outro aspecto abordado, embora as mulheres entrevistadas não tenham lesões como as que eu descrevi na apresentação, é o fator tempo entre o acesso à UBS e ao diagnóstico de câncer de mama, o que compromete a vida da mulher e consiste em pistas dos motivos dos cânceres mais avançados.

O acesso aos serviços públicos (como creches ou escolas de educação infanto-juvenil), a oportunidade de bons empregos e bons salários, a garantia de segurança pública, de direitos para mães trabalhadoras, de igualdade salarial entre gênero e raça e de direitos sexuais e reprodutivos impactam diretamente a qualidade de vida feminina. Portanto, é imprescindível que as políticas públicas referentes às mulheres sejam formuladas com a participação ativa delas, implementadas com clareza e agilidade, e atendam efetivamente às necessidades reais e inclusivas.

Vale mencionar que os resultados encontrados nesta pesquisa precisam ser investigados com mais detalhes, já que não pude explorá-los por conta da limitação do tempo do mestrado, além de a amostra não ter trazido um caso tão emblemático como descrito na apresentação. Para os próximos estudos, proponho uma avaliação das campanhas de rastreamento, tendo em vista as questões de gênero e de interseccionalidade discutidas aqui.

Em suma, espero que esta dissertação possa auxiliar os gestores na elaboração de estratégias destinadas ao diagnóstico precoce de câncer de mama, promovendo, assim, uma melhoria na qualidade de vida das mulheres e de suas gerações.

REFERÊNCIAS

AMÂNCIO, V. M.; COSTA, N. S. e S. Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 41-53, jan./abr. 2007. Disponível em: https://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3911/2880. Acesso em: 2 maio 2023.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. **Breast imaging reporting & data system (BI-RADS®)**. 5th ed. Reston: ACR, 2013.

ARAÚJO, I. M. de A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 664-671, dez. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/fT9P8SpfWhZhY47X4GRkgzy/abstract/?lang=pt. Acesso em: 2 maio 2023.

ARAÚJO, L. B. N. de. Das origens do patriarcado ao surgimento do movimento feminista: a conscientização da mulher e a quebra de estereótipos machistas. **Revista Ibero Americana de Humanidades**, **Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 1863-1881, abr. 2022. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4779. Acesso em: 2 maio 2023.

AURELIANO, W. de A. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 49-70, jan. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/T8GDvyqYM3f5rPyT6wwcNyG/abstract/?lang=pt. Acesso em: 2 maio 2023.

BAGNOLI, F.; PALERMO, F.; PEDRINI, J. L.; FREITAS JÚNIOR, R. de; MARQUES, V. **Mastologia**: do diagnóstico ao tratamento. Goiânia: Conexão Propaganda e Editora, 2017. *E-book*.

BARBOSA, I. R.; COSTA, I. do C. C.; PÉREZ, M. M. B.; SOUZA, D. L. B. de. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 1, n. 2, p. 79-86, jul. 2015. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7618. Acesso em: 2 maio.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**: a experiência vivida. 2. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967. v. 2.

BOFF, R. A. (org.). **Mastologia clínica**: abordagem multidisciplinar. Caxias do Sul: Editora Mesa Redonda, 2006.

BRANDÃO, E. R.; ALZUGUIR, F. C. V. **Gênero e saúde**: uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz, 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: CNS, 2012b. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view. Acesso em: 3 jul. 2024.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 3 jul. 2024.

BRASIL. **Lei n° 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF: Presidência da República, 2012a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. **Lei n° 14.758, de 19 de dezembro de 2023**. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.758%2C%20DE%2019%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202023&text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,(Lei%20Org%C3%A2nica%20da%20Sa%C3%BAde). Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm. Acesso em: 2 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta nº 5, de 18 de abril de 2019**. Aprova as Diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2019/portariasconjuntas_sctie_sas_5_2019.pdf. Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_utero_2013.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

CARVALHO, C. C.; GRADIM, C. V. C. Situações de violência vivenciadas por mulheres antes do diagnóstico de câncer de mama. **Journal of Health & Biological Sciences**, Fortaleza, v. 2, n. 4, p. 208-212, dez. 2014. Disponível em: https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/81. Acesso em: 2 maio 2023.

CARVALHO, C. M. R. G. de; BRITO, C. M. S. de; NERY, I. S.; FIGUEIREDO, M. do L. F. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 579-582, jul./ago. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/SgwvhTm9xwHRCXm4njDzYrs/. Acesso em: 2 maio 2023.

CARVALHO, J. M. Fundamentos da política e da sociedade brasileiras. *In*: AVELAR, L. A.; CINTRA, A. O. (org.). **Sistema político brasileiro**: uma introdução. São Paulo: Editora UNESP, 2004. p. 21-33.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, out. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/F8cMBSY8RtNZw3349gRrLqR/abstract/?lang=pt. Acesso em: 2 maio 2023.

CORMANIQUE, T. F.; ALMEIDA, L. E. D. F. de; RECH, C. A.; RECH, D.; HERRERA, A. C. da S. do A.; PANIS, C. Chronic psychological stress and its impact on the development of aggressive breast cancer. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 352-356, jul./sep. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943778/#:~:text=Together%2C%20chronic%20psychological%20stress%20and,patients%20by%20Varker%20et%20al.&text=Altogether%2C%20these%20factors%20are%20putative,breast%20tumors%20with%20aggressive%20characteristics. Acesso em: 2 maio 2023.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. **Câncer de mama**: mulheres que sobreviveram. Fortaleza: Editora UFC, 2003.

FIGUEIREDO, E. M. de A.; CORREIA, M. M.; OLIVEIRA, A. F. **Tratado de oncologia**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2013. v. 2.

FORTUNA, S.; AGULHARI, C. M. Violência contra as mulheres: produção de saberes entre o Serviço Social e a Engenharia da Computação. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. **Anais** [...]. Vitória: EDUFES, 2018. p. 1-16.

FREEMAN, H. P.; RODRIGUEZ, R. L. The History and principles of patient navigation. **Cancer**, Atlanta, v. 117, n. 150, p. 3539-3542, ago. 2011. Disponível em: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.26262. Acesso em: 2 maio 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Câncer de mama: do exame clínico ao exame de imagem. **Portal de boas práticas em saúde da mulher**, Rio de Janeiro, 8 fev. 2019. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/cancer-de-mama-do-exame-clinico-ao-exame-de-imagem/. Acesso em: 2 maio 2023.

GALVÃO, H. C. R.; SOUZA, C. de P.; MICHELI, R. A. D. Câncer de mama hereditário. *In*: VIEIRA, R. A. C.; MAUAD, E. C.; FREGNANI, J. H. T. G. (ed.). **Rastreamento e detecção precoce do câncer**. São Paulo: Lemar e Goi Editora, 2018b. p. 213-221.

GALVÃO, H. C. R.; SOUZA, C. de P.; MICHELI, R. A. D. Risco aumentado para câncer de mama. *In*: VIEIRA, R. A. C.; MAUAD, E. C.; FREGNANI, J. H. T. G. (ed.). **Rastreamento e detecção precoce do câncer**. São Paulo: Lemar e Goi Editora, 2018a. v. 1, p. 208-212.

GANDHI, S.; ROVI, S.; VEJA, M.; JOHNSON, M. S.; FERRANTE, J.; CHEN, P.-H. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. The **Journal of the American Board of Family Medicine**, Waltham, v. 23, n. 3, p. 343-353, may 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20453180/. Acesso em: 2 maio 2023.

GARBER, J. E.; GOLDSTEIN, A. M.; KANTOR, A. F.; DREYFUS, M. G.; FRAUMENI JUNIOR, J. F.; LI, F. P. Follow-up study of twenty-four families with Li-Fraumeni syndrome. **Cancer Research**, Baltimore, v. 51, n. 22, p. 6094-6097, nov. 1991. Disponível em: https://cancerres.aacrjournals.org/content/51/22/6094.full-text.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDMAN, R. E.; FIGUEIREDO, E. N.; FUSTINONI, S. M.; SOUZA ,K. M. J. de; ALMEIDA, A. M. de; GUITÉRREZ, M. G. R. de. Brazilian breast cancer care network: the perspective of health managers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 1, p. 274-281, feb. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/c7QzYYsSb8hLTYyDT6YCkpM. Acesso em: 2 maio 2023.

GURGEL, A. G. S. R.; ARAGÃO, J. M. N.; VASCONCELOS, M. I. O.; MAGALHÃES, A. L. P.; CISTINO FILHO, G.; FEIJÃO PARENTE, J. R. Coordenação da Rede de Atenção ao Câncer de Mama: análise à luz da filosofia *lean* para o diagnóstico precoce. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2313-2322, ago. 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/s7sT4DryDsKGvHzFrsPd8Fh/. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulher_cancer_mama_brasil_3ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/acoes-de-enfermagem-para-o-controle-do-cancer. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Atlas de mortalidade. **INCA**, Rio de Janeiro, 2022b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/app/mortalidade. Acesso em: 2 maio 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Dados e números sobre câncer de mama**: relatório anual 2023. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dados-e-numeros-sobre-cancer-de-mama-relatorio-anual-2023. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes_deteccaoprecoce_cm.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2014_incidencia_cancer_brasil.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama**: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parametros_rastreamento_cancer_mama.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2021b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parametros_tecnicos_rastreamento_cancer_mama_2021.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Versão para profissionais de saúde. **INCA**, Rio de Janeiro, 11 jul. 2022c. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama/versao-para-profissionais-de-saude. Acesso em: 3 jul. 2024.

LASSANCE, M. C. P. A construção de gênero e a formação da identidade profissional feminina. **Revista Tecnologia & Humanismo**, Curitiba, v. 1, n. 17, p. 13-19, ago. 1997. Disponível em: https://periodicos.utfpr.edu.br/rth/article/view/6507. Acesso em: 2 maio 2023.

LAZARINI, F. M.; FELIX, S. B. C. M.; LIMA, J. V. C.; MENDONCA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. A atenção básica no contexto do Sistema Único de Saúde. *In*: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIKOR, L. (org). **Bases da saúde coletiva**. 2. ed. Londrina: EdUEL, 2017. v. 1, p. 239-356.

LIU, Y.; NGUYEN, N.; COLDITZ, G. A. Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. **Women's health**, New York, v. 11, n. 1, p. 65-77, jan. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4299758/. Acesso em: 2 maio 2023.

MAJEWSKI, J. M.; LOPES, A. D. F.; DAVOGLIO, T.; LEITE, J. C. de C. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 707-716, mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ZMs4HLPKB8LzMkC54CYkdjz/. Acesso em: 2 maio 2023.

MARQUES, A. R. K. M.; NOGUEIRA, I. R.; SIQUEIRA, P. E. L.; FRAULOB-AQUINO, J. C.; FONSECA, L. R.; LOUZADA, J. Impactos da pandemia do Covid-19 nos múltiplos cenários da Atenção Básica em Boa Vista. **REVISA**, Valparaíso de Goiás, v. 13, n. 1, p. 138-146, jan. 2024. Disponível em: https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/52. Acesso em: 31 ago. 2024.

MARQUES, C. de L. T. de Q.; SORIANO, E. P.; CARVALHO, M. V. D. de; COELHO JUNIOR, L. G. T. de M.; CALDAS JUNIOR, A. de F.; TAVARES, N. R. de A. L.; BATISTA, M. I. de H. M. Câncer de mama e violência conjugal perpetrada por parceiro. **Derecho y Cambio Social**, Lima, v. 11, n. 37, p. 1-13, jan. 2014. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4750483. Acesso em: 2 maio 2023.

MATOS, M. I. S. de. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. *In*: MATOS, M. I. S. de; SOIHET, R. (org.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003. p. 107-127.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral**: como fazer, como pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2015.

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. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 2 maio 2023.

MENEZES, N. N. T. de; SCHULZ, V. L.; PERES, R. S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n. 2, p. 233-240, ago. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/epsic/a/zxnPftpPJTbnrZYB3gTyfGc. Acesso em: 2 maio 2023.

MICHELLI, R. A. D.; VIANA, D. V.; BRANDÃO, A. C. C.; PALMERO, E. I. Câncer de mama hereditário e rastreamento em população de alto risco. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 52-58, abr./jun. 2013. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-783169. Acesso em: 2 maio 2023.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-30.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Morbidade hospitalar do SUS – por local de residência – Brasil. **DataSUS**, Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def. Acesso em: 3 jul. 2024.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 18, n. 1, p. 49-55, abr. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/VwnvSnb886frZVkPBDpL4Xn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 2 maio 2023.

OLIVEIRA JUNIOR, I.; VIEIRA; R. A. da C. Rastreamento para o câncer de mama. *In*: VIEIRA, R. A. C.; MAUAD, E. C.; FREGNANI, J. H. T. G. (ed.). **Rastreamento e detecção precoce do câncer**. São Paulo: Lemar e Goi Editora, 2018c. v. 1, p. 112-122.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção primária à saúde. **Opas**, Washington, DC, 2023. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude#:~:text=Na%20sua%20ess%C3%AAncia%2C%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o,ao%20longo%20de%20sua%20vida. Acesso em: 3 jul. 2024.

PINHO, L. S.; CAMPOS, A. C. S.; FERNANDES, A. F. C.; LOBO, S. A. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 154-165, jan./abr. 2007. Disponível em https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm. Acesso em: 3 jul. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. Secretaria de Saúde. Procedimento operacional padrão – exame clínico das mamas. **Saúde Londrina**, Londrina, 1 set.

2021. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/39-_EXAME_CLINICO_DAS_MAMAS.pdf. Acesso em: 11 jul. 2024.

REIS, A. C. E. dos; TRIGUEIRO, T. H.; WALL, M. L.; BENEDET, D. F.; VEZZOZO, K.; RABELO, M.; SOARES, V. M. N. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, módulo 2**: saúde da mulher. Curitiba: Coren, 2020.

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'Rey, v. 9, n. 1, p. 1-10, mar. 2019. Disponível em: https://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2758. Acesso em: 3 jul. 2024.

RODRIGUES, R. L.; SCHNEIDER, F.; KALINKE, L. P.; KEMPFER, S. S.; BACKES, V. M. S. Clinical outcomes of patient navigation performed by nurses in the oncology setting: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 2, p. 1-8, may 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/LpQwXL47CbMkzv6w7tnLcRG/. Acesso em: 2 maio 2023.

ROSA-CÓMITRE, A. C. D.; CAMPOS, A. R.; SILVA, F. G. da; JANDOSO, B.; RODRIGUES, C. R. G.; CAMPOS, G. W. de S. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 3553-3562, dez. 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6zDkhSJM9jNmv4RMG8hNhCj/. Acesso em: 3 jul. 2024.

SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidades. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SALIMENA, A. M. de O.; CAMPOS, T. da S.; MELO, M. C. S. C. de; MAGACHO, E. J. de C. Mulheres enfrentando o câncer de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 339-347, set. 2012. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-667076. Acesso em: 2 maio 2023.

SANTOS, L. O. dos. O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 48-49, jun. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/PKJbg7xGtChHVLscHfVyb3S/abstract/?lang=pt. Acesso em: 2 maio 2023.

SANTOS, M. C. L. **Eventos de vida produtores de estresse e câncer de mama feminino**: metanálise. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/2136#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20N%C3%A3o%20houve%20associa%C3%A7%C3%A3o%20entre,estresse%20e%20c%C3%A2ncer%20de%20mama. Acesso em: 2 maio 2023.

SEGAL, S. L.; BITTELBRUNN, A. C.; BIAZÚS, J. V.; MENKE, C. H.; CAVALHEIRO, J. A.; XAVIER, N. L.; RABIN, E. G.; CERICATTO, R. Genética e câncer de mama.

Clinical and Biomedical Research, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 191-197, jul. 2001. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/125734. Acesso em: 7 jul. 2024.

SILVA, L. C. da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, jun. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pe/a/Nt9QhBh3Z6T9pY8hRTgQVjQ. Acesso em: 2 maio 2023.

SILVA, P. A. da; RIUL, S. da S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, nov. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/TMQQbvwZ75LPkQy6KyRLLHx/?lang=pt. Acesso em: 2 maio 2023.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-657243#:~:text=A%20hist%C3%B3ria%20oral%20de%20vida,rela%C3%A7%C3%B5es%20entre%20pessoas%20ou%20grupos. Acesso em: 2 maio 2023.

SIMONE, J. V. Oncologia: introdução. *In*: GOLDMAN, L.; BENNETT, J. C. (ed.). **Cecil**: Tratado de Medicina Interna. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1996. v. 1, p. 1111-1115.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Mama**: estadiamento. São Paulo: SBOC, 2021. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/11145/1/Diretriz%20SBOC%202021.pdf. Acesso em: 14 jul. 2024.

STAREK-ŚWIECHOWICZ, B.; BUDZISZEWSKA, B.; STAREK, A. Alcohol and breast cancer. **Pharmacological Reports**, Berlin, v. 75, n. 1, p. 69-84, fev. 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36310188/. Acesso em: 2 maio 2023.

TESSARO, S.; BRESOLIN, R. Epidemiologia do câncer de mama. *In*: BOFF, R. A. (org.). **Mastologia clínica**: abordagem multidisciplinar. Caxias do Sul: Editora Mesa Redonda, 2006. p. 31-46.

VIANA, A. C.; MONTANHA, D. Incidência de fatores de risco em mulheres com câncer de mama. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 17-25, ago. 2013. Disponível em: https://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/49. Acesso em: 2 maio 2023.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

VIEIRA, I. Autoexame da mama não substitui exame clínico, diz Ministério da Saúde. **Agência Brasil**, Brasília, DF, 19 abr. 2019. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-04/autoexame-da-mama-nao-substitui-exame-clinico-diz-ministerio-da-saude. Acesso em: 13 jul. 2024.

WÜNSCH FILHO, V.; ANTUNES, J. L. F.; BOING, A. F.; LORENZI, R. L. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 427-450, set. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/qcX8GBHHMpsczmYMxf7TJyG/abstract/?lang=pt. Acesso em: 2 maio 2023.

ZIGUER, M. L. P. de S.; BORTOLI, C. D. F. C. D.; PRATES, L. A. Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. **Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 108-113, nov. 2016. Disponível em: https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4119. Acesso em: 2 maio 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Estadual de Londrina
CCS - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Juliana Camilla dos Santos Tomiotto Giuliani, estudante de pós-graduação do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (PPGSC/UEL), orientada pela prof*. Dr*. Marselle Nobre de Carvalho, convido você para participar de forma voluntária da pesquisa de mestrado intitulada **"Diagnóstico de câncer de mama e questões de gênero".**

Esta pesquisa tem como objetivo a compreensão de que as questões de gênero podem interferem na trajetória, acesso e cuidado das mulheres acometidas pelo câncer de mamas, metodologia para coleta das informações será através da utilização do método história de vida.

Os riscos dessa pesquisa envolvem eventuais desconfortos e mobilização dos sentimentos em relação às lembranças sobre o diagnóstico de câncer e percurso de enfrentamento desta experiência. Todos os cuidados serão tomados para reduzir tais riscos, sendo assegurado o direito das participantes de interrupção das entrevistas. E mediante sua solicitação será ofertado acolhimento na necessidade de apoio psicológico através dos serviços de acolhimento da UCDPC do CISMEPAR.

Como benefício, as participantes poderão refletir sobre a organização dos serviços e cuidado recebido contribuindo para o conhecimento sobre as redes e exames disponíveis para a detecção precoce de câncer de mama.

A entrevista, bem como os demais contatos necessários com as participantes deste estudo, será realizada conforme a disponibilidade a mulher podendo ser de forma remota por meio de ligações telefônicas, mensagens, e-mail, videoconferências através da plataforma Google Meet, presencialmente podendo ser em domicilio, unidade básica de saúde ou no ambulatório. As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição e análise. Os dados coletados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora responsável por este estudo e serão armazenados por 5 anos.

A participação no estudo não acarretará custos e a pesquisadora se coloca à disposição para dar suporte e realizar encaminhamentos relacionados às demandas que eventualmente surgirem. Está assegurado seu anonimato e as informações obtidas por meio da pesquisa serão confidenciais. O estudo tem fins acadêmicos e científicos, e as divulgações decorrentes deste não poderão identificá-la de qualquer maneira.

As participantes dessa pesquisa terão total liberdade para se recusarem a participar ou retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer ônus ou prejuízo. E também terão livre acesso aos resultados da pesquisa,

Universidade Estadual de Londrina
CCS - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado

bem como a pesquisadora se compromete a dar um *feedback* para as entrevistadas.

Este termo de consentimento livre e esclarecido tem duas vias, sendo que uma será entregue as participantes e o outra que ficará com pesquisadora.

Eu, _____ declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar meu consentimento de participação a qualquer momento se assim o desejar. Em caso de dúvidas poderei contatar os pesquisadores, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL) pelo telefone (43) 3371-5455, localizado no endereço LABESC - Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14 Campus Universitário - Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445) Londrina- PR - CEP: 86057-970. Endereço eletrônico: cep268@uel.br. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e tirar as minhas dúvidas.

Este projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL) – CAE 71223323.3.0000.5231.

_____

Juliana Camilla dos Santos Tomiotto Giuliani
/ e-mail: juliana.giuliani@uel.br

_____

Marselle Nobre de Carvalho
e-mail: marsellecarvalho@uel.br

_____

Participante

Londrina, ____ de _____ de 2023.

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista

Universidade Estadual de Londrina
CCS - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado

ROTEIRO – ENTREVISTA

- Lembre a mulher sobre a gravação se aceita;
- Esclarecer dúvidas sobre o TCLE e confidencialidade
- Lembrá-la que pode interromper a qualquer momento.
- Se sentir desconfortável não é obrigada a responder

1 – Identificação – Caracterização

Nome:		
Idade:	Raça/cor	
Cidade	Zona Urbana	Zona Rural
Estado civil	Escolaridade	
Mora com quem	Religião	
Possui filhos? Relacione a idade. Possuem algum grau de dependência? Quem cuida deles para você sair ou procurar a saúde?		
Está atualmente trabalhando? Qual a jornada de trabalho		
Cuida de alguém? (parentesco), relacione o grau de dependência.		
Possui algum benefício? (bolsa, BPC,aposentadoria, outros)		

2 – Pergunta indutora:

Questão disparadora: Questão disparadora: Desde quando você descobriu o nodulo até hoje, qual foi sua trajetória/experiência desse processo, algum momento se sentiu violada?

- **Perguntar** - Histórico: Quando descobriu o nódulo? Como foi que descobriu? Fez exames de mamas (mamografia, usg de mamas, auto exames de mamas, exame clinico das mamas) quando foi?, histórico familiar de câncer, antecedentes clinicos (morbidades).
- **Investigar**: questões de gênero, violências, outras formas que poderia ter retardado o diagnostico).
- **Induzir**: Motivo de não ter procurado antes o diagnóstico.
- **Perguntar**: Procurava a unidade de saúde para exames e consultas periódicas? Quais?(buscar se tem vinculo e interferências)
- **Averiguar e induzir**: Como é o relacionamento intra domiciliar: rede de apoio, buscar se há algum sinal de negligencia, abandono, violência ou autoestima, caracteristicas patriarcado.
- **Induzir**: Qual vivencia neste processo (diagnostico/tratamento e acompanhamento)? Como você se vê neste processo? (sentimentos)
- **Perguntar**: Teria algo que deseja conversar ou saber mais?

Encerrar a entrevista com agradecimento.
Data: _____/_____/2023.

ANEXOS

ANEXO A

Fluxos para detecção precoce de lesões suspeitas de câncer de mama e condutas clínicas frente ao resultado de BI-RADS®

Neste anexo, apresento a padronização estabelecida pelo MS por meio do INCA para condutas em todo território nacional frente aos achados clínicos e aos resultados de exames de imagem. Essas recomendações servem como guia para a APS no diagnóstico precoce de câncer de mama e no seguimento (atendimento e acompanhamento) até o tratamento.

Os quadros 10 e 11 descrevem a população-alvo, a periocidade dos exames para o rastreamento da doença e os riscos para o desenvolvimento:

Quadro 10 – População-alvo e periodicidade dos exames para o rastreamento de câncer mama

População-alvo	**Periodicidade dos exames de rastreamento**
Mulheres de 40 a 49 anos.	ECM anual e se alterado, MMG.
Mulheres de 50 a 69 anos.	ECM anual e MMG a cada dois anos.
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado*.	ECM e MMG anual.

Fonte: Brasil (2013b)
*Verificar o quadro 11.

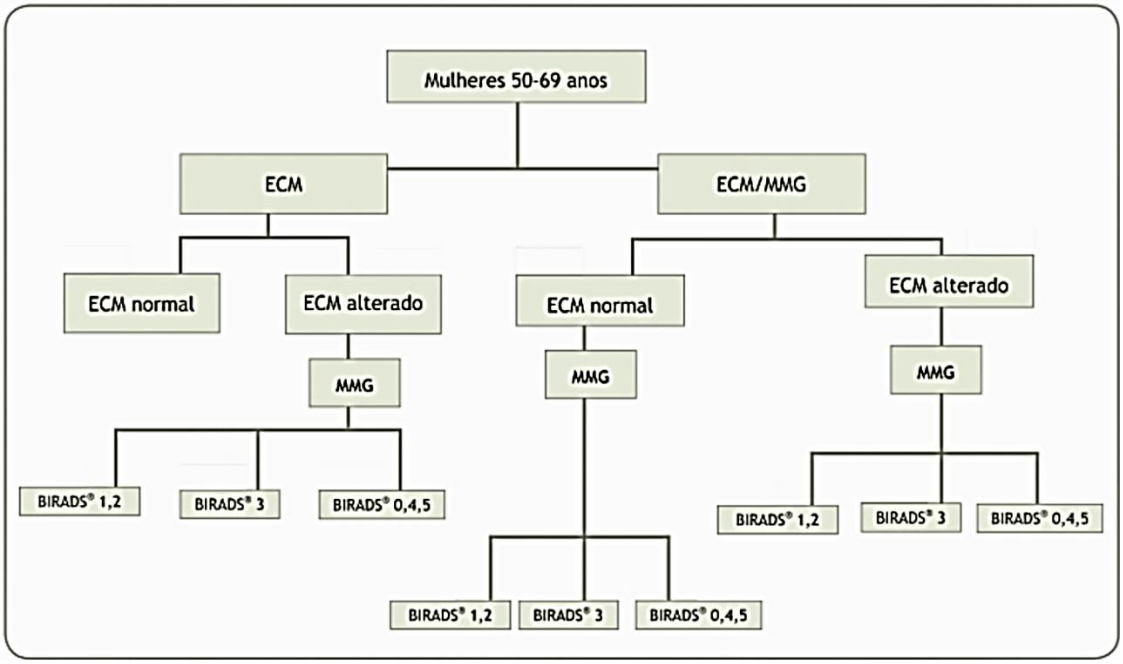
Quadro 11 – Risco elevado para desenvolvimento de câncer de mama, segundo INCA

São consideradas mulheres com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:
- mulheres e homens com mutação ou parentes de 1° grau (materno ou paterno) com mutação comprovada;
- dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras;
- mulheres com história de:
  - familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama em idade < 50 anos;
  - familiar de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral;
  - familiar de primeiro grau com de câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
  - homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama;
  - mulheres com história pessoal de câncer de mama;
  - mulheres com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos.

Fonte: adaptado de INCA (2008, p. 176); Brasil (2013b, p. 88); INCA (2022c); Garber *et al*. (1991)

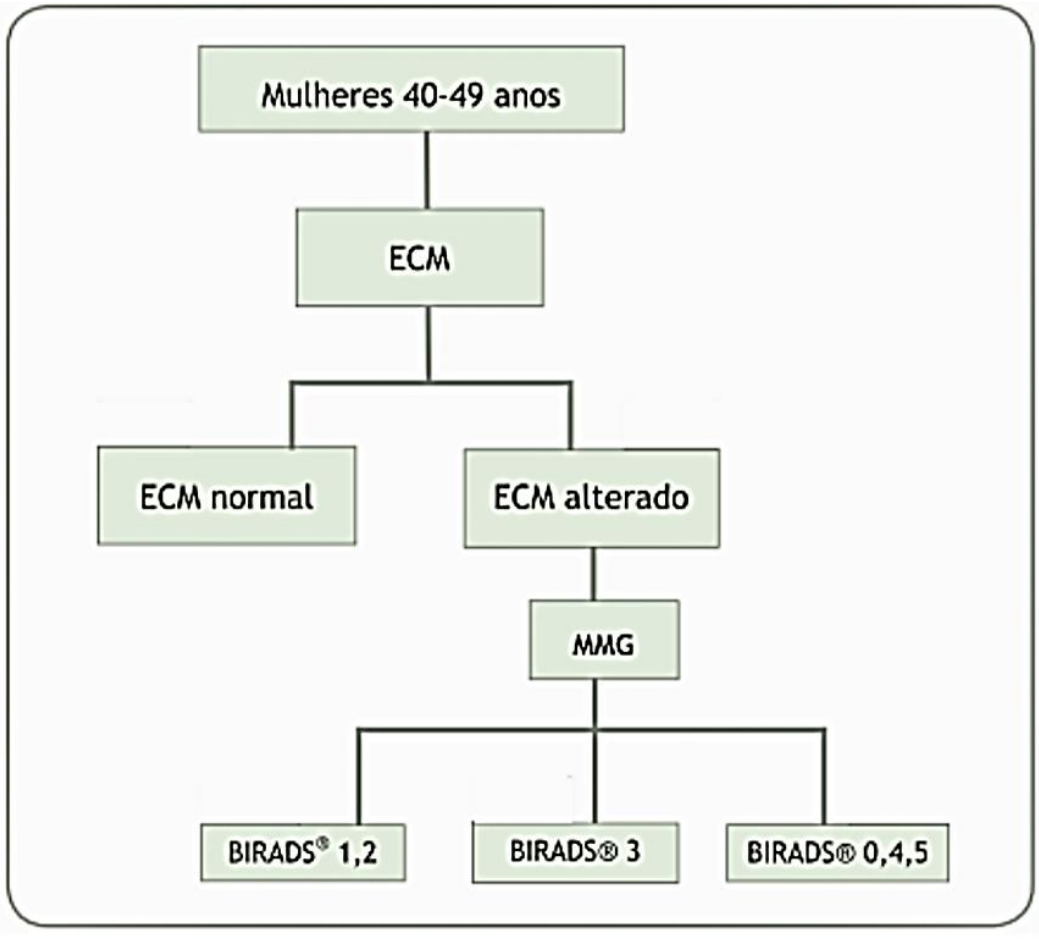
As figuras 10, 11 e 12 ilustram os fluxos de rastreamento partindo do ECM e achados de imagem, de acordo com as recomendações.

Figura 10 – Rastreamento do câncer de mama na população feminina de 50 a 69 anos



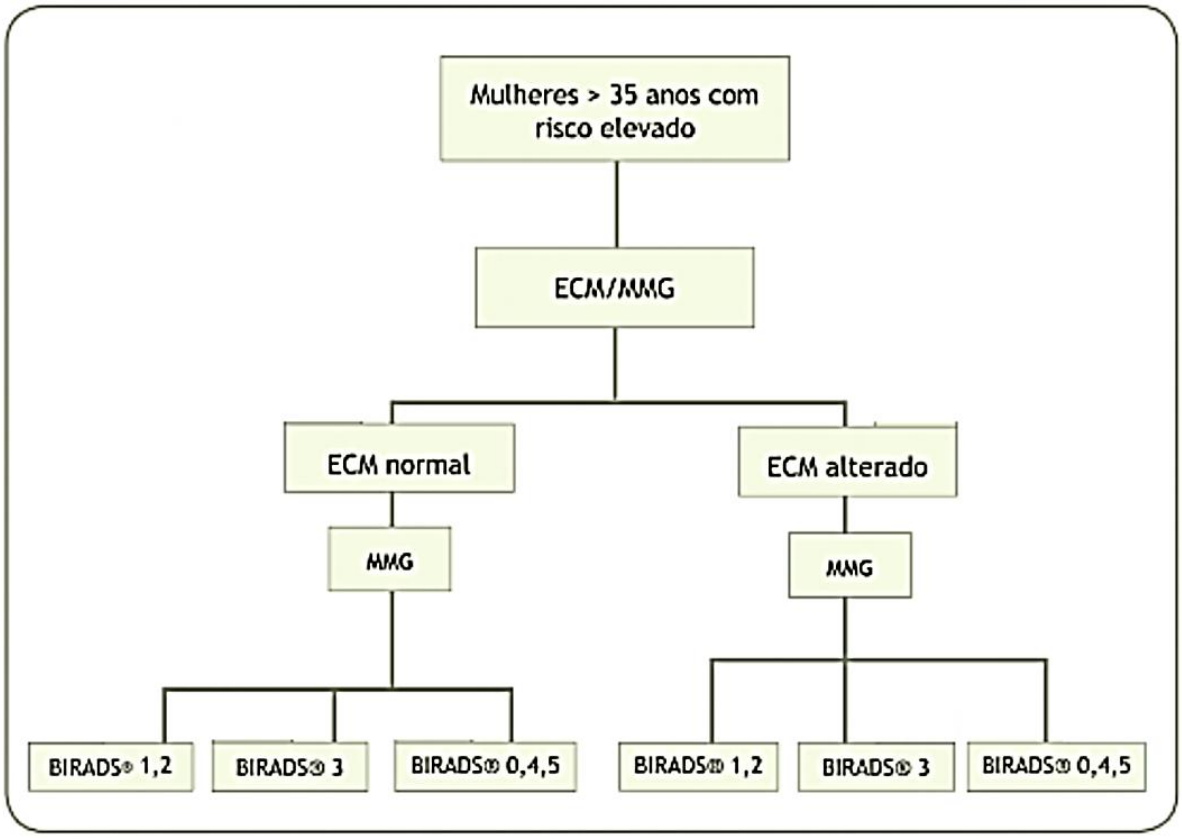
Fonte: INCA (2009, p. 12)

Figura 11 – Rastreamento do câncer de mama na população feminina de 40 a 49 anos



Fonte: INCA (2009, p. 15)

Figura 12 – Rastreamento do câncer de mama na população feminina de 35 anos ou mais, com risco elevado para a doença



Fonte: INCA (2009, p. 18)[47]

Quadro 12 – Sinais e sintomas avaliados no ECM para o diagnóstico precoce de câncer

Sinais e sintomas considerados como referência para os serviços de diagnóstico mamário precoce
• qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos*;
• nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos que persistem por mais de um ciclo menstrual;
• nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho em mulheres adultas de qualquer idade;
• descarga papilar sanguinolenta unilateral;
• lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
• homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral;
• presença de linfadenopatia axilar;
• aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
• retração na pele da mama;
• mudança no formato do mamilo.

Fonte: a própria autora com base no INCA (2021a)
*SBM considera qualquer nódulo de mulheres acima de 40 anos.

Os exames de imagem das mamas recebem uma padronização de nomenclatura que reúne características ligadas aos tipos de lesão e à alteração do tecido mamário (Quadro 12). Tal padronização é chamada de BI-RADS®, uma sigla em inglês que significa Sistema de Laudos e Registro de Dados de Imagem da Mama, publicada pelo ACR e recomendada pelo CBR. Dessa maneira, os laudos

mamográficos são padronizados, reduzindo os fatores de confusão na descrição e interpretação das imagens e facilitando o monitoramento do resultado final do exame (ACR, 2013; Bagnoli *et al*., 2017).

A classificação BI-RADS® inclui a evolução diagnóstica e a recomendação da conduta, embora não a história clínica e o exame físico da mulher devam ser levados em consideração (INCA, 2008).

O quadro 13 apresenta o risco de câncer de mama, conforme a padronização BI-RADS®, e as condutas em relação aos achados nas imagens (USG mamas, MMG e RNM de mamas).

Quadro 13 – Categoria de avaliação de imagem, conforme a padronização BI-RADS® e recomendação de conduta

Categoria de BI-RADS® e avaliação	**Risco de câncer de mama**	**Conduta**
Categoria 0: incompleta – requer avaliação por imagem adicional e/ou MMGs anteriores para comparação.	Não se aplica	Reconvocação para aquisição de imagens adicionais e/ou comparação com exames anteriores. MMG: avaliação adicional com exame de imagem e/ou comparação com exames anteriores. USG e RM: avaliação adicional com exame de imagem.
Categoria 1: negativa.	< 0,05%	Rastreamento mamográfico de rotina.
Categoria 2: achado(s) benigno(s).	< 0,05%	Rastreamento mamográfico de rotina.
Categoria 3: achado(s) provavelmente benigno(s).	< 2%	Seguimento de curto prazo (seis meses). Controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e no terceiro ano). Confirmada a estabilidade da lesão, voltar à rotina. Eventualmente realizar biópsia.
Categoria 4: achado(s) suspeito(s).	Entre 2% e 95%	Encaminhar para consulta médica especializada. Biópsia e estudo histopatológico.
Categoria 4A: baixa suspeita de malignidade.	Entre 2% e 10%	
Categoria 4B: moderada suspeita de malignidade.	Entre 11% e 50%	
Categoria 4C: alta suspeita de malignidade.	Entre 50% e 95%	
Categoria 5: achado altamente sugestivo de malignidade.	Superior a 95%	Encaminhar para consulta médica especializada. Biópsia e estudo histopatológico.
Categoria 6: malignidade comprovada por biópsia.	Não se aplica	Conduta apropriada.

Fonte: ACR (2013, p. 124)

ANEXO B

Estadiamento anatômico inicial de câncer de mama: classificação TNM (2004)

Neste anexo, foram utilizadas as diretrizes clínicas do MS do câncer e da SBD. O intuito é indicar ao leitor que a pesquisa foi baseada num critério clínico e mostrar como foi realizada essa classificação.

As mulheres avaliadas e diagnosticadas com câncer de mama na Unidade da mama do CISMEPAR são sistematicamente estadeadas a fim de subsidiar os profissionais a seguir as orientações pós-diagnóstico e as solicitações de exames, facilitando a navegação (enfermagem) e o aconselhamento pós-diagnóstico (psicologia e nutrição). O estadiamento pode ser feito na detecção do câncer.

O sistema de estadiamento é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), TNM[48]. Esse sistema se baseia na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos LFNs das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou a ausência de metástases a distância (M). Considera-se também, além da classificação TNM: a localização (mama), o tipo histopatológico – Carcinoma Ductal *In Situ* (CDIS), Carcinoma Lobular *In Situ* (CLIS), Carcinoma Ductal Infiltrante ou Invasor (CDI), Carcinoma Lobular Infiltrativo ou Invasor (CLI), Câncer Inflamatório (CI), entre outros –, a produção de substâncias, as manifestações clínicas do tumor, bem como o sexo, a idade, os comportamentos e as características biológicas do paciente e os achados da anamnese (retração de pele, pele casca de laranja, tumoração externa etc.).

São utilizados parâmetros para estabelecer um grau de estadiamento. Os paramentos são: de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1. O estádio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e a sua relação com o hospedeiro. O estadiamento pode ser anatômico e prognóstico. Realizar um estadiamento de um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação e direcionar e definir os métodos de tratamento.

---

[48] O MS (no anexo da Portaria Conjunta nº 5 de 2019, “Diretrizes diagnósticas e terapêuticas Carcinoma de mama”) utilizou o manual da American Joint Comitee on Cancer (AJCC), que adota o mesmo sistema TNM, tendo sua oitava edição publicada em 2017.

Os quadros 14, 15 e 16 são utilizados para determinar características de cada parâmetro do câncer de mama, já o quadro 17 mostra a classificação do estadiamento.

No quadro 14, T significa tumor, ou seja, o tamanho de acordo com a imagem, a localização da lesão (Doença de Paget), a presença de alterações no órgão, o local onde o tumor está instalado (pele, ulcerações) e o tipo de câncer mamário. O caso de Deméter, por exemplo, foi classificado como T2, visto que o tumor tinha o tamanho de 3,1 cm ou 31 mm no seu maior diâmetro, sem alterações externas ao órgão.

Quadro 14 – Classificação anatômica do câncer de acordo com o TNM, pelo tumor (T)

T	**Definição**
Tx	Não avaliável.
T0	Sem evidência de tumor primário.
Tis (CDIS)	CDIS (CLIS foi retirado, pois é considerado uma entidade benigna).
Tis (Paget)	Doença de Paget do mamilo sem Carcinoma Invasivo associado e/ou CDIS no parênquima mamário subjacente Carcinomas no parênquima mamário associados à Doença de Paget são classificados de acordo com a doença parenquimatosa, ainda que a presença da Doença de Paget deva ser descrita.
T1	Tumor ≤ 20 mm.
T1mic	Tumor ≤ 1 mm.
T1a	Tumor > 1 mm e ≤ 5 mm (arredondar 1,0-1,9 mm para 2 mm).
T1b	Tumor > 5 mm e ≤ 10 mm.
T1c	Tumor > 10 mm e ≤ 20 mm.
T2	Tumor > 20 mm e ≤ 50 mm.
T3	Tumor > 50 mm.
T4	Tumor de qualquer tamanho com extensão direta para a parede torácica e/ou pele (ulceração ou nódulos macroscópicos). Invasão da derme isolada não configura T4.
T4A	Extensão para a parede torácica. Invasão ou aderência ao músculo peitoral na ausência de invasão de estruturas da parede torácica. Não configura T4.
T4B	Ulceração e/ou nódulos macroscópicos satélites ipsilaterais e/ou edema da pele que não cumpre critérios para CI (incluindo pele em “casca de laranja”).
T4D	Presença de T4A e T4B.
T4D	CI.

Fonte: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (2021)

No quadro 15, N significa LFN, conforme a terminologia da língua inglesa: *Lymphnodes*. É feita a avaliação quanto à presença de LFNs (gânglios) em axilas (regionais), em mamas e em regiões supraclaviculares, verificando também se há caraterística de mobilidade. No caso de Deméter, há a presença de LFN ipsilateral (homolateral ou do mesmo lado em que está localizado o tumor). Nesse sentido, classificamos o câncer como N1 por apresentar células cancerígenas, sem outras características.

Quadro 15 – Classificação clínica do câncer de mama de acordo com o TNM, pela presença de linfonodo (N)

N	Definição
Nx	Não avaliável (LFN não examinados ou removidos previamente).
N0	Sem metástases para LFN regionais (imagem ou clínica).
N1	Metástase em LFN axilares móveis ipsilaterais (níveis I ou II).
N1mi	Micrometástases (aproximadamente 200 células, maior que 0,2 mm, mas nenhuma maior que 2 mm). Raramente utilizado, mas pode ser apropriado em casos em que a Biópsia do Linfonodo Sentinela (BLS) é realizada antes da ressecção tumoral, mais comumente em casos de tratamento neoadjuvante.
N2	Metástase em LFN axilar(es) ipsilateral(is) (níveis I ou II) que esteja(m) fixo(s) e/ou coalescentes, ou Metástase em LFN mamário(s) interno(s) ipsilateral(is) na ausência de LFN axilar(es) acometido(s).
N2A	Metástase em LFN axilar(es) ipsilateral(is) fixo(s) ou coalescente(s) entre si ou com outras estruturas.
N2B	Metástase em LFN mamário(s) interno(s) ipsilateral(is) na ausência de LFN axilar(es) acometido(s).
N3	Metástase em LFN infraclavicular(es) (nível III axilar) com ou sem envolvimento axilar de níveis I ou II, ou metástase em LFN mamário(s) interno(s) com acometimento axilar em níveis I ou II, ou metástase em LFN supraclavicular(es) ipsilateral(is) com ou sem acometimento axilar ou mamário interno.
N3A	Metástase em LFN infraclavicular(es) (nível III axilar) com ou sem envolvimento axilar de níveis I ou II.
N3B	Metástase em LFN mamário(s) interno(s) com acometimento axilar em níveis I ou II.
N3C	Metástase em LFN supraclavicular(es) ipsilateral(is) com ou sem acometimento axilar ou mamário interno.

Fonte: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (2021)
Ipsilateral: homolateral, ou seja, do mesmo lado do tumor maligno.

O quadro 16 descreve a classificação do câncer de mama em relação à presença de Metástases (M). No caso de Deméter, não houve identificação de metástase de LFN, pois não foram avaliadas outras imagens além daquelas que são realizadas para a biopsia da mama. Então, a classificação foi M0.

Quadro 16 – Classificação clínica do câncer de mama de acordo com o TNM, pela presença de metástase à distância (M)

M	Definição
M0	Ausência de metástases a distância (clínica ou imagem).
M1	Presença de metástase a distância (inclusive metástase em qualquer outro LFN que não os regionais homolaterais, entre eles os LFNs cervicais ou mamários internos contralaterais).

Fonte: Brasil (2019)

Finalmente, o quadro 17 mostra o agrupamento de acordo com o TNM, utilizado para identificar em qual estágio da doença inicialmente a mulher está. A partir dos quadros 14, 15 e 16, a classificação do caso de Deméter ficou da seguinte maneira: T2N1M0. Tais elementos são encontrados no quadro 17 e indicam o estádio anatômico IIB.

Quadro 17 – Agrupamento de acordo com o TNM: anatômico

Estádio	**T**	**N**	**M**
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T0/T1	N1mi	M0
IIA	T0/T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0-T3	N2	M0
	T3	N1	M0
IIIB	T4	N0-N2	M0
IIIC	Qualquer	N3	M0
IV	Qualquer	Qualquer	M1

Fonte: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (2021)

Convém ressaltar que um dos critérios de inclusão desta pesquisa foi o estadiamento acima de IIA. A distribuição das mulheres ficou dessa forma: estádio IIA (cinco mulheres entrevistadas) e estádio IIB (duas mulheres entrevistadas). Atualmente, após as atualizações do TNM, houve a inserção de novos parâmetros para realizar o estadiamento, sendo utilizados também os marcadores do imunohistoquímico, a peça cirúrgica e outros exames para rastreamento de metástases.

ANEXO C

Termo de Autorização Institucional

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Diego Augusto Buffalo Gomes, ocupante do cargo de Diretor Executivo no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – CISMEPAR, CPF
AUTORIZO a Sra. Juliana Camilla dos Santos Tomiotto Giuliani, portadora do RG
e CPF mestranda do Programa em Saúde Coletiva – UEL, nº da matrícula institucional 202210540019, e colaboradora em nossa instituição sob matricula 2633, realizar observação e/ou entrevista com as usuárias do serviço que consultaram na Unidade de Cuidado de Detecção Precoce de Câncer- Unidade da Mama – CISMEPAR, para a realização do Projeto de Pesquisa com o título provisório **Diagnóstico precoce de câncer de mama feminino e questões de gênero,** que tem por objetivo primário de compreender se as questões de gênero interferem na trajetória, acesso e cuidado das mulheres acometidas pelo câncer de mama.
A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

1. Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos.
2. Assegura privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Londrina, 26 de maio de 2023.

DIEGO AUGUSTO BUFFALO GOMES:03930138980
Assinado de forma digital por DIEGO AUGUSTO BUFFALO GOMES:
Dados: 2023.05.26 09:35:17 -03'00'

Diego Augusto Buffalo Gomes
Diretor Executivo
CISMEPAR

Travessa Goiânia, 152 – CEP: 86020-170 – Londrina-PR – Fone: (43) 3371-0800
www.cismepar.org.br

ANEXO D

Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA E QUESTÕES DE GÊNERO
Pesquisador: MARSELLE NOBRE DE CARVALHO
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 71223323.3.0000.5231
Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.255.038

Apresentação do Projeto:
- Trata-se estudo qualitativo e do tipo estudo de caso, com temática focada em questões de gênero e diagnóstico de câncer de mama.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Geral/primário da pesquisa:
- O objetivo geral é analisar as questões de gênero que atravessam a trajetória, o acesso e o cuidado das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Objetivos específicos:
- Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.
- Conhecer as histórias das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.
- Analisar a trajetória e o acesso aos serviços de saúde das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.
- Analisar os fatores que afetam o autocuidado das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
- Eventuais desconfortos e mobilização de sentimentos em relação às lembranças sobre o diagnóstico de câncer

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br

e percurso de enfrentamento desta experiência.

Benefícios:
- Refletir e conhecer melhor os serviços de saúde e a organização da rede de cuidados à saúde integral das mulheres e todas as informações e análises produzidas devem ser revertidas para a formulação de políticas públicas eficientes e acessíveis para todas as mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
- O estudo é relevante, uma vez que aborda a temática sobre questões de gênero e diagnóstico de câncer de mama.
- O projeto apresenta relevância social e científica devidamente justificados, os materiais e métodos empregados são pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
(Checagem dos documentos apresentados e se estão de acordo com as resoluções)

- Folha de rosto. OK
- TCLE_1_assinado. OK
- Projeto de pesquisa/ Mestrado completo. Nome (Juliana Camilla dos Santos Torniotto Giuliani) OK
- 02 Termos de Sigilo de Confidencialidade. (Orientadora e da Mestranda) OK
- Instrumento de coleta de dados. (Análise de Prontuário e Entrevista) OK
- Orçamento. OK
- Cronograma. OK Coleta de Dados no mês Junho, Julho e Agosto de 2023.
- Patrocínio se houver (carta ou assinatura na folha de rosto). Não se aplica.
- Declaração de autorização da instituição co- participante OK. (Assinadas pelo diretor CISMEPAR). Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

- Folha de rosto:
- Preenchida e assinada pela proponente /Orientadora / Marselle Nobre de Carvalho e pela coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ Brígida Gimenez Carvalho.

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE):

- O TCLE está construído de acordo com as resoluções vigentes (466/2012 e 510/2016). OK
- A redação está em forma de convite com linguagem clara e acessível ao nível de conhecimento/entendimento do participante. OK
- Apresenta o título da pesquisa; objetivos da pesquisa, e, nome do responsável pela pesquisa. OK
- Aponta um mínimo de possibilidade de danos decorrentes da participação na pesquisa. Apresenta as providências a serem empregadas para evitar situações que possam causar danos. OK

- Garante a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem acarrete em qualquer ônus ou prejuízo. OK

- Garante a manutenção do sigilo e da confidencialidade preservando a identidade durante toda a pesquisa, exceto quando houver sua manifestação explícita em sentido contrário, mesmo após o término da pesquisa. OK

- Informação do e-mail, telefone e endereço do responsável pela pesquisa. OK

- Breve explicitação sobre o CEP, e informação do e-mail, telefone e endereço do CEP-UEL Informação do e -mail, telefone e endereço do CEP-UEL. OK

- Garantia que TCLE será em duas vias, sendo uma entregue ao participante e o outra que ficará com pesquisador. OK

- A pesquisadora apresenta o TCLE. OK

* Na versão 02, no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução 510/2016, apresentou um parágrafo, garantindo aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa. (PENDÊNCIA 01 ATENDIDA).

Termo de Sigilo e Confidencialidade:

- Apresenta o 02 Termos de Sigilo e Confidencialidade. (um assinado pela Orientadora e outro pela Mestranda)

Declaração de autorização da instituição co-participante:
- (Assinadas pelo diretor CISMEPAR) Consorcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema.
- Unidade de Cuidado de Detecção Precoce de Câncer (UCDPC).

Coleta de Dados:
- Os dados coletados por meio da análise dos prontuários serão digitados em uma planilha Microsoft Excel e analisados por meio de frequências absolutas e relativas.
- As entrevistas serão transcritas e submetidas à análise de conteúdo considerando as variáveis propostas pelo roteiro de entrevista.
- O diário de campo e os documentos também serão submetidos a análise de conteúdo;

* Na versão 02, apresentou o Instrumento de Coleta de Dados. Questionário e/ou o roteiro que norteará as entrevistas semiestruturadas. (PENDÊNCIA 02 ATENDIDA).

Cronograma:
- Na versão 01, no Cronograma da pesquisa no documento PB_Informações Básicas, e, também, no Projeto de Pesquisa, indicavam a data de início da "coleta de dados" em Junho.

* Na versão 02, o Cronograma da pesquisa no documento PB_Informações Básicas, da "coleta de dados" será realizada em 21/08/2023 até 31/10/2023. (PENDÊNCIA 03 ATENDIDA).

Orçamento e Financiamento:
- Financiamento: Próprio
- Gasto de 100 Reais de Fotocopia do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
CONCLUSÕES

O Comitê de Ética da UEL analisou os novos documentos/PDFs do Projeto de Pesquisa intitulado: DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA E QUESTÕES DE GÊNERO, na Versão 02 postados na Plataforma Brasil do referido Projeto de Pesquisa e atesta o cumprimento de todas as pendências:

PENDENCIA 01
- Considerando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução 510/2016, solicitou-se incluir no TCLE a garantia que todos os participantes terão o acesso aos resultados da pesquisa.

ANÁLISE: PENDÊNCIA 01 ATENDIDA.
- No Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE Versão 2), de acordo com a resolução 510/2016, a pesquisadora elaborou um parágrafo, em que garantiu aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa.

PENDENCIA 02
- Apresentar o instrumento de Coleta de Dados. Questionário e/ou o roteiro que norteará as entrevistas semiestruturadas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA 02 ATENDIDA.
- Na versão 02 apresentou o instrumento de Coleta de Dados. Questionário e/ou o roteiro que norteará as entrevistas semiestruturadas.

PENDENCIA 03
- Alterar o Cronograma da pesquisa no documento PB_Informações Básicas, e também no Projeto de Pesquisa. Sugerimos indicar nestes a data/mês de início da "coleta de dados" após o parecer de aprovação por este Comitê.

ANÁLISE: PENDÊNCIA 03 ATENDIDA.

- O Cronograma da pesquisa no documento PB_Informações Básicas, na versão 02, da "coleta de dados" será realizada em 21/08/2023 até 31/10/2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2137965.pdf	14/08/2023 22:58:55		Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Juliana_v2_corrigido.pdf	14/08/2023 22:57:35	MARSELLE NOBRE DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	25/07/2023 15:30:41	MARSELLE NOBRE DE CARVALHO	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	11/07/2023 10:42:01	MARSELLE NOBRE DE CARVALHO	Aceito
Outros	Termo_Marselle.pdf	22/05/2023 11:12:45	MARSELLE NOBRE DE CARVALHO	Aceito
Outros	Termo_Juliana.pdf	22/05/2023 11:12:32	MARSELLE NOBRE DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_projeto_Juliana.pdf	22/05/2023 10:08:15	MARSELLE NOBRE DE CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Juliana_PPGSC2023.pdf	22/05/2023 10:07:37	MARSELLE NOBRE DE CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

LONDRINA, 22 de Agosto de 2023

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))