

Itinerário terapêutico de mulheres com câncer**Therapeutic itinerary of women with cancer**

DOI:10.34117/bjdv6n6-659

Recebimento dos originais: 29/05/2020

Aceitação para publicação: 30/06/2020

Ana Paula Agostinho Alencar

Mestre em Ciências da Saúde. Filiação Universidade Regional do Cariri (URCA), Departamento de Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).
E-mail: anapaulaagostinho0@gmail.com

José Hiago Feitosa de Matos

Mestrando em Enfermagem Universidade Regional do Cariri (URCA). Departamento de Enfermagem. Membro do Grupo de pesquisa em Oncologia da Universidade Regional do Cariri.

Jóice Fabricio de Souza

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Vanderlânia Macêdo Coêlho Marques

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Petrúcyra Frazão Lira

Mestre em Educação Brasileira. Filiação: Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN). Departamento de Enfermagem. Grupo de Pesquisa Clínica, cuidado e gestão em saúde (GPCLIN).

Antônia Elizangela Alves Moreira

Acadêmica em enfermagem na Universidade Regional do Cariri. Departamento de Enfermagem.

Patrícia Agostinho da Silva Laurentino

Enfermeira especialista em Saúde da Família. Filiação: Hospital Regional de Patos-PB.

RESUMO

Objetivou - se conhecer o itinerário terapêutico de mulheres com câncer de colo de útero ou de mama. O câncer se configura como um problema de saúde pública mundial. O diagnóstico precoce é a melhor medida preventiva e a que permite o melhor prognóstico, sendo que a organização do sistema de saúde é o principal fator que influencia o fluxo e contrafluxo do usuário na rede e conseqüentemente, a otimização do tempo entre o início dos sinais e sintomas e o tratamento. Nesse sentido, entender o funcionamento do fluxo é fundamental para orientar o usuário na busca por cuidado em seus itinerários terapêuticos. Trata se de uma pesquisa descritiva, exploratória de natureza qualitativa. A pesquisa foi realizada no setor de quimioterapia oncológica de um Hospital e Maternidade, localizado no município de Barbalha, na Região Metropolitana do Cariri. Para a coleta de dados, utilizou- se um roteiro de entrevista-semiestruturada e para a análise dos dados realizou-se a análise de conteúdo orientada por Bardin. Quanto ao itinerário todas as mulheres não conseguiram o tratamento

exclusivamente e em tempo oportuno nas redes de saúde, todas fizeram opção em algum momento pelo tratamento particular. Nos relatos as mudanças de vida desde o diagnóstico foram: financeiramente, emocionalmente e principalmente na luta pelo tratamento. Em suma o tratamento poucos conseguem iniciar o tratamento precocemente, e mesmo perante tantas barreiras existem as facilidades, as quais são enaltecidas para ajudarem na luta ao tratamento.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico. Câncer de mama. Câncer de útero.

ABSTRACT

The objective was to know the therapeutic itinerary of women with cervical or breast cancer. Cancer is a worldwide public health problem. Early diagnosis is the best preventive measure and the one that allows the best prognosis, and the organization of the health system is the main factor that influences the flow and counterflow of the user in the network and, consequently, the optimization of the time between the beginning of the signs and symptoms and treatment. In this sense, understanding the functioning of the flow is fundamental to guide the user in the search for care in their therapeutic itineraries. It is a descriptive, exploratory qualitative research. The research was carried out in the oncological chemotherapy sector of a Hospital and Maternity, located in the city of Barbalha, in the Metropolitan Region of Cariri. For data collection, a semi-structured interview script was used and for data analysis, content analysis guided by Bardin was performed. As for the itinerary, all women did not get treatment exclusively and in a timely manner in the health networks, all of them chose at some point for private treatment. In the reports, life changes since the diagnosis were: financially, emotionally and mainly in the struggle for treatment. In short, treatment few manage to start treatment early, and even in the face of so many barriers there are facilities, which are praised to help fight treatment.

Keywords: Therapeutic itinerary. Breast cancer. Uterine cancer.

1 INTRODUÇÃO

O câncer se configura como um problema de saúde pública mundial e segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) as neoplasias malignas são caracterizadas por uma transformação genética de uma célula que passa a se dividir sem controle, gerando células semelhantes com a capacidade de invadir tecidos adjacentes.

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), no ano de 2030, ocorrerão 27 milhões de casos novos de neoplasias malignas e 17 milhões de mortes por esta causa. As estimativas para o ano de 2016, válidas também para 2017, publicadas pelo INCA, referem 600 mil casos incidentes de câncer no Brasil. Desses, 74.190 mulheres serão acometidas pelo câncer de mama e colo do útero¹.

No mundo, a incidência e mortalidade de mulheres com câncer do colo do útero ou mama vem aumentando apesar de todas as manifestações pelas organizações pan-americanas da saúde em busca de incentivo, prevenção e identificação precoce desses tipos de cânceres².

No Brasil este cenário não é diferente, os indicadores mostram que as neoplasias malignas de mama e do colo do útero ocupam o primeiro e o terceiro lugar, respectivamente, dentre as causas de mortalidade por câncer no sexo feminino³.

O país tem demonstrado esforços crescentes para mudar este cenário, melhorando a eficiência dos níveis de atenção à saúde com políticas públicas voltadas a prevenção de câncer, como: pactuação de indicadores, e estabelecimento de leis que reforçam os direitos dos usuários⁴.

Dentre as políticas públicas voltadas aos direitos das mulheres, pode – se citar: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino- Viva Mulher, Política Nacional de Atenção Oncológica, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não – Transmissíveis no Brasil e a lei nº 12.732 (lei dos 60 dias) que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, porém a adesão a essas práticas permanecem frágeis⁵.

Muitas ações fornecidas por esses programas podem reduzir a morbimortalidade pelo câncer de mama e colo do útero, porém verifica – se que o percurso dessas mulheres em busca de exame preventivo, ao tratamento e resolutividade dos problemas não acontece de forma ágil⁶.

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

O itinerário terapêutico é constituído por uma rede de relações e é uma ferramenta importante com alta relevância para compreender as necessidades em saúde das pessoas e podem ser entendidos como a busca de cuidados terapêuticos pelos indivíduos⁷

Diante desta abordagem surgiu o interesse em conhecer o itinerário terapêutico das mulheres com câncer de colo de útero ou de mama a partir de uma escuta qualificada. Pretende-se com este estudo identificar os pontos cruciais deste processo de itinerário terapêutico dessas mulheres em busca de contribuir com descoberta das causas para incidência aumentada do câncer de mama e colo do útero, proporcionando uma nova produção científica que servirá de base para melhorias de acesso e qualidade de assistência com segurança a essas mulheres com câncer de mama ou de colo de útero.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracterizou - se como uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no setor de quimioterapia oncológica de um Hospital e Maternidade de Referência localizado no município de Barbalha, Estado do Ceará, na região metropolitana do Cariri. Participaram do estudo sete mulheres.

A amostra foi constituída por pacientes atendidos no ambulatório do setor de quimioterapia, de acordo com os critérios de inclusão a seguir: possuir câncer de mama ou colo do útero, sexo

feminino, com idade igual ou superior a 18 anos, ser atendidas no ambulatório de quimioterapia da instituição. E como critérios de exclusão: possuir algum transtorno ou doença mental ou situação de substancial diminuição de sua capacidade de decisão e de resposta a entrevista. Os critérios de amostragem foram estabelecidos com base em Minayo^{8,9}.

Os relatos foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, seguindo uma relação de perguntas contendo questões abertas. As entrevistas foram registradas manualmente em um caderno. Os dados foram colhidos no período de novembro de 2017, no referido hospital, no setor de tratamento quimioterápico. Os resultados do estudo foram submetidos ao método de análise de conteúdo de Bardin.

A presente pesquisa obedeceu aos princípios e diretrizes constantes nas resoluções advindas do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em especial à resolução N^o. 510/2016. Os sujeitos da pesquisa foram respeitados quanto a sua autonomia e dignidade, observando o sigilo e confidencialidade dos dados envolvidos, entre eles a preservação da identidade das participantes e permitindo-lhes retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Assim, as participantes da pesquisa receberam explicações sobre a finalidade e objetivos do estudo, bem como o caráter voluntário do envolvimento. A partir disso, os participantes que aceitarem participar e responder as perguntas da referida pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

O trabalho foi submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Regional do Cariri, localizada na cidade de Crato sendo aprovado pelo parecer de número **2.354.475**, subsequentemente, o estudo foi encaminhado para a comissão Interna Multiprofissional de Ética em Pesquisa (CIMEP) do Hospital para receber a aprovação e iniciar o processo de coleta de dados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

O quadro 1 traz o perfil sócio demográfico levando em consideração a população do estudo que se concluiu com sete indivíduos do sexo feminino sendo (três) mulheres na 5^a década de vida, (duas) na quarta e (uma) na 3^a, seguida de (uma) mulher na 7^a; a cor parda apareceu sendo indicada por (quatro) das sete entrevistadas. Esses dados com o estudo sobre perfil demográfico e clínico de mulheres com câncer de colo de útero corrobora com o estudo onde traz a prevalência de mulheres na quinta década de vida (49,3%), e o maior número de mulheres com diagnósticos são da cor não branca (76,8%)⁹.

As mulheres em estudo mostraram uma estrutura familiar diversificada onde, (uma) mora sozinha e (seis) moram com companhia sendo essas: esposo, filhos, tia, primo ou irmã. Capta-se na caracterização que da população (três) são casadas, (duas) divorciadas e (duas) solteiras.

Quanto a educação, todas concluíram o ensino médio, ao contrário dos estudos de alguns autores⁹, mostra que (70,9%) tinha o primeiro grau incompleto. Todas as pacientes são de naturalidade do estado do Ceará.

Em relação a ocupação no momento do estudo (três) são aposentadas, (três) não trabalham e (uma) se classificou como comerciante mas deixou claro que no momento não estava trabalhando, esses resultados difere em partes de estudo¹⁰ que de 13 participantes na sua pesquisa 2 eram aposentados, corrobora quando afirma que todo o restante não trabalhavam mais devido a doença e ressalta, nesta fase da entrevista pude notar o grande pesar que os participantes apresentaram quando se foi mencionado a palavra trabalho. Vide quadro 1.

De acordo com o quadro 2, o qual resulta a caracterização clínica das pacientes participantes do estudo (cinco) das sete mulheres não tinham história familiar de qualquer tipo de câncer, o Instituto Nacional de Câncer INCA (2016) diz: **Fatores genéticos/hereditários** - Estão relacionados à presença de mutações em determinados genes transmitidos na família, especialmente BRCA1 e BRCA2. Mulheres com histórico de casos de câncer de mama em familiares consanguíneos, sobretudo em idade jovem; de câncer de ovário ou de câncer de mama em homem, podem ter predisposição genética e são consideradas de risco elevado para a doença.

Percebe se que o fator hereditário tem grande contrapartida no desenvolvimento da doença, mas o que difere neste estudo é que a maioria das mulheres (cinco) não tinham ou não conheciam nenhum relato de qualquer membro da família com diagnóstico de qualquer tipo de câncer.

Entre as entrevistadas (quatro) estão com diagnóstico de câncer de útero e (três) com diagnóstico de câncer de mama, o câncer de mama não diferente das estatísticas do INCA (2016) mostra o câncer de mama como o primeiro e mais frequente nas mulheres da região Nordeste (38,74/100mil) em 2016 já o câncer de útero é o segundo mais incidente na região Nordeste (19,49/100mil).

Compreende se a necessidade constante do trabalho preventivo e desenvolvimento do fortalecimento de políticas públicas e redes de saúde em busca do controle do câncer de colo de mama e útero, enfatizando o trabalho preventivo em busca da detecção precoce e garantia do tratamento em tempo oportuno aos usuários dos serviços.

Quanto ao tratamento que estão realizando (seis) estão em quimioterapia, destas (três) realizam a radioterapia juntamente como tratamento associado e apenas uma delas faz o tratamento de radioterapia isolado. O início do tratamento para as (sete) participantes se deu no serviço de referência em estudo em um período menor que 6 meses.

A lei 12.732 de novembro de 2012 garante tratamento gratuitamente aos pacientes com neoplasia maligna, no Art. 2º diz: O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao

primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único¹. Infelizmente a lei não é cumprida com todos os pacientes, no estudo apenas (uma) mulher iniciou o tratamento um mês após o diagnóstico, (duas) com dois meses, e (quatro) das mulheres iniciaram o tratamento após três meses do diagnóstico⁶.

Percebe-se a fragilidade da garantia aos pacientes do tratamento no que contempla a lei dos 60 dias, que veio para fortalecer o direito ao tratamento, acessibilidade em tempo oportuno e dispor o Estado com o dever de oferecer este serviço com qualidade. Vide quadro 2.

3.2 DESCOBERTA DO DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO

Percebe-se nas falas que o diagnóstico do câncer os pegou de surpresa e de maneira bem inesperada, ao escutar os relatos verbais da (paciente 4), pode identificar o imprevisto de uma viagem que seria só a passeio, ao falar que morava em um estado diferente do que se deu o diagnóstico, quando ela fala:

“Eu morava em belo Horizonte em agosto de 2012 vim visitar minha mãe em Juazeiro do Norte, e aí sempre que eu chegava para visitar minha mãe eu ia fazer uns exames e fui para fazer um hemograma, porém eu senti que tinha uma ferida na minha mama, cheguei para minha mãe avisei pra ela, e ela me levou no posto de saúde do bairro...ele disse (o médico) que não era nada demais era só uma ferida e passou uma pomada, eu pedi uma ultrassom USG e ele não quis passar daí fui passar, fomos para casa”.

A descoberta do câncer muitas vezes vem sem esperar em exames de rotina, quando na fala da (paciente 7) ela relata bem calmamente dizendo que nunca imaginou ter câncer, e diz: mas também nunca liguei para fazer um exame ou olhar se em minha mama tinha alguma coisa.

“Eu nunca liguei muito de fazer exames ou me tocar como a gente vê nas propagandas mas descobri porque estava saindo um líquido esquisito do bico do meu peito e vi tipo um caroço, então fui no posto de saúde para o médico ele me examinou e solicitou os exames” (paciente 7).

Em relação a descoberta da doença nos pacientes com câncer de uterino não foi diferente, as (três) participantes da pesquisa descobriram de modo inesperado após algum sinal ou sintoma bem específico e em todas o sangramento vaginal estava presente, percebe-se que a doença é realmente silenciosa e quanto maior os sintomas mais avançada as pacientes dizem que foi o estágio quando diagnosticado, na fala da (paciente 1) ela traz:

“Eu estava bem tranquila, quando vi estava menstruando de novo, pois já tinha parado e vinha com dor, daí logo fui no ginecologista particular e tudo que ele me falou já foi muito delicado, logo fui encaminhada para fazer os exames e a cirurgia, fiz tudo particular, se não for assim nem sei como eu estaria”.

“Eu não sentia nada já estava na menopausa a 5 anos quando de repente estava ,menstruada, fui no ginecologista particular e ele disse que era normal , logo parava, continuei a sangrar e sabia que tinha algo muito diferente, então procurei outros médicos e disseram que era só uma feridinha até que fui para são Paulo e lá fiz uma consulta particular com o ginecologista , ele fez uma ultrassonografia e já me deu o diagnóstico de câncer”. (Paciente 6)

Os primeiros sinais e sintomas de neoplasias podem variar de acordo com a região afetada, a pressão que o tumor provoca sobre estruturas adjacentes, a atividade funcional do organismo mediante a patologia e a presença de sangramentos e infecções secundárias à doença¹¹.

Diante dos relatos das pacientes percebe se que o início do tratamento se deu após a entrada no serviço particular de saúde para as consultas e exames especializados, houve relatos do pagamento de consultas particulares para agilizar o processo de diagnóstico da doença segundo os sintomas que elas vinham sentindo e posteriormente para a realização dos exames com ultrassonografia, e punção para biopsia principalmente no que se refere ao câncer de mama.

“...Como eu vinha falando, então o primeiro médico não quis passar a USG , minha mãe foi em um particular dessa vez e ele pediu a USG , minha mãe foi marcar na secretária mas falaram que era difícil e demorava pelo SUS, então minha mãe fez de tudo para pagar particular, quando o médico viu o resultado da USG já pediu uma punção para uma biopsia, então este foi mais difícil fiquei com muito medo, minha mãe foi logo no particular e quando saiu o resultado ele chamou minha mãe e disse que eu estava com câncer de mama e tinha que fazer uma cirurgia, tinha que tirar um quadrante, então fiz uma cirurgia, tirei o quadrante, depois tirei os gânglios e dois anos em 2012 depois apareceu na outra mama e ai eu tive que retirar a outra mama e iniciei a quimioterapia somente em 2014, porque fui para belo horizonte e depois voltei ...foi muito difícil” (paciente 4).

A descoberta da doença durante o diagnóstico passado pelo médico se mostrou doloroso diante de todas as pacientes nas expressões verbais e durante as entrevistas nas expressões faciais, onde relatavam com calma, pausa e pensavam sobre toda sua história, independente do diagnóstico ter sido câncer de mama ou câncer de útero. Na fala da (paciente 5) que iniciou o tratamento recentemente se vê expressão de sofrimento, dor, e muita fé, mais também indignação quando relatava sobre a descoberta do diagnóstico. Em estudo realizado em montes claros minas gerais o diagnóstico também se mostra doloroso, mostra nos depoimentos dos participantes, que o período do diagnóstico pode ser traumático principalmente quando se confirma uma doença como o câncer, que aos olhos da sociedade é uma doença ameaçadora à vida¹⁰.

“Estou aqui para me tratar se Deus quiser vou conseguir superar, descobri que estou com câncer de útero, eu sempre fazia exames todo ano, ia na ginecologista, fazia prevenção, tinha as USG que os médicos pedia e não dava nada mas a 6 meses atrás comece a sangrar como se tivesse menstruada direto e sentia um pouco de dor na barriga , fui para o ginecologista mas disse que não era nada , passou um anticoncepcional disse que parava o sangramento, mas não parou daí foi piorando, depois de dois meses fui em outro , esse ginecologista passou um remédio chamado transamim e outro anticoncepcional eu tomei direitinho mas não passou, daí a uns 45 dias eu estava em casa, desmaie; meu marido me levou para o hospital regional lá pediram meus exames... após os exames o médico conversou comigo e meu esposo e disse que meu problema foi por causa do câncer de útero que tenho e já está em outros locais por isso tive o desmaio, fiquei muito revoltada, chorei muito, mas...”(Paciente 5).

Percebe a sensação de indagação do não saber antes, do não poder se prevenido, quando relatam *“Eu bem que devia ter me tocado e feito os exames todo ano”*. (Paciente1), *“eu nunca olhei minha mama vi por que tinha uma parte mais endurecida e alta”*. (paciente 3). *“O médico até disse que se eu estivesse fazendo exame talvez descobrisse antes, mas eu nem ligava”*. (paciente 7), *“O erro foi meu, fui ao médico e aí tinha um cisto pequeno ele pediu um exame e eu não fiz, se eu tivesse feito não tinha piorado ...”*. (paciente2).

Percebe se nas falas a luta contra o tempo para garantir o tratamento o quanto antes, não tendo facilidade quanto ao acesso e garantia do tratamento mostrando ainda algum meio para o tratamento ter a garantia efetiva, *“entrei na justiça e ainda demorou 4 meses”*. (paciente 4). *“Eu dei várias viagens, mas deu tudo certo tinha muitas pessoas boas e conhecidas na secretaria de saúde que me”*. (Paciente 7). *“Eu consegui o tratamento logo em 3 meses, mas porque fiz consulta particular e muitos exames particulares, também fiz uma biopsia para saber se era mesmo câncer”*. (Paciente3). *“Dei entrada no serviço, mas todo percurso desde a primeira consulta foi particular, daí o médico já iniciou meu tratamento”*. (Paciente 6).

Os relatos de procura pelo serviço de saúde mostram a fragilidade do serviço público em ofertar acessibilidade, para realização de consultas e exames especializados em tempo oportuno, no qual se faz direito do usuário.

Dentre os itinerários descritos aparece a participação do Sistema Único de Saúde SUS na Primeira escolha do serviço de saúde, através da procura pela atenção básica como a entrada na rede *“logo vi que tinha uma ferida na minha mama, falei para minha mãe...ela me levou no posto de saúde do bairro”* (paciente4). Essa fala afirma a busca pela atenção primária, mas a continuidade do tratamento fica com déficit, e pela necessidade da urgência, o serviço particular está mediano a entrada no tratamento definido pelo SUS, seja cirúrgico, quimioterapia ou radioterapia.

3.3 A VIDA DURANTE A DOENÇA E O TRATAMENTO

Durante o período da doença foi relatado por todos os participantes altos e baixos no estado emocional, muitas tristezas, indignação. *“Por que comigo? Fiz o que, não quero ver mais ninguém”* (paciente5). *“Tinha que ser comigo, alguma coisa devo, não vou nem fazer tratamento pra que?”*. (Paciente 6). *“Fiquei muito triste, mas se Deus quis assim quem sou eu”*. (Paciente3). Com passar no tempo de diagnóstico da doença, muitas idas e vindas com exames, consultas, acompanhamentos e tempo para pensar o sentimento de fé, calma foi prevaleceram, visto a partir dos relatos e comportamentos das participantes. *“Minha vida! Mudou muito, principalmente quando comecei a quimioterapia”*. (paciente4). *“Durante o tratamento desde que descobri a doença minha rotina é em médico, e agora toda semana venho fazer as sessões, mas já me acostumei”*. (Paciente 1).

As falas supracitadas corroboram com colocações descritas em estudos ¹² onde diz: um dos sentimentos vivenciados pelos pacientes em tratamento quimioterápico é a do sofrimento físico. A dor física e a fragilidade em que se encontram essas pessoas revelam como é difícil conviver com uma situação de adoecimento, cujo tratamento é agressivo. Por isso, os pacientes submetidos ao tratamento oncológico quimioterápico podem ser acometidos por diversos efeitos colaterais, dentre eles, os mais comuns são: dor, náuseas e vômitos, queda de cabelo, alterações de peso, fadiga e ansiedade. Dessa forma, alguns sintomas exercem influência sobre a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, como a dor, por exemplo, que interfere no humor.

O estilo de vida e rotina muda naturalmente só com o fato de saber do diagnóstico pois é presente o medo de morrer, a morte se torna mais perto para as pessoas e a dedicação se torna exclusivamente para o tratamento depois que a decisão é ficar boa, saudável, livre do câncer, principalmente pelo sentimento de amor expressado por algum ente querido que é do convívio.

“Desde que soube que estava com câncer de mama fiquei desesperada, chorei tanto, no início tudo foi muito difícil as despesas aumentaram e eu correndo atrás do tratamento e sem conseguir, minha sorte foi que tinha muito conhecido na secretaria de saúde, quando comecei o tratamento já na cirurgia já teve muitas mudanças e com a quimioterapia e radioterapia então, me sentia muito fraca, não conseguia sair e a principal foi não poder cuidar do meu filho deficiente” (Paciente7).

“Mudou muito, muito mesmo. Minha sorte foi que consegui minha aposentadoria. Eu ainda trabalhava mas ao saber do câncer já comecei me preocupar como seria as despesas, mas não ia ter como trabalhar, mas tive sorte dei entrada na aposentadoria, consegui, e daí fui logo para a justiça para garantir meu tratamento logo fiz a cirurgia de retirada da mama essa parte foi muito dolorosa emocionalmente, e depois já comecei aqui no centro de quimioterapia, Não gosto do médico, mas ele disse que eu vou ficar boa”. (paciente2).

“Vida! Vida! Nem sei como viver, ainda estou anestesiada, mudou em tudo só vivo no hospital, com fé de ficar boa, não durmo direito, chorei muito e ainda choro não vou mentir, e não saí mais de casa e nem faço mais nada (paciente5). Muito difícil os meus dias hoje estou mais conformada e não vou mentir, mas o cabelo caiu, emagreci, chorei muito, mas não me desesperei (paciente3). Gostava muito de viajar e sair e fiquei muito sem vontade pois as mudanças foram muitas meu cabelo caiu tudo, me sentia muito fraca, mas estou firme” (Paciente1).

Dentre todos os relatos ficaram expressivo os dois momentos principais, a aproximação de amigos e proximidade de familiares, fortalecendo os laços de carinho, afeto e fraternidade.

3.4 CONTRIBUIÇÃO DE DIFICULDADE E OU FACILIDADE ENCONTRADA DURANTE O TRATAMENTO

O diagnóstico de câncer não é uma notícia fácil, mas mesmo diante desta difícil compreensão há as dificuldades e as facilidades que podem ser encontradas durante o período da doença, estas podem estar relacionadas aos diagnósticos, exames, acesso ao serviço e até mesmo apoio de familiares e amigos.

A necessidade de realizar o tratamento oncológico e enfrentar os problemas decorrentes desse processo, alguns próprios do tratamento, outros provenientes das deficiências do sistema público de saúde, como exames, consultas, tratamento e transporte intensificam as dificuldades do paciente com câncer ¹¹.

Ao conversar com as mulheres da pesquisa viu se que neste momento se faziam transformar as dificuldades em coisas boas, normais, diante da solenidade e sutileza que as expressavam. *“Nem sei se tenho alguma dificuldade”*. (Paciente3). *“Dificuldades? Não percebemos tanto queremos só nos concentrar nas coisas boas”*. (Paciente 5). Mas não há de se negar que existem.

Resultado citado anteriormente que corrobora com estudo realizado sobre o significado do câncer, percepção de pacientes, o estudo mostra que, apesar de todo sofrimento gerado pelo diagnóstico da doença, pelos tratamentos agressivos, os entrevistados revelaram pontos positivos como presença dos amigos e o zelo da família, transcrito a seguir: A minha família me deu muito apoio, por isso que eu acho que eu consegui me recuperar, sobreviver, porque foi graças a Deus e a minha família ¹⁰.

Os tratamentos citados cirúrgicos, a maioria realizado particular e outros pelo SUS e quimioterapia e radioterapia ambos realizados pelo sistema único de saúde por todos os pacientes e os mesmos residem em outras cidades, precisando se deslocar semanalmente para realizar as sessões com isto pode se aparecer as dificuldades. Diante da transcrição das entrevistas a dificuldade expressada pelas (sete) pacientes foram o deslocamento, pois não tem condições de contratar um

serviço particular e necessitam do serviço da secretaria de saúde, o que dificulta no conforto e muitas vezes na realização do tratamento. *“A única dificuldade é o carro, um sacrifício a prefeitura nunca tem, já quase perdi sessão é horrível”*. (Paciente7). *“Mesmo sendo carro próprio é muito longe e gasta muito, mas tenho que vir no carro do meu esposo, na secretaria é difícil”*. (Paciente1). *“A minha dificuldade é que tenho que pegar ônibus daí demora muito, e para voltar é horrível estou muito cansada, mas é o jeito não tem outro carro”*. (Paciente3).

Diante de qualquer momento no processo da vida mortal pode se identificar facilidades e dificuldades vai depender de quem a define, com tantos relatos emocionantes, fortes, encorajadores, relatos de facilidades foram encontrados com mais entusiasmo, alegrias e firmeza principalmente relacionado aos apoios familiares e de amigos *“Minha maior facilidade foi o apoio da minha família, sei que mesmo diante do resultado mais difícil eles estariam ali para me apoiar e me amar”*. (Paciente6). Profissionais de saúde estão dentre as facilidades, *“A enfermeira foi minha maior facilidade, desde que comecei o tratamento, ainda hoje a primeira coisa que faço é dá um abraço nela, me fortalece demais, ela me ajudou muito...”*. (Paciente4)

A qualidade do serviço pode esta atribuída a um acolhimento adequado no serviço de saúde, que pode acontecer a partir de estratégias elaboradas para melhoria do serviço, e para as pacientes em estudo relatos de exemplos do atendimento humano no serviço foram expressos com suavidade

“A facilidade digo com alegria minha outra facilidade foi o médico que me atendeu, ele disse que eu tinha passe livre, fiquei sem saber, eu chorava muito...ele disse sempre que precisar pode vir e você já vai ser atendida não vai pegar ficha, você é passe livre, tipo um cartão livre entende? Isso me ajudou muito, mas sempre eu queria ser a última pois ele tinha todo o tempo para mim” (paciente4).

Todos esses relatos afirmam a capacidade de fortalecimento e ajuda terapêutica através do apoio profissional ao usuário do serviço e a oferta de um serviço de qualidade e humanizado.

O envolvimento da enfermagem na humanização e qualidade do cuidado a esses pacientes são também essenciais e se dá na medida em que, na atualidade, este se refere a um problema de saúde pública, em face de sua magnitude (elevada morbimortalidade) e transcendência (alto custo social e econômico)¹³.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu que o itinerário terapêutico das pacientes com câncer de mama e útero iniciaram no serviço da atenção primária, sofrendo fragilidade na rede, e sendo obrigada a opção do serviço particular para exames e consultas especializadas já para acelerar o diagnóstico. Quanto ao

tratamento, o cirúrgico alguns esperam pelo SUS outros optam pelo serviço privado e conseguem entrar no tratamento do SUS quando necessitam de quimioterapia ou radioterapia.

Desse modo, observa-se que, apesar do acesso à saúde ser um direito constitucional do cidadão brasileiro, a qualidade da assistência ofertada vem sendo constantemente questionada. Em função disso, cabe analisar a acessibilidade a esse serviço, que consiste na abordagem de sua qualidade ou mesmo nos ajustes com relação à oferta e demanda.

Em suma o tratamento poucos conseguem iniciar no prazo estabelecido em lei, e mesmo perante tantas barreiras existem as dificuldades, mas as facilidades são enaltecidas para ajudarem na luta ao tratamento.

Ha necessidade de ênfase no trabalho preventivo, identificação precoce e fortalecimento das redes de atenção à saúde com a garantia dos direitos dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Presidência da República. Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012. Brasília 2012. [Acesso em 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm
2. BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer Estimativas de câncer para 2016. Rio de Janeiro, 2015.
3. BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer Estimativas de câncer para 2016. Rio de Janeiro, 2017.
4. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2016.
5. BRASIL. Política Nacional de Atenção Oncológica. Ministério da Saúde: Brasília, 2011.
6. BRASIL. Lei nº 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 nov. 2012. [Acesso em 2018]. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm
7. CASARIN, MR, PICCOLI, JCE. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/ RS. 2011; 16 (4).
08. MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 269p.
09. AZEVEDO DB. et al.. Perfil da Mulheres com câncer de mama. Rev enferm UFPE online, Recife, 11(6):2264-72, jun., 2017.
10. SILVA, PLN, et al. O significado do câncer: percepção de pacientes. Rev. Enferm. UFPE online. 2013, dez.;7(12): 6828-33.

11. BATISTA DRR; Mattos M; Silva SF. Convivendo com câncer: do diagnóstico ao tratamento. Rev Enferm UFSM; 5(3):499-510 Jul/Set 2015.
12. BARROS AES. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. Rev enferm UFPE online., Recife, 12(1):102-11, jan., 2018.
13. FERRAZ E.T.R; JESUS M.E.F; LEITE R.N.Q. Ações educativas: papel da (o) enfermeira (o) na prevenção do câncer do colo do útero. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 5, n. 10, p. 21083-21093 oct. 2019.