Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de colo de útero na Bahia, Brasil*

Itinerarios terapéuticos de mujeres con neoplasias del cuello uterino en Bahía, Brasil

Therapeutic itineraries of women with cervical neoplasms in Bahia, Brazil

* Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada "Itinerários terapêuticos de pessoas com câncer".

Cómo citar: Soares DA, Batista JA, Santos MC, Oliveira SB, Santos DJS, Cavalcante GLF. Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer do colo do útero na Bahia, Brasil. Av Enferm. 2019; 37(3): 333-342. DOI: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78149

1 Daniela Arruda Soares
Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4801-1011
Correio eletrônico: dandani23@yahoo.com.br
Contribuição: concepção, coleta de dados, discussão e análise dos dados, revisão crítica e normalização do artigo para submissão à revista.

2 Jamille Aurea Batista
Prefeitura Municipal de Planalto (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4155-3894
Correio eletrônico: jamilleaureaufba@gmail.com
Contribuição: concepção, coleta de dados, discussão e análise dos dados, revisão crítica e normalização do artigo para submissão à revista.

3 Danielle Judite Silva Santos
Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7055-869X
Correio eletrônico: sisandanielle@gmail.com
Contribuição: discussão e análise dos dados e revisão crítica do mesmo.

4 Shirley Batista Oliveira
Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-00029219-9517
Correio eletrônico: enf_shirley@hotmail.com
Contribuição: discussão e análise dos dados e revisão crítica do mesmo.

5 Glória Luiza Ferreira Cavalcante
Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: : https://orcid.org/0000-0002-0260-6589
Correio eletrônico: glorinhacavalcantiufba@gmail.com
Contribuição: discussão e análise dos dados e revisão crítica do mesmo.

6 Margarete Costa Santos
Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5067-5263
Correio eletrônico: mt.ufba@gmail.com
Contribuição: discussão e análise dos dados e revisão crítica do mesmo.

DOI: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78149 Recibido: 27/02/2019 Aprobado: 11/09/2019

CC BY

Resumo

Objetivo: analisar os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de colo de útero (CCU) a partir do tratamento, na região Sudoeste da Bahia, Brasil.

Materiais e métodos: estudo qualitativo descritivo e exploratório realizado em uma unidade de alta complexidade em oncologia que é referência para a região sudoeste da Bahia. Cinco mulheres em tratamento para o CCU foram entrevistadas, sendo a coleta de dados realizada a partir de entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo, no período de julho a agosto de 2017. Adotou-se a análise categorial temática.

Resultados: emergiram duas categorias empíricas: *Aspectos simbólicos e experiências de mulheres em tratamento para o CCU* e *a busca por tratamentos para o CCU*. As racionalidades e práticas acionadas no curso dos itinerários revelaram a externalização de signos e significados da doença a partir de elementos biomédicos e sobrenaturais, experiências de adoecimento caracterizadas por sentimentos de dor e sofrimento, superação e enfrentamento como também o acionamento de estratégias terapêuticas de caráter empírico, popular e biomédico.

Conclusão: os itinerários tecidos a partir de conexões com familiares, profissionais de saúde, membros da comunidade e com a religiosidade, denotam que não existem padrões únicos e definidos nas trajetórias em busca de cuidado e que os mesmos podem permitir uma maior aproximação dos sentidos, modos de lidar com a doença e estratégias terapêuticas valorizadas e acionadas por estas mulheres.

Descritores: Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde; Neoplasias do Colo do Útero; Acesso aos Serviços de Saúde; Teste de Papanicolaou (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar los itinerarios terapéuticos de las mujeres con neoplasias del cuello uterino (NCU) desde el tratamiento, en la región suroeste de Bahía, Brasil.

Materiales y métodos: estudio cualitativo descriptivo y exploratorio realizado en una unidad de alta complejidad en oncología, que es referencia para la región suroeste de Bahía. Se entrevistó a cinco mujeres sometidas a tratamiento para NCU y se recopilaron datos de entrevistas semiestructuradas y registros de diario de campo de julio a agosto de 2017. Se adoptó un análisis categórico temático.

Resultados: surgieron dos categorías empíricas: *Aspectos simbólicos y experiencias de mujeres sometidas a tratamiento para NCU* y *Búsqueda de tratamientos para NCU*. Las racionalidades y prácticas accionadas en el curso de los itinerarios revelaron la externalización de signos y significados de la enfermedad a partir de elementos biomédicos y sobrenaturales, experiencias de enfermedad caracterizadas por sentimientos de dolor y sufrimiento, superación y afrontamiento, como también la activación de estrategias terapéuticas de carácter empírico, popular y biomédico.

Conclusión: los itinerarios basados en conexiones con familiares, profesionales de la salud, miembros de la comunidad y con la religiosidad, denotan que no existen patrones únicos y definidos en las trayectorias de búsqueda de atención, y que pueden permitir una mayor aproximación de los sentidos, formas de tratar la enfermedad y estrategias terapéuticas valoradas y desencadenadas por estas mujeres.

Descriptores: Aceptación de la Atención de Salud; Neoplasias del Cuello Uterino; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Prueba de Papanicolaou (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze the therapeutic itineraries of women with cervical neoplasms (NCU) from treatment, in the southwest region of Bahia, Brazil.

Materials and methods: qualitative descriptive and exploratory study carried out in a unit of high complexity in oncology, which is a reference for the southwest region of Bahia. Five women undergoing treatment for NCU were interviewed and data from semi-structured interviews and field diary records were collected from July to August 2017. A categorical thematic analysis was adopted.

Results: two empirical categories emerged: *Symbolic aspects and experiences of women undergoing NCU treatment* and *Search for NCU treatments*. Outsourcing of signs and meanings of the disease from biomedical and supernatural elements, experiences of illness characterized by feelings of pain and suffering, overcoming and coping, and activation of therapeutic strategies of empirical, popular and biomedical character, were results of the study.

Conclusion: itineraries based on connections with family members, health professionals, community members, and religiosity, denote that there are no unique and defined patterns in the paths of care search, and that they can allow a nearest sense, ways to treat the disease and therapeutic strategies valued and triggered by these women.

Descriptors: Patient Acceptance of Health Care; Uterin Cervical Neoplasms; Health Services Accessibility; Papanicolaou Test (source: DeCS, BIREME).

Introdução

O itinerário terapêutico (IT) compreende as trajetórias percorridas por pessoas, famílias e comunidades em busca da solução de uma aflição/enfermidade, ou manutenção e recuperação da saúde (1). Tais trajetórias em diferentes subsistemas de cuidado em saúde, tanto institucionalizados quanto informais, partem de experiências e modos de significar e produzir cuidados, sendo estes influenciados por contextos subjetivos, sócio-culturais e pela oferta de serviços de saúde (2-4).

Contudo, o processo articulado e singular das escolhas, ações e reavaliações dos percursos terapêuticos nem sempre é conscientemente processado e linear, por vezes divergindo do fluxo que os serviços traçaram em suas linhas de cuidado, tendo, portanto, seus enredos, personagens e desfechos próprios.

Sob este prisma, o câncer de colo de útero (CCU), enquanto uma doença crônica que está atrelada a uma longitudinalidade de fatores de risco, sinais, sintomas e necessidades que inspiram cuidados específicos, invoca a utilização de abordagens multidimensionais que sejam capazes de retratar peculiaridades das dimensões simbólicas. Estas são resultantes do conhecimento, significado e da experiência de adoecimento na vida de mulheres que o possuem. Sobretudo, é importante compreender como tais significações e experiências orientam o acionamento de racionalidades terapêuticas e sistemas de cuidados, capazes de dar conta da condição de enfermidade que ora apresentam. O modelo holístico para a compreensão do IT (1) coaduna com o exposto, tendendo a superar a lógica determinista, rígida e utilitarista das escolhas e utilização de arenas de cuidado em saúde.

Do ponto de vista epidemiológico, o CCU é de grande magnitude nacional e internacional, notadamente em países em desenvolvimento decorrente da infecção pelo papiloma vírus humano e da cobertura ainda insatisfatória de exames de rastreamento (5, 6) que acontecem, preponderantemente, de forma oportunística nos serviços públicos e sem informação real da sua cobertura, considerando os que são realizados nos serviços suplementares (7, 8). Apesar de possuir alto potencial de prevenção e lento desenvolvimento, hoje consiste no tumor mais frequente no público feminino, perdendo apenas para o câncer de mama e o colorretal, sendo a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (9). Neste país, cerca de 70 % dos casos de CCU são diagnosticados em fase avançada, sendo mais incidentes nas mulheres de nível sócio-econômico baixo e em fase reprodutiva de suas vidas (10).

Além dos contundentes aspectos supramencionados, a experiência de mulheres com esta neoplasia gera grandes impactos em suas vidas como rupturas biográficas (11), resultando em sofrimento e interrupções em suas trajetórias de vida, cujas repercussões são de ordem tanto psicobiológica quanto econômica e social (12).

Ante a consideração do potencial avaliativo do IT para uma compreensão ampliada das visões de mundo de mulheres com CCU, do processo saúde-doença-cuidado empreendido pelas mesmas e da potencialidade destes itinerários contribuírem para resignificar processos de trabalho e cuidado, tem-se como objetivo analisar os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer do colo do útero a partir do tratamento, na região Sudoeste da Bahia, Brasil.

Método

Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com mulheres com CCU provenientes de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Esta Unidade situa-se no município de Vitória da Conquista que é polo da região Sudoeste da Bahia, sendo formado por um complexo entre o Hospital Geral e prestadores privados para realização de quimioterapia e radioterapia.

Foram consideradas elegíveis as mulheres que possuíam vinte e cinco anos ou mais de idade, com diagnóstico confirmado de CCU, e residentes na região Sudoeste da Bahia, que abrange 39 municípios. O recorte etário considerou a população que deve ser rastreada pelo exame Papanicolau para identificação precoce de lesões precursoras para o CCU. Estabeleceu-se como critério de exclusão, mulheres que não desejassem participar da pesquisa ou que não estivessem em tratamento no momento da mesma.

A identificação das mulheres ocorreu a partir da revisão dos registros da Unidade de Referência, sendo as mesmas posteriormente abordadas para marcação de entrevista semi-estruturada. Das 25

identificadas, apenas dez mulheres concordaram em agendar a entrevista. O recrutamento ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2017, na UNACON, conforme a agenda da semana da Unidade Oncológica, no período diurno, em sala privativa desta mesma unidade.

Ao longo do processo, mesmo após a marcação das dez entrevistas, cinco mulheres corresponderam ao total de participantes. Dentre as dez, as perdas relacionaram-se com a não apresentação de condições físicas para participar da entrevista decorrente dos efeitos do tratamento (n = 2) e o não comparecimento à unidade para realização do tratamento nos dias propostos (n = 3). Contudo, devido ao caráter de não generalização e de maior validade interna da abordagem qualitativa, a partir do aprofundamento dos dados, observou-se que os significados relativos ao objeto investigado foram compreendidos satisfatoriamente.

Os recursos utilizados para a recolha dos dados foram o diário de pesquisa e a entrevista semi-estruturada. A entrevista se baseou em um roteiro que continha informações relacionadas a dados sócio-demográficos e questões abertas para explorar o núcleo de significados acerca do objeto investigado. Elas aconteceram individualmente na unidade, com duração média de 35 minutos. Foram gravadas em meio digital e posteriormente transcritas. As mulheres foram identificadas no estudo com a letra "M" representando o termo Mulher, seguida do número de ordem da realização da entrevista.

Para análise dos dados, recorreu-se à análise do conteúdo temático, a qual é composta pelas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos resultados (13). Deste modo, a leitura flutuante, a codificação e a categorização sumarizam as etapas que buscaram reunir os temas centrais expressos em idéias e estruturas de relevância. Posteriormente foram agrupados analogicamente em categorias, tendo em vista o embasamento no marco referencial do IT e da saúde coletiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Universidade Federal da Bahia, campus Anísio Teixeira, com CAAE: 54535916.5.0000.5556, conforme a resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de modo que todos os princípios éticos foram assegurados.

Resultados

As características das entrevistas encontram-se no Quadro 1. Observa-se que a faixa etária das cinco usuárias que participaram da pesquisa variou entre 25 e 73 anos. A maior parte era de outros municípios, autodeclararam-se pardas, cursaram o ensino fundamental incompleto, eram divorciadas, separadas ou viúvas, da religião católica, sem ocupação no momento, sendo a renda familiar de um salário mínimo. Quanto aos fatores de risco, a maioria iniciou a vida sexual antes dos vinte anos de idade, tiveram um único parceiro no último ano e antecedentes familiares para o câncer. Nenhuma era etilista ou tabagista.

Quadro 1. Características gerais das mulheres entrevistadas

Mulher	Idade	Procedência	Raça/Cor	Escolaridade	Estado conjugal	Religião	Ocupação	Renda familiar
M1	73	Aracatu	Parda	Analfabeta	Viúva	Católica	Nenhuma	1 salário mínimo
M2	56	Nova Canãa	Preta	Fundamental incompleto	Vive com companheiro	Católica	Do lar	2 salários mínimos
M3	25	Vitória da Conquista	Parda	Médio incompleto	Nunca foi casada	Evangélica	Nenhuma	1 salário mínimo
M4	31	Ibicoara	Branca	Fundamental incompleto	Nunca foi casada	Evangélica	Nenhuma	Menos de 1 salário mínimo
M5	39	Barra do Choça	Parda	Fundamental incompleto	Separada	Católica	Nenhuma	1 salário mínimo

Fonte: dados extraídos do estudo. Elaboração própria.

A partir dos procedimentos analíticos instituídos, seguem as duas categorias que emergiram.

Aspectos simbólicos e experiências de mulheres em tratamento para o CCU

Símbolos da cultura popular e biomédica foram associados ao CCU por mulheres em tratamento para esta doença. Observa-se na linguagem metafórica utilizada por uma das entrevistadas, o retrato de como ela percebe a presença do CCU, como o mesmo recai e se aloja sobre seu corpo, o remodela e como ela será resolvida.

> Mas aí eu não sei o que foi, se foi o de comer ou de beber que eles não me deram, não me explicaram o que tinha que seguir pra esse trem não aparecer, o que era certo, ou que era errado, ninguém nunca me explicou nada! Porque coisa de errado eu não fiz nada! Beber, graças a Deus e cigarro eu não fiz isso mais, nunca mais, muito antes de eu descobrir eu já tinha parado e depois disso pior ainda e aí esse câncer veio assim do nada, queria saber por quê? [...] "Em nome de Jesus vai tornar ir embora! Mandar pra longe, sair voando assim e não pegar em ninguém!" [M4].

Em contrapartida, para outras mulheres, os signos atribuídos ao conhecimento do CCU estiveram relacionados às alterações orgânicas, insculpidas à luz de um saber formalmente instituído pelos profissionais de saúde, inicialmente percebidos como de menor gravidade.

> Adoeceu começou a sangrar né? Uma sangria! Aí depois foi aumentando, aumentando e aí começou a dor no pé da barriga. Começou a dor, começou a dor e até hoje [M1].

> Depois de um corrimento que eu vi que estava fora do normal e eu comecei a sentir umas cólicas que eu nunca senti, aí depois dessas cólicas eu marquei um preventivo pra fazer [M3].

> Foi assim eu não sabia o que era isso mesmo, né? Eu comecei a sentir dor nas costas fiquei assim uns seis meses achando que era coluna, só que aí depois surgiu o sangramento, sentindo dores quando ia ter relação e sangrava muito, só isso [...] [M5].

Quanto às experiências diante da doença, os relatos das mulheres também foram marcados por uma miríade de sentimentos, ora positivos ora negativos, os quais deslizaram entre os quadros de ruptura biográfica e tentativas de normalização da vida.

> O que eu sinto é tristeza por ela tá dentro de mim e não vejo a hora dela sair pra eu retomar minha vida [...] [M4].

> Na hora o chão caiu sabe? [...] Antes eu saía, mesmo sentindo dor, né? Antes de descobrir eu tava frequentando a escola e saía normal. Mesmo que eu não sou de ter uma boa alimentação, mas eu comia, aí depois que eu vim descobrir que começou o sangramento aí foi ficando mais difícil, né? Eu sei que eu tenho câncer mas, pra mim assim eu não tenho no coração que eu tenho câncer, porque graças a Deus, mesmo com essa situação eu tenho vida, eu tenho saúde, mesmo com as dificuldades, né? E é isso aí seguir a vida, né? Cuidar direitinho [M3].

> Mudou muita coisa, né? Antes eu cozinhava no fogão a lenha, mas depois por causa da quentura eu não cozinho mais, né? Não faço mais esforço como fazia antes. Mudou a rotina mesmo, por conta dos efeitos da quimio e rádio [M5].

A busca por tratamentos para o CCU: racionalidades e práticas acionadas no curso dos itinerários

A partir da percepção da gravidade dos sintomas, as entrevistadas narraram a saga na busca de tratamento para o CCU. Deste modo, a falta de cuidados preventivos, a pouca utilização da atenção primária, assim como o retardo no diagnóstico médico e a peregrinação até o serviço especializado de oncologia, foram apontados por algumas mulheres como justificativa, inclusive para estarem em estágio mais avançado da doença.

> Então esse foi um dos meus erros, eu não fazia exame de rotina, em 2007 eu tava com uma lesão né, no colo do útero, ai fiz uma cauterização, né? Aí também foi uma falta de importância minha [...], todo ano eu deveria tá fazendo o preventivo, né? Foi isso que o médico me falou que pode ter sido um rastro que ficou dessa cauterização [M5].

> [...] cheguei lá o médico disse que era mioma, ele falou que dava pra tomar remédio pra sumir. Tomei o remédio e fui no outro médico, ele disse que era cisto, aí foi avançando mais ainda. Eu fui e falei assim: oh doutor é um cisto ou um câncer? Aí ele falou assim: oh M4 porque você está falando que é um câncer? Aí ele foi e falou pra mim que eu adiantasse então, pra frente e deixasse o exame dele pra trás [...], e assim eu descobri, porque se fosse por alguns médicos eu tava até hoje sem saber! [M4].

> Você não consegue fazer um exame rapidamente, fica um tempão na espera [...]. Então fica difícil, né? [M1].

Falhas de informação acerca do tratamento especializado também despontaram nas falas.

> O médico não explicou como era, eu fiz o que era pra fazer, né? [...] Ninguém me falou nada não. Sei lá [M1].

> Eu acho assim, que pelo meu entendimento de nunca ter feito era melhor ter uma explicação né? [...] Não sabia se era enfiado na cabeça, se era enfiado nos pés, se era enfiado aonde? [M4].

> Quando eu comecei fazer a rádio, eu tinha que fazer as duas juntas: a rádio e a quimio, nem que uma acabasse primeiro pra o meu tratamento dar certo. O que aconteceu? O pessoal [...] não "marcaram". Eu fiz 28 sessões de radio sem quimio. Aí comprometeu meu tratamento [M5].

Percebeu-se também que, embora notável a busca pela rede formal de serviços de saúde situados na esfera pública, a religiosidade, as rezas, os chás, as garrafadas, bem como a constituição de redes de suporte social, notadamente da família nuclear, também orbitavam em torno dos itinerários terapêuticos de todas as mulheres com CCU. Esta pluralidade de sistemas de cuidados não eram antagonicamente utilizados, senão considerados de forma concomitante e complementar.

> Comecei tomar chá, né? Chá caseiro, aí depois eu parei com o chá caseiro e hoje apego mais em Deus, né? Eu sei que tudo vai dá certo. Depois, eu fui pra o posto e lá me passaram muitos exames. Ah! Me mandaram pra o ambulatório pra fazer uma biópsia, só que lá tava sem material e me mandaram para o posto de saúde, foi quando tive a certeza mesmo. E de lá fui para o Hospital, fiquei na clínica médica [...]. Fiz todos os exames de rotina pra detalhar, para poder começar a fazer a quimioterapia [...] comecei fazer o tratamento na **UNACON**. Hoje apego mais em Deus né? Eu sei que tudo vai dá certo. Tenho minha mãe e minha filha comigo, tenho que pensar nelas e lutar contra isso [M3].

> Primeiro fui ao posto [...]. Depois foi no posto, que fui diagnosticada pelo ginecologista. Fui pra o Hospital, depois fiquei 2 meses no Hospital [...] e depois **UNACON** [...]. E hoje, eu estou em tratamento aqui, eles marcam e eu venho. Ah! Também tomei muita garrafada. Eu fui até na casa de um rezador que eles falam, lá bem longe, que eu não sei nem o nome da cidade, aí eu não queria fazer o tratamento aqui, eu queria primeiro tomar as garrafadas deles [M4].

Discussão

Desde as primeiras abordagens acerca dos IT atreladas à ideia mais utilitarista de um cardápio de cuidados biomédicos a serem orientados pela lógica do consumo, até as contribuições que a sociologia e a antropologia vêm ofertando na delimitação de que o meio social e cultural interferem nas ações, escolhas e trajetórias de cuidado, observa-se um crescimento nas produções nesta última vertente, sendo que as doenças crônicas tem recebido foco privilegiado (1-4). É na segunda perspectiva de abordagem dos estudos do IT que este trabalho procura se sustentar.

Nesta direção, compreender aspectos simbólicos acerca da doença, como noções de gravidade, incertezas, expectativa de cura e a sua interligação com as experiências dos sujeitos acometidos, possibilita estabelecer um nexo causal com as trajetórias de cuidado engendradas. Observa-se que os conceitos e interpretações acerca dos problemas de saúde e de vida influenciam na escolha dos percursos e processos terapêuticos que atendam às suas necessidades (14, 15).

Por isso mesmo, a interpretação dos símbolos e experiências de mulheres com CCU trazem consigo um feixe de elementos que forjam uma multideterminação dos discursos e práticas. Desta forma, observou-se no discurso de uma das entrevistadas que a causa do CCU foi permeada por uma miscelânea de elementos que se ancoram em um contexto e história de vida que refletem o repertório linguístico, crenças e representações sobre o corpo, a doença e suas experiências em relação ao câncer (16). O poder sobrenatural para extirpar a doença, quase que de forma mágica, também mereceu destaque nesta fala, anunciando significados que escapam às racionalidades tradicionais (17).

Em contrapartida, outras mulheres utilizaram termos biomédicos e de sua experiência prática para classificar a doença, a sua gravidade e a necessidade de busca do tratamento. Para elas, o CCU se materializa quando irrompe sinais de alerta não contornáveis, culminando com a transformação de uma pequena 'perturbação ordinária' como o corrimento, as cólicas, o sangramento e a dor nas costas, em um fato extraordinário que carece mais atenção.

Deve-se destacar, também, que alguns estudos desenvolvidos acerca do CCU no âmbito da saúde coletiva têm demonstrado que o conhecimento

escasso por parte das mulheres acerca da doença tem retardado a busca por medidas preventivas e curativas (18, 19). O fato de muitas mulheres não reconhecerem medidas de prevenção, como a realização do exame papanicolau, sua finalidade, periodicidade e público-alvo tem gerado consequências práticas importantes como a falta de percepção de risco e detecção precoce de doenças (20).

No entanto, para além de aspectos subjetivos, tal situação também parece guardar relação com uma baixa resolutividade dos serviços, quando da realização do rastreamento oportunístico, incluindo apenas as mulheres que os procuram que lidam melhor com os pudores relativos à avaliação de suas genitálias e que conseguem ter acesso aos serviços.

Quanto às experiências das entrevistadas com o CCU, vê-se o quanto estas interferem nos IT. Isso porque, ter uma doença crônica figura um tipo particular de evento que promove uma ruptura na vida cotidiana da pessoa tanto em termos de relações sociais quanto da habilidade de mobilizar e acionar recursos de cuidado (11).

Tomando por base esta definição, observa-se as trajetórias das mulheres M3 e M5 interrompidas pelo advento do câncer e a necessidade de reorganização das mesmas, dos projetos e dos papéis sociais em vista de uma relativa normalização, para que encontrem, novamente, sentido frente aos eventos disruptivos experimentados. Tais mulheres foram impelidas a reconstruir interpretações acerca das suas histórias de vida, redimensionar ações e atividades quotidianas, especialmente aquelas vinculadas à realização do trabalho doméstico, da rotina, dos hábitos alimentares e da frequência ao ambiente escolar. Outro estudo apontou resultados que caminham na mesma direção, inclusive apontando a rede de suporte social como uma arena de cuidado que consegue apoiar e contribuir para a superação da doença (21).

Na tentativa de materializar formas de lidar com a dor e o sofrimento provenientes da experiência com a doença e da significação tecida em torno da mesma, as pessoas recorrem a práticas e comportamentos pautados em racionalidades, ora fundamentadas no saber biomédico, outrora no saber sobrenatural e/ou popular (22). Estes vão compondo e recompondo percursos, não necessariamente unidirecionais e teleológicos, nem racionalizados e premeditados, mas sim viabilizadas pelo contexto sócio-cultural.

Nesta busca por arenas de cuidado em saúde, pode-se captar como o campo biomédico detém uma resposta social importante e culturalmente organizada frente às desordens orgânicas e ao tratamento dispensado pelos serviços (23, 24), sobretudo quando se trata de câncer, o qual é temido e apresenta associação com a morte para muitas pessoas (12). Todas as mulheres entrevistadas, a despeito de terem transitado por múltiplos sistemas de cuidado em saúde, aderiram e apostaram no cuidado formal instituído pelos serviços de saúde, notadamente pelos atendimentos nos serviços de alta complexidade, onde a maior parte do tratamento ocorre.

Outro fato que merece destaque é que, com exceção de uma entrevistada, todas as demais procuram o serviço mediante a apresentação de sintomas como sangramentos e cólicas, denotando que os mesmos podem estar associados a estágios mais avançados da doença, cujos tratamentos se tornam mais difíceis e, por vezes, menos efetivos. Possíveis justificativas para esta realidade podem se relacionar tanto com o acesso tardio ao sistema de saúde e a culpa auto-infligida das mulheres por não tê-lo acionado quanto pela baixa resolutividade dos serviços na realização de atividades preventivas organizadas, controle da doença e tratamento oportuno (25).

A demora no diagnóstico, a fragmentação do cuidado e a falta de informação acerca do tratamento biomédico, também foram identificados nos itinerários das mulheres entrevistadas. Em outros estudos, situação semelhante foi retratada, comprometendo assim, a integralidade do cuidado de mulheres já fragilizadas pelo diagnóstico da doença (25, 26).

Em vista disso, ao se movimentarem pelos sistemas de cuidado em saúde, as mulheres estruturaram fluxos que as fizeram transitar por arenas informais de cuidado antes e depois da busca pelas arenas formais. Vê-se, portanto, que coexiste um sistema plural de cuidados à saúde implementados pelas mulheres com CCU, situação que condiz com os achados de outros trabalhos quando outros eventos são investigados (27, 28).

O acionamento integrado de diferentes arenas de cuidado e práticas terapêuticas se dão quando ocorre a percepção do quão capazes são de dar conta de solucionar o problema, adiar complicações ou amenizar o sofrimento, aludindo à limitação da abordagem biomédica baseada exclusiva-

mente na nosologia clínica homogeneizante e nos tratamentos estritamente prescritos, protocolizados e cientificamente comprovados (29).

Contudo, vale ressaltar que o sincretismo das escolhas pelas arenas de cuidado informais e formais, também pode resultar de deficiências desta última, impelindo famílias, sobretudo de classes populares, a deterem maior flexibilidade de interação com as redes assistenciais (1), fato que é ilustrativo das mulheres que foram entrevistadas neste estudo.

Considerações finais

O adoecimento pelo CCU compreende um processo complexo, o qual envolve múltipla determinação. Deste modo, a reconstituição de itinerários terapêuticos de mulheres com CCU despontou como uma necessidade, haja vista que a sua incidência e mortalidade mantém-se em crescimento no país a despeito das medidas governamentais empreendidas.

Pôr o discurso das mulheres adoecidas no centro concorreu para desvelar significados e experiências não registrados nas estatísticas vitais e que, por isso mesmo, podem permitir uma maior aproximação dos sentidos, modos de lidar com a doença e estratégias terapêuticas valorizadas e acionadas por estas mulheres.

A análise dos itinerários terapêuticos de mulheres com CCU revelaram distintas lógicas interatuando: externalização de signos e significados da doença a partir de elementos biomédicos e sobrenaturais, experiências de adoecimento caracterizadas por sentimentos de dor e sofrimento, superação e enfrentamento, quanto o acionamento de estratégias terapêuticas de caráter empírico, popular e biomédico. Esta última modalidade de estratégias se revelou limitadora dos itinerários face às fragilidades caracterizadas pelo diagnóstico tardio, acesso a múltiplos serviços e falta de informação entre eles.

Estes itinerários tecidos a partir de conexões com familiares, profissionais de saúde, membros da comunidade e com a religiosidade, denotam que não existem padrões únicos e definidos nas trajetórias empreendidas em busca do cuidado em saúde, e o quanto a abordagem profissional pode encontrar limites ante a não consideração dos aspectos sócio-culturais e subjetivos.

Referências

(1) Trad LAB. Itinerários terapêuticos: questões e enfoquespresentes na literatura e um modeloholístico de análise com foco nacronicidade. Em: Castellanos MEP, Trad LAB, Jorge MSB, Leitão IMTA, organizadores. Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará; 2015. p 61-91.

(2) Pinheiro R, Gerhardt TE, Ruiz ENF, Silva-Júnior AG. O "estado do conhecimento" sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na saúde coletiva e integralidade do cuidado. Em: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CPES/IMS/UERJ-ABRASCO; 2016. p. 13-26.

(3) Alves PCB, Rabelo MCM. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. Em: Rabelo MCM, Alves PCB, organizadores. Experiência de doença e narrativa. 1.ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 171-185.

(4) Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. Rev Ciências Sociais. 2015;42:29-43. Disponível em: http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/05/ALVES-2015-Itinerarios-Terapeuticos.pdf

(5) Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, MacIntyre MF *et al*. The global burden of cancer 2013. JAMA Oncol. 2015;1(4):505-27. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.0735

(6) Couto MSA, Guerra MR, Firme VAC, Bustamante-Teixeira MT. Comportamento da mortalidade por câncer de mama nos municípios brasileiros e fatores associados. Rev Panam Salud Pública. 2017;41:e168. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.26633/RPSP.2017.168

(7) Costa RFA, Longantto-Filho A, Vazquez FL, Pinheiro C, Zeferino LC, Fregna JHTG. Trend analysis of the quality indicators for the Brazilian cervical cancer screening programme by region and state from 2006 to 2013. BMC Cancer. 2018;18(1):1-9. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.1186/s12885-018-4047-9

(8) Rocha TA, Silva NC, Thomaz EB, Queiroz RC, Souza MR, Lein A *et al*. Primary health care and cervical cancer mortality rates in brazil: a longitudinal ecological study. J Ambul Care Manage. 2017;40(Suppl 2):S24-S34. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000185

(9) Instituto Nacional de Câncer. Atlas on-line de mortalidade. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância, INCA; 2017. Disponível em: https://www.inca.gov.br/app/mortalidade

(10) Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. Rev Saúde Pública. 2014;48(2):240-8. Disponível em: DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004852

(11) Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. Sociology of Health and Illness. 1991;13:451-68. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x

(12) Binka C, Doku DT, Awusabo-Asare K. Experiences of cervical cancer patients in rural Ghana: an exploratory study. PLoS One. 2017;12(10):e0185829. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185829

(13) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

(14) Younes S, Rizzotto MLF, Araújo ACF. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. Saúde Debate. 2017;41(115):1046-60. Disponível em: DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711505

(15) Xuan Z, Ong MS, Jegadeesan T, Deng S, Yap CT. Breast cancer: exploring the facts and holistic needs during and beyond treatment. Healthcare. 2017;5(2):1-11. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare5020026

(16) Ndejjo R, Mukama T, Kiguli J. Knowledge, facilitators and barriers to cervical cancer screening among women in Uganda: a qualitative study. BMJ Open. 2017;7:e016282. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016282

(17) Ussher JM, Perz J. Threat of biographical disruption: the gendered construction and experience of infertility following cancer for women and men. BMC Cancer. 2018;22(1):40-67. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1111/1467-9566.00191

(18) Naz MSG, Kariman N, Ebadi A, Ozgoli G, Ghasemi V, Fakari FR. Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: a systematic review. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(4):875-84. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.875

(19) Modibbo FI, Dareng E, Bamisaye P, Jedy-Agba E, Adewole A, Oyeneyin L *et al*. Qualitative study of barriers to cervical cancer screening among Nigerian women. BMJ Open. 2016;6:e008533. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008533

(20) Gatumo M, Gacheri S, Sayed AR, Scheibe A. Women's knowledge and attitudes related to cervical cancer and cervical cancer screening in Isiolo and Tharaka Nithi countries, Kenya: a cross-sectional study. BMC Cancer. 2018;18:1-9. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1186/s12885-018-4642-9

(21) Campos EA, Castro LM, Cavalieri FES. "Uma doença da mulher": experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. Interface. 2017;21(61):385-96. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.1590/1807-57622016.0159

(22) Nunes MO. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas enarrativas do mundo do adoecimento e da saúde. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2014;21(2):403-20. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.1590/S0104-59702014000200003

(23) Meneses CS, Cecílio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Andrade MGG, Santiago S. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(6):2013-24. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016

(24) Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM, Jorge MSB, Servo MLS. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services. Texto Contex Enferm. 2014;23(4):1077-86. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.1590/0104-07072014000610013

(25) Carvalho PG, O´Dwer G, Rodrigues NCP. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. Saúde Debate. 2018;42(118):687-701. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.1590/0103-1104201811812

(26) Finocchario-Kessler S, Wexler C, Maloba M, Mabachi N, Ndikum-Moffor F, Bukusi E. Cervical cancer prevention and treatment research in Africa: a systematic review from a public health perspective. BMC Womens Health. 2016;16:1-25. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1186/s12905-016-0306-6

(27) Carranza RMO. El significado del diagnóstico en la trayectoria del enfermo reumático: de la incertidumbre a la disrupción biográfica. Salud Col. 2017;13(2):211-23. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.18294/sc.2017.1144

(28) Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;15(1):161-70. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014

(29) Sobreira FAG, Abilio ES, Ortiz CCL. Os pontos de aglutinação entre a psicologia e a política nacional de humanização. Saúde em Redes. 2016;2(2):227-33. Disponível em: DOI: http://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p227-233