

# El Doloroso Recorrido por el Tratamiento: la Experiencia de Mujeres con Cáncer de Mama en un Estado del Noreste de Brasil

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n3.5176ES>

*O Doloroso Percurso por Tratamento: Experiência de Mulheres com Câncer de Mama em um Estado do Nordeste do Brasil*  
The Painful Journey for Treatment: the Experience of Women with Breast Cancer in a Northeastern Brazilian State

Rosalva Raimundo da Silva<sup>1</sup>; Mauricéa Maria de Santana<sup>2</sup>; Adriana Falangola Benjamin Bezerra<sup>3</sup>; Jurema Telles de Oliveira Lima<sup>4</sup>; Tereza Maciel Lyra<sup>5</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de mama es uno de los mayores desafíos de la salud pública en el Brasil y en el mundo debido a sus altas tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad. **Objetivo:** Analizar la integralidad del cuidado de las mujeres con cáncer de mama en la Red de Atención a la Salud del Estado de Pernambuco, considerando la dimensión del ser integral. **Método:** Investigación cualitativa realizada con mujeres en tratamiento de cáncer de mama en las diferentes Macrorregiones de Salud del Estado, utilizando entrevistas semiestructuradas.

**Resultados:** Se evidenciaron debilidades significativas en la integralidad de la atención a las mujeres, especialmente en el enfrentamiento de necesidades biopsicosociales frecuentemente desatendidas, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica. Las mujeres reportaron desafíos relacionados con las largas distancias para el tratamiento, la falta de apoyo logístico adecuado, dificultades financieras que impactan la alimentación y el sustento familiar, y la ausencia de apoyo continuo en los diferentes niveles de atención. **Conclusión:** Las barreras enfrentadas por las mujeres refuerzan la necesidad de estrategias que garanticen la integralidad del cuidado, como programas de navegación, la implementación de la línea de cuidado y una mejor coordinación asistencial. También se destaca la importancia de la educación en salud como herramienta crítica para empoderar a las mujeres en la búsqueda de sus derechos y cuidados integrales.

**Palabras clave:** Neoplasias de la Mama; Atención Integral de Salud; Mujeres; Atención a la Salud.

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de mama é um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil e no mundo em razão de suas altas taxas de incidência, prevalência e mortalidade. **Objetivo:** Analisar a integralidade do cuidado às mulheres com câncer de mama na Rede de Atenção à Saúde do Estado de Pernambuco, considerando a dimensão do ser integral. **Método:** Pesquisa qualitativa conduzida com usuárias em tratamento de câncer de mama nas diferentes Macrorregiões de Saúde do Estado, utilizando entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** Evidenciaram-se fragilidades significativas na integralidade da assistência às mulheres, especialmente no enfrentamento de necessidades biopsicosociais frequentemente negligenciadas, sobretudo em contextos de vulnerabilidade socioeconômica. Usuárias relataram desafios relacionados a longas distâncias para o tratamento, falta de apoio logístico adequado, dificuldades financeiras que impactam na alimentação e sustento familiar, e ausência de suporte contínuo nos diferentes níveis de atenção. **Conclusão:** As barreiras enfrentadas pelas mulheres reforçam a necessidade de estratégias que garantam a integralidade do cuidado, como programas de navegação, implementação da linha de cuidado e uma melhor coordenação assistencial. Também se destaca a importância da educação em saúde como ferramenta crítica para empoderar as mulheres em busca de seus direitos e cuidados integrais.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama; Assistência Integral à Saúde; Mulheres; Atenção à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer is one of the biggest public health challenges in Brazil and worldwide due to its high rates of incidence, prevalence, and mortality. **Objective:** To analyze the comprehensiveness of care for women with breast cancer in the Health Care Network of the State of Pernambuco, considering the integral nature of the human being. **Method:** Qualitative research conducted with women undergoing breast cancer treatment in different State Health Macroregions, using semi-structured interviews.

**Results:** Significant fragilities in the comprehensiveness of care were identified, especially in addressing frequently neglected biopsychosocial needs, particularly in contexts of socioeconomic vulnerability. Women reported challenges related to long distances for treatment, lack of adequate logistical support, financial difficulties impacting food and family sustenance, and the absence of continuous support at different levels of care. **Conclusion:** The barriers faced by women highlight the need for strategies that ensure comprehensive care, such as navigation programs, the implementation of care pathways, and improved care coordination. The importance of health education is also emphasized as a critical tool to empower women in securing their rights and comprehensive care.

**Key words:** Breast Neoplasms; Comprehensive Health Care; Women; Delivery of Health Care.

<sup>1,2,5</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife (PE), Brasil. E-mails: rosalva\_jupi@hotmail.com; mauriceasantana@gmail.com; tereza.lyra@fiocruz.br. Orcid iD: <http://orcid.org/0000-0003-2096-9815>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-5822-3889>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3600-7250>

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife (PE), Brasil. E-mail: adriana.bbezerra@ufpe.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5278-3727>

<sup>4</sup>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife (PE), Brasil. E-mail: jurematales@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2671-3570>

**Dirección para correspondencia:** Rosalva Raimundo da Silva. Residencial The Sun, Lote 4, SHTN Trecho 2 – Asa Norte. Brasília (DF), Brasil. CEP 70800-220. E-mail: rosalva\_jupi@hotmail.com



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una de las cuestiones de salud pública global más graves, destacándose como la principal causa de muerte por cáncer entre mujeres en el Brasil, a excepción de la región Norte, donde ocupa el segundo lugar, por detrás del cáncer de cuello uterino. Excluyendo a los tumores de piel no melanoma –tipo de cáncer más frecuente en el país–, para el trienio 2023-2025 se estiman 73 610 nuevos casos anuales en el Brasil, siendo 2880 en el estado de Pernambuco. En 2023, la enfermedad resultó en la muerte de 20 054 personas en el país, incluyendo 865 en el estado de Pernambuco<sup>1,2</sup>.

Es una enfermedad compleja en la que el diagnóstico temprano desempeña un papel crucial en el tratamiento exitoso, aumenta las tasas de sobrevida y reduce los costos del tratamiento en el Sistema Único de Salud (SUS). Aun así, una vez diagnosticada, la mujer enfrenta una serie de retos que van más allá de las complicaciones físicas, abarcando también aspectos psicológicos y sociales. La mastectomía, procedimiento común en el tratamiento, puede generar estigmas que afectan profundamente la identidad femenina y las relaciones sociales, intensificando sentimientos de vulnerabilidad<sup>3</sup>. Este estigma puede crear barreras emocionales, como vergüenza y aislamiento, dificultando la recuperación y adaptación a la nueva realidad. Además, las mujeres en situación de vulnerabilidad socioeconómica tienden a enfrentar mayores obstáculos durante el tratamiento del cáncer, no solo por limitaciones económicas, sino también por la falta de acceso a informaciones sobre sus derechos, lo que compromete el ejercicio pleno de la ciudadanía y el acceso a cuidados adecuados<sup>4</sup>.

Identificar las demandas individuales y considerar el contexto social de cada usuaria se orientan hacia el cuidado integral<sup>5</sup>. La atención a la salud de la mujer con cáncer de mama debe incluir no solo tratamientos médicos, sino también apoyo psicológico, rehabilitación y redes de soporte, como programas de navegación, que consisten en intervenciones organizadas para guiar y apoyar a los usuarios a lo largo de su jornada en el sistema de salud, esenciales para identificar barreras en el acceso al cuidado, mejorar el acompañamiento y fortalecer la continuidad asistencial<sup>6,7</sup>.

La integralidad, principio fundamental del SUS, propone un cuidado que engloba la totalidad del individuo<sup>8</sup>. Orientada por las necesidades de salud de las personas, la integralidad transciende las demandas biomédicas, incluyendo el contexto de vida y las condiciones emocionales de cada individuo<sup>9</sup>. Este principio busca promover una visión holística, con la expresión “ver a la persona”, considerando la vivencia y la experiencia de los individuos e involucrando articulaciones intersectoriales

para atender de la forma más amplia sus necesidades<sup>10,11</sup>. Se debe buscar en el SUS la consolidación de una asistencia humanizada y contextualizada, superando la visión reduccionista de la enfermedad y fortaleciendo el cuidado inclusivo e integral<sup>12</sup>.

El objetivo de este estudio es analizar la integralidad del cuidado a la mujer con cáncer de mama en la Red de Atención a la Salud (RAS) del estado de Pernambuco, enfocándose en la dimensión del ser integral.

## MÉTODO

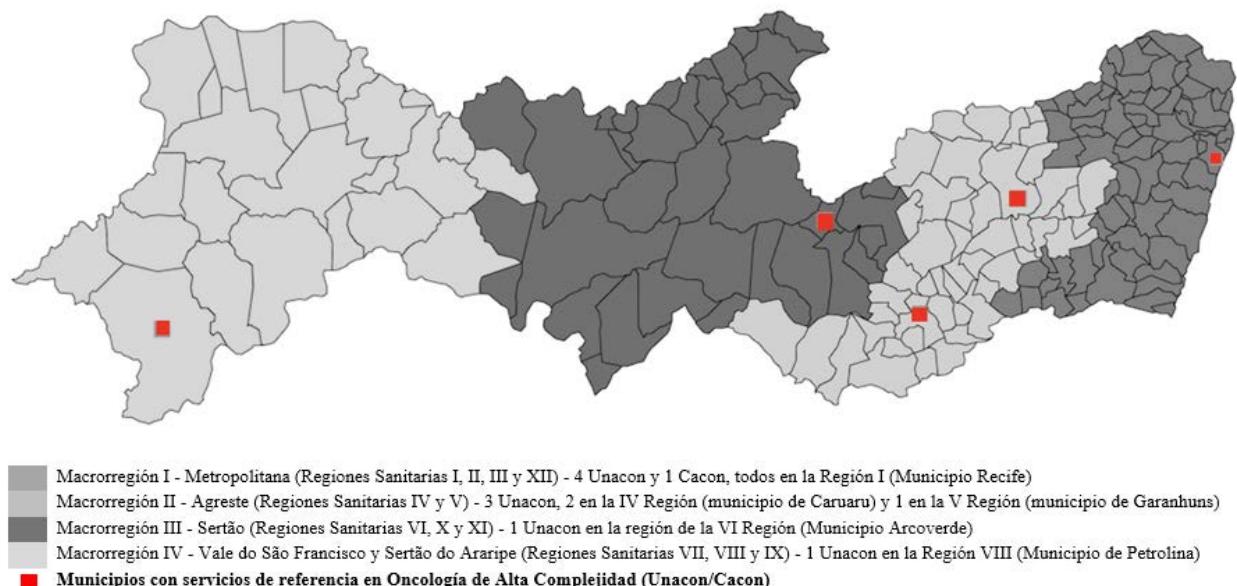
Se realizó una encuesta de enfoque cualitativo, basándose en el principio de la integralidad y en las dimensiones del ser integral<sup>9</sup>. El estudio descansa en el marco teórico metodológico de la fenomenología empírica<sup>13</sup> a partir de las percepciones y vivencias de usuarias con cáncer de mama.

El lugar del estudio fue el estado de Pernambuco, que posee diez servicios de referencia oncológica que tratan el cáncer de mama, distribuidos en sus cuatro macrorregiones de salud (Figura 1).

La selección de las mujeres fue intencional, basada en criterios que garantizasen la representatividad de las cuatro macrorregiones de salud del estado de Pernambuco. Se entrevistaron a nueve mujeres en tratamiento de cáncer de mama, siendo cinco en la Unidad de Alta Complejidad Oncológica (Unacon) Hospital del Cáncer de Pernambuco y cuatro en el Centro de Asistencia de Alta Complejidad Oncológica (Cacon) Instituto de Medicina Profesor Fernando Figueira (Cuadro 1).

La elección de estas unidades se dio por el hecho de atender a usuarias con cáncer de mama de todos los municipios del estado, lo que posibilitó una visión que cubría desde la trayectoria de cuidado hasta el tratamiento oncológico. Las nueve mujeres entrevistadas se encontraban en diferentes momentos del tratamiento del cáncer de mama, lo que permitió abarcar una diversidad de experiencias a lo largo de la trayectoria asistencial. Tres de ellas ya habían realizado quimioterapia, cirugía y radioterapia, se presentaron al servicio para consultas multiprofesionales y recojo de medicación. Otras tres habían pasado por quimioterapia y cirugía y estaban por iniciar la radioterapia. Las tres participantes restantes se encontraban en tratamiento con quimioterapia, con indicación quirúrgica prevista para después de la conclusión de esta etapa. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con mujeres en tratamiento en hospitales, en local reservado para grabación, usando el software gratuito Grabador (*Apple Store*) y transcritas en *Cockatoo*<sup>14</sup>, con correcciones para garantizar la integridad del contenido. La consulta complementaria a las historias





**Figura 1.** Macrorregiones de salud del estado de Pernambuco y distribución de las Unacon y Cacon. Pernambuco, Brasil, 2023  
**Leyenda:** Unacon = Unidades de Alta Complejidad Oncológica; Cacon = Centros de Asistencia de Alta Complejidad Oncológica.

**Cuadro 1.** Distribución de las usuarias por servicio, Macrorregión de Salud y código de identificación. Pernambuco, Brasil, 2023

Macrorregión de Salud	Unacon HCP	Código texto	Cacon IMIP	Código texto
I	2 usuarias	U1-M1; U2- M1	1 usuaria	U3- M1
II	1 usuaria	U1-M2	1 usuaria	U2-M2
III	1 usuaria	U1-M3	1 usuaria	U2-M3
IV	1 usuaria	U1-M4	1 usuaria	U2-M4

**Leyenda:** HCP = Hospital del Cáncer de Pernambuco; IMIP = Instituto de Medicina Profesor Fernando Figueira.

clínicas se realizó para profundizar la comprensión de la trayectoria de cuidado de las entrevistadas.

El análisis de las declaraciones de las mujeres siguió la técnica de análisis de contenido según Bardin<sup>15</sup>, articulado al enfoque de la fenomenología empírica delineada por Giorgi<sup>13</sup>. Esta combinación metodológica permitió captar, de forma sistemática y rigurosa, los sentidos atribuidos por las usuarias a sus vivencias a lo largo de la jornada de cuidados en el tratamiento del cáncer de mama. Inicialmente, las declaraciones fueron transcritas íntegramente y sometidas a una lectura fluctuante, buscando una inmersión en el contenido y la identificación preliminar de las unidades de significación. A continuación, con base en los procedimientos del análisis de contenido, se realizó la codificación de los datos, considerando el contexto de las declaraciones, la repetición de temas y la carga afectiva de los relatos. Esta etapa permitió la identificación de núcleos de sentido relevantes. Estos núcleos fueron entonces agrupados en categorías analíticas, basándose en las dimensiones de la integralidad propuestas en el Cuaderno de Atención Básica<sup>12</sup>, que orientó el eje interpretativo del estudio:

dimensión de la percepción sobre salud-enfermedad, saberes y cultura; dimensión condiciones de trabajo e ingresos; y dimensión condiciones físicas y orgánicas.

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética en Pesquisa del Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães (CAAE: 67124722.2.0000.5190); del Hospital del Cáncer de Pernambuco (CAAE: 67124722.2.3001.5205); y del Instituto de Medicina Profesor Fernando Figueira (CAAE: 67124722.2.3002.5201), con los números de los pareceres 6142468, 6219126 y 6298573, respectivamente, de acuerdo con la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) n.º 466/12<sup>16</sup>.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De las nueve participantes, tres tenían menos de 50 años y seis estaban entre 50 y 60 años. Una se identificó como negra, cuatro como blancas y cuatro como pardas. Se utilizaron los términos según la autodeclaración, respetando la forma como cada una expresó su identidad racial. Cuatro eran solteras y cinco casadas, ocho mencionaron tener hijos. Respecto a la



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

educación, tres tenían educación superior completa, tres educación secundaria completa y las otras tres, educación primaria incompleta.

Las usuarias que residen en la macrorregión I presentaron un promedio de desplazamiento de 12 km, con tiempo estimado de 47 minutos. Las usuarias de las macrorregiones II, III y IV, que buscaron atención en la macrorregión I, enfrentaron trayectos mucho más largos, con promedios de 173 km (~4 horas), 489,5 km (~9 horas) y 608,5 km (~10 horas), respectivamente.

#### DIMENSIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE SALUD-ENFERMEDAD, SABERES Y CULTURA

Comprender la percepción de las mujeres sobre salud-enfermedad en la neoplasia maligna de mama incluye abordar su nivel de educación y conocimiento sobre el curso de la enfermedad, considerando intervenciones en las fases de susceptibilidad (promoción a la salud), preclínica (rastreo), clínica (tratamiento) y de incapacidad residual (paliativo). A pesar de las diferencias en la educación, la mayoría no tenía acceso regular a los servicios de salud para acompañamientos preventivos, como lo demuestran las siguiente declaraciones:

Hace ya un buen tiempo que no iba yo al *médico*.  
Hace mucho tiempo ya (U2-M1).

Ninguno, no iba, ni a los puestos, ni a nada. Ningún *médico*, no buscaba (U3- M1).

Es papel de la Atención Primaria a la Salud (APS)<sup>5</sup> identificar y realizar visitas activas a las personas que no buscan regularmente el servicio, además de fortalecer la educación en salud orientada hacia la promoción y prevención. Comprender los factores que retrasan el diagnóstico del cáncer de mama permite desarrollar intervenciones eficaces. La información adecuada facilita decisiones oportunas para buscar atención. Inicialmente, todas las participantes ignoraron los síntomas, atribuyéndolos a estrés, sobrepeso o problemas pasajeros, como se evidenció en las declaraciones.

Primero, me percaté en la axila, entonces le dije a mi esposo, y dijo 'no, creo que es porque estás con sobrepeso, debe ser por eso'. Un día, me di cuenta en el seno. Ahí él me dijo 'es mejor que vayas al *médico*'. Le dije 'sí, después voy'. Creo que esto pasó hace unos seis meses (U2-M2).

Se me inflamó un ganglio en la axila y dolía. Trabajaba en una escuela, preparando la merienda para 300, 500 alumnos, cuando me quejaba, la

hermana que era enfermera, decía, 'no, cargas el balde, ahí es que te viene el dolor' [...] agendaron una ecografía de mama, por mi cuenta [usuaria pagó el examen], ella dijo que tenía un nódulo muy grande (U2-M3).

Las declaraciones resaltan la importancia de que las usuarias conozcan las señales y síntomas de la enfermedad y tomen decisiones oportunas en la búsqueda de servicios de salud. Un estudio con mujeres con cáncer de mama identificó la asociación de los síntomas con otros problemas<sup>17</sup>. El desconocimiento puede atrasar la búsqueda por el diagnóstico, resultando en estadios avanzados, mayor costo y menor sobrevida<sup>5-13,15,17,18</sup>. La información debe alcanzar a toda la población, pues los familiares y amigos influyen en la decisión de las mujeres<sup>19</sup>.

Además del conocimiento, factores como responsabilidades familiares y condiciones de vida impactaron la búsqueda por atención. Una usuaria postergó la búsqueda por ser cuidadora del esposo accidentado:

Fue en la época que mi marido se accidentó, casi se muere. Y entonces yo no podía tratarme el bullo. O yo cuidaba de mi marido, o cuidaba de mí. Ahí, comenzamos, cada noche medíamos, él y yo, a mano. Esto fue dentro de un año. Y yo sintiendo, y solo medíamos el tamaño del bullo. [...] Entonces, comenzó a incomodar. Y un día, dolía bastante, ahí fui al *médico*, él me mandó morfina cada 4 horas. Cuando él me daba morfina, era como si alguien me quitaba el dolor y lo lanzaba lejos, pero en 4 horas no podía aguantar [...] eran dos años que estaba con ese tumor (U1-M3).

Al asumir el papel de cuidadora, la mujer descuidó su autocuidado en beneficio del esposo. Esta negligencia refleja fallas estructurales, como la ausencia de visitas regulares de la APS, que podrían haber identificado tempranamente su problema. El vacío en la búsqueda activa y en el cuidado continuo evidencia una responsabilidad compartida entre la APS y la dinámica de género. La división tradicional de roles, que impone a las mujeres la responsabilidad por el cuidado, se superpone, muchas veces, a sus necesidades personales, especialmente cuando hay dificultades económicas y falta de soporte adecuado<sup>20</sup>, llevándolas a priorizar a los otros. Esto refuerza la necesidad de discutir el impacto de las normas de género en la salud y de una APS más activa para reducir la sobrecarga individual en el control del cáncer de mama.



Todas las usuarias destacaron la necesidad de ampliar el acceso a la información, especialmente para las menos escolarizadas, como sintetiza la declaración de la U2-M4:

Las personas que no tienen conocimiento, que no tienen información, dejan de cuidarse. Entonces, así, todos los días, cada hora es hora de cuidarse, de protegerse y prevenir. Y hay esto, ah, tuviste cáncer porque quisiste, porque no te cuidaste. No. Pero si tuvieres una prevención, un acompañamiento, informaciones más claras, más simples, para el nivel de las personas que realmente necesitan de él, del tratamiento, de la atención, porque conmigo fue fácil, porque tengo la información, el conocimiento, y después sé dónde buscar, dónde investigar, qué se necesita para amenizar el tratamiento, todo. Pero hay muchas personas, la mayoría no tiene ese entendimiento. Ahí mueren más en la mente. Porque la mente no te ayuda a realizar el tratamiento. Porque dicen cáncer, cáncer es fatal, cáncer mata. Pero a veces no mata el cáncer, mata la desinformación.

El relato destaca la importancia de diseminar informaciones sobre enfermedades en un lenguaje accesible. Estados y municipios deben desarrollar planes locales de educación en salud para mejorar la promoción, prevención y tratamiento del cáncer de mama. Espacios educativos alineados a la Política Nacional de Educación Popular en Salud son estrategias eficaces<sup>21</sup>.

Las participantes evaluaron positivamente al Octubre Rosa, pero resaltaron la necesidad de aclarar el significado de los colores alusivos y de promover la concientización a lo largo del año, no solo en octubre.

Creo que más informaciones, en las unidades básicas, orientadas hacia la mujer. Las enfermedades no tienen meses de colores, las enfermedades no tienen meses, tienen personas, tienen seres humanos. Las personas divultan: hazte la mamografía “octubre rosa”. Ellas van aquel mes y, si se les pasa, no van más porque creen que no tienen (U2-M4).

La declaración destaca la necesidad de campañas de concientización objetivas y continuas, evitando que la población asocie el mes alusivo como el único momento para exámenes preventivos. La campaña debe considerar disparidades geográficas para alcanzar a poblaciones históricamente afectadas por la falta de acceso a la salud, pues las desigualdades pueden intensificar la carga emocional en grupos vulnerables<sup>20</sup>. Programas de navegación pueden aumentar la eficacia del cuidado, especialmente entre los más vulnerables<sup>6,7</sup>.

Todas las usuarias informaron haber recibido orientaciones adecuadas sobre la enfermedad y el tratamiento.

La orientación viene completa [...] tanto la mastóloga como el oncólogo dijeron que tendría que comenzar ya con la quimio para ver si el tumor, como él reaccionaría, retrocedería [...] ya se dijo que sería un tratamiento demorado. Me tendría que hacer la mastectomía, perder una mama, haría también el vaciado de la axila, posteriormente hacer radioterapia. Todo fue muy explicado, entonces entré sabiendo lo que yo haría (U1-M1).

La comunicación asertiva es esencial en el tratamiento del cáncer de mama, garantizando orientaciones claras sobre procedimientos y duración. Las mujeres buscan informaciones sobre pronóstico, impactos en la rutina y retorno a la vida cotidiana<sup>22,23</sup>. Con el avance del tratamiento, surgen nuevas dudas, exigiendo materiales educativos adaptados y espacios para aclaraciones<sup>24</sup>. Programas de navegación en red fortalecen el cuidado continuo y la comunicación entre usuarias y servicios de salud, identificando necesidades individuales<sup>6,7</sup>. La capacitación de los profesionales para una comunicación eficaz, comprensión de la enfermedad y conocimiento de la RAS fortalece la confianza y promueve un cuidado empático, centrado en la persona<sup>24</sup>.

Además de conocer la enfermedad, las usuarias destacaron la importancia de comprender sus derechos como personas con cáncer, presente en el relato de una usuaria de la macrorregión 3.

La médica dijo que quien tenía cáncer podía trabajar, pero yo dije ‘y sin ver bien, ¿cómo es que trabaja?’ Estoy sin visión [...] No obtenemos el beneficio, corta, ahí quien no tiene conocimiento de buscar un abogado, no tiene (U2-M3).

El enfoque integral es un derecho de la usuaria, pero la fragmentación del cuidado entre los niveles asistenciales ha comprometido su efectividad. La APS, principal coordinadora del cuidado, debe garantizar acompañamiento continuo, independientemente del punto de la RAS, considerando las características individuales durante el tratamiento<sup>24</sup>.

La falta de conocimiento sobre los derechos, sumada a la fragmentación entre los niveles asistenciales, puede impactar negativamente en la vida de la mujer, como relata una usuaria de la macrorregión 2:

Al inicio, venía de ómnibus. Fueron muchos gastos que tuve, venía pagando 90,00 por persona. Y mi esposo siempre me acompañaba. Ahí, significa 180,00 para venir y 180,00 para volver. Estuve así de octubre a mayo. Y, después, descubrí el TFD (U2-M2).



La declaración evidencia la discontinuidad del cuidado por parte de la APS y la ausencia de programas de navegación, esenciales para identificar barreras como acceso limitado, desconocimiento de derechos y dificultades económicas. Estos programas pueden impactar positivamente en la vida de las mujeres, garantizándoles soporte adecuado y respeto a sus singularidades<sup>6-7</sup>. La limitación en el acceso a servicios e informaciones jurídicas es una traba significativa, pues muchas desconocen sus derechos médicos y legales<sup>4</sup>. Bajo esta perspectiva, la asistencia social durante el tratamiento desempeña un papel fundamental en la orientación y en el apoyo a las mujeres en el enfrentamiento del cáncer<sup>23-25</sup>.

La dimensión de la percepción sobre salud-enfermedad, saberes y cultura entre mujeres entrevistadas señaló que el nivel de educación de las mujeres no influyó en el autocuidado, la prevención y la búsqueda inmediata por servicios al notar síntomas, destacando la necesidad de revisar los enfoques de educación en salud en todos los niveles de atención. El fortalecimiento de la educación en salud se puede lograr mediante la Educación Popular en Salud en los diversos niveles de atención a la salud, y de sus procesos prácticos (acción-reflexión-acción), dado que el cambio de prácticas va más allá de la simple transmisión de informaciones, involucrando la reflexión sobre autonomía y el empoderamiento del individuo como parte esencial del cuidado integral a la salud.

#### DIMENSIÓN CONDICIONES DE TRABAJO E INGRESOS

Las condiciones de trabajo e ingresos influyen en el cuidado integral, afectando el acceso a los servicios de salud y el compromiso con el tratamiento. Entre las nueve usuarias, dos servidoras públicas consiguieron licencia por cáncer de mama; dos autónomas accedieron al bono por enfermedad del Instituto Nacional del Seguro Social; una recibió un beneficio de la Ley Orgánica de Asistencia Social (LOAS); otra, vinculada a un sindicato rural, recibe la mitad de un salario, sujeto a reevaluaciones; dos se quedaron sin ingresos y sin beneficios; y una mantuvo sus actividades profesionales durante el tratamiento.

Mi condición es pésima. No conseguí nada de mi enfermedad. Estoy intentando el bono por enfermedad. Las condiciones económicas son muy malas (U1-M3).

Hablé con gente de la asociación de los agricultores familiares [...] logró agendar una pericia en Petrolina. Fui de noche y pasé la noche en la estación de buses, al otro día, bien temprano, fui al INSS [...] ella me preguntó si tenía un certificado, y mostré todos mis papeles [...] ella me dijo, ‘usted ya recibió?’ [...] recibí medio salario [...] ‘solo eso?’, respondí: solo eso. ‘Pero él [médico] ya sabía que usted estaba con

cáncer?’ Ya. Ahí, ella revisó todo con detalle y dijo que recibiría hasta marzo. El auxilio no es definitivo, es temporal (U1-M4).

Preferí seguir trabajando, porque, para lo psicológico, no quedarme en casa [...] yo me hacía la quimio el jueves, el viernes ellos me liberaron (U3- M1).

Las dificultades económicas enfrentadas por mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento impactan profundamente en su calidad de vida, especialmente entre independientes, que relatan mayores desafíos que las empleadas<sup>25</sup>.

Algunas usuarias intentaron acceder al beneficio de la LOAS, aunque solo una tuvo éxito después de judicializarlo para asegurar el derecho.

Hasta hoy no conseguí mi jubilación por la LOAS. No logro comprobar mi miseria, por no tener ingresos, no tengo cómo comprobar. Vivo de favor en una casa (U1-M1).

Solo el auxilio por enfermedad, que se transformó en jubilación, coloqué en la justicia, porque ellos lo cortaron en la pandemia, cuando más necesitábamos. Pasé un año y tres meses sin recibir. Entonces, durante ese tiempo, la familia ayudaba. Iniciamos un proceso judicial y fue negado, después entró nuevamente como si fuese la LOAS, que es una cosa que va más rápido.

Demoró, luego negaron, él metió nuevamente, entonces, ahora, se transformó en una jubilación (U2-M3).

La LOAS es una ley federal que garantiza un salario mínimo mensual a personas mayores sin ingresos (a partir de 65 años) y a personas con deficiencia incapacitadas para el trabajo, con reevaluación bienal e informe médico del INSS<sup>26</sup>. Las declaraciones destacan la necesidad de integrar la asistencia social de la Unacon/Cacon a las secretarías municipales de salud para fortalecer el cuidado para las personas con cáncer. El análisis individualizado es esencial para reducir desigualdades, injusticias y mitigar impactos de la enfermedad. El apoyo social mejora la calidad de vida durante el tratamiento, previniendo ansiedad e incertidumbre<sup>27,28</sup>.

Una de las usuarias que no consiguió el auxilio por enfermedad informó de secuelas debido al tratamiento, y tiene dificultades para regresar al mercado de trabajo:

No logré regresar al mercado de trabajo. Debido a mi deficiencia con el brazo, perdí el movimiento de la mano, no consigo más ayudar [...] tenemos mucha orientación del hospital, regresa a estudiar, si puedes, regresa al mercado de trabajo. Pero el mercado de trabajo no tiene esa perspectiva, no es el hospital (U1-M1).



Mujeres que no regresaron al trabajo después del cáncer de mama presentan mayor caída en la calidad de vida en comparación con aquellas que permanecieron empleadas<sup>29</sup>. El retorno al mercado exige apoyo integrado de hospitales, empleadores, sociedad civil, políticas públicas y familiar, con acciones de rehabilitación, inclusión y autonomía profesional para prevenir incapacidad prolongada y atender a las necesidades individuales<sup>30</sup>.

La falta de soporte financiero adecuado impacta en el acceso y el compromiso con el tratamiento. Seis mujeres proveedoras informaron preocupaciones con la escasez de recursos, como fue mencionado por la usuaria U2-M3: “Lo poco que gano aún me permite comprar lo del diario [...], son cinco personas en casa”.

Estas circunstancias muestran que la falta de soporte económico adecuado crea barreras para que esas mujeres reciban un cuidado integral que respete sus necesidades biopsicosociales y sus condiciones de vida<sup>30</sup>.

Aunque el Tratamiento Fuera del Domicilio (TFD) esté garantizado para usuarias de las macrorregiones II, III y IV, todas enfrentaron costos extras. Cuatro informaron que el transporte municipal cubre solo hasta la casa de apoyo, siendo el desplazamiento interno en la capital por cuenta propia, lo que genera dificultades económicas.

Él te deja en la casa de apoyo. Y venimos con lo que nosotros [...] gastamos de la casa de apoyo hasta acá (U1-M4).

Para esta venida, ellos nos dan el carro de la municipalidad. Para dejarnos, nos deja, pero para tomar en el hospital, no. Para regresar, todo el mundo se reúne en la casa de apoyo. Como hoy, por ejemplo, solo tengo 30,00 para volver. Pago 20,00 de Uber desde aquí hasta la casa de apoyo, entonces solo tengo 10,00 para llegar a casa. Era para que haya un carro del hospital para llevar hacia la casa de apoyo, no era para que el paciente gaste. Porque muchos no tenemos. Dejamos de comer en el camino para pagar el carro para ir hasta la casa de apoyo (U1-M3).

El TFD debe ser activado cuando no hay alternativas de tratamiento en el municipio o macrorregión de origen<sup>31</sup>. La inexistencia de directrices claras para el acceso y la organización del TFD entre los municipios contribuye para profundizar las desigualdades en el cuidado en salud, afectando principalmente a pacientes en situación de mayor vulnerabilidad social. La precariedad o ausencia de transporte público adecuado impacta el compromiso con el tratamiento oncológico, especialmente entre las usuarias del SUS que no disponen de recursos propios para pagar desplazamientos frecuentes. Además, la deficiencia en las estrategias de monitoreo y en la evaluación de los servicios de oncología y de los flujos de

acceso resulta en desplazamientos agotadores y, muchas veces, innecesarios<sup>32</sup>. Para mitigar estos impactos, es fundamental que las secretarías de salud acompañen el perfil de los usuarios y optimicen los flujos asistenciales<sup>31</sup>.

Comprender la dimensión de las condiciones de trabajo e ingresos es fundamental para garantizar que las mujeres con cáncer de mama no enfrenten barreras adicionales impuestas por la fragmentación y desorganización de la RAS. Aunque las directrices orienten que el tratamiento se dé preferentemente en la macrorregión de origen, muchas mujeres optan espontáneamente por centros de referencia como el Hospital del Cáncer de Pernambuco y el Instituto de Medicina Profesor Fernando Figueira, que concentran quimioterapia, cirugía, radioterapia y equipo multiprofesional. Esta elección expresa la búsqueda por un cuidado integral y resolutivo, y evidencia fragilidades en las Unacon de las macrorregiones II, III y IV. Se refuerza, así, la urgencia de fortalecer la capacidad asistencial descentralizada, sin comprometer la continuidad y la integralidad del cuidado oncológico.

## DIMENSIÓN CONDICIONES FÍSICA Y ORGÁNICA

Recibir el diagnóstico de cáncer de mama es una experiencia difícil, generando diversas reacciones, como miedo, rabia y ansiedad.

Cuando lo descubrí, me dejó desesperada, sin piso, apavorada. Cuando se recibe una noticia así, si hubiese un hoyo en el piso, me metía. [...] si no eres muy fuerte, te destruye (U1-M2).

La preparación de los profesionales y el soporte psicológico son esenciales, pues las consecuencias del diagnóstico pueden ser devastadoras<sup>28-33</sup>. La estadificación de la enfermedad influye en el procedimiento terapéutico; cinco usuarias fueron diagnosticadas en estadio avanzado, incluyendo a dos con metástasis.

Ya había alcanzado a los huesos, no estaba solo en la mama, yo ya jalaba la pierna derecha [...] fue necesario retirar toda la mama y hacer el vaciado axilar (U2-M1). Ella decía que estaba en el hígado, que yo tenía metástasis (U1-M3).

Los relatos refuerzan la importancia del diagnóstico temprano esencial para la sobrevida<sup>1,2,5,6</sup>. La mayoría de las mujeres destacó problemas psicológicos, siendo la más citada la ansiedad.

Además de la enfermedad, el miedo, angustia, ansiedad, todo lo que no sirva (U1-M2).

Hay momentos en que viene una depresión, me entra mucha ansiedad, aumenté 9 kg. (U1-M4).



Inclusive, me puse tan nerviosa, que cuando fui al psicólogo, casi no le dejaba hablar (U1-M2).

El soporte psicológico continuo es fundamental, pues el miedo de la muerte y las incertidumbres generan gran angustia<sup>28-34</sup>. Solo una usuaria no tuvo acceso al servicio, mientras que las demás tuvieron al menos una consulta, pero la mitad no continuó. La continuidad del soporte psicológico en todas las fases del tratamiento es vital para el cuidado integral, previniendo la falta de atención, como en el caso de la usuaria que se quedó sin consulta psicológica. Las implicaciones psicológicas deben ser abordadas en todas las etapas del cuidado<sup>35</sup>. Y aunque el miedo a la muerte preocupe a las usuarias, la determinación de superar a la enfermedad y el apoyo familiar las motiva a proseguir con el tratamiento.

No quiero desistir, voy a vencer! [...] no quiero entregarme [...] tengo mucho miedo de morir, dejar a mi familia [...] tengo una hija especial, ¿quién va a cuidar a mi hija? Mi marido accidentado está enfermo... [...] (U1-M3).

Esta declaración destaca la importancia del enfoque multiprofesional, pues el temor a la muerte y la preocupación con la familia intensifican el sufrimiento<sup>36</sup>. Por otro lado, una usuaria relató que el cáncer resignificó su vida, proporcionándole más autonomía:

Ningún miedo. Tenemos la vida antes del cáncer y después del cáncer. [...] ver la vida con otros ojos [...] no tengo miedo porque mi vida es hoy. Solo partes, si te toca partir (U2-M4).

Este relato refuerza las estrategias de resiliencia y crecimiento personal observadas en mujeres que enfrentaron la enfermedad<sup>37</sup>.

En lo que se refiere a los cambios físicos debidos al tratamiento oncológico, algunas mujeres relataron los desafíos con la pérdida del cabello y de la mama:

Fueron tantos desafíos. Mi cabello comenzó a caer. Durante el período que estuve sin cabello, no lograba verme en el espejo. Estoy pudiendo ahora, un poco, pero no logro mirar donde estaba mi mama. No puedo todavía, ni toco y ni miro (U2-M2). Tengo una amiga que retiró los dos senos. Y ella ya lo hizo cinco veces. Y el cuerpo de ella rechaza. Yo no quiero más ser cortada, no quiero más ser perforada, yo no quiero más eso. Puede ser que más tarde cambie de idea, pero hasta entonces, yo no quiero (U2-M2).

Comprender la percepción de la mujer con cáncer de mama sobre su imagen corporal y los impactos en la calidad de vida puede guiar a los profesionales de salud

en las intervenciones, minimizando efectos negativos, pues factores psicosociales y socioculturales influyen en la imagen corporal<sup>38</sup>. El miedo de rechazar la prótesis llevó a la mujer a no aceptar la reconstrucción mamaria. Es importante enfatizar que la reconstrucción es un derecho de la mujer<sup>39</sup> y la decisión debe considerar las orientaciones del equipo multiprofesional sobre riesgos y beneficios, respetando el deseo y la condición clínica de cada mujer. El temor de perder la mama nuevamente puede desestimular la cirugía reconstructora, pues algunas mujeres creen que, por cuestiones estéticas, no deben correr riesgos de complicaciones<sup>35</sup>.

Se observó que el contexto social ha impactado en la condición orgánica de las usuarias de las macrorregiones II, III y IV. Dos mujeres destacaron que las largas distancias generan costos adicionales que comprometen sus necesidades básicas, como la garantía de alimentación durante las idas a la macrorregión I para tratamiento.

[...] te quedas con hambre [...] porque no hay dinero para alimentarse [...] si no te alimentas correctamente, entonces, ¿cómo es que vas a tener una reacción buena en tu cuerpo? (U1-M2).

Soy diabética, paso mucho tiempo sin comer. Hasta sin comer puedo estar, pero sin agua, no, porque siento mucha sed. Un agua de esas cuesta 3,00. Me quedo mucho tiempo sin comer, me pongo mal, [...] yo ya viajé mucho con hambre (U1-M3).

Es fundamental que estados, municipios y servicios de oncología implementen protocolos de acceso que orienten a los profesionales para derivar adecuadamente a las usuarias, considerando el diseño de la red y los servicios más cercanos a su residencia. Además, es necesario reevaluar las estrategias de uso del TFD, considerando los costos con viaje, alimentación y hospedaje, para garantizar un soporte económico y físico adecuado durante el tratamiento.

Otras dificultades con largos viajes fueron mencionadas por las usuarias de las macrorregiones II, III y IV.

Salimos a las 9 de la noche y llegamos aquí a las 5 de la mañana. Es muy agotador (U1-M3).

Salgo a las 5 de la tarde, llegamos aquí a las 4 de la mañana [...]. Hay que regresar el mismo día (U1-M4). Son diez horas de viaje, diez horas y media (U2-M3).

Barreras logísticas en el acceso al tratamiento pueden comprometer el bienestar y la continuidad del cuidado oncológico. Los desplazamientos extensos hacia la capital, donde realizan sus tratamientos, impactan directamente en las condiciones físicas y orgánicas de estas mujeres,

exigiendo de ellas un esfuerzo significativo en contextos de vulnerabilidad física resultantes del propio tratamiento oncológico. Además del cansancio extremo, estos viajes frecuentemente involucran largos períodos sin reposo adecuado, necesidad de paradas para alimentación, lo que ni siempre es posible, dado que muchas usuarias informaron no tener condiciones económicas para alimentarse adecuadamente durante el trayecto.

El tratamiento fuera de la macrorregión impone desafíos biológicos, psicológicos y económicos para mujeres con cáncer de mama. En países como Estados Unidos y Japón, el 90% de los pacientes oncológicos reside a menos de una hora de los servicios de tratamiento<sup>40,41</sup>. A pesar de las largas distancias y costos adicionales para ir a la macrorregión I, las usuarias señalan percepciones positivas sobre la atención en la Unacon Hospital del Cáncer de Pernambuco y en el Cacon Instituto de Medicina Profesor Fernando Figueira, reconocidas por la oferta de tratamiento oncológico integral<sup>42</sup>, con el acceso a un equipo multiprofesional completo, esencial en el combate a la enfermedad.

[...] es importante resaltar que tenemos un acompañamiento maravilloso, aquí hay todo lo que necesitamos [...] sin este grupo ahí es complicado. Tenemos derecho a odontología, psicología, nutrición, servicio social que nos acoge. [...] Tengo amigas que hacen este tratamiento en otros hospitales y no tienen lo que tengo aquí (U1-M1).

La ausencia de regulación en el acceso al tratamiento oncológico, asociada a la lógica de la demanda espontánea, lleva a muchas mujeres a buscar, por iniciativa propia o incluso por transferencias realizadas por profesionales de salud sin seguir un flujo regulatorio formalizado, centros de referencia que concentren todas las etapas terapéuticas en un único local. Este movimiento refleja la desarticulación de la red y la ausencia de una línea de cuidado estructurada, al mismo tiempo en que impone desafíos relevantes a los servicios oncológicos, especialmente a las Unacon situadas en las macrorregiones II, III y IV. Estas unidades presentan limitaciones en la oferta de cuidado integral y en el acceso a equipos multiprofesionales, favoreciendo la concentración de la demanda en la macrorregión I. Tal escenario evidencia la necesidad de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los servicios descentralizados, así como del papel estratégico de la APS en la coordinación del cuidado y en el ordenamiento de los flujos asistenciales<sup>42</sup>.

La dimensión de las condiciones físicas y orgánicas en el tratamiento del cáncer de mama es importante para evaluar la calidad de vida de las pacientes durante las diversas fases del tratamiento. Las condiciones de las

macrorregiones de salud y los acuerdos entre municipios requieren un diagnóstico situacional y una evaluación de los servicios de atención oncológica disponibles. Es esencial crear flujos asistenciales que consideren las desigualdades territoriales, la capacidad instalada de las macrorregiones y la coordinación entre diferentes regiones, buscando garantizar un cuidado integral y equitativo.

## CONCLUSIÓN

La integralidad del cuidado va más allá del sector salud, exigiendo que los profesionales amplíen su visión sobre las demandas de las usuarias, humanizando la práctica más allá de la enfermedad. La estructura actual de la red de atención y del planeamiento oncológico impone barreras adicionales a las mujeres con cáncer de mama, como la ausencia de flujos asistenciales adecuados, resultando en injusticias en el acceso y dificultades en la identificación de las múltiples necesidades de las mujeres.

A pesar de la existencia de servicios de oncología en cada macrorregión, el TFD acaba siendo más utilizado que lo necesario debido a la falta de estructuración de la RAS. Esta estrategia necesita ser reevaluada, teniendo en consideración que las mujeres enfrentan desafíos que van más allá de las distancias geográficas, afectando inclusive necesidades básicas, como el derecho a una alimentación digna.

La integralidad debe considerar las necesidades específicas y la equidad de acceso para las usuarias, especialmente para casos de alta sospecha y metastásicos, que exigen una línea de cuidado diferenciada y estrategias rápidas para evitar retrasos en los exámenes, puesto que el cáncer es sensible al tiempo. Las estrategias de enfrentamiento al cáncer deben incluir procesos educativos y comunicativos fundamentados en la educación popular en salud.

Es fundamental que el enfrentamiento al cáncer reciba prioridad en la agenda pública, con voluntad política para garantizar el cuidado adecuado en la red de atención al cáncer y la prioridad que las personas afectadas merecen. Para promover la integralidad, es esencial garantizar acompañamiento continuo durante el tratamiento. Los resultados señalan la necesidad urgente de programas de navegación en red para superar barreras clínicas y socioeconómicas, atendiendo a las singularidades de las mujeres. Se recomienda la creación de equipos de navegación que actúen fuera del ambiente hospitalario, con definición de funciones claras y capacitación continua.

Este estudio, sin embargo, presenta limitaciones. Al enfocarse prioritariamente en tres dimensiones de la integralidad, otras dimensiones igualmente relevantes, como el soporte psicológico, familiar, espiritual, además de los aspectos relacionados con el retorno al trabajo



y con la reinserción social, no fueron exploradas. Tampoco fueron contempladas de forma sistemática las perspectivas intersectoriales que involucran políticas de asistencia social, trabajo, transporte y alimentación. La profundización de estas dimensiones es esencial para una comprensión más amplia de la integralidad y podrá ser objeto de futuras investigaciones.

Los resultados poseen relevancia social y científica, pudiendo contribuir para el planeamiento de la Red de Prevención y Control del Cáncer. Las mejoras necesarias pueden beneficiar no solo el tratamiento oncológico, sino también otras condiciones, al organizar la red de cuidados considerando las necesidades biopsicosociales y la complejidad del cuidado, que debe transcender a la enfermedad.

## APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente en la concepción y en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

## DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos pueden estar disponibles a solicitud del autor correspondiente, con presentación de justificación razonable, debido a las restricciones éticas y de privacidad.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

## REFERENCIAS

1. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev Bras Cancerol.* 2023;69(1):e-213700. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>
2. TABNET [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. c2008 – [acesso 2025 fev 28]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
3. Wu J, Zeng N, Wang et al. The stigma in patients with breast cancer: a concept analysis. *Asia-Pac J Oncol Nurs.* 2023;10(10):100293. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100293>
4. Campos JRIS. Direito fundamental à saúde: uma análise da proteção jurídica às pessoas acometidas por neoplasia maligna. *Rev Videre.* 2015;7(13):34-8.
5. Grunfeld EA, Ramirez AJ, Hunter MS, et al. Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. *Br J Cancer.* 2002;86(9):1373-8. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600260>
6. Rodrigues RL, Schneider F, Kalinke LP, et al. Clinical outcomes of patient navigation performed by nurses in the oncology setting: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20190804. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0804>
7. Perez-Bustos AH, Orozco-Urdaneta M, Erazo R, et al. A patient navigation initiative to improve access to breast cancer care in Cali, Colombia. *Cancer Rep.* 2021;5(9):e1564. doi: <https://doi.org/10.1002/cnr.21564>
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002. [acesso 2025 fev 14]. p.726. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
9. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate.* 2017;41(115):1177-86. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
10. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da estratégia saúde da família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2015;19(55):1089-100. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>
11. Freitas GC, Flores JA, Camargo Junior KR. "Necessidades de saúde": reflexões acerca da (in)definição de um conceito. *Saude Soc.* 2022;31(1):1-9.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2025 fev 12]. (Cadernos de Atenção Básica; 13). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colon\\_uterino\\_2013.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colon_uterino_2013.pdf)
13. Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach. Pittsburgh: Duquesne University Press; c2009.
14. Cockatoo [Internet]. Versão 2. Scottsdale: Cockatoo Inc.; ©2025. [acesso 2025 fev 9]. Disponível em: <https://www.cockatoo.com/>
15. Bardin L. Análise de conteúdo. 70. ed. rev atual. São Paulo: Edições; 2016.
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso 2025 fev 10]; Seção 1:59. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)



17. Tesfaw A, Alebachew W, Tiruneh M. Why women with breast cancer presented late to health care facility in North-west Ethiopia? A qualitative study. *PLoS One.* 2020;15(12):e0243551. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243551>
18. Setyawan IB, Kurnia D, Setiaji K, et al. Sociodemographic disparities associated with advanced stages and distant metastatic breast cancers at diagnosis in Indonesia: a cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond).* 2023;85(9):4211-7. doi: <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001030>
19. Mehejabin F, Rahman MS. Knowledge and perception of breast cancer among women of reproductive age in Chattogram, Bangladesh: a cross-sectional survey. *Health Sci Rep.* 2022;5(5):e840. doi: <https://doi.org/10.1002/hsr2.840>
20. Salci MA, Marcon SS. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. *Texto contexto enferm.* 2008;17(3):544-51. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000300016>
21. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 nov 20 [acesso 2025 fev 20]; Seção 1:62. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)
22. Lu H, Xie J, Gerido LH, et al. Information needs of breast cancer patients: theory-generating meta-synthesis. *J Med Internet Res.* 2020;22(7):17907. doi: <https://doi.org/10.2196/17907>
23. Malenfant S, Jaggi P, Hayden KA, et al. Compassion in healthcare: an updated scoping review of the literature. *BMC Palliat. Care.* 2022;21(1):80. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00942-3>
24. Chiu H, Lin C, Kuo Y, et al. Resilience among women with breast cancer surviving longer than five years: the relationship with illness perception and body image. *Eur J Oncol Nurs.* 2023;62:102254. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102254>
25. Richter-Ehrenstein C, Martinez-Pader J. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and financial factors. *Breast Care (Basel).* 2021;16(1):72-6. doi: <https://doi.org/10.1159/000507313>
26. Presidência da República (BR). Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1993 dez 8. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 1993 dez 8; Seção I.
27. Pasek M, Suchocka L, Gąsior K. Model of social support for patients treated for cancer. *Cancers (Basel).* 2021;13(19):4786. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers13194786>
28. Cincidda C, Pizzoli SFM, Ongaro G, et al. G. Caregiving and shared decision making in breast and prostate cancer patients: a systematic review. *Curr Oncol.* 2023;30(1):803-23. doi: <https://doi.org/10.3390/curoncol30010061>
29. Colombino ICF, Sarri AJ, Castro IQ, et al. Factors associated with return to work in breast cancer survivors treated at the Public Cancer Hospital in Brazil. *Support Care Cancer.* 2020;28(9):4445-58. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05164-7>
30. Costa JB, Lima MAG, Neves RF. O retorno ao trabalho de mulheres após a experiência do câncer de mama: uma metassíntese. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2020;45:e19. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000045018>
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2022 fev 23; Edição 38; Seção I:21.
32. Silva RR, Carvalho EMF, Lyra TM, et al. Análise da regulação assistencial na atenção oncológica de alta complexidade em um estado da região nordeste do Brasil: o câncer de mama como condição traçadora [Internet]. In: Zarili TFT, organizadora. Da prevenção à intervenção: abordagens na saúde coletiva 2. Ponta Grossa: Atena; 2024. [acesso 2025 fev 02]. p. 18-35. Disponível em: <file:///C:/Users/202494535/Downloads/da-prevencao-a-intervencao-abordagens-na-saude-coletiva-2.pdf>
33. Carvalho SM, Andrade CA, Ferreira MBLS, et al. Women's perception about the discovery of breast cancer amid the covid-19 pandemic. *PLoS One.* 2023;18(4):e0282610. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282610>
34. Chávez-Díaz A, Gómez-González MP, Torres-López TM. Representaciones sociales del cáncer de mama: una comparación de mujeres con diagnóstico reciente y mujeres sanas. *Act Psi.* 2020;34(128):51-67. doi: <https://doi.org/10.15517/ap.v34i128.34738>
35. Inocenti A, Santos MA, Loyola EAC, et al. Impact of the effects of the reconstructive surgery in the life of women with breast cancer. *Texto contexto enferm.* 2016;25(2):e4520014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004520014>
36. Hewitt M, Herdman R, Holland J, editores. *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer.* Washington, DC: National Academies Press; 2004.
37. Fernandez LC, Garcia MLR. El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Rev Puertorriq Psicol.* 2012;23:109-26.
38. Volkmer C, Santos EKA, Erdmann AL, et al. Breast reconstruction from the perspective of women submitted to mastectomy: a meta-ethnography. *Texto contexto enferm.* 2019;28:e20160442. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0442>



39. Presidência da República (BR). Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1999 maio 7; Seção I:1.
40. Tanaka H, Ishikawa KB, Katanoda K. Geographic access to cancer treatment in Japan: results from a combined dataset of the patient survey and the survey of medical institutions in 2011. *J Epidemiol.* 2018;28(11):470-5. doi: <https://doi.org/10.2188/jea.je20170051>
41. Fonseca BP, Albuquerque PC, Saldanha RF, et al. Geographic accessibility to cancer treatment in Brazil: a network analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2022;7:100153. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100153>
42. Silva RR. Avaliação da rede de atenção oncológica de alta complexidade no tratamento de mulheres com câncer de mama no estado de Pernambuco [dissertação na Internet]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães; 2017. [acesso 2025 fev 22]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23216>

Recebido em 19/3/2025

Aprovado em 30/4/2025

