

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Marianna Cardoso de Araújo Souza

**“NA HORA QUE EU TOMO, EU SEI QUE AQUILO É BOM. DESSE
TAMANHOZINHO, MAS FAZ UM ESTRAAAGO!”: a experiência de ambiguidade
com o uso da hormonioterapia no combate ao câncer de mama**

Belo Horizonte
2024

Marianna Cardoso de Araújo Souza

“NA HORA QUE EU TOMO, EU SEI QUE AQUILO É BOM. DESSE TAMANHOZINHO, MAS FAZ UM ESTRAAAGO!”: a experiência de ambiguidade com o uso da hormonioterapia no combate ao câncer de mama

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Djenane Ramalho de Oliveira

Coorientadora: Prof^a Dr^a Yone de Almeida Nascimento

Belo Horizonte
2024

S729n Souza, Marianna Cardoso de Araújo.
“Na hora que eu tomo, eu sei que aquilo é bom. Desse tamanhinho, mas faz um estraaago!” [recurso eletrônico] : a experiência de ambiguidade com o uso da hormonioterapia no combate ao câncer de mama / Marianna Cardoso de Araújo Souza. – 2024.
1 recurso eletrônico (125 f.) : pdf

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.
Coorientadora: Yone de Almeida Nascimento.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Câncer de mama – Teses. 2. Hormonioterapia – Teses. 3. Pesquisa qualitativa – Teses. 4. Fenomenologia – Teses. 5. Medicamentos – Utilização – Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Nascimento, Yone de Almeida. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 616.994



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FOLHA DE APROVAÇÃO

NA HORA QUE EU TOMO, EU SEI QUE AQUILO É BOM. DESSE TAMANHOZINHO, MAS FAZ UM ESTRAAAGO!": A EXPERIÊNCIA DE AMBIGUIDADE COM O USO DA HORMONIOTERAPIA NO COMBATE AO CÂNCER DE MAMA

MARIANNA CARDOSO DE ARAUJO SOUZA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 14 de junho de 2024 pela banca constituída pelos membros:

Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora (UFMG)
Yone de Almeida Nascimento - Coorientadora (UFMG)
Maria Angela Ribeiro (Universidade de Uberlândia)
Cristiane de Paula Rezende (Prefeitura de Ouro Preto)



Documento assinado eletronicamente por **Maria Ângela Ribeiro, Usuário Externo**, em 20/06/2024, às 17:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane de Paula Rezende, Usuário Externo**, em 20/06/2024, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Djenane Ramalho de Oliveira, Chefe de departamento**, em 24/06/2024, às 14:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Yone de Almeida Nascimento, Professora do Magistério Superior**, em 02/07/2024, às 16:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3296766** e o código CRC **5504A06F**.

Ao meu amor e melhor amigo, Pedro.

AGRADECIMENTOS

Meus olhos marejam quase que instantaneamente enquanto escrevo, rememorando os momentos vividos durante a pós-graduação. Mudei de estado, fiquei longe da minha família, conheci pessoas maravilhosas, apaixonei-me pela pesquisa qualitativa e redescobri minha profissão!

Uma amiga querida, certa vez, em uma conversa, sintetizou esse período: “Mari, a pós-graduação é uma montanha-russa de emoções!”. Agora, olhando para trás, eu complemento sua fala: é uma experiência de coragem, de se permitir estar vulnerável! Sinto-me extremamente grata por ter desfrutado tão intensamente dos meus últimos 24 meses em Minas Gerais!

Assim, eu gostaria de agradecer a todas as pessoas que estiveram ao meu lado nesse caminhar, direta e indiretamente, e a algumas em especial.

Primeiramente, a Deus e a São Judas Tadeu, por iluminarem meu caminho ao longo dessa jornada.

Ao meu marido Pedro, que, além de despertar todo o meu amor e admiração, apoiou-me incondicionalmente em todas as minhas decisões e etapas deste trabalho. Sua compreensão, sua paciência e seu zelo foram imprescindíveis, especialmente nas horas mais adversas, quando as dificuldades pareciam sobrepujar meus objetivos.

À minha família e amigos, em especial aos meus pais, Mário (*in memoriam*) e minha mãe, Sueli, ambos professores, que me ensinaram desde cedo acerca da importância do saber e por estarem sempre ao meu lado, qualquer que fosse a circunstância.

À minha orientadora professora doutora Djenane, com quem compartilhei o início daquilo que viria a se tornar este trabalho, por me prover meios e apoio necessários para a execução do projeto. – Dj, você está à frente de seu tempo! Muito obrigada por todo o acolhimento e moradia no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF)!

À minha coorientadora professora doutora Yone, com quem partilhei anseios e incertezas a respeito deste projeto. Obrigada por seu carinho e ensinamentos diários ao longo desses dois anos. Raras são as pessoas que, como você, verdadeiramente compreendem e praticam uma abordagem centrada no paciente.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, particularmente aos membros do CEAF, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e de discussões ímpares, por me incentivarem e participarem de minha formação acadêmica. Obrigada, sobretudo, pela cumplicidade e ternura mútuas.

À Casa de Apoio às Pessoas com Câncer (CAPEC), organização sem fins lucrativos, que trabalha para prover melhor qualidade de vida aos pacientes oncológicos associados. Em particular, a Daniel Luiz Pires e Anita Barbaresco, que intermediaram o meu encontro com os seus assistidos.

À farmacêutica doutora Maria Ângela Ribeiro, tutora e preceptora do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Atenção em Oncologia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), por sua valiosa contribuição durante o meu percurso acadêmico, além de, gentilmente, interceder para o meu contato junto às pacientes em tratamento de câncer de mama participantes do serviço clínico ambulatorial ofertado e coordenado por ela nessa instituição.

Às partícipes e protagonistas desta pesquisa, a presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem a preciosa participação de vocês! Muito obrigada por compartilharem seu valioso tempo e histórias de vida tão ricas comigo!

Às farmacêuticas doutoras Maria Ângela Ribeiro e Cristiane de Paula Rezende, que, cortesmente, aceitaram o convite para compor a banca examinadora de defesa de meu trabalho final de mestrado.

A célula cancerosa é uma individualista desesperada [...]. Vive inventiva, feroz, territorial e defensivamente – por vezes como se nos ensinasse a sobreviver. [...] Enfrentar o câncer é enfrentar uma espécie alternativa, talvez mais adaptada à sobrevivência do que nós mesmos (MUKHERJEE, 2015).

RESUMO

O câncer de mama representa um conjunto heterogêneo de doenças causadas pelo acúmulo progressivo de mutações que se originam nas glândulas mamárias. A hormonioterapia exerce lugar fundamental em seu tratamento farmacológico por reduzir o risco de recidivas e de mortalidade em pacientes cujo tumor seja do tipo hormonal-dependente. A vivência medicamentosa a partir do panorama de seu usuário constitui fenômeno multidimensional, capaz de influenciar o processo de tomada de decisão farmacoterapêutica e, por conseguinte, interferir em seu desfecho clínico subsequente. Com este estudo, objetivou-se desvelar a experiência subjetiva de pacientes com câncer de mama em uso de hormonioterapia associada ao uso cotidiano de medicamentos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa à luz da Fenomenologia da Prática de Max van Manen, cuja operacionalização aprovisiona um arcabouço metódico capaz de acessar a compreensão profunda da experiência humana e respectivos significados individuais e/ou coletivos para a vida das pessoas. Foram convidadas para participar do estudo mulheres maiores de dezoito anos de idade; diagnosticadas com câncer de mama; que estivessem em uso de hormonioterapia para essa condição pelo período igual e/ou superior a um ano; e que estivessem em seguimento de um ou mais tratamentos farmacológicos concomitantes à terapêutica oncológica. Os instrumentos metodológicos utilizados foram entrevistas individuais, realizadas no período de julho a setembro de 2023, as quais foram gravadas e, posteriormente, transcritas; anotações em diário de campo durante e após as entrevistas; e a observação. Como resultado, três temas emergiram das entrevistas. O primeiro tema denomina-se “As estruturas da experiência subjetiva com o uso de hormonioterapia no tratamento do câncer de mama”, o qual se ramificou em três subtemas consecutivos: (i) “‘Desmoronamento. É só o que você é’: a experiência da corporalidade”; (ii) “‘A gente tem que ter apoio das pessoas, porque sozinha não dá para tocar essa vida’: a experiência da sociabilidade”; e (iii) “‘Você acha bom, porque tem o medicamento e, ao mesmo tempo, acha ruim, porque é um loooongo tratamento’: a experiência da temporalidade”. O segundo tema configura-se pelo título “‘Eu não tô tomando esse remédio por um mês, dois meses. Ele tem que se encaixar na minha rotina’: o gerenciamento da farmacoterapia e da vida”; seguido pelo tema terceiro, “‘Os outros (medicamentos), eu sei que eu tenho que tomar. O anastrozol, eu tenho medo de

esquecer!': hormonioterapia e medicamentos concomitantes de uso crônico, uma relação comparativa". A ambiguidade constituiu a essência do fenômeno investigado, bem como se mostrou ser linear no *continuum* do tempo. A experiência, em voga, com o uso cotidiano de medicamentos revelou constituir-se como uma vivência socialmente construída, a qual envolve uma inter-relação multifacetada entre fatores pessoais, sociais e estruturais, cuja carga que as mulheres atribuem a cada um dos componentes, à hormonioterapia e aos medicamentos não oncológicos não se mostra uniforme. Os dados obtidos ofertam contribuições importantes em níveis teórico, social e prático. Depreender esse vivido subjetivo, sob o ponto de vista da farmacoterapia global do indivíduo, possibilita ao farmacêutico identificar, prevenir e resolver problemas relacionados ao uso dessa ferramenta terapêutica, o que se traduz em maior efetividade das intervenções e aumento da qualidade de vida dos sujeitos. Em adição, fornece subsídios para a reorientação das abordagens da prática clínica farmacêutica corrente e consecutiva colaboração para a melhoria da assistência à saúde e, em especial, à oncológica.

Palavras-chave: Câncer de mama; hormonioterapia; pesquisa qualitativa; fenomenologia; experiência com medicamentos.

ABSTRACT

Breast cancer represents a heterogeneous set of diseases caused by the progressive accumulation of mutations that originate in the mammary glands. Hormone therapy plays a fundamental role in pharmacological treatment as it reduces the risk of recurrence and mortality in patients whose tumor is of the hormone-dependent type. The medication experience from the perspective of its user constitutes a multidimensional phenomenon, capable of influencing the pharmacotherapeutic decision-making process and, therefore, interfering in its subsequent clinical outcome. This study aimed to reveal the subjective experience of patients with breast cancer using hormone therapy associated with daily medication use. This is qualitative research in the light of Max van Manen's Phenomenology of Practice, whose operationalization provides a methodical framework capable of accessing a deep understanding of the human experience and respective individual and/or collective meanings for people's lives. Women over eighteen years of age were invited to participate in the study; diagnosed with breast cancer; who were using hormone therapy for this condition for a period equal to and/or longer than one year; and who were undergoing one or more pharmacological treatments concomitant to oncological therapy. The methodological instruments used were individual interviews, carried out from July to September 2023, which were recorded and later transcribed; notes in a field diary during and after the interviews; and observation. As a result, three themes emerged from the interviews. The first theme is called "The structures of subjective experience with the use of hormone therapy in the treatment of breast cancer", which branched into three consecutive subthemes: (i) "Collapse. It's just what you are': the experience of corporeality"; (ii) "We have to have support from people, because we can't live this life alone': the experience of sociability"; and (iii) "You think it's good, because you have the medicine and, at the same time, you think it's bad, because it's a looooong treatment': the experience of temporality". The second theme is configured by the title "I haven't been taking this medicine for a month, two months. It has to fit into my routine': pharmacotherapy and life management"; followed by the third theme, "The others (medications), I know I have to take. Anastrozole, I'm afraid of forgetting!': hormone therapy and concomitant medications for chronic use, a comparative relationship". Ambiguity constituted the essence of the phenomenon investigated, as well as being linear in the time

continuum. The experience, in vogue, with the daily use of medicines revealed to be a socially constructed experience, which involves a multifaceted interrelationship between personal, social and structural factors, the burden of which women attribute to each of the components, hormone therapy and non-oncological medications is not uniform. The data obtained offer important contributions at theoretical, social and practical levels. Understanding this subjective experience, from the point of view of the individual's global pharmacotherapy, allows the pharmacist to identify, prevent and resolve problems related to the use of this therapeutic tool, which translates into greater effectiveness of interventions and an increase in the quality of life of the subjects. In addition, it provides support for the reorientation of approaches to current pharmaceutical clinical practice and consecutive collaboration to improve health care and, in particular, oncology.

Keywords: Breast cancer; hormone therapy; qualitative research; phenomenology; medication experience.

LISTA DE SIGLAS

ABMPP	Associação Brasileira de Medicina Personalizada e de Precisão
AICR	American Institute for Cancer Research
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIPMed	Brazilian Initiative on Precision Medicine
CAPEC	Casa de Apoio às Pessoas com Câncer
CEAF	Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EBV	Epstein-Barr Virus
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HER2	Receptor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2
HPV	Papillomavirus Humano
HT	Hormonioterapia
HTLV-1	Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
IARC	International Agency for Research on Cancer
ILO	International Labour Organization
INCA	Instituto Nacional de Câncer
KSHV	Herpes Vírus Associado ao Sarcoma de Kaposi
MCPyV	Células de Merkel Poliomavírus
MTCI	Medicinas tradicionais, complementares e integrativas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PRM	Problema Relacionado ao Uso de Medicamentos
RE	Receptor de Estrogênio
RP	Receptor de Progesterona
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

UV	Ultravioleta
UVA	Ultravioleta A
UVB	Ultravioleta B
UVC	Ultravioleta C
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPM	Tensão Pré-Menstrual
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WCRF	World Cancer Research Fund

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 Câncer.....	20
2.2 Etiologia do câncer.....	22
2.2.1 <i>Tabaco</i>	22
2.2.2 <i>Microrganismos oncogênicos</i>	22
2.2.3 <i>Inflamação</i>	23
2.2.4 <i>Fatores físicos</i>	24
2.2.5 <i>Fatores dietéticos</i>	26
2.3 Epidemiologia do câncer.....	26
2.4 Câncer de mama.....	27
2.5 Medicamentos.....	30
2.5.1 <i>Medicamentos e sua concretude física</i>	31
2.5.2 <i>Medicamento como fenômeno social</i>	32
2.6 Experiência subjetiva com o uso de medicamentos.....	33
2.7 Experiência subjetiva com o câncer de mama.....	42
2.8 Experiência subjetiva com o uso de hormonioterapia.....	47
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	53
3.1 Fenômeno e fenomenologia.....	54
4 JUSTIFICATIVA.....	58
5 OBJETIVOS.....	60
5.1 Objetivo geral.....	60
5.2 Objetivos específicos.....	60
6 METODOLOGIA.....	61
6.1 Fenomenologia como método de pesquisa.....	61
6.2 Fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger.....	63
6.3 Fenomenologia da prática de Max van Manen.....	64
6.3.1 <i>Voltar-se para a natureza da experiência vivida</i>	64
6.3.2 <i>Investigar a experiência como a vivemos e não como a conceituamos...</i>	65
6.3.3 <i>Refletir sobre os temas essenciais que caracterizam o fenômeno</i>	65
6.3.4 <i>Descrever o fenômeno por meio da arte de escrever e reescrever</i>	66
6.3.5 <i>Manter uma relação forte e orientada com o fenômeno</i>	68

6.3.6 <i>Equilibrar o contexto da pesquisa considerando as partes e o todo</i>	68
6.4 Participantes da pesquisa.....	70
6.5 Coleta de dados.....	71
6.6 Análise de dados.....	71
6.7 Rigor.....	73
6.8 Considerações éticas.....	73
7 RESULTADOS.....	75
7.1 Apresentação dos participantes da pesquisa.....	75
7.2 Desvelando as unidades de significado que compõem o fenômeno investigado.....	76
7.2.1 <i>As estruturas da experiência subjetiva com o uso de hormonioterapia no tratamento do câncer de mama</i>	76
7.2.1.1 “Desmoronamento. É só o que você é.”: a experiência da corporalidade....	76
7.2.1.2 “A gente tem que ter apoio das pessoas, porque sozinha não dá para tocar essa vida”: a experiência da sociabilidade.....	78
7.2.1.3 “Você acha bom, porque tem o medicamento e, ao mesmo tempo, acha ruim, porque é um loooongo tratamento”: a experiência da temporalidade.....	81
7.2.2 <i>“Eu não tô tomando esse remédio por um mês, dois meses. Ele tem que se encaixar na minha rotina”: o gerenciamento da farmacoterapia e da vida</i>	83
7.2.3 <i>“Os outros [medicamentos], eu sei que eu tenho que tomar. O anastrozol, eu tenho medo de esquecer!”: hormonioterapia e medicamentos concomitantes de uso crônico – uma relação comparativa</i>	85
8 DISCUSSÃO.....	87
9 CONCLUSÃO.....	102
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES.....	122
ANEXOS.....	125

1 INTRODUÇÃO

Minha trajetória acadêmica, iniciada na graduação de Farmácia Industrial, no Rio de Janeiro, foi marcada, de forma unânime, por pesquisas de cunho quantitativo. Desenvolvi múltiplas investigações nos mais diversos campos, perpassando por iniciações científicas, farmácia e hospital universitários e instituições públicas de pesquisa e desenvolvimento de ciências.

Filha de dois professores – um de português-literatura e outro de matemática, cresci rodeada por livros. Tenho gosto por ler e escrever desde criança. Entretanto, os estudos quantitativos são dedutivos por natureza, caracterizados por imparcialidade, experimentações controladas e generalização de dados. Talvez aí resida a explicação pela qual procuro.

Dentre as qualidades que a fenomenologia apresenta, acredito que a atividade de descrever o fenômeno por meio da arte de escrever e reescrever seja aquela com a qual eu mais me identifique. Escrever, para mim, é, paradoxalmente, prazeroso e desafiador.

É como se fosse uma dança de palavras, onde o que eu chamo, carinhosamente, de bailarinos, porém conhecidos mais pelo termo vocativo, devem estar devidamente posicionados no palco (ou no papel) para que o leitor tenha a maior proximidade e identificação possível com aquilo que está sendo contado e com as emoções que aquela situação demanda.

Meu interesse por percorrer o caminho das possibilidades ofertadas pela pesquisa qualitativa advém de muito tempo. E estabeleço, aqui, uma reflexão que muitos outros colegas farmacêuticos, certamente, já fizeram em algum momento de sua trajetória ocupacional: a identidade profissional do farmacêutico, sua estrutura organizacional, sua autonomia, sua legitimação social e consequentes desdobramentos.

Incontáveis foram as vezes em que me deparei com as seguintes pontuações de amigos, familiares e demais profissionais de saúde: “O que o farmacêutico faz?” “Precisa-se de farmacêutico em ambiente hospitalar ou em ambiente ambulatorial?” “E em assistência domiciliar?”. Ou, ainda, ser lembrado como aquele que atua somente nos segmentos de logística e gerenciamento de estoque de medicamentos e produtos médicos.

Sem embargo, esse cenário não poderia ser diferente. O abismo existente entre o farmacêutico e o paciente é construído desde o primeiro dia de aula nas escolas de Farmácia do Brasil. E isso reflete o profissional que ele se torna e como ele é visto pela sociedade.

Entretanto, na pretensão de percorrer uma estrada oposta àquela imposta, sinto-me como Platão (2019), o filósofo grego, autor da parábola *O Mito da Caverna*, que discute sobre a importância da busca pelo conhecimento e o abandono de uma posição cômoda gerada pelas superficialidades de uma vida rasa.

Assim, opto por seguir nos trilhos alicerçados pela Atenção Farmacêutica, prática profissional de abordagem crítico-humanística, que defende o modelo biopsicossocial do cuidado e se posiciona de forma emancipatória e dialógica.

Infelizmente, escassos são os estudos que abordam os fenômenos subjetivos vivenciados pelo homem no que tange aos cuidados em saúde, a ressaltar a relação com o uso de medicamentos, o que não condiz com a necessidade da sociedade, que se traduz nas altas taxas de morbimortalidade inerentes ao uso dessa ferramenta.

Posiciono-me, assim, na tentativa de produzir conhecimento em um processo de indução, de descrição e de interpretação das percepções dos sujeitos a partir de suas experiências referidas com suas doenças e o uso de medicamentos. Na esperança de resultados frutíferos, almejo que as contribuições obtidas nesta pesquisa alcancem repercussão prática em maior benefício possível para as pessoas.

A escolha por investigar a experiência vivida de pacientes com câncer de mama em uso de hormonioterapia (HT) com o uso cotidiano de medicamentos e a eleição pela fenomenologia como caminho metodológico exprime, portanto, meu posicionamento ontológico enquanto indivíduo, farmacêutica e pesquisadora.

O câncer de mama corresponde a um compilado de malignidades distintas que podem se desenvolver em diferentes áreas das glândulas mamárias. A doença configura-se como um problema de saúde pública mundial e, atualmente, é o tipo de tumor mais comumente diagnosticado entre as mulheres, representando 25% de todos os casos nessa população (Arnold *et al.*, 2022; Sun *et al.*, 2017).

A acessibilidade ao diagnóstico precoce e às técnicas modernas de tratamento propiciam o alcance de prognósticos melhores e o controle de sintomas de forma mais efetiva. Sob esse enfoque, a hormonioterapia exerce um lugar

fundamental no tratamento de tumores hormônio-dependentes por estar vinculada à redução do risco de recidiva e de mortalidade associados à doença (Smolarz; Nowak; Romanowicz, 2022).

De modo complementar, por se tratar de uma neoplasia localizada nas mamas, órgão culturalmente relacionado à atratividade e à sexualidade femininas, o câncer mamário pode comprometer, de formas variadas, a imagem corporal, a autoimagem e o senso de identidade social de mulheres (Howard *et al.*, 2007).

Nessas circunstâncias, o medicamento adquire posição de destaque por exercer múltiplas ações no contexto saúde-doença. Estudos antropológicos e qualitativos sobre as dimensões plurais desempenhadas por essa ferramenta, sejam elas sociais, políticas, culturais e técnicas, configuram-se como um campo crescente de pesquisa na contemporaneidade (Castro, 2012).

Nesse contexto, os medicamentos são reconhecidos como artefatos técnicos *sub judice* da indústria farmacêutica e engendrados por substâncias materiais e formas específicas. A cura, assim, é objetivada e a eficácia do medicamento se traduz na percepção de sua ação terapêutica, na reação biológica do organismo (Van der Geest; Whyte, 1989).

Contudo, no encalço de uma óptica segunda, o medicamento encontra-se em fluxos mutáveis e em constante movimento na sociedade, como também está inserido em uma gama de relações heterogêneas e complexas, articulando e engajando sujeitos humanos e objetos medicamentos (Helman, 1981; Van der Geest; Whyte; Hardon, 1996).

Independentemente de sua concretude física e material, os medicamentos se configuram como fenômeno social e exercem papel crucial na identificação e compreensão das condições clínicas de seus usuários, bem como na elaboração de reinterpretações de seu senso de si (Cohen *et al.*, 2001).

Nessa esfera, correspondem a vetores de ideologias inter-relacionadas – corpo, saúde e doença – e suposições sobre o que é normal e desejável. Sob esse panorama, a vivência subjetiva do paciente com o uso de medicamentos tem o potencial de interferir em seu processo de tomada de decisão farmacoterapêutica e desfechos clínicos subsequentes (Cohen *et al.*, 2001; Nascimento; Ramalho de Oliveira, 2021; Oliveira; Nascimento; Ramalho de Oliveira, 2020).

O medicamento se traduz, assim, como entidades, processos e representações pessoais, simbólicas, sociais e culturais, construídas a partir de

tradições, costumes e valores dos diversos grupos sociais existentes, nos quais lhe podem ser atribuídos e reatribuídos diferentes estatutos ao longo de sua biografia cultural (Van der Geest; Whyte; Hardon, 1996).

Nesse âmbito, os benefícios e riscos advindos do uso cotidiano de medicamentos podem modificar a experiência de seus usuários em relação às próprias estruturas existenciais do mundo da vida (tempo, espaço, corpo e o outro) (Nascimento; Ramalho de Oliveira, 2021).

Assim, a vivência subjetiva do paciente oncológico com o uso de medicamentos desempenha um papel medular em termos de saúde, bem-estar, crenças e comportamentos relacionados ao seu tratamento e, por conseguinte, seus resultados clínicos.

Em face da relevância do exposto, torna-se essencial compreender os significados que os pacientes concedem à terapia hormonal utilizada para o câncer de mama e suas experiências em relação à administração da hormonioterapia associada a outros tratamentos farmacológicos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A palavra ‘câncer’ tem origem grega e significa “karkinos”, isto é, ‘caranguejo’. Apesar de considerada uma doença moderna, o câncer é conhecido na área médica há mais de três mil anos. A superfície endurecida de um tumor envolto por vasos sanguíneos inchados levou a se pensar naquele crustáceo sobre a areia, com as patas abertas em forma de círculo (INCA, 2012; Mukherjee, 2015).

2.1 Câncer

O câncer se manifesta de múltiplas formas, dando origem a mais de 100 doenças, e todas compartilham uma característica essencial: a perda do controle parcial ou total da proliferação de uma célula, o que acarreta transtornos funcionais. As alterações ocorrem em genes específicos, responsáveis pela malignização de células normais ao serem ativados (INCA, 2012). Já os tumores benignos assemelham-se ao seu tecido original, com lenta multiplicação de células e, raramente, constituem risco à vida (INCA, 1996).

Trata-se de uma doença expansionista, de comportamento instável, que migra de uma região para outra do organismo (metástase). O câncer é, essencialmente, uma doença genética, de caráter hereditário ou pontual, e o acúmulo de alterações no genoma de células somáticas constitui a base para a sua progressão (Devita; Lawrence; Rosenberg, 2019).

Seu desenvolvimento está ancorado em múltiplas capacidades biológicas distintas e complementares adquiridas durante diversas etapas. Juntas, constituem um princípio organizador que fornece uma estrutura lógica para entender a diversidade das doenças neoplásicas, o que inclui: sustentar determinada sinalização proliferativa; evitar a ação de supressores de crescimento; resistir à morte celular; induzir a angiogênese; ativar mecanismos de invasão e metástase; reprogramar o metabolismo energético; evitar a destruição imunológica (Devita; Lawrence; Rosenberg, 2019; Hanahan; Weinberg, 2011).

Propiciar a aquisição dessas capacidades equivale a promover a instabilidade do genoma, o que permite alteração mutacional de genes e inflamação imunológica. Ademais, os tumores exibem outra dimensão de complexidade: são capazes de gerar um microambiente tumoral, composto por células aparentemente saudáveis, que contribuem para o alcance de tais competências biológicas (Devita; Lawrence;

Rosenberg, 2019).

Nesse cenário, dispõe-se de uma gama de fármacos que atuam em cada um dos recursos biológicos descritos e uma série de outros em desenvolvimento clínico e pré-clínico, que contribuem para o progresso de novas estratégias terapêuticas altamente eficazes (Devita; Lawrence; Rosenberg, 2019).

Não obstante, a célula cancerígena apresenta habilidades que lhe permitem driblar as plataformas tecnológicas anticancerígenas vigentes, de modo que a progressão da doença se torne inevitável. Esse processo se mostra análogo ao verificado no âmbito das doenças infecciosas e respectivos mecanismos de resistência aos medicamentos (Vasan; Baselga; Hyman, 2019).

Esse fenômeno é notadamente complexo e envolve mecanismos de ação que podem atuar de modo autônomo ou em conjunto, os quais englobam, dentre outros: (i) alteração do metabolismo de fármacos, inclusive sua inativação; (ii) regulação positiva do efluxo de antineoplásicos para o meio extracelular; (iii) alteração de alvos moleculares por mutação ou expressão reduzida; (iv) intensificação do reparo do ácido desoxirribonucleico (DNA) e amplificação de genes alvos; (v) modificações epigenéticas (Cree; Charlton, 2017; Housman *et al.*, 2014).

Em 1990, iniciou-se o Projeto Genoma Humano, fomentado pela necessidade de se reunir ciências diversas que englobassem conhecimento do genoma humano e de seus subprodutos e inter-relações com o ambiente, alimentação e condições de vida do indivíduo. Tal empreendimento corresponde a um consórcio internacional de pesquisas liderado pelos Estados Unidos da América (Iriart, 2019; Pinho, 2017).

No Brasil, o suporte financeiro destinado às tecnologias de computação, biologia molecular, biotecnologias e genômica é deficiente, além da falta de recurso humano especializado. Todavia, o país se destaca dentre aqueles que compõem a América Latina (Iriart, 2019).

Como iniciativas importantes, têm-se a Brazilian Initiative on Precision Medicine (BIPMed) e a Associação Brasileira de Medicina Personalizada e de Precisão (ABMPP), ambas lançadas em 2015. No mesmo ano, o primeiro banco público de dados genômicos da América Latina pôde ser acessado gratuitamente via online (Toledo, 2015).

A medicina de precisão, ou medicina personalizada, abrange estudos no âmbito de doenças infecciosas, metabólicas e, sobretudo, oncológicas. Biomarcadores, identificação de genes, variabilidade de resposta a medicamentos

em função de variações genéticas, imunoterapia e terapia-alvo são exemplos de ferramentas que fornecem subsídios tanto para realizar diagnóstico quanto para indicar a escolha mais adequada de tratamento e avaliar riscos de se desenvolver metástase e/ou recorrência da doença (Pinho; Sitnik; Manguiera, 2014).

O câncer – seja de mama, cólon, pulmão ou leucemias/linfomas – é uma situação clínica em que a medicina de precisão já está sendo empregada (Pinho, 2017). O intitulado “efeito Angelina Jolie” ganhou repercussão midiática em 2013, quando a atriz norte-americana, portadora de mutações nos genes BRCA 1 e 2, realizou mastectomia bilateral profilática (Troiano; Nante; Cozzolino, 2017).

2.2 Etiologia do câncer

2.2.1 Tabaco

O ato de fumar corresponde a uma das principais causas de câncer, impulsionado pela natureza viciante da nicotina, constituindo-se na maior causa evitável de morte da humanidade (IARC, 2004; U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Cânceres de pelo menos oito sítios são reconhecidos como oriundos do tabagismo: pulmão, trato respiratório superior, bexiga, pâncreas, esôfago, estômago, rins e leucemia (IARC, 2004).

Dentre outras condições de saúde, potencialmente fatais e promovidas pelo uso de tabaco, salientam-se: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma da aorta e cardiopatia isquêmica (Wald; Hackshaw, 1996). Todas as formas de uso do tabaco – e até mesmo a fumaça – apresentam consequências negativas para a saúde, cuja gravidade pode variar entre os produtos (IARC, 2004).

2.2.2 Microrganismos oncogênicos

A partir de dados recentes emitidos pela International Agency for Research on Cancer (IARC), Martel *et al.* (2020) estimaram, pela primeira vez, as taxas de incidência padronizadas por idade de cânceres atribuíveis a infecções em nível nacional, regional e global. Avalia-se que 13% de todos os novos diagnósticos de câncer em todo o mundo, à exceção do câncer de pele não melanoma, foram induzidos por vírus em 2018 (De Martel *et al.*, 2020; Sung *et al.*, 2021).

Os quatro principais agentes oncogênicos responsáveis por aproximadamente

90% dos casos de câncer atribuíveis à infecção, em nível global, são: *Helicobacter pylori*, papilomavírus humano (HPV), vírus da hepatite B (HBV) e vírus da hepatite C (HCV) (De Martel *et al.*, 2020).

A partir de estudos experimentais, clínicos e epidemiológicos das últimas cinco décadas, outros oncovírus humanos podem estar envolvidos, como: vírus Epstein-Barr (EBV), herpesvírus associado ao sarcoma de Kaposi (KSHV), vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV-1) e células de Merkel poliomavírus (MCPyV) (Schiller; Lowy, 2021).

A infecção causada por *Helicobacter pylori* provoca agressão crônica da mucosa gástrica, estando a bactéria relacionada ao desenvolvimento de câncer de estômago. O HPV, por sua vez, está associado, usualmente, aos carcinomas anogenitais, incluindo cervical, anal, vulvar e vaginal, e aos carcinomas orofaríngeo e tonsilar (Plummer *et al.*, 2016; Tanaka; Alawi, 2018).

No que concerne aos vírus das hepatites B e C, estes apresentam tropismo pelas células hepáticas. Para ambos os sexos combinados, o câncer de fígado é o sexto tipo de neoplasia maligna que apresenta maior incidência e corresponde à terceira causa principal de morte por câncer (Bray *et al.*, 2024; McGlynn; Petrick; El-Serag, 2021; Petrick; McGlynn, 2019).

Muitos dos casos de câncer atribuídos a infecções correspondem a fatores de risco potencialmente modificáveis, para os quais já existem ferramentas de prevenção, embora controlar o desenvolvimento da doença em diferentes níveis de cenário (local, nacional, regional e global) represente um desafio poderoso, particularmente em países em desenvolvimento (Jones, 1999).

2.2.3 Inflamação

A correlação entre câncer e inflamação foi estabelecida pela primeira vez por Rudolf Virchow, considerado o pai da patologia moderna, no final do século XIX. O médico alemão observou que o câncer se originava em locais de inflamação crônica e que células inflamatórias eram abundantes em biópsias de tumores (Balkwill; Mantovani, 2001).

Em condições fisiológicas normais, a inflamação geralmente está associada à lesão tecidual e envolve a ativação, o recrutamento e a ação de células da imunidade inata e adaptativa. À vista disso, o processo de regeneração do tecido demanda, transitoriamente, uma proliferação celular aumentada enquanto o agente

agressor é removido do organismo (Greten; Grivennikov, 2019).

Nesse sentido, o sistema imunológico desempenha papel relevante na defesa contra o desenvolvimento do câncer. Sua complexa rede de moléculas ataca células do corpo que estejam infectadas por microrganismos oncogênicos e/ou aquelas em processo de transformação maligna. O sistema imune regula, ainda, o crescimento e o amadurecimento celular (Maher; Reynolds, 2011).

Em contraste, um ambiente inflamatório pode tanto anteceder e impulsionar o desenvolvimento de tumores quanto surgir após o seu início, promovendo o recrutamento de múltiplos elementos imunes, os quais sustentam sua sobrevivência, propiciam seu crescimento, direcionam o decurso de angiogênese e facilitam o processo de metástase (Devita; Lawrence; Rosenberg, 2019; Zhao *et al.*, 2021).

Assim, doenças inflamatórias e autoimunes, como lúpus, artrite reumatoide e colite ulcerativa, como também condições inflamatórias diversas, como prostatite, podem aumentar o risco de desenvolvimento de neoplasias malignas, incluindo cânceres de bexiga, estômago, ovário e tireoide (Mantovani *et al.*, 2008).

A imunoterapia, nesse contexto, é uma estratégia de prevenção e de tratamento do câncer. Tal abordagem terapêutica é capaz de manipular o sistema imunológico, seja para estimulá-lo ou suprimi-lo, a partir do emprego de substâncias modificadoras da resposta biológica (Crusz; Balkwill, 2015; Naran *et al.*, 2018).

2.2.4 Fatores físicos

A radiação é, por definição, a propagação de energia de um ponto a outro, seja no vácuo ou em qualquer meio material, podendo ocorrer por meio de ondas eletromagnéticas ou partículas (UNEP, 2016).

Nesse sentido, a radiação ionizante é aquela que carrega energia suficiente para produzir ionização, ou seja, deslocar elétrons de seus átomos em sistemas biológicos (Yoshimura, 2015).

O conjunto de radiações ionizantes conhecidas compreende a radiação eletromagnética (raios X e gama), partículas eletricamente carregadas (alfa e beta); nêutrons livres de qualquer origem. Fontes naturais desse tipo de radiação (raios cósmicos, solo terrestre, gás radônio) compõem cerca de 80% da exposição humana, enquanto fontes médicas (radiologia diagnóstica e intervencionista e seus respectivos equipamentos, medicina nuclear, tomografia computadorizada) representam cerca de 20% (Buonocore *et al.*, 2019; UNEP, 2016; Yoshimura, 2015).

A exposição humana a esse tipo de agente físico afeta as células em nível molecular. Apesar de seus inúmeros mecanismos sofisticados para proteger o genoma, nem todas as células expostas restauram com sucesso a integridade de seu DNA, que sofre danos e mutações subsequentes (Joiner; Van der Kogel, 2009).

Outro exemplo de agentes carcinógenos físicos são os raios ultravioletas (UV), que compreendem espectros de radiações eletromagnéticas emitidas pelo Sol. A depender de seu comprimento de onda, são categorizados em radiação UVA (320 a 400 nanômetros), UVB (290 a 320 nanômetros) e UVC (240 a 290 nanômetros). A maior parte da luz UVC irradiada é absorvida pela camada de ozônio; portanto, os organismos vivos são principalmente expostos à irradiação UVA e UVB (Lopes; Sousa; Libera, 2017).

A ligação entre a exposição à luz UV e o câncer de pele está bem documentada na literatura (Murphy, 2009). A incidência de câncer de pele provocado pelo Sol aumenta conforme maior for a exposição solar da população. O câncer de pele do tipo não melanoma está associado à exposição cumulativa a essa radiação, enquanto o tipo melanoma é fruto da alta exposição solar no decorrer da infância (Lopes; Sousa; Libera, 2017; Maddodi; Setaluri, 2008).

O amianto, ou asbesto, por sua vez, é um tipo de minério encontrado na natureza, amplamente empregado na indústria da construção civil no século passado, devido à sua capacidade de isolamento térmico, acústico e elétrico, e ao seu baixo custo de exploração (Lynch; Smith, 1935). Entretanto, o mineral representa um grave perigo para a saúde ocupacional, sobretudo se o indivíduo for fumante. Seu banimento oficial foi recomendado em 1986 pela International Labor Organization/Organização Internacional do Trabalho (ILO/OIT) (Ladou, 2004).

Em adição, a questão de segurança das nanopartículas precisa ser abordada, uma vez que muitos de seus efeitos celulares são similares aos exercidos pelo amianto, tal como a promoção de danos oxidativos ao DNA. As nanopartículas são microestruturas cujo tamanho varia entre 1 e 100 nanômetros e apresentam finalidades múltiplas, o que propicia elevado potencial para sua aplicação nas áreas biomédicas e de bioengenharia. Podem ser encontradas em produtos industriais diversos, tais como tintas, cosméticos em geral e medicamentos (Devita; Lawrence; Rosenberg, 2019; Gaharwar; Meena; Rajamani, 2017).

2.2.5 Fatores dietéticos

A nutrição desempenha um papel importante nos estágios de iniciação, promoção e progressão do câncer. Estima-se que uma dieta apropriada seja capaz de prevenir de três a quatro milhões de casos novos de cânceres por ano (Doll; Peto, 1981; Glanz, 1997; Greenwald; Clifford; Milner, 2001). A magnitude desta estimativa como fator de risco para o desenvolvimento da doença ultrapassa outros fatores ambientais, como tabaco, condições e tipos de trabalho, álcool e poluição (Doll; Peto, 1981; Glanz, 1997).

Estudos epidemiológicos relacionados ao binômio câncer-dieta indicam que a distinção entre as taxas de prevalência da doença entre as populações do mundo está relacionada a diferenças na ingestão de itens alimentares específicos (Figueredo; Silva, 2001). Neoplasias de mama, próstata, cólon e estômago estão correlacionadas, particularmente, à ingestão de gorduras trans e saturada, álcool, carne vermelha, embutidos, entre outros (Garófolo *et al.*, 2004).

A exposição a substâncias químicas sintéticas, como os compostos nitrosos, também se afigura como uma preocupação constante para a saúde pública, uma vez que são empregadas tanto em produtos alimentícios, como aditivos alimentares, quanto na agricultura (Garófolo *et al.*, 2004; Polônio; Peres, 2009).

Nesse contexto, o “Third-Expert-Report-2018” (WCRF; AICR, 2018) representa a análise mais abrangente, detalhada e objetiva da pesquisa referente à área. Segundo esse documento, o consumo habitual de frutas, legumes, verduras e hortaliças, associado à prática regular de atividade física, contribui para prevenção e controle do desenvolvimento de neoplasias malignas.

2.3 Epidemiologia do câncer

A IARC publica, periodicamente, as taxas de incidência e de mortalidade por câncer, em nível global, baseada em dados populacionais atualizados estimados pela Global Cancer Observatory (GLOBOCAN). As estimativas mais recentes referem-se ao ano de 2022 (Bray *et al.*, 2024), as quais apontam como inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, representando importante barreira para o aumento da expectativa de vida em todos os países do mundo (Bray *et al.*, 2024).

No planeta, cerca de 20 milhões de novos casos de câncer (18,73 milhões

excluindo câncer de pele não melanoma) e quase 10 milhões de mortes por câncer (9,67 milhões excluindo câncer de pele não melanoma) ocorreram em 2022 (Bray *et al.*, 2024).

Para ambos os sexos combinados, o câncer de pulmão corresponde ao tipo de câncer mais comumente diagnosticado, com uma estimativa de 2,4 milhões de novos casos (12,4%), seguido pelos cânceres de mama feminina (11,6%), colorretal (9,6%), próstata (7,3%) e estômago (4,9%) (Bray *et al.*, 2024).

O câncer de pulmão concebe-se como a principal causa de morte por essa enfermidade, com uma estimativa de 1,8 milhão de mortes (18,7%), seguido por câncer colorretal (9,3%), fígado (7,8%), mama feminino (6,9%) e estômago (6,8%) (Bray *et al.*, 2024).

É esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a um aumento de 77,0% em relação a 2022 e ao surgimento de 35 milhões de casos novos estimados para 2050 (Bray *et al.*, 2024; WHO, 2024).

No Brasil, o câncer configura-se como a segunda causa de morte, antecedido das doenças cardiovasculares (INCA, 2022).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022), a avaliação para cada ano do triênio 2023-2025 aponta que os tipos de câncer mais frequentes em homens, exceto câncer de pele não melanoma, serão próstata (30,0%), cólon e reto (9,2%), pulmão (7,5%), estômago (5,6%) e cavidade oral (4,6%).

Em relação à população feminina, à exceção do câncer de pele não melanoma, assumem notoriedade os cânceres de mama (30,1%), cólon e reto (9,7%), colo do útero (7,0%), pulmão (6,0%) e glândula tireoide (5,8%).

2.4 Câncer de mama

O câncer de mama representa um grupo de doenças biológica e molecularmente heterogêneas, causadas pelo acúmulo progressivo de mutações que se originam no tecido mamário. Com base na patologia da doença, existem diversos tipos de câncer de mama cuja classificação é determinada pela especificidade da célula afetada (Smolarz; Nowak; Romanowicz, 2022).

As principais formas de câncer de mama, no que concerne à sua classificação histológica, são os carcinomas invasivos ductais e lobulares. O primeiro, que é o tipo mais comum da doença, manifesta-se nos ductos mamários, cujas paredes são rompidas, e espalha-se em direção ao tecido adiposo da glândula. Já o segundo tem

origem nas glândulas produtoras de leite, também denominadas lóbulos, e igualmente podem se disseminar para o tecido normal circundante (Sharma *et al.*, 2010).

Com relação ao seu perfil molecular, os tumores de mama podem ser categorizados conforme tipos específicos de marcadores biológicos, denominados (i) receptores hormonais, de estrogênio (RE) e/ou de progesterona (RP), e (ii) receptores do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2). Discriminar a natureza dos variados tipos de tumores torna-se importante, à medida que estes apresentam prognósticos distintos e implicações de tratamento particulares (Feng *et al.*, 2018).

Dessa forma, as neoplasias mamárias são classificadas em três subtipos principais: luminal (luminal A e luminal B); HER2; e triplo negativo. O primeiro grupo é caracterizado pela presença de receptores hormonais, porém não expressa aqueles do tipo HER2. As células cancerígenas do tipo luminal A apresentam menor grau de agressividade, crescimento mais lento e tendem a ter melhor prognóstico frente àquelas do tipo luminal B (Allison, 2012).

O segundo grupo exhibe níveis elevados de proteína HER2 em suas membranas celulares, mas não são evidenciados receptores de estrogênio e de progesterona. Ademais, sua velocidade de proliferação celular é mais rápida quando comparada ao grupo anterior e apresenta, usualmente, prognóstico pior (Feng *et al.*, 2018).

O câncer de mama do tipo triplo negativo, por sua vez, configura-se como um grupo heterogêneo de tumores que não expressa nenhum dos três tipos de proteína anteriormente mencionados. Seu comportamento é aquele que apresenta maior agressividade, com risco elevado para desenvolvimento de metástases cerebrais e para a possibilidade de recorrência nos três anos iniciais pós-diagnóstico. Seu prognóstico, portanto, estabelece-se como o mais desfavorável dentre os diferentes perfis moleculares (Kumar; Aggarwal, 2016).

Nesse contexto, a análise imuno-histoquímica da biópsia mamária corresponde a uma ferramenta fundamental, pois se trata do exame que define o grau de expressão de oncoproteínas, determina o tecido de origem, diferencia tumores primários de metastáticos, como também avalia o comportamento biológico das células acometidas, revelando, assim, as suas possibilidades de assinaturas moleculares (Zaha, 2014).

Por conseguinte, os variados subtipos de neoplasias de mama são assim descritos: (i) luminal A: RE positivo / RP positivo ou negativo / HER2 negativo; (ii) luminal B: RE positivo / RP positivo ou negativo / HER2 positivo ou negativo; (iii) HER2: RE negativo / RP negativo / HER2 positivo; (iv) triplo negativo: RE negativo / RP negativo / HER2 negativo (Feng *et al.*, 2018; Kumar; Aggarwal, 2016).

No mundo, o câncer de mama é o primeiro tipo de câncer mais comum e o mais frequentemente diagnosticado entre as mulheres, bem como corresponde à principal causa de morte por cancro. A estimativa de casos novos diagnosticados em 2022 atingiu a marca de 2,3 milhões (Bray *et al.*, 2024).

No Brasil, de acordo com o documento “Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil”, emitido pelo INCA (2022), cujo caráter é trienal (2023-2025), estima-se a ocorrência de 73.610 casos novos de câncer de mama. Esse número corresponde a um risco estimado de 66,54 casos novos a cada 100 mil mulheres.

Os fatores de risco que influenciam no desenvolvimento do câncer de mama são múltiplos e alguns estão além do controle do indivíduo, a exemplo de idade e sexo biológico. O risco de desenvolvimento da doença aumenta conforme progressão de faixa etária, assim como apresenta probabilidade de ocorrência em até 100 vezes mais em mulheres do que em homens (Sun *et al.*, 2017; White *et al.*, 2014).

Majoritariamente, as neoplasias malignas da mama são consideradas hormônio-dependentes, em que níveis elevados de estrogênio e a exposição prolongada a hormônios estabelecem-se como causas promotoras dessa enfermidade. Condições reprodutivas da mulher, de forma análoga, também são inseridas nesse âmbito (Horn; Vatten, 2017).

Logo, configuram-se como fatores de risco: menarca precoce, menopausa tardia, idade de nascimento do primeiro filho, nuliparidade e uso de hormônios exógenos (contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal pós-menopausa) (Sun *et al.*, 2017).

A predisposição hereditária ao câncer de mama, por sua vez, é incomum, representando cerca de 5% dos episódios. Mutações em diversos genes foram identificadas nos processos de iniciação e progressão de tumores mamários, sendo BRCA 1 e 2 os dois antioncogenes mais famosos. Similarmente, mulheres que já tiveram câncer em uma das mamas apresentam risco maior de desenvolver a doença na mama contralateral (Nichols *et al.*, 2011; Smolarz; Nowak; Romanowicz,

2022).

O aumento do tempo de sobrevida do indivíduo está atrelado a dois fatores imprescindíveis: diagnóstico precoce e terapêutica multidisciplinar. Assim, descobrir meios que impeçam que mutações ocorram em células suscetíveis ou encontrar caminhos para erradicar as células mutantes sem comprometer o crescimento celular normal é tarefa árdua (Selby *et al.*, 2019).

Sua terapêutica abrange as modalidades de cirurgia, radioterapia, quimioterapia (adjuvante e/ou neoadjuvante), terapias-alvo, imunoterapia e hormonioterapia. Estas podem ser aplicadas de forma isolada ou em associação, a depender do diagnóstico (Smolarz; Nowak; Romanowicz, 2022).

A hormonioterapia, foco de interesse desta pesquisa, é responsável por retardo ou inibição do crescimento e da sobrevida de células tumorais sensíveis aos hormônios estrogênio ou progesterona. Essa estratégia de tratamento consiste no bloqueio da produção de tais hormônios pelo organismo, bem como impede a sua ligação com os respectivos receptores celulares tumorais (Devita; Lawrence; Rosenberg, 2019).

Os principais agentes hormonais empregados no tratamento do câncer de mama englobam os moduladores seletivos de receptor de estrogênio (tamoxifeno), inibidores de aromatase (anastrozol, letrozol, exemestano) e antagonistas de receptor de estrogênio (fulvestrano). Dentre os efeitos adversos mais comuns que deles podem decorrer constam os sintomas característicos da menopausa, como fogachos, sangramento, corrimento ou ressecamento vaginal e retenção de fluidos, osteopenia/osteoporose, hepatotoxicidade e aumento do risco tromboembólico (Devita; Lawrence; Rosenberg, 2019).

2.5 Medicamentos

‘Materia medica’ é a expressão em latim para designar material médico, o que corresponderia a substâncias denominadas medicamentos. No âmbito acadêmico, o termo geralmente se refere ao conjunto de medicamentos disponíveis em determinada sociedade e/ou período histórico (Whyte; Van der Geest; Hardon, 2002).

2.5.1 Medicamentos e sua concretude física

Os medicamentos são considerados produtos relativamente novos na humanidade. Tradicionalmente, o seu papel era ocupado pelos produtos naturais. Contudo, a partir do advento das revoluções industriais e da Segunda Guerra Mundial, molas propulsoras do avanço tecnológico e científico, e o consequente surgimento das indústrias farmacêuticas, o medicamento se transfigura, hoje em dia, como um objeto familiar (Viegas; Bolzani; Barreiro, 2006; Whyte; Van der Geest; Hardon, 2002).

Atualmente, o medicamento constitui a ferramenta terapêutica mais utilizada em quaisquer sistemas e práticas de saúde. Seu uso tem crescido expressivamente, seja devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas ou de outros tipos de adoecimento, seja para tratar as diversas doenças que acometem os grupos etários mais velhos, dentre outros fatores (Nóbrega; Melo; Karnikowski, 2005; Wiedenmayer *et al.*, 2006).

Sua concretude física e material fornece aos prescritores e pacientes um meio real para lidar com problemas relacionados à saúde e à doença. Os medicamentos são, sobretudo, objetos, os quais podem ser engolidos, injetados e passados sobre a pele. E deles também advêm expectativas de que exerçam efeito físico (Cohen *et al.*, 2001).

Medicamentos podem ser, simultaneamente, nocivos e benéficos a depender de sua utilização, pois detêm o poder da modulação do organismo biológico. Na Grécia, o termo ‘pharmakon’, do qual se origina a palavra ‘fármaco’ e demais vocábulos correlatos, tinha significados opostos: cura e veneno (Whyte; Van der Geest; Hardon, 2002).

Outra dimensão exercida pelo medicamento, de acordo com Cohen *et al.* (2001), é aquela em que os medicamentos funcionam como reguladores de serviços e práticas profissionais relacionadas ao setor, de modo a influenciar a diminuição ou o aumento de demandas por esses serviços.

Adicionalmente, o produto farmacêutico também transmite relações de saber e de poder nem sempre equilibradas, de forma a validar a organização de instituições, sistemas, redes e associações de profissionais e de consumidores (Bernstein; Lennard, 1973).

Nessa esfera, os medicamentos são considerados vetores da globalização. O

desenvolvimento de medicamentos, a autorização e a supervisão regulatória se tornaram empreendimentos internacionais, transformando os medicamentos em bens de consumo (*commodities*) universais. Empresas farmacêuticas de diferentes nacionalidades adotam cadeias de suprimentos globais, que, geralmente, incluem instalações em países que não os seus de origem e, posteriormente, comercializam seus medicamentos na maior parte do mundo (Biehl, 2007; Bond, 1999).

Do mesmo modo, os medicamentos apresentam ciclos de vida, nos quais o produto farmacêutico percorre uma complexa trajetória, iniciada pela descoberta de uma substância, seguida por ensaios clínicos, produção, aprovação de uso por agências reguladoras, *marketing*, prescrição, consumo e, finalmente, a consecução de sua eficácia terapêutica (Cohen *et al.*, 2001).

Cada uma dessas etapas funciona a partir de dinâmicas próprias, com transações particulares, atores sociais intrínsecos, caracterizadas por diferentes conjuntos de valores e ideias (Castro, 2012).

Entretanto, dado ao dinamismo dessas fases, de forma previsível ou não, um estágio pode influenciar dramaticamente outro e, assim, interferir na natureza do ciclo de vida do medicamento como um todo. Adversidades durante a realização de ensaios clínicos, surgimento de indicações novas para um mesmo fármaco e a retirada de medicamentos do mercado configuram-se como alguns desses exemplos (Van der Geest; Whyte; Hardon, 1996).

2.5.2 Medicamento como fenômeno social

Medicamentos são, por definição, substâncias que têm o poder de transformar corpos e mentes, para melhor e para pior (Van der Geest; Whyte; Hardon, 1996).

Estudiosos do campo das ciências humanas, particularmente da antropologia, vêm, paulatinamente, debruçando-se e explorando o potencial da abordagem social em questões relativas à saúde e à doença, inclusive medicamentos. A biologia, a biomedicina e a farmácia, e, por conseguinte, o uso de substâncias, são objetos saturados de significados e incorporam dimensões múltiplas (Desclaux, 2006).

A participação do medicamento nas dinâmicas sociais modernas abraça dimensões éticas, simbólicas, políticas, jurídicas, midiáticas e publicitárias, geracionais, de gênero e de consumo (Diniz; Castro, 2011; Law; Grépin, 2010; Lefèvre, 1990; Manica, 2011; Messeder; Osorio-de-Castro; Luiza, 2005; Nishijima,

2008; Pedro, 2003; Silveira; Osório; Piola, 2002; Spink *et al.*, 2001; Vevaina; Nora; Bone, 1993).

Além disso, o medicamento corresponde à parte mais visível do cuidado. O alívio do incômodo causado por determinado sintoma pela ingestão de substâncias é uma prática antiga da sociedade. E, inevitavelmente, o medicamento retrata-se como a ferramenta primária para lidar com a doença, bem como a interface entre doentes, médicos e farmacêuticos – e a satisfação do paciente com cada um (Kerse *et al.*, 2004; Nichter; Vuckovic, 1994).

Ademais, os medicamentos exercem papel crucial tanto na identificação quanto na interpretação de condições clínicas de seus usuários. Os pacientes mensuram a gravidade de suas enfermidades em função do tipo e da quantidade de remédios utilizados. O medicamento pode, ainda, funcionar como gatilho para mudança pessoal, como a laboração de reinterpretações de seu senso de si (Cohen *et al.*, 2001).

Adicionalmente, faz-se importante reconhecer a existência de ideologias vinculadas à saúde, as quais são reproduzidas pelo ato de tomar medicamentos. Esses princípios estão inter-relacionados a conceitos que o indivíduo tem sobre si mesmo; corpo, saúde e doença; causalidade e responsabilidade da doença; suposições sobre o que é normal e desejável entre outros (Nichter; Vuckovic, 1994).

Os medicamentos, nesse universo, são usados para facilitar e estreitar relações sociais. Eles tanto são fornecidos em sinal de amizade quanto operam como instrumentos de controle social e de autoridade (Van der Geest; Whyte; Hardon, 1996).

O oposto também é verdadeiro. O produto farmacêutico apresenta-se como um recurso alternativo quando se deseja evitar pessoas ou compromissos sociais, conferindo ao indivíduo o que Van der Geest, Whyte e Hardon (1996) denominam “poder libertador” para resolver suas questões de forma privada, especialmente para condições de saúde que sofrem preconceito e discriminação pela sociedade, como infecções venéreas, hanseníase e esclerose múltipla.

2.6 Experiência subjetiva com o uso de medicamentos

O homem tende a empregar significados às suas experiências e aos objetos que o rodeiam. Carl Jung afirmava que a vida humana é constituída, em regra, de uma forma simbólica. Tudo aquilo que vivenciamos, representamos e moldamos se

expressa em símbolos, os quais podem ser de natureza consciente e inconsciente (Pellegrino, 1976).

Pellegrino (1976) e Frey (1985) alegam, nesse sentido, que poucas experiências humanas são tão antigas, universais e com implicações simbólicas tão vigorosas quanto os atos de prescrever e de ingerir medicamentos. A civilização egípcia foi a primeira a desenvolver estudos relacionados ao seu uso e a deixar registros escritos sobre suas práticas e procedimentos, de modo a influenciar culturas como a grega e as da civilização ocidental.

A experiência subjetiva com o uso de medicamentos a partir do panorama individual de seu usuário constitui-se um fenômeno complexo e multifatorial no processo saúde-doença que vem ganhando ênfase em diferentes disciplinas. A pertinência por se debruçar sobre esse campo de estudos está atrelada ao seu potencial em fornecer novas compreensões sobre comportamentos e processos de tomada de decisão do paciente relacionados à sua farmacoterapia (Bissell; Ryan; Morecroft, 2006; Bury, 2001; Hillman *et al.*, 2020).

A temática em voga emergiu a partir de estudos cujo foco se voltou para a experiência subjetiva do sujeito com a doença. Diversos trabalhos do campo da sociologia partiram de abordagens biográficas, na tentativa de compreender como a cronicidade demanda (re)interpretações, (re)adaptações e (re)posicionamentos sobre o próprio sujeito, sua cotidianidade e sua vida em diferentes contextos inter-relacionados (Bury, 1991, Pierret, 2003).

O estudo de Viswanathan e Lambert (2005) elucida a questão do tratamento e o seu lugar no contexto da doença crônica, ilustrando como ambos os tipos de experiências estão intimamente conectados. Observa-se, ainda, que, se um profissional de saúde tem o intuito de atender às necessidades relacionadas às doenças e/ou ao uso de medicamentos de seu paciente, ele precisa buscar compreender o significado que o referido paciente atribui às suas condições de saúde e respectivos regimes terapêuticos.

De acordo com a perspectiva teórica do interacionismo simbólico, os significados derivam de processos de interação social no dia a dia, da construção social do eu, das situações características da vida em coletividade, como instituições e estigmas, e das concepções sociais (rótulos e símbolos), mediados pela interpretação de uma variedade de maneiras imaginativas, representatividades, identidade, biografia e formação cultural (Charmaz, 1987; Montagne, 1988).

De modo convergente, Alfred Schütz, representante da fenomenologia sociológica, defende que a vida social não é um mundo dado, no contexto de ser uma realidade objetiva, a qual se pretende meramente internalizar, mas sim uma esfera constituída pela ação dos indivíduos a partir de significações atribuídas por eles à realidade em que vivem; como a compreensão disso impacta em suas práticas diárias; e, conseqüentemente, como se relacionam uns com os outros enquanto sociedade. Assim, o sujeito passa a ser entendido como um “ator social”, que age, interpreta, compreende e constrói (Alves; Rabelo, 1998).

Nessa orientação, os significados da experiência subjetiva com o uso de medicamentos advêm da partilha de sentidos, experiências, conhecimentos e do senso comum entre os sujeitos como também da interpretação, definição e reação a essas vivências, desempenhando, portanto, um papel basilar no âmbito do comportamento humano voltado para esse fenômeno. Esses significados, inclusive, são cruciais para as pessoas perceberem e definirem seus estados de sintomas e para motivá-las a procurar atendimento em saúde (Montagne; 1988, Oltramar, 2005; Viswanathan, Lambert; 2005).

Diversos são os estudos cujos autores se empenharam em descrever e depreender o vivido subjetivo de pessoas usuárias dessa ferramenta, a começar por doenças crônicas específicas, seguido de investigações por classes terapêuticas, por comportamentos e processos de tomada de decisão farmacoterapêuticas, dentre outros. As análises produzidas mostram grande variedade de sentidos depreendidos, com conotações tanto positivas quanto negativas (Adams *et al.*, 2015; Carrick *et al.*, 2004; Pound *et al.*, 2005; Shoemaker *et al.*, 2011).

Péres *et al.* (2008) identificaram as representações sociais de mulheres diabéticas em relação ao contexto saúde-doença, constatando que o uso de medicamentos foi percebido por elas como um estado de ambivalência: garantem a continuidade da vida cotidiana ao mesmo tempo que funcionam como um lembrete diário de que são doentes crônicas.

A adesão ao tratamento farmacológico também sofre interferência a depender das relações profissional-paciente e paciente-serviços de saúde que se estabelecem. As decisões farmacoterapêuticas desses indivíduos impactam e são impactadas por reações emocionais, sentimentos, crenças, valores, dentre outros fatores psicossociais que permeiam a diabetes (Péres *et al.*, 2008).

Em consonância, Britten (1994), em seu trabalho com pacientes ambulatoriais

de áreas socioeconômicas contrastantes, apontou três aspectos vinculados à adesão medicamentosa. O primeiro seria que, para alguns pacientes, a adesão farmacoterapêutica se mostrou conectada com a “fé” que essas pessoas depositavam em seu prescritor. O segundo concerne que a adesão ao tratamento perpassaria pela *performance* de papéis sociais, como desempenho no trabalho, em atividades esportivas ou de lazer. E o terceiro ponto, por seu turno, correlaciona-se ao fato de os pacientes relatarem que eles engendram métodos próprios de administrar seus medicamentos.

Pacientes afro-americanos de um ensaio norte-americano, diagnosticados com hipertensão, relataram acreditar que o seu anti-hipertensivo os ajudava no controle da doença, sendo sua efetividade relacionada à redução de sintomas, como dor de cabeça e tontura. O entendimento sobre as sérias complicações de uma hipertensão descontrolada fez com que eles assimilassem o medicamento como algo que faz “parte da vida” e como um “ente salvador” (Viswanathan; Lambert; 2005).

Entretanto, tomar medicamentos diariamente foi interpretado como incômodo, pois requer modificações no estilo de vida do sujeito (adquirir, organizar, armazenar, transportar e administrar medicamentos), além de criar um senso de dependência para alguns dos participantes, o que se traduziu em relutância em ingeri-los. Acrescenta-se, ainda, que o medo da ocorrência de reações adversas foi mais acentuado do que os efeitos reais em si (Viswanathan; Lambert; 2005).

Mohammed, Moles e Chen (2016) inquiriram sobre a carga enfrentada na vida cotidiana relacionada ao uso desses compostos e respectivos impactos na saúde do indivíduo, apontando que a vivência medicamentosa seria sustentada por três pilares interdependentes: fardo, crenças e práticas.

O fardo relacionado ao uso de medicamentos apresenta-se filiado à criação de práticas e táticas para driblar as repercussões físicas, psicológicas e financeiras da nova realidade, quais sejam: suporte familiar e negociação com seus cuidadores, realização de registros no dia a dia e busca por ferramentas de apoio, como organizadores de comprimidos, bem como por informações, que, fortuitamente, são insuficientes, inadequadas e/ou conflitantes ao uso apropriado de medicamentos.

Regimes terapêuticos complexos, comunicação precária com profissionais de saúde; fragmentação do cuidado; tempo e custo financeiro demandados em transporte para chegar até os centros de saúde (hospitais, clínicas e farmácias),

viajando e permanecendo por longos períodos nesses locais; acessibilidade dificultada e despesas relacionadas a medicamentos e serviços podem ser concebidos como obstáculos críticos.

O paciente opta, então, por ajustar a sua terapia de modo intencional, visto que o medicamento se torna não mais algo a ser administrado conforme prescrito, mas como um “recurso para uso” conforme achar adequado e que se “encaixe em sua vida diária”, sem, necessariamente, que o seu prescritor disso tenha conhecimento (Mohammed, Moles, Chen; 2016; Pound *et al.*, 2005).

No momento em que o paciente julga a sua terapia impertinente ou que suas demandas não estão sendo solucionadas, ele se inclina a reduzir, aumentar e/ou pular doses, assim como interromper ou reiniciar medicamentos conforme desejar. Estas e outras condutas descortinam algumas das maneiras de os indivíduos avaliarem os seus remédios e de identificarem as “doses adequadas ao seu estilo de vida” (Dolovich *et al.*, 2008; Roe *et al.*, 2009).

As características dos produtos farmacêuticos também foram vocalizadas pelos partícipes do trabalho australiano como desafiadoras em sua adaptação. Logo, tiveram aceção negativa quanto ao controle percebido sobre os medicamentos, acentuando “sentimentos avassaladores de fardo”; inabilidade, insegurança e confusão sobre o seu manuseio; e ceticismo sobre sua funcionalidade. Demais aspectos, como quantidade de tipos de medicamentos, multiplicidade de doses, tamanho, forma e sabor, e troca de marcas (referência *versus* genérico) também foram citados (Mohammed; Moles; Chen, 2016).

Ainda sobre essa tônica, o grau de convicção de suas crenças, habilidades de enfrentamento, engajamento em sua terapêutica, experiência prévia com o uso de medicamentos, com o sistema de saúde e serviços podem suggestionar a sua sensação de controle. Crenças e comportamentos do paciente podem ser delineados a partir das atitudes de seus prestadores de saúde, assim como as de seus familiares e de pessoas de seu círculo social (Mohammed; Moles; Chen, 2016).

A aceitação em utilizar tal artefato cotidianamente e seguir orientações concernentes, de acordo com a literatura, mostrou ser fruto de o indivíduo ter tido vivências favoráveis com medicamentos; a adaptação se expressar superior ao ônus; alcançar resultados clínicos pretendidos; os prestadores de cuidados conquistarem sua confiança; o paciente estar envolvido no planejamento de seu tratamento, dentre outros (Bajcar, 2006, Chen *et al.*, 2007; Henriques; Costa; Cabrita, 2012).

No campo da saúde mental, os modos de experienciar terapias medicamentosas, como aquelas indicadas para a esquizofrenia, põem em relevo a necessidade de se repensar a prática psiquiátrica tradicional, os serviços, os profissionais e as respectivas políticas de saúde. Rogers *et al.* (1998) expõem as fragilidades relacionadas ao manejo dessa doença e defendem o desenvolvimento de abordagens alternativas e centradas no paciente que abarquem estratégias de autogestão pelo indivíduo e formas colaborativas de trabalho.

A coerção e ameaça de sanções sociais e profissionais foram sentidas significativamente pelos partícipes de seu estudo (Rogers *et al.*, 1998), agravado por serem as pessoas mais importantes para si, como pais ou cônjuges, os autores de tais movimentos, alimentando sentimentos tais como medo de desaprovação ou decepção. Outros elementos contribuintes englobam o estigma vinculado à esquizofrenia e a aceitação pública de “viver em comunidade”. Nesse sentido, o ato de tomar medicamentos deixa de ser exclusivamente de cunho individual e esses pacientes enxergam a sua autonomia como “limitada”.

Nessa direção, o sociólogo Peter Conrad (1985) propõe uma abordagem alternativa sobre o significado do uso cotidiano de medicamentos. Ele defende que, além do enfoque dado a efeitos adversos e à efetividade dos remédios, os termos “adesão” e “não adesão” ao regime terapêutico não seriam pertinentes a partir de uma perspectiva focada no paciente, mas sim o que ele denomina “autorregulação” (tradução livre de *self-regulation*).

Os dados oriundos de sua pesquisa, situada na experiência subjetiva da doença de pacientes com epilepsia, revelaram que a alteração do esquema terapêutico se norteou pelas seguintes explicações: (i) verificação do período de tempo (máximo) em que há ausência ou diminuição de crises epiléticas; (ii) controle da dependência vinculada a medicamentos, médicos e familiares; (iii) tentativa de desestigmatizar a doença e de se adequar às percepções próprias concernentes ao ambiente social (Conrad, 1985).

Sob essas circunstâncias, o conceito atribuído ao termo “uso racional de medicamentos”, preconizado por epidemiologistas e agentes sanitários, dentre outros profissionais, embora corresponda a um conjunto de políticas públicas em saúde de extrema importância, tornam-se insuficientes, à medida que atuam até o âmbito de processos relacionados ao acesso da população a medicamentos tidos como essenciais (Brasil, 2001).

As iniciativas supracitadas objetivam alcançar os melhores resultados em saúde por meio de uma racionalidade técnica e objetiva; contudo, não são capazes de abranger toda a complexidade envolvida no uso de medicamentos, uma vez que a racionalidade humana é moldada por fatores de bases subjetivas (Schön, 1983).

O indivíduo, sob essa lógica, está em um processo de revisão constante das dimensões sociais em que está inserido, de forma a avaliar seus resultados terapêuticos e a lidar com os riscos e as incertezas inerentes às suas condições clínicas e respectivos tratamentos (Smith; Wertheimer, 1974).

Como aponta Ramalho de Oliveira (2011, p. 256):

Quando levamos em consideração a subjetividade única do ser humano, o seu contexto social, a sua capacidade e liberdade de fazer escolhas e tomar decisões, é necessário utilizar, ou pelo menos vislumbrar, uma racionalidade que diverge das normas científicas objetivas apresentadas pela pesquisa empírica e sistemática tradicional. Quando consideramos o uso de medicamentos, principalmente seu uso crônico, e utilizamos o paradigma da racionalidade técnica-objetiva para avaliar os comportamentos e atitudes dos pacientes, corremos o risco de considerá-los “irracionais”, quando os mesmos decidem tratar-se através de automedicação ou não aderem aos medicamentos prescritos e recomendados por profissionais.

Entretanto, a cientista não minimiza a importância e a necessidade da pesquisa científica tradicional, fundamentada na prática baseada em evidências, no que tange ao cuidado com a saúde da população. Seu posicionamento é aquele que defende o conhecimento plural, avesso às dicotomias do tipo “objetivo/subjetivo, corpo/mente, razão/emoção, eu/o outro” (Ramalho de Oliveira, 2011).

Suplementarmente, a experiência subjetiva associada ao tratamento medicamentoso pode ser apontada como potencial causa-raiz de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRMs). Essas experiências são incorporadas às narrativas de pacientes e desnudadas à medida que expressam suas necessidades e preocupações (Ramalho de Oliveira *et al.*, 2012).

Essa categoria traçada (PRM) foi proposta por Strand *et al.* (1990) e representa uma “tipologia e taxonomia” da morbimortalidade conseguinte do uso inadequado de medicamentos. Os PRMs são, assim, definidos como eventos indesejáveis experimentados pelo paciente, ou o risco de experimentar, que envolvem o medicamento e que interferem no processo para alcançar os objetivos terapêuticos desejáveis (Barros da Silva, 2009; Cipolle; Strand; Morley, 1998).

As possíveis causas que caracterizam os PRMs estão relacionadas às necessidades farmacoterapêuticas do paciente: (i) indicação ou necessidade

(medicamento desnecessário; necessidade de medicamento); (ii) efetividade (medicamento não é efetivo para a condição; dose baixa); (iii) segurança (reação adversa ao medicamento; dose alta); e (iv) conveniência (não adesão) (Cipolle; Strand; Morley, 2004).

Nesse contexto, concebe-se o trabalho de Shoemaker e Ramalho de Oliveira (2008) como um dos mais proeminentes da área farmacêutica. As profissionais definem a experiência subjetiva com o uso de medicamentos como uma “vivência subjetiva que tem o potencial de influenciar dramaticamente as decisões do paciente com relação a seu tratamento, e, conseqüentemente, os seus resultados em saúde”.

No intuito de entender e descrever o significado do uso corrente de medicamentos para pacientes, as autoras supracitadas conduziram uma metassíntese de três investigações qualitativas, porém complementares, nas quais foram identificados quatro temas. Estes se traduzem em como o paciente confere diferentes significados a seus medicamentos no decorrer do tempo.

Essa trajetória tem início a partir do encontro do indivíduo com o medicamento e corresponde às percepções e atitudes do paciente ao receber uma prescrição de medicamentos de uso crônico. Carregado de significados, esse momento pode se manifestar de variadas formas, a exemplo da sensação de perda de controle, percepção de sinal de envelhecimento, atitude de questionamento e encontro com o estigma (Shoemaker; Ramalho de Oliveira, 2008).

Os efeitos no corpo vivido, por sua vez, constituem um tema subsequente e está relacionado às experiências corporais sentidas pelo paciente, sejam benefícios farmacológicos esperados e/ou eventos adversos imprevistos, motivando, assim, percepções positivas ou negativas nesse sujeito.

O caráter ininterrupto do medicamento de uso crônico corresponde ao terceiro tema constatado e diz respeito à utilização de medicamentos por período de tempo indeterminado. Dessa forma, a expectativa em se tomar remédios regularmente posiciona o seu usuário como um agente passivo e a terapia se torna um fardo, símbolo de dependência e de perda de autonomia, além de requerer responsabilidades por parte do paciente.

O quarto e último tema relacionado à experiência vivida com o uso de medicamentos refere-se ao ato de o paciente exercer controle sobre a sua terapêutica. Após um período fazendo uso crônico de medicamentos e de ter vivenciado todas as etapas descritas anteriormente, o paciente se torna especialista

em seus problemas de saúde e respectivas terapias.

Sob tal perspectiva, Nascimento, Silva e Ramalho de Oliveira (2020), baseadas no panorama de que as experiências subjetivas com o uso de medicamentos podem impactar os resultados em saúde, buscaram compreender, em um estudo amparado na fenomenologia proposta por Maurice Merleau-Ponty, as vivências de pacientes com hepatite C com a utilização de medicamentos de uso contínuo.

Nesse contexto, as pesquisadoras nomearam quatro maneiras pelas quais os pacientes experienciam esse fenômeno, todas apoiadas na corporeidade e na intersubjetividade: resolutividade, adversidade, ambiguidade e irrelevância. As autoras inferem, ainda, a possibilidade de o sujeito vivenciar o fenômeno de formas distintas, ao mesmo tempo, conforme condição clínica e medicamentos envolvidos (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, 2020).

A resolutividade é vivenciada pelo paciente quando o medicamento soluciona um problema, causado pela doença de seu corpo físico e/ou fenomenal, para o qual foi indicado, sem causar novos contratemplos. Dentre os elementos vinculados a essas experiências, encontram-se: normalização da vida; interrupção da evolução da doença; prevenção de danos; redução de sintomas; melhoria de parâmetros clínicos (previsibilidade) (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, *op. cit.*).

A adversidade, por sua vez, é assimilada como uma experiência incorporada proveniente dos efeitos farmacológicos produzidos pelos medicamentos, como a ocorrência de reações adversas e tratamentos intoleráveis, ou, ainda, o medo da inefetividade e do tempo de espera pela eficácia. Outros componentes associados também podem ser citados, como dificuldades inerentes ao uso do medicamento, medo de estigma, da discriminação e de mudanças nos projetos de vida, como também a percepção de que o medicamento simboliza a doença subjacente (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, *op. cit.*).

No tocante à ambiguidade, esta é marcada pela presença tanto da resolutividade quanto da adversidade que sustenta uma relação de custo-benefício decorrente do uso desse artigo, havendo oscilação entre um extremo e outro. Nesse sentido, o paciente reconhece a necessidade do medicamento, entretanto sente medo de administrá-lo, além da necessidade de aquisição de novos hábitos e rotinas (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, *op. cit.*).

Por último, no contexto da irrelevância, a ausência de sintomas fatidicamente

associados à doença não promove a incorporação da diagnose pelo sujeito como tal e, por consequência, o vivido com o uso de medicamentos transita apenas na órbita do tratamento da doença orgânica, ou seja, nem a doença nem os medicamentos criam mudanças no próprio corpo (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, *op. cit.*).

Nesse cenário, a obra de Hillman *et al.* (2020) se constitui a mais atual até então publicada, que se propõe a desenvolver uma análise conceitual abrangente e interdisciplinar da experiência medicamentosa e como ela se aplica à estrutura da práxis farmacêutica. O ineditismo dessa abordagem fornece uma compreensão mais ampla e profunda do que vem a ser o conceito “experiência subjetiva com o uso de medicamentos” e serve como base de desenvolvimento para a elaboração de teorias, pesquisas e práticas.

Para o grupo de pesquisadores:

A experiência subjetiva com o uso de medicamentos é definida como uma experiência de ambivalência e vulnerabilidade, em que o paciente está ativamente envolvido em um processo ou negociação contínua, que é pragmático para as formas pelas quais os pacientes vivem e vivenciam a vida, contextualizados e matizados dentro da construção social de suas realidades individuais (Hillman *et al.*, 2020, p. 10).

2.7 Experiência subjetiva com o câncer de mama

A mama feminina assume um espaço particular na história cultural da humanidade, sendo-lhe atribuídas representações multifacetadas a depender do recorte contextual. Os seios tendem a surgir como ícones de beleza, feminilidade, poder, sexualidade e maternidade, mas também podem ser fonte de implicações morais, abuso, dor, humilhação e angústia (Jones, 2004; Lende; Lachiondo, 2009).

Transitando pelas interações relacionais entre signos, símbolos e práticas culturais acerca da construção social dos seios em mulheres que enfrentam o câncer de mama e que se deparam com incertezas sobre a realização de reconstrução mamária, Webb, Jacox e Temple-Oberle (2019) apontam que as mamas, mais do que órgãos, na compreensão biomédica, abrangem significados políticos, utilizados na intenção de limitar, desafiar e policiar as mulheres.

A sexualização das glândulas mamárias femininas prioriza a aparência física em detrimento do estado de saúde desse indivíduo, o que oportuniza a criação de uma consciência corpórea e de um senso de identidade objetivados, de forma a culminar em potenciais transtornos corporais (McKinley; Hyde, 1996).

Simétricos, firmes, bem posicionados, de tamanhos popularmente aceitos e

relacionados à feminilidade juvenil são algumas das características mandatórias relativas aos seios inseridas em discursos sobre feminilidade. O assédio já vivenciado por muitas mulheres corrobora a vigilância alheia constante (Webb; Jacox; Temple-Oberle, 2019).

Dentre os frutos gerados, tem-se a imposição de códigos de etiqueta em locais públicos e a desconexão de mulheres com seus próprios corpos, os quais não mais são de domínio individual (Webb; Jacox; Temple-Oberle, 2019).

Em paralelo, os termos “mama” e “seio” ganham conotações distintas, pois dois corpos coexistem nesse contexto – o biológico e o psíquico –, respectivamente referentes a cada uma dessas designações. Vida, maternidade, amamentação, cuidado, proteção, amor e aconchego são algumas das matrizes de maior representatividade simbólica que o seio abarca, bem como podem exprimir senso de identidade e configurar-se como instrumento de protesto, de comunicação e de poder (Ferreira; Mamede, 2003; Quintana *et al.*, 1999).

Nesse sentido, alterações no corpo orgânico podem provocar mudanças no corpo psicológico. O câncer pode ser entendido como uma doença irreversível, irremediável e imprevisível. O diagnóstico de câncer mamário, nesse âmbito, compele a adaptações diversas e ajustes tanto provisórios quanto contínuos por parte das mulheres (Silva *et al.*, 2010).

O momento do recebimento do diagnóstico de câncer de mama é vivido como uma ruptura na vida dessa mulher. Seus significados foram discutidos e referenciados por um termo único, “ruptura biográfica”, nos estudos de Liamputtong e Suwankhong (2015) a partir das teorias de Bury (1982), sociólogo que introduziu a expressão pela primeira vez, no intuito de descrever as experiências com doenças crônicas e a maneira pela qual uma doença que impõe risco à vida rompe a experiência social e cultural de um indivíduo, ameaçando sua identidade própria (Pranka, 2018).

Caos e desespero foram as reações imediatas à diagnose do câncer mamário das mulheres entrevistadas no estudo austríaco-tailandês supracitado, cujos sinais de ruptura biográfica afluíram no instante da descoberta de caroços em atividades cotidianas. O impacto do quadro após validação médica foi assinalado por ansiedade, estresse e trauma, o que envolve medo, desespero e perda de esperança (Liamputtong; Suwankhong, 2015).

Associações à morte e ao processo de morrer estiveram notadamente

presentes em suas narrativas. As participantes revelaram terem entrado em transe análogo a um estado de paralisia psicológica e física, como se tivessem sido ejetadas para outra dimensão. Temporariamente, ficaram inaptas a falar, ouvir e se mexerem, bem como experimentaram sensações de desmaio. Estados de desorientação e de ideação suicida foram acompanhados de crises de choro contínuas.

Em paralelo, participantes do estudo de Patel-Kerai (2015) declararam que a palavra ‘câncer’ as fez entrar em choque. Já outras não entenderam as razões pelas quais foram acometidas pela doença, uma vez que amamentaram seus filhos quando estes eram crianças e atrelaram a diagnose às crenças etnoculturais e religiosas, como “carma”, “destino” e “punição de Deus”.

Reações emocionais como preocupação, descrença e confusão também figuraram nas histórias narradas pelas entrevistadas do ensaio de Howard *et al.* (2007). De acordo com as pesquisadoras, essas mulheres se enxergavam jovens e saudáveis. O envolvimento de membros da família, por sua vez, foi fundamental nessa fase em que muitas mulheres assimilaram o câncer de mama como uma crise familiar, utilizando-se do pronome pessoal “nós”. A concepção de sobrevivência, para elas, foi atribuída como uma conquista conjunta.

Sob outro ângulo, a lida com o diagnóstico de câncer mamário foi absorvida por outras partícipes como “apenas mais um problema de saúde”. Apesar de, inicialmente, ser um cenário “assustador”, a doença se equiparava a comorbidades que elas já apresentavam, como diabetes e doença arterial coronariana, em que minimizavam os efeitos negativos decorrentes da doença oncológica e respectivos tratamentos, de forma a serem o mais saudáveis possível.

À luz das construções sociais que modelam a forma com que as mulheres atribuem significados ao câncer de mama e às mudanças físicas e psicológicas, aos tratamentos, às estratégias de enfrentamento e ao processo de tomada de decisão, torna-se imprescindível refletir sobre o porquê dessa temática ser tão complexa para esse público (Thorne; Murray, 2000; Webb; Jacox; Temple-Oberle, 2019).

Sob esse prisma, questões concernentes à imagem corporal se configuram como fontes contribuidoras importantes para o estresse psicológico. O câncer de mama pode estar conectado ao ganho de peso, o que influencia negativamente na autoestima da mulher; reduzir sua qualidade de vida e tempo de sobrevivência; implicar

o surgimento de outras condições clínicas, além da existência de risco aumentado de recidiva da doença oncológica (Demark-Wahnefried *et al.*, 2001).

Em muitos casos, a realização da cirurgia mamária para extrair o tumor é requerida. As duas principais categorias de intervenção, nesse âmbito, são a cirurgia conservadora, em que há supressão do segmento mamário em que se localiza a massa cancerosa, ou a mastectomia, que consiste na excisão completa de uma e/ou duas mamas e de tecidos adjacentes quando necessário (linfonodos axilares) (Czajka; Pfeifer, 2023; Waks; Winer, 2019).

A perda das mamas interfere em diversas áreas do funcionamento psicossocial das mulheres e deixa cicatrizes duradouras, que podem ser interpretadas como um lembrete contínuo da doença. O corpo íntegro e saudável de antes, afirmam Piot-Ziegler *et al.* (2010), tem a atenção redirecionada para a sua parte disfuncional (Everson, 2009).

Supletivamente, a deliberação em realizar a reconstrução mamária pós-mastectomia não compete, de forma exclusiva, à paciente. A sociedade pode julgar o câncer mamário como uma “crise cosmética” e, as mamas, como órgãos dispensáveis à sobrevivência humana. Portanto, cirurgias reparadoras podem ser qualificadas como intervenções estéticas, cujo financiamento poderia ser realocado a segmentos outros da saúde (Rubin; Tanenbaum, 2011).

Preminger *et al.* (2012) apontam que um quantitativo significativo de mulheres, principalmente as originárias de subgrupos não brancos e étnicos, não realiza reconstrução mamária em função de seus médicos não discutirem tal possibilidade com suas pacientes, tampouco referenciá-las ao cirurgião plástico.

Nesse âmbito, August, Wilkins e Rea (1994) consideram a idade como fator preditor para o encaminhamento médico de cirurgia reparadora. A reconstrução mamária é, nesse sentido, mais debatida com pacientes cuja idade é inferior a 60 anos, o que perpetua os discursos machistas acerca de beleza, feminilidade, sexualidade e objetificação do corpo em relação às mulheres jovens.

A discriminação psicossocial sofrida por mulheres diagnosticadas com câncer de mama representa um dos estigmas associados à doença. Nessa perspectiva, diversas são as mulheres que optam por não contar sobre o diagnóstico de câncer de mama para seu chefe ou colegas de trabalho.

De acordo com o trabalho de Lambert *et al.* (2018), há mulheres que acreditam que divulgar a sua história poderia afetar negativamente seus

relacionamentos no ambiente de trabalho; que teriam suas perspectivas de emprego ou de carreira afetadas; ou, ainda, que essa temática seria culturalmente inapropriada.

Já uma parcela das partícipes desse estudo mencionou que não gostariam de ser alvo de fofocas e que se preocupavam com o estigma. Houve, ainda, mulheres que relataram que esse assunto era muito pessoal para ser compartilhado; que a sua história poderia envergonhar ou incomodar outras pessoas; ou que não sabiam como contar.

Não obstante, muitas mulheres podem experimentar autocrescimento e transformações positivas em suas vidas após o diagnóstico da doença. Brennan (2001) declara que o câncer tem o potencial de “quebrar as suposições” de um indivíduo sobre o seu entorno e de fazê-lo revisitar prioridades. Esse processo de desenvolvimento pessoal é chamado pelo estudioso de “crescimento pós-traumático”.

As participantes do ensaio de Bond, Connolly e Asci (2010) se utilizaram de variados mecanismos positivos de enfrentamento em relação à doença. Algumas optaram por se distanciar, em momentos específicos, da imersão com que vivenciam o “mundo do câncer”, de modo a criar “espaços psicológicos”, o que as ajudam a “se manter funcionando”.

Outra parcela de suas entrevistadas descobriu refúgio no trabalho ou nos próprios afazeres do cotidiano, assim como na busca por informações, seja via equipe de saúde ou em bibliotecas; na conscientização e no engajamento de outras pessoas, promovendo eventos e arrecadando fundos à causa; e no suporte social advindo de familiares, amigos, equipe médica, grupos de suporte, dentre outros.

Drageset, Lindstrøm e Underlid (2016), ao descreverem as vivências individuais de enfrentamento da doença, depararam-se com mulheres que sentiam mais alegria e apreço pela vida no momento atual do que anteriormente ao diagnóstico, e que a experiência com o câncer de mama tinha sido boa para o autodesenvolvimento. A aceitação da condição vigente também foi um dos mecanismos utilizados para vivenciarem o luto pela perda dos seios. Ademais, reconhecerem as formas de se pensar e de se sentir foi interessante para a sensação de controle.

Harrow *et al.* (2008) se propuseram a explorar se mulheres com câncer de mama possuíam imagens mentais de seus tumores, respectivos significados,

origens, impactos gerados e potenciais relações com suas crenças relativas à doença. Assim, mulheres foram estimuladas a utilizar um *kit* de materiais de arte, por meio do qual expressariam suas experiências em relação ao câncer de mama.

Nesse contexto, o câncer de mama foi percebido por elas como um ente independente e de sistema reprodutivo próprio, similar a uma “água-viva”, um “parasita”, ou uma “cobra”, já que no período da infância de uma das participantes o assunto era expresso em tons de sussurro e nomeado como “doença devastadora”. Em adicional, “paraquedas”, “nuvem de chuva” e “vulcão” foram outras das designações endereçadas a essa enfermidade.

Tal concepção foi formada a partir de exames de imagem, sendo o cancro visto como um “pedaço de concreto”, já que os nódulos são identificados, na mamografia, nas cores branco e cinza. Simultaneamente, metáforas utilizadas por profissionais de saúde (“cabeça de alfinete”, “morango”) exerceram impacto notório no imaginário dessas pacientes, exacerbando e/ou minimizando sentimentos positivos e/ou negativos, inclusive em relação ao seu prognóstico.

2.8 Experiência subjetiva com o uso de hormonioterapia

A hormonioterapia para o tratamento do câncer de mama ganha destaque no cenário médico a partir da década de 1980, vindo a se tornar o pilar de seu tratamento farmacológico por ser apontada como a responsável em reduzir o risco de recidiva e de mortalidade associados à doença em pacientes cujo tumor seja do tipo receptor hormonal positivo (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, 2011).

Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas vigentes para o câncer de mama recomendam o período de cinco anos de terapêutica hormonal, o qual pode ser estendido por até dez anos, a depender do caso clínico (Brasil, 2024; NCCN, 2024). Entretanto, apesar de eficácia comprovada e benefícios de sobrevivência promovidos, o cumprimento dos regimes medicamentosos por parte dos pacientes configura-se abaixo do ideal (Burstein *et al.*, 2018; Moon *et al.*, 2017).

Nesse âmbito, a não adesão e a não persistência ao tratamento hormonal por parte do paciente, pelo período de tempo prescrito, convertem-se em um quesito clínico significativo (Harrow *et al.*, 2014).

Estudiosos escoceses, nesse caminho, decidiram explorar as experiências de mulheres com o uso de hormonioterapia e como suas crenças sobre o propósito do

medicamento, as reações adversas experimentadas e a relação profissional de saúde-paciente influenciam sua adesão (Harrow *et al.*, 2014). As partícipes dessa pesquisa desenvolveram e implementaram rotinas variadas, a fim de cumprirem seus regimes terapêuticos, de modo a considerarem o ato de administrar medicamentos uma “religião” e um “passaporte” para uma vida livre de doença; assim como o remédio o seu “melhor amigo”.

Nesse sentido, o estudo de Karlsson *et al.* (2019) evidencia que rumores e crenças populares, veiculados por fontes variadas (*blogs* e panfletos), associados à medicina, aos medicamentos e, sobretudo, à HT contra o câncer de mama constituíram importantes obstáculos para que as partícipes desse trabalho aceitassem o tratamento. Elas frisaram, ainda, que se sentiram “decepcionadas” e “abandonadas” tanto pelos profissionais de saúde responsáveis por seu cuidado quanto pelo sistema de saúde em que estavam inseridas. As entrevistadas relataram que a sua doença foi percebida por seus médicos como um “câncer *light*”, sendo o diagnóstico “não grave”.

Nessa direção, Harder *et al.* (2013) apontam que a opinião das pacientes sobre a hormonioterapia pode ser previamente formulada em função de suas experiências pessoais, de pessoas conhecidas e/ou próximas que foram diagnosticadas com câncer (de mama) e/ou realizaram tratamento quimioterápico, assim como de profissionais médicos e informações providas pela mídia e instituições de caridade.

Os pesquisadores complementam que a aceitação em realizar a terapêutica perpassa pelo medo de recidiva da doença e pela obtenção de benefícios de sobrevivência, enquanto a recusa provém do impacto gerado na saúde e respectiva redução de qualidade de vida, tempo de tratamento prolongado e apoio social insuficiente. A confiança depositada no profissional médico, por sua vez, foi abordada em ambas as esferas pelos participantes desse estudo (Harder *et al.*, 2013).

Nesse contexto, as reações adversas advindas da terapêutica assumem notoriedade. Tais participantes as descrevem como “penosas”, “exaustivas” e “debilitantes”, o que evidencia, segundo os autores supracitados, o sacrifício diário dessas mulheres por acreditarem que aquilo seria o “preço a pagar pela proteção” contra a recidiva da doença (Harder *et al.*, 2013).

Nessa temática, Cluze *et al.* (2012) salientam a perturbação causada pelos

sintomas menopausais em mulheres mais jovens, os quais foram percebidos por elas como sinal de envelhecimento e ataque à feminilidade. O modo com que as mulheres lidam com a sua terapia hormonal é um espelho de como elas enxergam “a sua feminilidade e a menopausa e as suas próprias crenças sobre o estágio de vida que alcançaram” (Pellegrini *et al.*, 2010).

As ondas de calor, secura vaginal, perda de cabelo e dor nas articulações foram algumas das manifestações endereçadas à sensação de velhice, narradas pelo trabalho canadense de Lambert *et al.* (2018), bem como o impacto provocado pela gravidade e imprevisibilidade das reações adversas depreendidas por mulheres em uso de hormonioterapia em sua vida social.

O ganho significativo de peso, o surgimento de pelos em locais não esperados, a ausência de libido e a perda da capacidade de engravidar foram outras das muitas angústias enfrentadas pelas integrantes do ensaio de Pellegrini *et al.* (*op. cit.*) e incorporadas como uma afronta à sua feminilidade.

Esse tema pode abarcar representações conflitantes em decorrência da experiência prévia de mulheres com a pílula anticoncepcional associadas ao fato de essa última ter, à semelhança da hormonioterapia, uma base hormonal em comum, a qual atua também no sistema reprodutivo feminino (Pellegrini *et al.*, *op. cit.*).

A pílula anticoncepcional, a partir de uma perspectiva feminista, corresponde à materialização de prioridades, necessidades, desejos e preocupações de mulheres insertadas em uma sociedade patriarcal, que há tempos exerce poder sobre a sua saúde.

Além de evitar uma gravidez indesejada, o contraceptivo oral simboliza uma reivindicação coletiva, a qual outorga às mulheres cidadania e autonomia, particularmente ao se tratar do controle de seus próprios corpos, o que abrange domínio sobre a sua fecundidade, potencial maternidade e feminilidade (Alspaugh *et al.*, 2020).

Isso posto, Pellegrini *et al.* (2010) identificaram múltiplas designações utilizadas por um terço do total de suas entrevistadas para se referenciar ao tamoxifeno: “terapia hormonal”, “tratamento hormonal”, “hormônio”, “tratamento anti-hormonal”, “antiestrogênio” e “anti-hormonal”.

O hábito costumeiro de se administrar pílula anticoncepcional em vivências passadas facilitou que essas mulheres acatassem e incorporassem a hormonioterapia em seu dia a dia. Ademais, outras afirmaram que já presumiam a

ocorrência de efeitos indesejáveis pelo medicamento, dado que isso se sucedeu com o uso da pílula.

Contudo, muitas mulheres manifestaram certo grau de ojeriza e/ou desassossego referente aos tratamentos hormonais, uma vez que, segundo elas, aqueles intervêm nos “processos naturais” femininos e podem “aumentar o risco de câncer uterino”, razões pelas quais adotam uma postura relutante para com o uso de tamoxifeno (Pellegrini *et al.*, *op. cit.*).

Dessa forma, o obscurantismo sobre a indicação da hormonioterapia e seu funcionamento gera interpretações equívocas a respeito dos medicamentos e compromete a compreensão do tratamento e consequente processo de tomada de decisão farmacoterapêutica por parte desse indivíduo. Assim, em uma esfera ambivalente, os “hormônios” podem estar relacionados tanto à feminilidade quanto ao aumento do risco de câncer (Pellegrini *et al.*, *op. cit.*).

O senso de identidade social e sexual minado pelo tratamento do câncer de mama apresenta significados profundos no que tange às questões de vida, de morte e de perdas (Pellegrini *et al.*, *op. cit.*).

Lambert *et al.* (2018) identificaram que, para algumas mulheres, a hormonioterapia era encarada como um “assunto de mulher”, de forma a excluir familiares e amigos de situações adversas vividas pela terapêutica oncológica, no intuito de resgatar o sentido de normalidade preexistente ao câncer, tal como não ser apontada como uma pessoa doente.

As reações adversas provocadas pela hormonioterapia comprometem a capacidade de o indivíduo exercer atividades de autocuidado e de mobilidade, atividades físicas e domésticas, bem como desempenhar funções ocupacionais ou de se envolver em atividades valorizadas (Ganz *et al.*, 1998; Lambert *et al.*, 2018; Toivonen *et al.*, 2021).

Assim, muitas mulheres não conseguem manter seus turnos regulares de trabalho ou têm de se ausentar de seus empregos, o que pode afetar a produtividade, o desempenho e a satisfação com o seu ofício (Ganz *et al.*, 1998; Lambert *et al.*, 2018; Toivonen *et al.*, 2021).

Paralelamente, a forma com que a paciente vive a sua relação com os profissionais e o sistema de saúde pode ser considerada um facilitador ou uma barreira associada ao uso de medicamentos, à persistência da terapêutica e, consequentemente, aos seus resultados em saúde. Tais interações, nesse âmbito,

ganham notoriedade por exercerem impacto considerável no comportamento do indivíduo (Christensen *et al.*, 2010).

A sensação de abandono e a angústia desenvolvida por pacientes em decorrência de terem suas perspectivas psicossociais tratadas de forma frívola por profissionais de saúde foram observadas no estudo sueco de Karlsson *et al.* (2019).

Pacientes em contexto de hormonioterapia são indivíduos que percorreram trajetórias oncológicas árduas, a contar da data de seu diagnóstico à instituição do tratamento hormonal. Tais circunstâncias podem sugestionar a maneira com que essas pessoas conferem significância à HT, a qual se torna alvo de comparação em relação às modalidades terapêuticas realizadas anteriormente (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, entre outras) (Verbrugghe *et al.*, 2015).

Verbrugghe *et al.* (*op. cit.*) reiteram a necessidade que os pacientes têm de se sentirem seguros e de almejam que seu médico discuta os sintomas que possam surgir, bem como que disponibilize tempo para ampará-los para suportarem essa fase. Do contrário, os pacientes se retraem e se rotulam como incômodo.

O suporte social ofertado por profissionais de saúde também é uma questão debatida no estudo de Toivonen *et al.* (2021). Consultas rápidas e a não receptividade aos questionamentos das pacientes despertaram nelas sentimento de “frustração”. Outros exemplos relacionados incluem ausência de retorno de ligações telefônicas e falta de orientações e/ou encaminhamento a especialistas na ocasião em que comunicaram apreensões relativas aos efeitos colaterais.

Em contrapartida, quando o processo de cuidado é centrado no paciente, em cujo panorama há a construção e o estabelecimento de relacionamento com os profissionais de saúde, em que crenças, preferências, expectativas e necessidades do paciente são valoradas, e ocorre continuidade de assistência, informação e educação, tais como acessibilidade ao sistema de saúde e cobertura de medicamentos prescritos, há associação positiva à persistência e à continuidade da HT (Brett *et al.*, 2018; Carpenter *et al.*, 2010; Kahn *et al.*, 2007).

Usualmente, a família e os amigos representam fontes preciosas de apoio social, os quais encorajam seus entes a perseverarem em seu tratamento e os ajudam a lidar com os desafios impostos. O vínculo com outras mulheres em situação semelhante ou com aquelas que sobreviveram à doença constitui uma rede social essencial. Esse cenário contribui para a adesão e continuidade da HT, mesmo quando as reações adversas são depreendidas como “esmagadoras” (Hadji, 2010;

Toledo; Ochoa; Farias; 2020; Van Liew; Christensen; De Moor, 2014).

A necessidade de uma comunicação efetiva urge na medida em que há mulheres que afirmam nunca terem sido questionadas sobre a sua adesão e continuidade à hormonioterapia, sobre as reações adversas e possíveis abordagens para minimizá-las e sobre a utilização concomitante de medicamentos em decorrência de comorbidades coexistentes ao câncer (Harrow *et al.*, 2014).

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A partir de um prisma epistemológico, as pesquisas quantitativa e qualitativa se constituem em paradigmas díspares e repousam entre os polos extremos de objetivismo e subjetivismo, respectivamente (Gerhardt; Silveira, 2009; Turato, 2005).

A primeira abrange uma variedade de métodos relacionados à investigação sistemática. Por conseguinte, é um tipo de pesquisa essencialmente dedutiva, que atrela seu objeto de estudo a fatos vistos e descritos, cujo objetivo é o estabelecimento matemático das relações de causa-efeito e confrontação dos achados com resultados de outras pesquisas. Fundada na obra de Augusto Comte, cujos pressupostos são neutralidade, objetividade e exatidão, leva ao alcance do conhecimento por meio de observação, experimentação e comparação (De Benedicto *et al.*, 2011; Watson, 2015).

A segunda, contudo, formula perguntas cujas respostas não são transpostas para números. A pesquisa qualitativa é embutida e moldada por significados, intencionalidade dos atos e das relações sociais, linguagem e símbolos culturais. Busca descrever e interpretar as relações de significado dos fenômenos como referidos pelas pessoas. Assim, a concepção teórica inicial é, usualmente, revista, ampliada e/ou reformulada (Santos, 1999).

O paradigma qualitativo surge a partir do final do século XIX na Alemanha, tendo raízes nas ciências sociais e humanas, especialmente nas áreas de sociologia e antropologia, onde ficou conhecida também como investigação etnográfica (Lara; Molina, 2011).

O cenário científico vigente era marcado pelo ideal positivista ou empirismo lógico, que buscava transpor seus princípios de explicação das ciências da natureza para desvendar as relações sociais e as ciências humanas de forma pragmática e racional. Tais convicções operavam como um guia para a conduta humana e como base da organização social da época (Pawlikowski; Rico; Van Sell, 2018).

Todavia, as ciências tradicionais acabam por se tornarem limitadas para responder à complexidade dos fenômenos humanos que se dão na realidade, havendo demanda por novas perspectivas epistemológicas. Nessa direção, as ciências humanas e sociais se encarregam de suprir tal lacuna, de forma que a subjetividade e as experiências vividas do ser humano ganham espaço como objetos de investigação (Turato, 2000).

A abordagem qualitativa tem como fonte direta de dados o mundo empírico em seu ambiente natural e, com sua aplicação, objetiva-se explicar processos e padrões de comportamento humano, considerando-se a existência de uma relação intrínseca entre o mundo real e o sujeito que o habita. O processo subjetivo de concepção de significado(s), a partir da perspectiva de um observador, constitui o foco principal dos investigadores qualitativos (Denzin; Lincoln, 2000).

Leavy (2014) menciona, a respeito desse tipo de investigação, que o pesquisador é tido como instrumento de trabalho fundamental. Segundo a socióloga, a partir da acuidade perceptiva de observação, seleção, análise e interpretação dos dados empregados pelo pesquisador, é ele quem fornece sentido ao fenômeno em estudo.

No âmbito de pesquisas em saúde, as metodologias qualitativas desempenham papel primordial. Representam a forma mais apropriada para compreender a experiência subjetiva relacionada à saúde, à doença e ao uso de medicamentos na perspectiva do paciente, bem como depreender o impacto provocado em sua vida. Seu melhor entendimento por parte de profissionais de saúde estabelece-se como um caminho para obter melhores resultados em saúde (Carel, 2011; Nascimento; Ramalho de Oliveira, 2021).

3.1 Fenômeno e fenomenologia

A definição empregada para o termo ‘fenômeno’ encontra-se amplamente discutida na literatura que fundamenta a filosofia, a antropologia, a sociologia, entre tantas outras áreas das ciências sociais (Cerbone, 2012; Zahavi, 2019).

Todavia, para compreender o seu significado, o estudo em voga se debruçará sobre a óptica fornecida pela filosofia e restringirá a conceituação de tal vocábulo à filosofia contemporânea, datada da introdução dos ensinamentos de Edmund Husserl no cenário intelectual europeu no século XX.

Edmund Husserl, matemático e filósofo alemão, é considerado o fundador do movimento fenomenológico. Influenciado pelo psicólogo e filósofo Franz Brentano, Husserl canalizou suas atividades para problemas de cunho epistemológico e teórico-científico e passou a buscar caminhos alternativos às ciências tradicionais positivistas (Dowling, 2007).

Abbagnano (2007) sustenta que, “na filosofia contemporânea, [...], o fenômeno começou a indicar não só o que aparece ou se manifesta ao homem em

condições particulares, mas aquilo que aparece ou se manifesta em si mesmo, como é em si, na sua essência”. Dahlberg e Halling (2001) corroboram essa afirmativa ao defenderem que o termo pode ser entendido como “uma coisa (algo concreto ou abstrato) que se apresenta para, ou que é experienciado pelo sujeito”. Martins, Boemer e Ferraz (1990) comentam, a esse respeito, que fenômeno é “tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga”.

Dessa maneira, a fenomenologia proposta por Husserl apresentava como lema voltar “às coisas mesmas” e, sendo matemático, reivindicava uma fenomenologia de mesmo rigor metodológico da ciência em voga na época (Dartigues, 1992).

Husserl defendia uma ciência pura, eidética, que procede por descrição e não por dedução, que se ocupa da análise e da interpretação dos fenômenos, mas com atitude diferente das ciências empíricas e exatas. Os fenômenos, nesse contexto, são os vividos pela consciência, os atos e os correlatos dessa consciência (Dartigues, 1992).

Etimologicamente, fenomenologia é uma palavra de origem grega formada pelo verbo ‘phaíno’ (fenômeno), que significa fazer-se visível, aparecer, desvelar-se, e pelo substantivo ‘logos’ (logia), que designa discurso, argumento, pensamento, explicação, razão. Considerando a definição dos termos ‘fenômeno’ e ‘logia’, Bello (2006, p. 18) conceitua fenomenologia como:

[...] uma reflexão sobre um fenômeno ou sobre aquilo que se mostra. O nosso problema é: o que é que se mostra e como se mostra. Quando dizemos que alguma coisa se mostra, dizemos que ela se mostra a nós, ao ser humano, à pessoa humana. Isso tem grande importância. Em toda a história da filosofia sempre se deu muita importância ao ser humano, àquele a quem o fenômeno se mostra. As coisas se mostram a nós. Nós é que buscamos o significado, o sentido daquilo que se mostra.

O ponto central da fenomenologia é a intencionalidade da consciência, sendo a primeira uma qualidade da segunda. A intencionalidade, portanto, não se aplica a querer fazer algo, mas a ter a sua atenção direcionada a algo. Refere-se ou reporta-se a alguma coisa que não é o próprio ato da consciência (Macann, 1993).

Nesse sentido, a consciência não é consciência de si mesma; é consciência de alguma coisa, do fenômeno, do mundo. A consciência está além da relação cognitiva entre sujeito e objeto. Não perpassa pelo reflexivo; caso contrário, afastar-se-ia da experiência (Andrade; Holanda, 2010; Levasseur, 2003).

A análise intencional advogada por Husserl introduz a ideia de senso comum,

o qual o matemático denomina atitude natural. Esta nada mais é do que a forma de se estar no mundo, de viver em um modo não reflexivo, mais automatizado. Nessa acepção, o mundo não é questionado, mas simplesmente é tido como dado e, assim, estamos imersos no mundo da vida, sem analisar previamente nossas ações e nossos comportamentos cotidianos (Dahlberg; Halling, 2001; Nyström; Dahlberg, 2001).

Fenômeno, experiência, vivência, vivido subjetivo são elementos equivalentes. Entretanto, para identificar as suas estruturas de significado, a sua essência, para se apreender o fenômeno puro, desvelado, torna-se necessária uma mudança da atitude natural para a fenomenológica (Amatuzzi, 2008; Corrêa, 1997).

Não obstante, o sujeito experiencia o fenômeno mediante suas estruturas de corpo, tempo, espaço e intersubjetividades. Consequentemente, a essência do fenômeno pode ser modificada ou acrescida de novas perspectivas de análise em relação ao mesmo fenômeno (Zahavi, 2019).

Zahavi (2019, p. 18-9) aprovisiona um exemplo que pode elucidar tal pensamento:

Eu entro em um quarto, no qual se encontra uma mala marrom puída. A mala aparece para mim inexoravelmente de uma maneira determinada [...]. A saber, eu nunca consigo conhecer a mala toda de uma vez só (lado dianteiro, lado traseiro, lado de baixo, lado de cima, parte interior), mas a cada vez apenas um perfil determinado dentre os diversos perfis possíveis. A mala, além disto, aparece em meio a uma determinada iluminação, ela aparece diante de um pano de fundo, e, por fim, aparece naturalmente também em um contexto determinado e com um sentido determinado. Sempre de acordo com as minhas experiências anteriores e com os meus interesses atuais, a mala aparecerá, por exemplo, como equipamento de viagem, como receptáculo para guardar cartas antigas, como ilustração da tese de que todas as coisas têm um lado inverso [...]. Em outras palavras, eu posso me comportar em relação a uma e mesma mala a partir de toda uma quantidade de modos diversos, tanto práticos quanto teóricos. Caso se queira compreender como a mala pode aparecer de modos diversos, é preciso necessariamente levar em conta o sujeito intencional para o qual a mala aparece. Trata-se precisamente do sujeito, mais exatamente, do sujeito corporal vivo, que estabelece a perspectiva na qual o objeto aparece.

A fenomenologia, dessa forma, está fundamentalmente interessada na subjetividade e, de modo indubitável, o pronome pessoal ‘eu’ ganha posição de destaque nesse tipo de investigação. Possibilita, ainda, uma abordagem ampla do ser (Amatuzzi, 2008).

Husserl adotou o termo *epoché* para indicar o ato de suspender os pressupostos que podem obstruir o acesso ao significado originário ou vivo de um fenômeno. Em um movimento negativo, o emprego do dito “colocar entre

parênteses” faz alusão à área da matemática, em que as expressões algébricas contidas em seu interior devem ser resolvidas primeiro que a parte das operações numéricas em seu exterior (Van Manen, 2017).

Em um sentido positivo e, logo, oposto, a redução fenomenológica, movimento que sucede o *epoché*, reconduz o fenômeno ao seu modo de aparição. Nesse enquadramento, o significado da palavra ‘redução’ pode ser enganoso, pois a redução fenomenológica é, de modo preciso, dirigida contra o reducionismo, a abstração, a codificação e a abreviação (Van Manen, 2014).

Em suma, a conceitualização da fenomenologia condensa mais de um século de estudos relacionados à área e não pode ser concebida como um tipo de investigação estritamente fixo. Seus caminhos de pesquisar se manifestam de modo heterogêneo, porém fluido, nas obras de outros fenomenólogos que desenvolveram os princípios de Husserl, como Heidegger, Merleau-Ponty, Sartre e Schütz. E, ainda assim, são movimentos complementares.

4 JUSTIFICATIVA

As pesquisas de Wild *et al.* (2020) corroboram o quanto é inquestionável que o câncer e as múltiplas questões associadas a ele apresentam um impacto significativo na saúde pública em níveis variados.

Trata-se de uma doença que exige monitoramento constante, coordenação do cuidado e ações viabilizadas por uma equipe multidisciplinar, incluindo-se aí o farmacêutico. Entretanto, além do conhecimento técnico-científico, torna-se importante que esse profissional tenha como posicionamento ontológico a Atenção Farmacêutica, modalidade de prática profissional em que a compreensão da experiência subjetiva com o uso de medicamentos se apresenta como questão fulcral (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

A orientação positiva e/ou negativa vivida pelo usuário de medicamentos pode ser avaliada com base em mudanças experimentadas pelo corpo, seja no terreno biológico, fenomenal e/ou vivido (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, 2020; Shoemaker; Ramalho de Oliveira, 2008).

Nesse contexto, a vivência subjetiva do paciente oncológico com o uso de medicamentos tem o potencial de influenciar suas decisões em relação ao seu tratamento e, conseqüentemente, seus resultados em saúde. Do mesmo modo, compreender as suas narrativas e respectivos significados embutidos potencializa a qualidade do cuidado (Bissel; Ryan; Morecroft, 2006; Shoemaker; Ramalho de Oliveira, 2008).

Assim, para responder à pergunta da pesquisa – Qual é a experiência subjetiva de pacientes com câncer de mama em uso de hormonioterapia associado ao uso cotidiano de medicamentos? –, faz-se necessário dar luz a esse tema particularmente importante, visto que compreender tal fenômeno, sob a perspectiva do usuário, possibilita ao farmacêutico depreender significados, sentimentos e comportamentos no processo saúde-doença de pacientes e seus familiares; identificar, prevenir e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos; melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família; potencializar resultados terapêuticos; minimizar eventos adversos; melhorar a qualidade de vida do indivíduo (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Shoemaker; Ramalho de Oliveira, 2008).

A despeito de essa temática estar ganhando importância em discussões sobre cuidados em saúde, o que contempla, entre outros, o uso de medicamentos,

não há, no momento presente, trabalhos que abordem as vivências de pessoas com o uso de hormonioterapia para o câncer de mama associado a outros tratamentos farmacológicos, cujos medicamentos são de uso cotidiano.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Desvelar a experiência subjetiva de pacientes com câncer de mama em uso de hormonioterapia associado ao uso cotidiano de medicamentos.

5.2 Objetivos específicos

- Compreender os significados que os pacientes concedem à terapia hormonal utilizada para o tratamento de câncer de mama.
- Compreender as experiências desses pacientes em relação à administração conjunta da hormonioterapia para o câncer de mama associada a outros tratamentos farmacológicos concomitantes de uso crônico.

6 METODOLOGIA

6.1 Fenomenologia como método de pesquisa

A fenomenologia, na qualidade de método de pesquisa, busca compreender a natureza e o significado da realidade percebida mediante a experiência do sujeito pesquisado, explorando o entendimento do significado das representações individuais para a vida das pessoas. Nessa perspectiva, incorpora os conceitos fundantes da fenomenologia enquanto corrente filosófica, como a intencionalidade, a *epoché* e a redução fenomenológica (Van Manen, 1990).

Van Manen (1990) aponta que o mundo vivido representa o ponto de partida da fenomenologia. O educador não deriva de um referencial teórico preestabelecido, pelo contrário, parte do mundo da atitude natural, na qual o indivíduo não questiona a realidade em que vive. Para tanto, a fim de que se possa atingir a estrutura essencial do fenômeno, é premente retornar à redução eidética husserliana.

Masini (1989) aponta que não há um método fenomenológico em si, mas uma atitude de abertura do ser humano para compreender tudo aquilo que se mostra. O vivido, para Amatuzzi (2008), corresponde a uma reação interior imediata àquilo que nos acontece, antes mesmo de elaborarmos ou refletirmos sobre qualquer conceito.

O psicólogo afirma que qualquer tentativa de o exteriorizar representa, de forma imediata, um modo de atribuir-lhe significado. Ele ilustra seu pensamento a partir da representação de um triângulo equilátero:

Podemos imaginar um triângulo de lados iguais, de cabeça para baixo. No ângulo inferior desse triângulo temos o sentimento primeiro, a reação interior imediata, o vivido puro [...]. Mas isso tem uma inscrição na consciência. Essa inscrição pode se dar como a linguagem interior, ainda primitiva, de um dar-se conta, de uma interpretação fundadora [...], de um dizer original ou de um pensamento primeiro. Este seria o ângulo superior esquerdo de nosso triângulo. O ângulo superior direito é o da ação como também expressão primeira do vivido. Trata-se de uma ação significativa, de um fazer algo, ou de um dizer, interferindo no meio como uma resposta ao que nos acontece, mas ao mesmo tempo como manifestação do que se passa conosco. Reparemos, no entanto, que a área abrangida por qualquer um dos 3 ângulos do triângulo é a mesma. O ângulo seria apenas o ponto de vista a partir do qual olhamos o triângulo. Tudo isso é o vivido pleno em seu momento primeiro de manifestação (Amatuzzi, 2008, p. 56-7).

Dessa forma, o indivíduo, seja ele o objeto de estudo ou o investigador, estará sempre contextualizado, conforme o tempo, o espaço, a situação sociopolítica ou econômica em que está inserido. Ou seja, a pessoa influencia tanto o ambiente em que vive como é influenciada por ele (Oliveira; Cunha, 2021; Spindola, 1997).

Assim, necessariamente, parte-se de caminhos conhecidos para efetuar práticas sociais e ações. A fenomenologia, portanto, desafia os pressupostos aceitos e busca estabelecer uma nova perspectiva para compreender o fenômeno que está sendo estudado (ou o que se pretende estudar) (Martins; Boemer; Ferraz, 1990).

Nessa direção, o estudo fenomenológico detém como foco principal o processo, o caminhar paulatino em busca da essência do fenômeno e não puramente a obtenção do produto da investigação. Em virtude disso, há fenomenólogos que optam por não empregar a palavra “método” no que tange à construção do percurso metodológico da fenomenologia, termo característico do cartesianismo das ciências clássicas. Elege-se, assim, a palavra “trajetória” (Oliveira; Cunha, 2021).

A trajetória fenomenológica inicia-se pela descrição da experiência por quem vivencia um fenômeno. Os discursos apresentados pelos sujeitos, nesse sentido, gozam de caráter inestimável e atuam como recurso precioso para que se possa ter acesso ao vivido subjetivo (Bueno; Almeida, 2023).

Além da linguística, a adoção do corpo e respectiva corporeidade como premissa metodológica dos estudos sobre a experiência vivida fornece subsídio ímpar para o conhecimento dos processos de percepção (Leal; Serpa Junior, 2013).

Uma vez obtidas as descrições dos partícipes da investigação, o pesquisador deve proceder ao seu exame. A redução fenomenológica corresponde, assim, ao segundo momento dessa trajetória. Considerado um recurso fundamental, objetiva atingir a constituição do objeto investigado. Entretanto, esse processo exige que se evite toda e qualquer abstração, teorização e generalização das questões existenciais do ser (Melo; Bosi, 2020).

Sadala (1995) salienta que, em razão de o sujeito ser um ente perspectival, o fenômeno nunca se apresenta em sua totalidade dimensional, assim como a sua redução completa consiste em tarefa impossível, conforme defende Merleau-Ponty (2011). A educadora explicita tal ideia a partir de um exemplo utilizado pelo filósofo: a percepção de uma casa:

Percebemos uma casa vizinha à medida que passamos por ela. Quando nos aproximamos, vemos primeiramente um lado, depois, à medida que caminhamos, vemos a frente da casa e, a seguir, o outro lado. Se contornássemos a casa, veríamos os fundos, e, se pudéssemos entrar, veríamos o interior, de vários ângulos, de acordo com a nossa localização. Como vemos a casa de forma diferente em cada ângulo, sabendo que se trata da mesma casa, concluimos que a casa existe como algo em si, independentemente de qualquer perspectiva. Por outro lado, a visão desta, de qualquer ponto em que estejamos, nos permite saber que é uma casa. Ver a casa é, portanto, vê-la de algum lugar, em algum momento, ou seja, vê-la de uma forma perspectival, num determinado local, num determinado tempo, referidos como um horizonte. Ver a casa, portanto, implica poder vê-la de várias perspectivas, que são várias possibilidades (Sadala, 1995, p. 9).

A compreensão, o último estágio da trajetória fenomenológica, ocorre simultaneamente à interpretação. Representa uma instância de cunho desafiador, porém imensamente valioso, uma vez que essa etapa opera em sentido duplo. O pesquisador assume o compromisso de descrever e compreender como o sujeito atribui significado à sua experiência e como ele próprio concede sentido para o trabalho de significação desse sujeito (Leal; Serpa Junior, 2013).

Dessa forma, o pesquisador se volta para a síntese e para a organização das unidades de significado encontradas nos discursos dos sujeitos e as transformam em um enunciado consistente com o fenômeno investigado. Sua intenção é a de encontrar convergências, divergências ou idiosincrasias constantes nas narrativas expostas (Toombs, 2001; Van Manen, 2014).

6.2 Fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger

Martin Heidegger é reconhecido como um dos principais representantes da fenomenologia hermenêutica e um dos precursores do movimento do existencialismo. O filósofo alemão ampliou os horizontes da fenomenologia iniciada por Edmundo Husserl ao introduzir a ideia de ontologia. Ele manifesta seu interesse pelo significado do ser e busca entender o fundamento da existência de todas as coisas, de todos os entes (Cerbone, 2012).

Heidegger afirma que existe um único ente capaz de propiciar a abertura necessária para o entendimento do ser em geral. O homem é este ser diferenciado, pois é aquele que pensa, reflete e sente. A partir dos princípios de consciência e de intencionalidade, Heidegger teoriza sobre o homem concreto, que já está inserido no mundo e se relaciona com ele, e não o homem abstrato (Braga; Farinha, 2017).

A fenomenologia, portanto, passa a ser hermenêutica quando o seu método é considerado interpretativo, em vez de puramente descritivo, conforme na

fenomenologia transcendental husserliana. Heidegger defende que a experiência vivida é um processo interpretativo e que a compreensão do mundo cotidiano parte da interpretação de seus sujeitos. Assim, a interpretação é intrínseca à existência humana (Mackey, 2005; Todres; Wheeler, 2001).

6.3 Fenomenologia da prática de Max van Manen

Max van Manen, nesse domínio, consagra-se como o autor pioneiro da formulação da fenomenologia hermenêutica como metodologia de pesquisa educacional, tendo como foco as práticas quotidianas profissionais (Van Manen, 2014).

Seu modelo de operacionalização prática como metodologia consiste no potencial da escrita e da reflexão textual sobre as experiências vividas na vida diária, com o intuito de ampliar a compreensão do ser humano ou de sua condição. A presente investigação, à vista disso, estabeleceu como caminho metodológico a fenomenologia à luz de Max van Manen.

O acadêmico holandês estabelece seis estágios de pesquisa que subsidiam uma estrutura metódica capaz de orientar o pesquisador em uma investigação hermenêutica: (i) voltar-se para a natureza da experiência vivida; (ii) investigar a experiência como a vivemos e não como a conceituamos; (iii) refletir sobre os temas essenciais que caracterizam o fenômeno; (iv) descrever o fenômeno por meio da arte de escrever e reescrever; (v) manter uma relação forte e orientada com o fenômeno; (vi) equilibrar o contexto da pesquisa considerando as partes e o todo (Van Manen, 1990).

6.3.1 Voltar-se para a natureza da experiência vivida

Van Manen (1990) declara que todo projeto de investigação fenomenológica é conduzido por um compromisso de se voltar para uma preocupação permanente e, assim, o questionamento profundo de algo se traduz na definição do fenômeno a ser pesquisado.

O pesquisador, nesse cenário, está igualmente contextualizado na realidade da vida cotidiana e a sua experiência corporal o acompanha. A palavra 'situado' é um termo heideggeriano que pode ser empregado para elaborar tal natureza contextual, pois o sujeito, como projeto, determina suas escolhas e cria suas possibilidades. Desse modo, o questionamento advém de circunstâncias particulares da vida

individual, social e histórica desse pesquisador (Robertson-Malt, 1999).

Van Manen (1990) afirma que a natureza e o significado da experiência vivida são discernidos quando a sua essência é interpretada. Segundo ele, o vocábulo 'essência' pode ser entendido como uma descrição linguística de um fenômeno, a qual é holística e analítica, evocativa e precisa, única e universal, poderosa e confidencial.

Ainda, para que se esteja orientado para o fenômeno, torna-se necessário que o pesquisador suspenda a atitude natural com a qual ele se relaciona com o mundo-vida e abandone qualquer suposição, *a priori*, ao que está sendo indagado, visto que são condutas interferentes na interpretação e no desvelamento fidedigno da experiência vivida (Van Manen, 1990).

6.3.2 Investigar a experiência como a vivemos e não como a conceituamos

O estudo da experiência vivida tem como ponto de partida, segundo Van Manen (1990), a experiência pessoal do próprio pesquisador, o qual está situado em relações vivas no mundo da vida. As vivências de uma pessoa podem ser as de outras também e, portanto, o fenomenólogo deve estar atento a determinados significados experienciais.

Adicionalmente, a investigação fenomenológica possibilita acessar o mundo de outras pessoas e respectivas reflexões sobre suas vivências, a fim de se obter melhor entendimento sobre o significado de um aspecto da experiência humana.

Nesse sentido, o método não objetiva alcançar soluções categóricas como reflexo de um resultado ou, ainda, propor conclusões quaisquer. Assim, o pesquisador não deve conceptualizar ou teorizar sobre a experiência vivida, mas explorar todas as suas modalidades a partir daqueles que a vivenciam como parte intrínseca de seu ser-no-mundo (Errasti-Ibarrondo *et al.*, 2019).

As abordagens utilizadas nesse contexto, de modo a acessar as dimensões da experiência vivida, englobam atividades diversas, como entrevistas, observação, literatura (poesia, textos literários, escritos filosóficos), biografias, jornais, diários, arte e protocolo de escrita (textos fenomenológicos) (Al-Raisi *et al.*, 2020).

6.3.3 Refletir sobre os temas essenciais que caracterizam o fenômeno

Descobrir ou revelar um fenômeno requer um processo de reflexão apropriado, o qual reside em obter a compreensão mais próxima possível sobre os

aspectos presentes na existência cotidiana. Para tanto, o pesquisador visa a atingir uma profundidade tal que revele as unidades estruturais que compõem a experiência investigada (Van Manen, 1990).

A reflexão fenomenológica não se configura como uma atividade fácil. A natureza de um fenômeno é multidimensional e possui múltiplas camadas. Dessa forma, Van Manen (1990) propõe a formulação de temas, que correspondem a unidades e/ou estruturas de significados. Estas possibilitam sistematizar e controlar a pesquisa via expressões textuais. Para o educador, as ciências humanas, o que inclui a fenomenologia da prática, está enraizada na escrita.

Sob a perspectiva da descrição e da interpretação fenomenológicas, a análise temática equipara-se ao reflexo de toda uma experiência vivida representada no texto, embebida em um “processo de invenção perspicaz, descoberta ou divulgação”. Além disso, é um “ato livre de ver o significado” (Van Manen, 1990).

Van Manen (1990) detalha a definição de tema fenomenológico. Primariamente, tema é a experiência do foco, do significado e descreve um aspecto da estrutura da experiência vivida ao se capturar o fenômeno que se pretende entender. Por conseguinte, o tema não pode ser considerado um “termo selecionado”, que pode ser identificado em transcrições ou textos de forma mecânica.

Ao contrário, um tema fenomenológico pode ser qualificado como algo que requer fazer sentido, em que as expressões textuais representam a forma encontrada para sinalizar o que algo significa, o sentido atribuído pelo observador. Van Manen (1990) acrescenta, ainda, que a análise dos temas fenomenológicos encontrados resulta em um “produto interpretativo” do “diálogo com o texto da vida”.

6.3.4 Descrever o fenômeno por meio da arte de escrever e reescrever

O trabalho textual é o meio de comunicação utilizado pela pesquisa fenomenológica para dar voz à experiência vivida e, portanto, sempre precisará ser interpretado. A escrita, nesse âmbito, confere forma ao que se manifesta pela análise temática, que comunica as essências de um fenômeno.

O processo da escrita não envolve puramente uma etapa ou uma atividade complementar executada por determinada técnica e delineada por um ambiente físico ideal, mas sim o que Van Manen (2014) designa como *textorium*, ou seja, um espaço virtual aberto pelas palavras, o “mundo do texto”, que transporta o indivíduo

de sua realidade cotidiana para a realidade de uma estória. E é nessa dimensão que ocorrem os “*insights*” fenomenológicos mais profundos.

Van Manen (2014) defende que “linguagem e experiência coincidem no significado vivido do espaço” e que a escrita fenomenológica torna possível que a linguagem e o pensamento sejam trazidos para o externo. A arte de escrever, assim, é a aplicação de um “logo” (linguagem e reflexão) a um fenômeno, cujo decurso envolve escrever, reescrever e revisitar o texto fenomenológico de forma reflexiva, em que ele se afigura capaz de evocar sua compreensão em um sentido factual. Para esse estudioso, “pesquisar” é “refletir” e refletir é “escrever”.

Nessa esfera, o texto é uma atividade comunicativa que visa a estabelecer interação com outros sujeitos, seus interlocutores. No momento em que lhe é proporcionado sentido, o leitor se vê capturado e envolvido na atmosfera criada pelas palavras e o diálogo, assim, é encetado (Van Manen, 2014).

As possibilidades experienciais da vida humana são contadas a partir do emprego de narrativas, imagens poéticas, fábulas e acontecimentos históricos, por estes impressionarem as pessoas e ilustrarem domínios que não são clara e distintamente expressos (Van Manen, 1989).

O método filosófico para apresentação é denominado vocativo, por meio do qual é possível expressar aspectos não cognitivos do fenômeno. Nele, adota-se a enunciação como sentido primário da escrita e constrói-se uma voz que anima o texto, como em um diálogo, o que torna a escrita viva (Van Manen, 2014).

O método evocativo, por sua vez, tem como objetivo reverberar os sentidos a partir da escrita, em um movimento de recriar, de trazer para fora, e estabelece uma “compreensão sentimental” por meio do uso de metáforas e de dispositivos poéticos, como repetição e aliteração, com efeito amplificador, de modo que camadas de significado sejam fortemente incorporadas ao texto (Van Manen, 2014).

Já o convocativo é aquele que visa a criar um espaço conversacional, em que nos é lembrado que vivemos em um mundo compartilhado. A escrita caracteriza-se por apelar aos sentidos (em)páticos do leitor, no entendimento de que o significado da vida pode estar em um território fora do “eu”, no reino comunitário do outro (Van Manen, 2014).

O texto fenomenológico produz conhecimento não cognitivo, o conhecimento pático, que corresponde a um agir pático. A simpatia e a empatia implicam colocar-se no lugar de outra pessoa, em que há mudança de uma perspectiva pessoal para

a de outro indivíduo. Nessa direção, os textos páticos são orientados para a sensibilidade experiencial ou vivida do mundo da vida (Van Manen, 2014).

6.3.5 Manter uma relação forte e orientada com o fenômeno

Max van Manen (1990) defende que, para que seja possível alcançar o objetivo central da pesquisa fenomenológica e o pesquisador cumprir o seu papel, este precisa manter uma atitude de interesse profundo e permanente no fenômeno, em que o seu comprometimento com a obtenção de uma melhor compreensão das questões relativas às experiências vividas investigadas seja exclusivo.

A riqueza e a diversidade das vivências humanas inter-relacionadas com o mundo podem desviar o pesquisador do cerne de seu trabalho. A essência de uma história não deve ser confundida com temas que meramente surgem nas falas dos entrevistados, pois representa a “coalescência dos fluxos de consciência” de cada participante e do pesquisador (Van Manen, 1990).

À vista disso, o pesquisador deve ponderar criticamente se o que foi transmitido corresponde a uma situação única de um relato ou a significação de um contexto como um todo. O processo de análise textual ajuda o investigador a sustentar os conceitos fundamentais do fenômeno e assegura o vínculo entre o pesquisador, o contexto e a interpretação.

Adicionalmente, Van Manen (2014) reforça o emprego dos métodos filosóficos da *epoché* e da redução que alicerçam a fenomenologia, pois a apuração da experiência como ela é vivida demanda que o pesquisador esteja ciente de suas pré-reflexões e pré-suposições. Sua conduta não pode ser guiada por maneiras específicas de pensar que ignorem, involuntariamente, o foco da questão e suas ideias principais.

6.3.6 Equilibrar o contexto da pesquisa considerando as partes e o todo

Max van Manen (1990) declara que, diferentemente dos projetos de pesquisa experimentais, que são cuidadosamente delineados por recursos preestabelecidos e procedimentos predeterminados, abrangendo questionários fechados, instrumentos de teste e análises estatísticas, as pesquisas em ciências humanas são orquestradas a partir da apresentação de narrativas que exprimem a natureza do fenômeno a ser estudado.

As pesquisas do tipo fenomenológica hermenêutica estão estreitamente

conectadas com a atividade de escrita-descritiva-interpretativa, tendo como base os transcritos dos participantes. Os temas e subtemas aflorados serão discutidos pelo pesquisador, que decidirá quais são os tópicos mais relevantes e como eles se relacionam com a noção fundamental da pesquisa.

Essencialmente, o que Van Manen (1990) alega é o quão importante é definir as temáticas que realmente desempenham um papel significativo em toda a estrutura textual. Do contrário, o pesquisador pode ficar desorientado em meio à extensão e profundidade de sua pergunta.

O educador também considera pertinente mencionar que a concepção e o planejamento de projetos relacionados a essa área não contemplam simplesmente a apresentação e organização de passagens de transcrições que “falam por si sós”. Deve-se, portanto, estar vigilante quanto à estrutura do estudo da pesquisa, principalmente por não haver um método específico a ser seguido.

Nesse sentido, Van Manen (1990) fornece algumas diretrizes, como segmentar o estudo em capítulos, partes ou seções com as respectivas denominações, as quais devem estar articuladas com os assuntos descritos, uma vez que, para ele, a ciência humana corresponde ao “estudo sistemático” das experiências dos sujeitos.

De forma complementar, a escrita analítica se torna útil, nesse processo, quando a pesquisa envolve a realização de entrevistas em profundidade que podem ser rearranjadas em histórias de vida ou narrativas, as quais funcionam como “ferramentas hermenêuticas”, por meio das quais a gênese da experiência é compreendida (Van Manen, 1990).

Adicionalmente, uma terceira estratégia a ser empregada na prática da escrita fenomenológica seria complementar a descrição inicial do fenômeno e suas estruturas essenciais com exemplificações variadas de outras modalidades de um mesmo fenômeno.

Por fim, Van Manen (1990) cita a descrição fenomenológica das quatro categorias existenciais do mundo da vida como um caminho frutífero para guiar a consecução de um estudo fenomenológico: temporalidade (tempo vivido), espacialidade (espaço vivido), corporalidade (corpo vivido) e sociabilidade (relação vivida com os outros).

6.4 Participantes da pesquisa

As pesquisas de orientação fenomenológica são caracterizadas pela amostragem intencional, a qual é definida pela busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco, de modo a fornecer maior riqueza de detalhes em relação à experiência vivida (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

Nesse sentido, o número de participantes apresenta importância secundária e o tamanho amostral é determinado pelo critério de saturação dos dados, quando o acréscimo de novas informações passa a não mais contribuir para a reflexão do fenômeno estudado (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

Assim, foram convidadas: (i) pessoas maiores de dezoito anos de idade; (ii) do sexo feminino; (iii) diagnosticadas com câncer de mama; (iv) que estivessem em uso de hormonioterapia para essa condição pelo período igual e/ou superior a um ano; (v) que estivessem em seguimento de um ou mais tratamentos farmacológicos concomitantes à terapêutica oncológica.

Não foram convidados para a pesquisa pacientes que estivessem em curso de tratamento com quimioterapia intravenosa.

Aqueles que atenderam a todos os critérios supramencionados e concordaram em participar da pesquisa foi solicitada a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Um exemplar foi destinado a cada uma das partes envolvidas: pesquisador e participante.

O recrutamento de participantes, por seu turno, envolveu quatro etapas:

- Criação de cartazes-convites e respectiva propagação em áreas de domínios público e privado, em formatos impresso e online.
- Confecção e divulgação online de formulário para preenchimento por meio do aplicativo de gerenciamento de pesquisas GoogleForms® (Apêndice A).
- Realização de busca ativa de pacientes que contemplem os critérios de inclusão retromencionados em (i) instituições de saúde pública e privada e em (ii) entidades do tipo organização não governamental e consecutivo encaminhamento de carta-convite a profissionais de saúde vinculados às respectivas áreas.
- Aplicação da técnica metodológica *Snowball* ("Bola de Neve"), cujos indivíduos de partida para recrutamentos subsequentes foram aqueles recrutados nas etapas anteriores.

6.5 Coleta de dados

Procedeu-se à coleta de dados por meio de entrevistas individuais, desenvolvidas em profundidade. Estas foram efetuadas via chamadas de vídeo online, por intermédio de aplicativos de internet de comunicação instantânea (Google®; WhatsApp®). Os respectivos áudios foram gravados e, posteriormente, transcritos pela pesquisadora. Anotações em diário de campo durante e após as entrevistas e a observação são instrumentos que também contemplaram essa fase.

Para consecução da entrevista, elaborou-se um tópico-guia (Apêndice B), ferramenta estruturada por uma sequência de perguntas abertas relacionadas ao tema da pesquisa, que possibilitam ao pesquisador orientar o processo de construção dos dados com os participantes da pesquisa (Bauer; Gaskell, 2002).

As entrevistas foram realizadas no período de julho a setembro do ano de 2023.

6.6 Análise de dados

No presente estudo fenomenológico, a análise dos dados ocorreu concomitantemente à fase de coleta de dados, de acordo com o desenvolvimento da pesquisa, e seguiu o percurso metodológico da fenomenologia da prática proposto por Max van Manen (1990).

A transcrição das entrevistas configurou a fase inicial dessa etapa: a descrição das experiências, percepções, pensamentos e sentimentos vividos pelos participantes. A escuta atenta e a leitura extensiva dos relatos a partir das falas das entrevistadas também foram instituídas, revisitando-os contínua e cuidadosamente.

Adicionalmente, a análise das entrevistas incluiu informações não verbais, como tom de voz, duração das pausas e ênfases, gestos, tosse, choros, dentre outros (Moser; Korstjens, 2018).

Para a condução da análise temática, foram adotadas três abordagens distintas, porém complementares. A primeira constitui uma reflexão macrotemática, a leitura holística de todo o conteúdo transcrito, de forma aberta e compenetrada, com o intuito de capturar o significado principal (eidético, originário, fenomenológico) do texto (Van Manen, 1990).

Já as abordagens do tipo seletiva de leitura e de linha a linha correspondem a reflexões microtemáticas, em que a primeira diz respeito à leitura e releitura do texto,

repetidamente, a fim de selecionar termos-chave que pareçam essenciais ou reveladores sobre o fenômeno de estudo, e a segunda, à análise de cada frase ou conjunto de frases e o que cada uma delas parece evidenciar sobre o significado do fenômeno (Van Manen, 1990).

Na sequência, procedeu-se à redução fenomenológica, o que incluiu a *epoché*. O pesquisador deve assumir a atitude de se afastar da contaminação pelo mundo exterior, ou seja, sustar teorias, crenças e posicionamentos prévios sobre o estudado e, dessa forma, tornar-se capaz de examinar a essência dos fenômenos dados à consciência, procedendo à seleção de unidades da descrição apontadas como basilares para a compreensão do fenômeno (Van Manen, 2014).

Como terceira e última instância central da análise de dados, a compreensão representou o estágio em que se procedeu à síntese de unidades de significado encontradas a partir da descrição dos partícipes da pesquisa e transformadas em um enunciado consistente com o fenômeno investigado (Toombs, 2001; Van Manen, 2014).

Ainda nessa esfera, paralelamente, a observação efetuada pela pesquisadora teve como foco conhecer e compreender essas pessoas e respectivos acontecimentos e situações. Para Queiroz *et al.* (2007), baseados no trabalho de Barros e Lehfeld (1994), observar é aplicar atentamente os sentidos humanos a um objeto e dele adquirir conhecimento.

Assim, o ato de observar constitui uma ferramenta vital para o estudo da realidade, pois representa o ponto de partida que confere forma às etapas de uma pesquisa, perpassando pela formulação do problema, construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados. Dessa forma, sua admissão como técnica científica sucede a partir do momento em que esta é sistematizada, o que envolve planejamento e controle da objetividade (Queiroz *et al.*, 2007).

O diário de notas, por sua vez, consistiu em um instrumento de coleta de dados no qual a pesquisadora registrou rotineiramente o seu trabalho de campo, cuja base foi o exercício da observação direta daquilo que foi o seu foco, atividades, comportamentos, ações, diálogos, interações interpessoais, dentre outros, incluindo o contexto no qual se procederam às observações (Patton, 2003).

Nesse processo, as reflexões da pesquisadora, advindas do observado, foram necessariamente incluídas, o que possibilitou explicitar a sua não neutralidade, evidenciando suas vivências subjetivas e adversidades confrontadas no dia a dia

(Pezzato; L'Abbate, 2011).

6.7 Rigor

A fim de assegurar rigor à pesquisa qualitativa, critérios de qualidade e respectivas estratégias devem ser considerados, sendo de responsabilidade do pesquisador que utiliza essa abordagem garantir que tais exigências sejam obedecidas.

O primeiro critério é a credibilidade, a qual estabelece a validade do estudo (Moreira, 2018). Para assegurá-la, a pesquisadora comprometeu-se a seguir a metodologia e os métodos definidos e descritos previamente.

O segundo critério é a confiabilidade, que se configura como uma análise cuidadosa e sistemática das informações obtidas, de forma a garantir que os resultados sejam confiáveis. Para endossá-la, faz-se necessária a utilização do critério de saturação de dados e das anotações registradas no diário de campo (Velloso; Tizzoni, 2020; Ullrich *et al.*, 2012).

A confirmabilidade na pesquisa qualitativa, por sua vez, diz respeito à possibilidade de os resultados da pesquisa serem corroborados por outros (Forero *et al.*, 2018). Nesse sentido, confirmou-se com as participantes a veracidade da interpretação da pesquisadora em relação às informações obtidas. Tal critério permite que os dados sejam rastreados às fontes originais e que o processo de condução do estudo seja atestado (Moreira, 2018).

Já a transferibilidade sugere como a pesquisa em construção pode ter aplicabilidade além de seu próprio contexto ou grupos (Velloso; Tizzoni, 2020 Tracy, 2010). Com esse intuito, a pesquisadora comprometeu-se a aprovisionar descrições do contexto e das participantes, como também evidenciou os resultados por meio dos relatos adquiridos, de forma a auxiliar o leitor na determinação da transferibilidade.

6.8 Considerações éticas

A realização da pesquisa obedeceu às disposições contidas na Resolução nº 466/2012, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

Este estudo se constitui em um dos braços de um projeto mais amplo, intitulado “Resultados Clínicos, Econômicos, Aspectos Humanísticos, Culturais e

Educacionais de Serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa no Sistema Único de Saúde”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais em maio de 2014 (CAAE-25780314.4.0000.5149) (Anexo A).

No intuito de garantir a confidencialidade das informações fornecidas, utilizaram-se nomes fictícios para se referir às participantes e aos profissionais de saúde envolvidos. No tocante aos medicamentos, o nome de referência foi substituído pela nomenclatura do respectivo princípio ativo.

7 RESULTADOS

7.1 Apresentação dos participantes da pesquisa

Todos os partícipes da pesquisa são do sexo feminino, totalizando oito o número de mulheres entrevistadas. A faixa etária média é de 49 anos, sendo 37 a idade da partícipe mais jovem e 59 a da mais velha. No que tange ao estado civil, duas participantes são casadas; quatro, divorciadas e/ou separadas; duas, solteiras. Excetuando-se duas informantes, todas as demais afirmam ter, no mínimo, um filho.

No que concerne ao nível de escolaridade das entrevistadas, três mulheres apresentam ensino fundamental incompleto; uma, ensino médio incompleto; duas, ensino médio completo; uma, ensino superior incompleto; uma, pós-graduação.

Desse coletivo, cinco participantes exercem atividades laborais, enquanto três as interromperam em decorrência do tratamento quimioterápico intravenoso e/ou hormonal.

Em relação ao câncer de mama, o diagnóstico das participantes data entre os anos de 2018 e 2021, cuja trajetória oncológica, majoritariamente, compreendeu as seguintes modalidades de tratamento: cirurgia mamária, quimioterapia intravenosa, radioterapia e hormonioterapia, não necessariamente nessa ordem.

No que se refere à terapia hormonal, quatro mulheres utilizam tamoxifeno; uma, letrozol; uma, anastrozol; duas efetuaram trocas medicamentosas no decurso da caminhada.

As partícipes apresentam múltiplas comorbidades associadas, desenvolvidas tanto previamente quanto em decorrência da doença oncológica, para as quais estão em seguimento de um ou mais regimes farmacológicos concomitantes à hormonioterapia.

As terapêuticas utilizadas de forma conjunta à HT entraram na vida das participantes em momentos diferentes. Em alguns casos, já eram medicamentos usados antes do diagnóstico (**Sandra, Amanda**), mas, em sua maioria, foram ativos introduzidos em decorrência das reações adversas à HT (**Arlete, Cristiane, Marta, Janaína**), à quimioterapia intravenosa prévia (**Arlete, Janaína, Bianca**) ou em função de efeitos emocionais provocados pela doença (**Julia**).

Os medicamentos relatados incluem hormônio tireoideano, anti-hipertensivos, antidiabéticos, antilipídêmicos, analgésicos, anticoagulantes, antidepressivos, anti-histamínicos, pró-cinéticos, hipnóticos sedativos, suplementos minerais e

vitamínicos.

Além da administração dos medicamentos prescritos, também foi vocalizada pelas informantes a utilização de compostos na forma de automedicação (**Sandra, Arlete, Janaína, Julia**).

As entrevistas, cujo encontro foi único com cada uma das participantes, apresentaram duração média de tempo de 90 minutos.

7.2 Desvelando as unidades de significado que compõem o fenômeno investigado

Após proceder à análise das narrativas dos participantes do estudo, três temas principais e respectivos subtemas emergiram das entrevistas. Os resultados serão apresentados por meio de trechos das falas das participantes que os representam.

7.2.1 As estruturas da experiência subjetiva com o uso de hormonioterapia no tratamento do câncer de mama

As histórias de vida das partícipes entrelaçadas na subjetividade da experiência com a hormonioterapia foram afetadas de modo plural, repercutindo impactos significativos em âmbito pessoal, social e profissional. Todas as mulheres atribuíram os sintomas orgânicos e/ou emocionais e as mudanças cognitivas de modo direto à utilização da terapêutica hormonal.

7.2.1.1 “Desmoronamento. É só o que você é.”: a experiência da corporalidade

As informantes vivenciaram, em seu dia a dia, tanto experiências negativas quanto positivas com o uso da hormonioterapia, as quais, para fins didáticos, serão dispostas de modo segmentado ao longo desta seção.

O diagnóstico de câncer é sempre um evento traumático para o paciente, pois traz a perspectiva da morte, como diz **Sandra**: “A primeira coisa quando você escuta ‘câncer’, você pensa: vou morrer!”. Nesse âmbito, o bloqueador hormonal é visto como o símbolo da batalha contra a doença.

É uma guerra que todos os dias eu tenho que lutar! Sem drama, sem choro!
A cada dia, eu luto um pouquinho a mais (**Julia**)

A atribuição de parâmetros e/ou propriedades a esse comprimido revelou-se, para as partícipes, como algo inevitável e, assim, confrontam a sua efetividade,

especialmente quando da necessidade de trocas medicamentosas.

Tem a mesma eficiência? Não! Mas se você continuar a tomar ele, pode te prejudicar em outras coisas (**Cristiane**)

Fadiga, exaustão e limitações físicas foram os efeitos deletérios mais relatados, os quais comprometeram a capacidade das mulheres para exercerem atividades domésticas.

Dependendo do que eu comprar [na feira], eu chego em casa e vou ficar uns dois, três dias sentindo dor, fica ruim. (**Marta**)

Dores articulares, distúrbios do sono e perda de memória afetaram-lhes a habilidade de trabalhar de forma produtiva:

Eu pegava aqueles caminhão de carvão, descia [os sacos do produto] no ombro e ia descarregar na pia. Era muita dor. Eu não conseguia mais fazer esse tipo de serviço. (**Arlete**)

Amanda diz não gostar de conversar sobre o assunto e esbraveja:

O calorão me deixa louca! Parece que o corpo perdeu a sensibilidade, o controle de temperatura. Ao mesmo tempo que eu tô com calor, eu tô com frio. Ao mesmo tempo que eu tô com frio, eu tô com calor. Acontece de três até quatro vezes ao dia! Todo santo dia!

Mediante transformações diversas e de cunho negativo, seus corpos passaram a ganhar evidência. Dor, angústia e depressão parecem ter assumido a vida de **Cristiane**:

Desmoronamento. É só o que você é, porque causa sofrimento constante... É mal-estar o dia inteiro, insônia, agitação, infecção urinária, ressecamento [pele, unhas, vagina], sangramento [vaginal].

Apesar da insistência, esse corpo não está apto para resistir a tais transições e não responde como deveria e/ou as mulheres desejariam:

Eu tomava [tamoxifeno], caía no estômago e já ia para o banheiro e vomitava. Eu fui forçando tanto, tanto... (**Julia**)

Todavia, à proporção que esse corpo era compelido a tal exposição, finalmente, na visão de **Julia**, ele começa a dar indícios de sobrevivência:

Meu organismo custooooou a acostumar com ele [tamoxifeno]. De tanto eu jogar pra fora, pra dentro... Hoje, eu consigo mesmo, já acostumou com o meu estômago.

Nessa lógica, o desejo por interromper a terapêutica hormonal se desvela como profundo e intenso.

O medicamento é pior do que a doença, porque eu não sentia nada. O tratamento é pesado. A hormonioterapia bloqueia seus hormônios. E o que que é uma mulher sem hormônio? Ela é a TPM [tensão pré-menstrual] constante, não é?! (**Cristiane**)

Com esse entendimento, **Sandra** condensa tal painel da seguinte maneira:

Na hora que eu tomo [anastrozol], eu sei que aquilo é bom. Desse tamanhozinho, mas faz um estraaaaago!

Por outro lado, a dimensão das experiências positivas e dos benefícios depreendidos com o bloqueador corresponde à transmutação do composto para a figura de passaporte em direção a uma sobrevida livre de doença.

O tamoxifeno veio pra me ajudar! É uma sobrevida! Eu tenho que tomar pro câncer não voltar! (**Bianca**)

Desse modo, as sensações de confiança, segurança e previsibilidade depositadas no medicamento sintetizaram o sentimento de controle vocalizado por **Amanda**, cujo tamoxifeno metamorfoseou-se em arma de domínio contra o cancro mamário:

A qualquer momento, a bomba pode explodir de novo, mas, ao mesmo tempo, todos os dias, eu acordo de manhã e posso tá apagando o estopim dessa bomba.

7.2.1.2 “A gente tem que ter apoio das pessoas, porque sozinha não dá para tocar essa vida”: a experiência da sociabilidade

O vivenciar com a HT pode ser influenciado pelo encontro com o outro. De acordo com as partícipes, estão contemplados em seu contexto indivíduos que cursaram terapêutica semelhante às delas, amigos e familiares, colegas de profissão e equipe médica assistencial.

A convivência com mulheres em circunstâncias análogas à de **Sandra** se tornou muito especial, na medida em que ela se reconheceu no outro e com quem aprendeu estratégias para abrandar os efeitos secundários do anastrozol:

Eu conversei com uma amiga e ela também começou a tomar o remédio. Ela teve os mesmos sintomas e disse: eu ponho óleo de coco e não sei mais o quê. A gente começou a trocar essas coisas, né? (**Sandra**)

Marta avalia a potência do tamoxifeno ao comparar a forma com que percebe os efeitos em si com aqueles relatados por seus pares:

Várias [mulheres] tomam e cada uma reage de uma maneira. Alguns sintomas parecem que são inerentes e outros que só eu vá sentir. Mas é um remédio prescrito pra todo mundo em geral.

O afeto marital, para **Cristiane**, proporcionou-lhe a estabilidade emocional de que precisa. A relação sexual entre o casal, inclusive, foi encarada positivamente à redução de sua libido, decorrente do uso da hormonioterapia.

Eu converso muito com ele. Ele é paciente também, ele espera. A gente não pensa, assim, em problemas.

Janaína também apresenta aceção subjetiva positiva de seus familiares sobre si nos quesitos cuidado e preocupação e denota o quão isso é valioso para ela:

Minha família. A gente tem que ter apoio das pessoas, porque sozinha não dá para tocar essa vida, né, com essa doença.

Por outro lado, **Amanda** se sentiu muito carente ao longo desse processo, mas descobriu o quão forte ela pode ser, de modo a ter elaborado reinterpretações de seu senso de si:

Me amadureceu. A gente passa a olhar mais internamente do que externamente. Trouxe infinitas mudanças, tanto no meu modo de ser, quanto de pensar.

No que concerne às relações profissionais, **Arlete**, na tentativa de conciliar tratamento e trabalho, mostra-se agradecida com a possibilidade de remanejamento de sua função na empresa:

Por mais que o patrão seja bom, a gente é substituível! Ele me colocou numa outra função e fui adaptando. Foi bom pra mim e pra ele. Eu fiquei feliz que eu não parei de trabalhar.

Em paralelo, no âmbito da relação paciente-profissional de saúde, esta foi baseada em confiança e desconfiança simultâneas, bem como dependência. Cursar a HT enquanto tratamento nunca foi negociado entre as partes e o diálogo deficiente com o prescritor foi assumido por elas como algo danoso.

Você vai no médico, eles não perguntam, não falam muito. Falam que é tudo normal! Eles tinham que conviver mais com o paciente, na vida do paciente, apoiar mais! Eles não têm ciência de tantas coisas! Eles não têm muito interesse! (**Janaína**)

De modo suplementar, a oportunidade de discutir com o médico sobre a adoção e/ou continuidade de práticas relacionadas às medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI), de forma concomitante à hormonioterapia, raramente ocorreu.

Eu gosto muito de chá, de planta. Alecrim, manjerição, chá de maçã... Nunca tive nenhuma reação. Eles te deixam calma, relaxada, não te dão sono, não te dá efeito colateral nenhum. A babosa em si, eu já tomava esporadicamente. Babosa com água de coco. Aí, quando eu descobri [câncer de mama], eu tomei [babosa] mais frequentemente... Eles [médicos] não me perguntaram e eu não falei. Eu não vi necessidade. A maioria dos médicos não gosta que você tome algum tipo de medicamento que não seja o que ele está passando. (**Marta**)

Assim como a administração de medicamentos adicionais na forma de automedicação.

Eu fazia pastilhazinhas de óleo de coco; banho de assento [com orégano]; chás [cavalinha, erva-doce]. Remédio era direto. Dipirona e fenazopiridina. Depois eu descobri que tem gel [para secura vaginal] que não tem hormônio. Tipo assim: gente, me socorre! O que eu faço? Eu vou ter de procurar outra coisa. (**Sandra**)

Associadamente, elas tiveram o entendimento de que os oncologistas concebem a quimioterapia como uma modalidade terapêutica de relevância superior à hormonioterapia, visto que, após essa fase, o acompanhamento assistencial passou a ser provido por médicos residentes.

Cada vez que você vai consultar, é um médico diferente. Não é a mesma coisa! É ruim! Porque quando você conversa ali com o médico, acaba ele te passando alguma força, uma explicação que você tem dúvida. E essa convivência ajuda. (**Marta**)

Amanda é de posicionamento de que seus médicos apenas transmitem segurança e acolhimento, desde que os contratempos apresentados tenham solução prevista em diretrizes voltadas para a parte clínica em questão.

Eles não têm preparação, te preparar psicologicamente como vai ser essa nova trajetória! Isso me assustou. É muito fácil você falar coisas que não vivenciou. Você até imagina como é o processo, mas não sabe o quão doloroso é!

O conhecimento limitado desses profissionais no manejo de dificuldades e nuances inerentes à hormonioterapia tornou-se um empecilho no sentido de essas mulheres terem suas necessidades atendidas:

Não tinha nada que pudesse ser feito. Falou pra eu continuar. Ele realmente não tinha recursos pra me ajudar. O oncologista manda pro ginecologista, que manda pro... e fica nessa, porque ninguém sabe. (**Sandra**)

Em contrapartida, destacou-se o fato de eles as encorajarem a se manterem motivadas no tratamento hormonal.

Eles [médicos] falaram que a célula [cancerígena] se alimenta do hormônio. Eu tenho hormônio. Então, se não tratar, eu tenho mais chance de desenvolver outra, né!? O médico fala que tem que fazer esse tratamento [hormonioterapia] para poder ter mais garantia. **(Cristiane)**

De modo equivalente, algumas das participantes, como **Julia**, se sentiram satisfeitas com as explicações dadas a respeito de como o bloqueador hormonal produz efeito no organismo.

Eles [médicos] me explicaram que esse remédio [tamoxifeno] que eu tomo, ele ajuda a eliminar o câncer. É como se fosse uma pessoa com AIDS [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida] tomando coquetel. Que ele ajuda muito. Ele não cura, mas ele ajuda a eliminar um pouco mais a doença.

Outro especialista que revelou delinear esse fenômeno foi o farmacêutico, particularmente para **Arlete**, em razão de esse profissional ter-se mostrado, para ela, totalmente comprometido no que se refere à integralidade de seu processo de cuidado.

O meu suporte é a Dr^a Daniela. Ela me explica tudo quanto é novidade, exame. Quando eu faço fora de lá [hospital], ou dentro de lá. Ela acompanha e tem toda aquela paciência, toda aquela humanização.

7.2.1.3 “Você acha bom, porque tem o medicamento e, ao mesmo tempo, acha ruim, porque é um loooongo tratamento”: a experiência da temporalidade

A forma de vivenciar o uso dos bloqueadores hormonais, ao longo do tempo, foi linear e homogênea. Entretanto, essa experiência subjetiva se configurou como um tempo estagnado, representado por uma existência em suspensão.

O experienciar da paralisia do tempo presente, segundo as mulheres, é provocado pelo acometimento da doença oncológica, em que as suposições tidas como certas sobre si mesmas foram interrompidas. A quimioterapia, nesse âmbito, acaba por dilatar esse vivido subjetivo.

A gente nunca mais volta a ser o que a gente era, o corpo não é a mesma coisa, a saúde, a força física... Você não faz as mesmas coisas. Voltar, a gente não volta! **(Arlete)**

A hormonioterapia, por sua vez, cumpre o papel de sustentar tal amplificação de estaticidade vivenciada.

A memória ficou ruim, não dorme direito, fica cansada. O rendimento não é o mesmo... É um tratamento [hormonioterapia] pesado. **(Cristiane)**

Em paralelo, ao serem indagadas sobre o quesito “duração do tratamento hormonal”, **Arlete** deixa claro como isso se sucede em seu interior.

É aquela mistura de sentimento: você acha bom, porque tem o medicamento, tem a solução e, ao mesmo tempo, você acha ruim, porque é um loooongo tratamento, que você tem que tá ali, firme, fazer tudo certinho, tomar todos os dias, sem faltar um dia! A gente fica com medo de achar ruim de ter que tomar, mas tem que achar bom porque tá tomando!

Já em relação à hipótese de ter de cumprir a hormonioterapia por uma duração superior ao inicialmente receitado, **Sandra** verbalizou o que todas as demais estavam sentindo:

Vou falar a verdade, eu queria chutar o pau da barraca e não ter de tomar mais nenhum [medicamento]!

Todavia, é **Julia** quem representa, em nível comportamental, a conduta final tomada, unanimemente, por elas:

Tem que respeitar. Eu tô tomando remédio pra sobreviver! Porque se eu parar, pode me prejudicar muito!

Em contraposição, **Cristiane** afirma não saber por mais quanto tempo aguentaria. Contudo, surpreende ao declarar que “tem que piorar para melhorar”:

Tá tudo bem? Tô não! Mas então significa que tá dando certo! O tratamento não é pra ficar bem. Não é assim o medicamento?!

Adicionalmente, a expectativa das partícipes pelo término da hormonioterapia é pujante:

A gente fica ansiosa pra acabar logo e ficar bem. Eu não vejo a hooooora de acabar com esse medicamento. (**Cristiane**)

A despeito de saberem que não estão totalmente curadas, é dessa maneira que seus corpos fenomenais compreendem momentaneamente, o que lhes proporciona a ideia de que a cura é dada como certa.

O pior momento foi a quimio. Nossa, aquilo lá é pra arrebentar! Eu sei que eu tô curada. (**Arlete**)

A transitoriedade desse vivenciar repercute à medida que, simultaneamente, elas entendem que a HT se estabelece como um tipo de tratamento complementar, porém, independente. Tanto é que assimilam como sua principal função a de blindar o desenvolvimento de recidivas oncológicas.

Ele [médico] falou: usa pelo menos três anos. Tirar essa margem de que possa voltar. Então, eu peguei essa palavra dele e falei: eu vou usar! Aí, [quando] eu pensava em parar... Não! Tá quase chegando. (**Sandra**)

No estudo em voga, a perspectiva do tempo vivido pelas entrevistadas gerou

e modulou a adoção de seus comportamentos, o que repercutiu na modificação de suas rotinas. Esse tópico será apresentado de forma mais aprofundada em seção a seguir.

7.2.2 “Eu não tô tomando esse remédio por um mês, dois meses. Ele tem que se encaixar na minha rotina”: o gerenciamento da farmacoterapia e da vida

A rotinização da vida se revelou fundamental para as partícipes tentarem alcançar o objetivo proposto com a HT. As vivências individuais sugeriram implicações diversas para as práticas de gerenciamento de seus medicamentos, predominantemente, por serem contexto situacional dependente.

Eu não tô tomando esse remédio [tamoxifeno] por um mês, dois meses. Que seja por cinco ou dez anos! Ele [tamoxifeno] tem que se encaixar na minha rotina. (**Amanda**)

Na tentativa de normalizar o seu cotidiano, **Amanda** solicita ao seu prescritor a modificação da posologia do medicamento. Porém, aspectos de contribuição mais profunda emergiram para tal motivação: o sono como ferramenta amortecedora dos efeitos negativos percebidos, o que, por seu turno, ameniza a sua experiência com o bloqueador hormonal:

Eu ficava indisposta, muita sonolência, [de] mau humor, [com] dor nas pernas. À noite, as reações iam ser quando eu tivesse dormindo. Porque eu acordo e já não tô sentindo todos aqueles sintomas. (**Amanda**)

A regulação do comportamento direcionado à administração da HT se mostrou vinculada à implementação de ferramentas e de estratégias organizacionais.

Eu me programo, eu tenho um suporte de comprimidos. Pra mim não me esquecer de tomar nenhum [medicamento], todos os dias. Eu separo eles semanalmente. O tamoxifeno eu ponho até recadinho na minha casa pra todo lado: não esqueça o remédio, não esqueça o remédio! (**Amanda**)

Semelhantemente, algumas das entrevistadas conseguiram lidar com a situação, concentrando-se em atividades diversificadas que lhes conferissem prazer.

Eu tento focar em outras coisas, trabalhando, tem a minha rotina, atividade física. E eu faço trabalho voluntário, eu sou religiosa. Me ajuda muito pra não pirar, como se diz, né?! Não pirar! (**Cristiane**)

A administração de medicamentos complementares também foi apontada como uma forma de enfrentamento à vivência com o uso de agentes hormonais.

Eu estou carregando uma carga muito pesada. Ela [bupropiona] está me ajudando a levar. Eu sinto mais leveza. Sem o remédio, eu estava ruim. Aí, você sente mais pesado. Então, há uma diferença!!! Ela te ajuda a carregar esses efeitos. **(Cristiane)**

Desponta, ainda, a descoberta inusitada de um suplemento alimentar:

Não tem hormônio! É natural! Não é remédio! VOCÊ QUER MAIS O QUÊ?! Pra dentro! Não posso fazer nada! Em dez dias sumiu! [ardência vaginal]. **(Sandra)**

De modo aditivo, uma parcela das informantes encontrou abrigo a partir de estratégias de cunho interno/emocional, o que lhes proporcionou redução de ansiedade e de ruminação de sentimentos angustiantes.

Fico uns dias meio caidinha, mas rapidinho eu... Nããão! Não sou de ficar deitada, esperando! Eu já levanto e vamo dá um jeito! Ficar amuada, reclamando, em cima da cama, não é comigo! Eu, hein! Vamo reagir! **(Arlete)**

Contudo, sustentar continuamente tal animação mostrou-se estafante para **Marta**, que, em determinados momentos, procura se distanciar de tudo aquilo que a remete ao universo oncológico, quase como se o seu evitamento fizesse a doença não mais existir.

Tem dia que eu não tenho vontade de fazer nada! Aí eu empurro o dia com a barriga! Levanto, faço uma coisinha, paro. Eu quase entro na caixinha do nada! Quase! Porque aí você não pensa em nada! Tá tudo normal! Eu tento me desligar!

Ainda sob esse prisma, a religião e/ou espiritualidade também desempenhou papel primordial em seus processos de adaptação psicológica à terapia hormonal, o que refletiu na atenuação do medo sentido.

Eu sou uma pessoa muito espiritualizada! Eu penso que quanto mais eu buscar ter uma conexão com um ser maior, melhor eu serei daqui pra frente. Eu acredito da seguinte maneira: 50% da minha recuperação vêm da medicina e os outros 50% vêm de mim, da fé que eu carrego comigo. Eu continuo fazendo todo o protocolo de medicação, isso é o MÍNIMO! Só que, além disso, eu tenho de ter uma mente leve, procurar ter qualidade de vida e ACREDITAR! Que depende de mim, não é do outro! **(Amanda)**

7.2.3 “Os outros [medicamentos], eu sei que eu tenho que tomar. O anastrozol, eu tenho medo de esquecer!”: hormonioterapia e medicamentos concomitantes de uso crônico – uma relação comparativa

A administração da hormonioterapia associada ao uso cotidiano de medicamentos foi experienciada por meio do estabelecimento de uma relação de comparação do segundo para com o primeiro.

Sandra afirma nunca ter sentido efeitos colaterais com a levotiroxina. Nesse sentido, a expectativa era de que a experiência com o anastrozol fosse análoga, o que se mostrou o oposto: “Na realidade, ele [médico] não falou que isso era do remédio. Ele disse que po-de-ria ser”.

Correspondentemente, tal hormônio sintético, para **Amanda**, é apreendido como um benefício adicional: abranda os efeitos secundários do tamoxifeno, visto que a não adesão à levotiroxina provoca sintomas comuns quando da adesão do bloqueador hormonal.

Eu tenho de tomá-la [levotiroxina] todos os dias. Não tomar me prejudica mais do que eu tomar, porque parece que ameniza os efeitos colaterais [tamoxifeno]. (**Amanda**)

De modo inverso, o vivido de **Janaína** com o anastrozol sugestionou a introdução de sertralina em seu dia a dia:

Ele [médico] me passou semana retrasada. Eu ainda não comecei a tomar! Porque esse sertralina pode dar uns efeitos... Ele tá aqui, mas ainda não tive coragem de começar a tomar!

Essa partícipe desenvolveu insuficiência cardíaca induzida pelo regime antineoplásico intravenoso prévio, sendo necessário, a partir de então, a utilização de uma gama extra de medicamentos; acrescentem-se, ainda, aqueles usados para gerenciar as reações adversas à HT. Tal conjuntura lhe suscitou sentimentos de preocupação e angústia, visto o número elevado de compostos a serem administrados em seu cotidiano.

Olha, é que tem dia que, Nossa Senhora, é tanto remédio que você tem que tomar! Às vezes, eu fico assim: ai, meu Deus do céu, pra que tomar tanto remédio? Será que vai ter que tomar tanto tempo? Será que vai adiantar mesmo? Será que vai ser bom? Vai ser eficaz mesmo? (**Janaína**)

De modo análogo, para **Marta**, o denominador comum de seus problemas de saúde é outorgado ao tamoxifeno, por este ser interpretado como um catalisador para a utilização adicional de medicamentos.

Quando eu comecei a tomar o tamoxifeno, eu tive que aumentar a dosagem da levotiroxina. Passei a tomar a metformina por causa de alteração na glicose. A rosuvastatina, porque o tamoxifeno pode causar gordura no fígado. O colíriozinho lá, eu estou com princípio de catarata e que, provavelmente, é o tamoxifeno. (**Marta**)

Em contraposição, administrar quatro medicamentos por dia, todos os dias, para **Bianca**, não se configura um obstáculo, em função de eles exercerem papéis positivos em sua vida. Ademais, a hepatotoxicidade causada pelo agente hormonal não se reproduziu como um fardo para ela: “Eu tive uma alteração pequena no fígado, ele inchou um pouquinho”.

8 DISCUSSÃO

O vivido subjetivo das entrevistadas com a utilização cotidiana da hormonioterapia foi experienciado de modo indissociável em relação às suas quatro estruturas existenciais do mundo da vida: corpo, tempo, espaço e o outro. Tais estruturas se concebem como uma unidade intrincada, constituindo a base para compreensão da experiência do ser-no-mundo (Mackey, 2005; Todres; Wheeler, 2001; Van Manen, 1990).

Todavia, Van Manen (1990) defende que, embora essas dimensões ontológicas não devam ser desmembradas, elas podem ser estudadas, momentaneamente, em seus estados particulares. Entretanto, o autor salienta a importância de se perceber que, simultaneamente, uma estrutura existencial necessariamente invoca as demais. À face do exposto, justifica-se o caminho escolhido para discutir os resultados obtidos com a pesquisa apresentada neste trabalho.

Na dimensão do corpo, **Marta e Arlete** descreveram as alterações percebidas em relação às suas atividades domésticas e laborais, antes e após a utilização de tamoxifeno e letrozol, respectivamente, em que, particularmente, a primeira vincula o uso de medicamentos a um “momento de fragilidade”. Até o momento da demanda pela hormonioterapia, o corpo era tido, para as participantes, como um assunto encerrado, sendo algo que se acreditava conhecer e, por conseguinte, um domínio nunca antes indagado.

O achado ressoa com a filosofia fenomenológica acerca do “mundo da vida”. O mundo da atitude natural opera na imersão diária do sujeito em sua própria existência e experiência, em que o mundo é aceito como é percebido (Van Manen, 1990; 2014).

Os indivíduos, assim, atuam sob a confiança depositada na estabilidade do mundo vivido, em que agem no âmbito das situações que lhes são próximas e vistas como óbvias. Em consequência, ancoram-se na repetição de seus atos exitosos prévios (Rabelo *et al.*, 1999).

Nessa arena, a experiência subjetiva com o uso de medicamentos é radicada no corpo vivido contextualizado, o qual, anteriormente, **Amanda e Cristiane** categorizavam como “campo não problemático”, mas, agora, torna-se constituinte da “zona questionadora” de suas cotidianidades. Tais termos são denominados por

Alves e Rabelo (1998), que os relacionam ao fato de que, geralmente, os sujeitos não questionam seus pressupostos até a ocorrência de uma “situação-problema”, que, para ser sanada, pleiteia-se ir além do conhecimento pragmático que norteia a atitude natural (Rabelo *et al.*, 1999).

Essas transformações trouxeram à tona uma espécie de marco que representou uma mudança importante no rumo dos acontecimentos para essas mulheres: a existência de que algo, em seus corpos, está errado. E, assim, tanto a doença quanto a terapêutica hormonal são ascendidos a projeto de vida, de forma a exercer poder e controle sobre suas vidas (Alves; Rabelo, 1998).

A promoção do corpo a uma posição de destaque é resultado da perturbação causada pelo agente oncológico em seu bem-estar e funcionamento de si próprias, de forma a impactá-las em seu senso prático de liberdade e na capacidade de se envolverem em atividades que, anteriormente, eram-lhes habituais (Demain *et al.*, 2015).

Nesse âmbito, o corpo passa a ser estranho, como se fosse um ente independente, dissociado e, especialmente, desconhecido para elas, sendo sinônimo de “sofrimento constante”, segundo aponta **Cristiane**. Tal circunstância também se manifesta para **Julia**. Em suas falas, é possível perceber o quanto o corpo luta consigo mesmo, como se estivessem invadindo o seu espaço, como se fosse uma pessoa que não fora convidada a entrar, mas que se faz presente ali.

O ato de personificar a dita entidade concebeu-se como um movimento reativo à agressão sentida, por não mais se reconhecerem em si mesmas. Afinal, de quem é esse corpo? Ademais, toda essa dor foi intensificada pelo sentimento de impotência para retardar e/ou interromper a deterioração de seus corpos fenomenais, conforme constatado por **Amanda**, **Marta** e **Janaína** diariamente.

As múltiplas e/ou severas reações adversas vinculadas ao uso de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas e, especialmente, à hormonioterapia para o câncer de mama, impõem, por vezes, uma carga significativa a seus usuários (Rosso *et al.*, 2023; Sav *et al.*, 2015). A necessidade de ter de suportar, a longo prazo, os efeitos colaterais advindos do composto hormonal, bem como os níveis individuais de tolerância das entrevistadas para com essa terapêutica, foram uma constante, principalmente, nos relatos de **Cristiane**, **Sandra** e **Julia**.

De forma correlata, **Amanda** simbolizou o pavor experienciado pelas

partícipes em relação ao desenvolvimento de recidivas oncológicas. Assim como **Sandra** e **Marta**, respectivamente, quanto à ansiedade propiciada e intensificada pelo sofrimento físico e psicológico, e sobre até que ponto os medicamentos interferiram em suas atividades diárias.

A magnitude desses impactos pode fazer com que os sujeitos sintam seus corpos e o seu entorno desestruturados, o que afeta a existência humana como um todo (Carel, 2012). Nas palavras de Silva *et al.* (2010), o corpo passa, então, a ser um “empreendimento a ser administrado da melhor maneira possível”.

Entretanto, a adversidade, enquanto maneira pela qual as informantes vivenciaram esse fenômeno, não foi a única a ser apreendida. Concomitantemente, **Amanda** e **Bianca** retrataram a hormonioterapia como um instrumento de combate ao risco de recorrência de tumores e possibilidade de cura de seus cânceros mamários, conferindo, também, resolutividade a esse vivenciar.

Nessa acepção, inferiu-se que a ambiguidade constituiu a essência do vivido subjetivo das entrevistadas com a utilização do bloqueador hormonal, em que atitudes e/ou sentimentos contraditórios em relação ao composto expressaram o seu dia a dia. Logo, o indivíduo ambivalente deseja utilizar medicamentos por acreditar serem necessários, ao passo que, simultaneamente, suas preocupações o desestimulam a fazê-lo (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, 2020; Östbring; Hellström; Mårtensson, 2020).

A incorporação de elementos generalizados de conflito, nesse contexto, faz com que o sujeito avalie, de forma sistemática, a relação custo-benefício de seu uso (Hansen; Holstein; Hansen, 2009; Holroyd *et al.*, 2012; Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, 2020), conforme **Julia** e **Sandra** elucidam.

A primeira reconheceu o tamoxifeno como o signo de uma guerra, mas que se mostrou disposta a enfrentar na esperança de obtenção de um bem maior, enquanto a segunda assimilou o anastrozol como um mal necessário, enfatizando o “estrago” provocado em seu corpo. Ademais, a necessidade de dar sentido à utilização da hormonioterapia se tornou basilar para as participantes se manterem aderentes e persistentes ao tratamento.

A experiência com o agente oncológico teve como pilar central as situações características da vida em coletividade, contextualizadas e matizadas no seio da construção social de suas realidades. A atribuição de símbolos diversos e a vinculação a objetos materiais a esse comprimido, como frisado por **Amanda**,

conceberam-se como uma das formas representativas de que a experiência medicamentosa é uma vivência socialmente construída (Berger; Luckmann, 1985; Conrad, 1985; Hillman *et al.*, 2020; Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, 2020).

A compreensão sobre o uso desse comprimido foi moldada a partir de crenças, ideias, opiniões e interpretações atribuídas, compartilhadas e aceitas pela sociedade ao câncer de mama e às terapêuticas correspondentes. O entendimento sobre o senso comum, nessa perspectiva, é embasado no cotidiano, não sendo suportado por evidências científicas ou raciocínio lógico, mas sim via heranças, tradições e convenções sociais, bem como vivências pessoais (Rabelo *et al.*, 1999).

Ainda sob essa tônica, a hormonioterapia, teve um impacto relevante para as partícipes em suas relações familiares, sociais, laborais e, sobretudo, para com os profissionais de saúde que as assistem. **Sandra** ilumina a temática ao defender que, além do que é veiculado sobre o composto pela mídia, respectiva bula e demais meios de comunicação, o outro também pode significar fonte de informação. De modo análogo, **Marta** avalia como o mesmo tipo de agente hormonal pode produzir efeitos distintos no indivíduo ao observar as repercussões clínicas relatadas por seus pares com o medicamento.

No trabalho em voga, o suporte social configurou-se como uma estrutura de apoio determinante em relação a esse tipo de terapêutica, pois desempenhou parte fundamental no enfrentamento de estressores do dia a dia oncológico, como nos casos de **Cristiane** e **Janaína**, cujas famílias corresponderam às suas principais fontes de apoio e motivação maior para darem continuidade a essa terapêutica.

Todavia, em caminho oposto, **Amanda** driblou a desejada rede de amparo que não teve ao desenvolver mecanismos de enfrentamento ao tamoxifeno. O temor pelo reaparecimento da enfermidade, associado a características inerentes à sua personalidade, instituiu-lhe a força motriz necessária para reelaborações de si mesma (Cohen, 2001).

Van Manen (1990; 2014) advoga que a experiência da sociabilidade concentra-se nas relações estabelecidas entre os sujeitos no âmbito dos espaços interpessoais criados e compartilhados no mundo da vida, em que tais aspectos relacionais apresentam potencial ímpar de provocar reflexões sobre como “o eu e os outros são experienciados em relação ao fenômeno estudado” e como “as pessoas ou coisas estão conectadas”.

Julia, nessa direção, retratou a sua experiência com a doença oncológica por

meio da aplicação de metáforas, ao aludi-la a uma “guerra”, assim como o fizeram **Cristiane** e **Amanda**. **Cristiane** equipara o seu corpo a uma montanha, quando referencia as modificações advindas do uso da HT a um “desmoronamento”. E **Amanda**, por sua vez, exprime a maneira como enxerga a recidiva do câncer de mama ao reportá-la como uma “bomba”.

Nesse plano, o ornamento linguístico empregado assume-se como elo entre a particularidade da vivência subjetiva e a linguagem estrita e respectivos modelos validados socialmente. Tais recursos se ostentam como valiosos por espelharem os caminhos de interpretação, de cronologia dos fatos e de atribuição de significados desenvolvidos (Castellanos *et al.*, 2015; Rabelo *et al.*, 1999).

As variadas formas de apoio ao paciente contemplam, dentre outras, as do tipo emocional, informativo, avaliativo e instrumental, podendo ser viabilizadas de modo formal ou informal, em que o primeiro e o último são os mais valorados por elas, pois suprem suas preocupações e necessidades imediatas. Nesse sentido, tais relações contribuem para amenizar ou exacerbar o fardo apreendido quanto ao uso de medicamentos (Edwards, 2006; Mohammed, Moles, Chen; 2016).

A peregrinação de **Sandra**, com relação à atenuação de suas reações adversas ao anastrozol, foi marcada por muitas iniciativas mal sucedidas e diversos episódios de invalidação de sua dor física e emocional, o que a conduziu a adotar uma abordagem ativa e comportamental na tentativa de encontrar alternativas que neutralizassem tal carga “insuportável”.

Além dela, **Marta** e **Amanda** também buscaram, de maneira autônoma, informações sobre os seus tratamentos medicamentosos e problemas de saúde, o que evidencia que os pacientes elaboram suas próprias concepções a respeito, não confiando, exclusivamente, nas orientações fornecidas por seus profissionais de saúde, a despeito de que haja provisão de suporte educacional (Dowell; Hudson, 1997; Östbring; Hellström; Mårtensson, 2020).

Usualmente, a automedicação é retratada como uma prática perigosa em função dos potenciais riscos que apresenta (Ruiz, 2010), a começar pela definição do próprio termo, que corresponde ao ato de administrar medicamentos sem o aconselhamento ou acompanhamento de um profissional de saúde (WHO, 2000).

Entretanto, a automedicação, sob a ótica do paciente, muitas vezes se traduz como um recurso valioso para o alívio e/ou controle de sintomas e, principalmente, para normalizar a vida (Bissell; Ward; Noyce, 2001; Pound *et al.*, 2005). Infere-se,

ainda, que o emprego de tal conduta, por parte das informantes, possa ser reflexo de que as suas necessidades não estão sendo atendidas.

Embora discussões sobre o assunto estejam em uma crescente, especialmente na área oncológica, em que a adesão às MTCl se tem tornado cada vez mais frequente entre os pacientes (Akeeb *et al.*, 2023), observa-se pouco interesse por parte dos profissionais de saúde em conversar sobre a temática com os seus assistidos. Da mesma forma, ocorre o inverso, quando os pacientes não abordam tal questão voluntariamente (Catt; Fallowfield; Langridge, 2006). **Marta**, nesse sentido, demonstra, claramente, como se sucede a sua relação com o seu prescritor no âmbito da utilização da babosa.

A entrevistada, inclusive, relata a sua opção por buscar equilíbrio na vida como forma de autocuidado, seja no mundo espiritual quanto no terreno, seja na “farmacologia normal” quanto na “natural”. Criada tendo a natureza ao seu redor, **Marta** se define como “raizeira” e o uso de fitoterapia e de plantas medicinais sempre fez parte de seu dia a dia, seja na esfera recreativa ou como meio de prevenção e/ou tratamento de problemas de saúde.

Nesse contexto, a utilização de tais produtos constitui práticas socioculturais, as quais estão associadas a tradições e valores particulares de cada comunidade (Teka *et al.*, 2020), como no caso dessa partícipe.

Sua preferência pelo uso de substâncias *in natura* em detrimento de medicamentos “industrializados” revela estar vinculada a suas experiências anteriores positivas com esse tipo de terapêutica, sem a ocorrência de novos contratempos; a crenças populares e ao poder da mídia, que respaldam que se é natural não traz malefícios à saúde; bem como ao seu descontentamento com tratamentos do tipo “convencionais”, conforme referenciado por estudiosos da área (Lemos, 2024; Soares *et al.*, 2020; Welz; Emberger-Klein; Menrad, 2018; Wheaton *et al.*, 2005).

As sensações de vulnerabilidade e ambiguidade, conforme pontuado por **Janaína** e **Amanda**, tanto no que tange aos profissionais e ao sistema de saúde, quanto à comunicação e à informação, ancoram-se em como o atual modelo biomédico de atenção à saúde está estruturado.

Para elas, assim como para **Sandra**, tal panorama acaba por dificultar e/ou inviabilizar o diálogo e consecutivo estabelecimento de um vínculo terapêutico entre as partes envolvidas, na medida em que o foco se volta para fatores puramente

biológicos em detrimento dos elementos biopsicossociais do indivíduo (Ramalho de Oliveira, 2011; Sevalho, 2003; Silva, 2015; Soares; Santos, 2016).

No entanto, torna-se importante destacar que a perspectiva dos prescritores estabelece-se como uma influência social vigorosa, sobretudo por gozarem de reconhecimento pela sociedade de serem autoridade no conhecimento científico da biomedicina, da experiência clínica e do tratamento farmacológico (Barros da Silva; Delizoicov, 2009; Hillman *et al.*, 2020).

Sob tais circunstâncias, esse cuidador evidencia-se como um contribuinte relevante no processo de elaboração de significados aos medicamentos pelo paciente, bem como é capaz de influenciar seus comportamentos em saúde e consecutivo processo de tomada de decisão farmacoterapêutica, o que pode refletir em desfechos clínicos positivos ou negativos (Brett *et al.*, 2018; Carpenter *et al.*, 2010; Gale; Marshall; Bramley, 2012; Kahn *et al.*, 2007; Sale *et al.*, 2011).

Impactos emocionais negativos como frustração, raiva, ressentimento, confusão e, até mesmo, isolamento, decorrentes da experiência medicamentosa, podem ser minimizados quando esse profissional se mostra acessível e verdadeiramente interessado nas preocupações trazidas por seus pacientes (Lorimer; Cox; Langford, 2012; Ramalho de Oliveira; Shoemaker, 2006).

As falas desse coletivo de mulheres compuseram-se por diversas camadas mistas, que emergiram sob formas contraditórias, corroborando que tal “normalidade” em se utilizar medicamentos não é encarada por elas de modo simplório. Envolvem, simultaneamente, resolutividade, adversidade, aceitação e atribuição de cargas distintas para a hormonioterapia e aos medicamentos não oncológicos, sendo todos de uso crônico (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, 2020).

Nesse domínio, a adesão e a persistência aos regimes farmacológicos não podem ser consideradas como objetivos simplificados a serem atingidos, tão pouco as reações adversas, como impactos no corpo orgânico (Hillman *et al.*, 2020). **Janaína, Amanda e Sandra** evidenciaram o quanto as construções sociais das perspectivas médicas frente às suas, em relação à experiência medicamentosa, divergiram profundamente.

Por outro lado, a vivência de **Arlete** com a administração conjunta do letrozol à de outros medicamentos de uso corrente foi positivamente delineada por outro tipo de especialista, o farmacêutico. A gestão colaborativa de suas terapêuticas significou,

para ela, proteção e alívio em ter, realmente, um profissional envolto na integralidade de seu cuidado.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com esse profissional cultivou, nessa partícipe, sentimentos de autonomia e confiança, além da garantia de resolutividade para demandas que não haviam sido atendidas anteriormente por outros membros da equipe assistencial. Tal parceria, inclusive, maximizou o seu engajamento em sua farmacoterapia global. Como resultado, **Arlete** passou a se sentir mais preparada para suportar possíveis adversidades que vierem a surgir.

À face do exposto, depreende-se que o tipo de cuidado ofertado à **Arlete** foi centrado tanto em seus aspectos objetivos quanto subjetivos, em que se abarcou a sua diagnose e tratamentos farmacológicos como também suas particularidades enquanto ser humano único, com valores, preferências, motivações, demandas e atitudes singulares. Ademais, concebeu-se **Arlete** como especialista de seu próprio corpo, que sabe o que dá sentido e qualidade à sua vida (Kahn *et al.*, 2007; Ramalho de Oliveira, 2011).

No tocante à vivência da espacialidade, Van Manen (1990) argumenta que esta corresponde ao “espaço sentido”. Segundo o educador, para além dos aspectos objetivos de determinado lugar, tais como suas dimensões físicas (comprimento, altura e profundidade) e distância entre localidades distintas, a qual pode ser calculada matematicamente, a experiência do espaço vivido contempla também fatores subjetivos, de caráter mais abstrato.

Assim sendo, o espaço sentido abrange nossas experiências particulares dos espaços em que nos encontramos, nos movemos e nos “sentimos em casa” (Van Manen, 1990). Tal estrutura existencial pode ser compreendida como uma via de mão dupla: o espaço vivido afeta as formas com que experienciamos o mundo e exerce influência em como nos sentimos, assim como o nosso humor e emoções podem influir nos modos com que interpretamos determinado espaço (Tembo, 2016; Van Manen, 1990).

Cristiane e **Arlete** evidenciam como a experiência do espaço pode ser alterada conforme os estados de saúde *versus* de doença são vivenciados pelo indivíduo (Corbin, 2003). **Cristiane**, ao se referenciar sobre o mecanismo de ação da hormonioterapia, por esta mimetizar uma experiência ininterrupta de se vivenciar os sintomas característicos da TPM. E **Arlete**, no que tange a ter seu espaço íntimo invadido pelo câncer de mama. A cronicidade, à vista disso, pode impor limitações e

restrições diversas (Corbin, 2003), bem como requerer “divisões entre o espaço público e privado” e violar “fronteiras pessoais” (Rich *et al.*, 2013).

Em paralelo, **Marta** nos remete à sua “caixinha do nada” e respectivo “desligamento” da vida real, os quais caracterizam o seu refúgio psicológico perante o enfrentamento da doença oncológica. **Arlete**, por seu turno, acaba por ter os espaços vivenciados em sua rotina limitados pelas reações adversas do letrozol, principalmente aqueles relacionados ao âmbito profissional. Contudo, tal vivido subjetivo foi sendo gradativamente alterado para uma perspectiva positiva, a partir da construção de relacionamentos por meio dos próprios espaços que ela compartilha com outras pessoas, a exemplo de seu patrão.

De forma análoga, a vivência da espacialidade para **Sandra**, **Janaína** e **Amanda**, dentre outras partícipes, também foi moldada a partir de relações cultivadas por elas com seus respectivos profissionais de saúde e com mulheres em decurso de terapêuticas similares às suas, por meio da convivência cotidiana em centros e serviços de saúde. Nesse âmbito, Nascimento, Silva e Ramalho de Oliveira (2020) elencam dois tipos de experiência espacial no contexto do uso crônico de medicamentos, os “espaços possíveis” e os “espaços necessários”.

O primeiro relaciona-se à ampliação ou restrição de espaços em função da utilização diária desses compostos. O segundo configura-se pela imposição da doença e do tratamento sobre o indivíduo no quesito deste ser exigido, de forma contínua, a estar presente em ambientes de cuidado à saúde, seja para acompanhamento mais acirrado dos resultados do tratamento, realização de exames, entre outras finalidades (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, 2020).

Em referência à temporalidade, as informantes alegaram que o câncer de mama invadiu as suas vidas de tal modo, que promoveu a abertura de um limbo em seu viver. Devins (1994), nesse panorama, lança luz sobre o conceito de “*illness intrusiveness*”, que representa a intrusão de uma doença crônica na vida do indivíduo, resultando em impactos psicossociais capazes de beirar os limites de seu senso comum.

De acordo com o psiquiatra canadense, esse fenômeno também pode ser atribuído à terapêutica atrelada à doença, como a modificação brusca, efetuada pelas partícipes, em suas rotinas diárias em função do bloqueador hormonal. **Amanda**, nesse cenário, recorreu à alteração da posologia do tamoxifeno para que este pudesse se adequar à programação de suas atividades profissionais, além de

ter adquirido um suporte de comprimidos, a fim de se manter sempre munida dos medicamentos que utiliza e administrá-los conforme os respectivos horários.

O pensamento de Van Manen (1990; 2014) acerca da temporalidade fundamenta-se na oposição do tempo objetivo ao tempo subjetivo ou fenomenológico. O primeiro refere-se ao tempo cronológico ou ao tempo “do relógio”, enquanto que o segundo concerne à vivência do tempo em relação ao fenômeno estudado.

Murray (2000) e Rich *et al.* (2013) contribuem para o debate ao argumentarem que a forma, a intensidade e a velocidade com que vivenciamos o tempo interferem nos modos individuais de se estar no mundo da vida, assim como o inverso também é verdadeiro, em que as “restrições, liberdades e exigências impostas pelo tempo podem afetar a forma como nos sentimos”.

A apreensão sobre o tempo pelas mulheres, em suas múltiplas dimensões, foi alterada, em particular no que tange ao seu tempo biográfico. Seus corpos, nesse sentido, também sofreram por terem sua continuidade rítmica perturbada, o que as conduziu a uma consciência de comparação entre o “eu” do passado e o “eu” do presente e/ou futuro (Corbin, 2003; Devins, 1994).

Sandra, nesse âmbito, encarou, *a priori*, o seu diagnóstico como uma sentença de morte, em que a possibilidade de um futuro pelo qual se espera ter e planeja está, segundo Toombs (2001), “suspense” e “talvez fechado para sempre”. **Janaína** e **Marta**, por sua vez, que se consideravam mulheres livres e ativas, depararam-se com a redução drástica de suas qualidades de vida impostas pela necessidade de utilizar medicamentos adicionais para tratar reações adversas e/ou problemas de saúde decorrentes do uso do bloqueador hormonal.

Assim como **Arlete**, ao ter de se ver remanejada para cargos outros na empresa em que trabalha no intuito de evitar sua demissão, e **Cristiane**, ao se deparar com o definhamento de seu corpo, que se mostra irresponsivo nessa esfera do tempo presente congelado.

Nessa perspectiva, quase todas as informantes vivenciaram o conceito de “ruptura biográfica” (Bury, 1982), em que se entende que a experiência subjetiva com o câncer de mama foi capaz de romper com o estado de fluxo natural em que suas vidas humanas são concebidas (Toombs, 1990).

Essa cisão repentina, expressa na fala de **Arlete**, espelha a rachadura provocada em suas estruturas explicativas habituais da vida cotidiana, bem como

em seus estoques tácitos de conhecimento sobre as quais repousam (Bissell; Ryan; Morecroft, 2006). Consequentemente, o senso de continuidade e de coerência das histórias de vida dessas mulheres é interceptado, culminando na quebra ou transformação de suas próprias identidades.

Embora as participantes se vejam repetidamente desafiadas pela natureza volante de seus estados de saúde provocados pela hormonioterapia, entende-se que a experiência com o bloqueador hormonal amplia a ruptura já existente, quando **Marta** afirma, nessa orientação, que “tem que ficar tomando remédio”, porque o corpo “já não funciona mais como funcionava” em decorrência do câncer de mama. O quadro adquire proporção maior, segundo ela, em função do “peso psicológico do tipo de doença”.

Nesse caminho, **Arlete**, **Cristiane**, **Marta**, dentre outras, demonstraram estar em um movimento de elaboração de sistemas explicativos, que envolveram a reavaliação da própria biografia e do autoconceito como forma de examinar ou de restaurar o seu senso de si e de (re)direcionar seus planos de vida. O objetivo, por conseguinte, é tentar dar sentido à doença e à hormonioterapia como forma de obtenção de sua reconstrução biográfica (Bissell; Ryan; Morecroft, 2006; Bury, 1982; Castellanos *et al.*, 2015).

O sentimento de ambiguidade acompanha as participantes do estudo no *continuum* do tempo, e a utilização da hormonioterapia permanece sendo vista como os dois lados de uma mesma moeda. O tamoxifeno, para **Julia**, transitoriamente, representa-se como uma entidade soberana a ser respeitada, já que é por meio dele que a sua sobrevivência é garantida. Assim, tais modos antagônicos de experienciar o fenômeno, como postos em um ringue, duelam ininterruptamente e fazem-se perdurar de forma reiterada.

Sob esse prisma, tal cenário foi permeado por dois elementos principais: motivação e crenças, os quais foram centrais na trajetória de suas vivências com a hormonioterapia ao modularem o pêndulo de suas balanças. No tocante ao primeiro, o estímulo representado tanto pelo desejo da cura da doença quanto pela expectativa de suspensão do composto simbolizou, unanimemente, para elas, o reestabelecimento de seu “eu normal”.

As crenças, por sua vez, de caráter situacional e diversificado, são passíveis de oscilação a partir de interferentes múltiplos (Shiyanbola; Farris; Chrischilles, 2013), dentre eles, a adaptação ao agente oncológico. Tal processo caracterizou-se

como um mover constante na vida das entrevistadas, baseado pelo desenvolvimento de mecanismos e comportamentos variados de enfrentamento ao comprimido e, invariavelmente, à doença.

A perturbação provocada em seus corpos implicou às participantes uma reestruturação cognitiva para aceitar a realidade como algo que deveria ser confrontado, e não evitado. **Julia**, nessa direção, briga com o seu organismo até que ele se acostume ao tamoxifeno. Dessa maneira, elas compreenderam que esse período apresentaria duração de tempo determinado, não sendo sinônimo de término de vida.

Com a finalidade de ultrapassar as barreiras impostas, as mulheres canalizaram sua energia em um movimento de encontrar alternativas que amortecessem tal fardo. Assim, o gerenciamento de suas vidas e terapias, ao longo do tempo, foi categórico para enfrentar essa fonte significativa de estresse e cerceadora de liberdade, marcada pela falta de estabilidade.

Tal dinâmica foi ancorada por sentimentos contrários de aceitação e objeção, o que envolve, de forma contínua e sistemática, (re)avalições, (re)ajustes e sensação de controle sobre si mesmas, sobre o tratamento farmacológico e sobre a gestão continuada, como um todo, do processo saúde-doença (Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, 2020).

Para tanto, as entrevistadas acessaram o que Rabelo *et al.* (1999), embasados pelos pensamentos de Schütz e Luckmann (2023), denominam “estoque de conhecimento”, o qual pode ser entendido como todo o conhecimento adquirido, ao longo da vida, por um sujeito. Abarca experiências passadas, presentes e as que ainda estão por vir. As situações recentes, por sua vez, também são adicionadas, o que faz com que esse sistema esteja em fluxo ininterrupto, que se transfaz em concordância com a vivência atual.

Tal estoque de conhecimento, utilizado como quadro de referências para as partícipes, compôs-se de múltiplas técnicas, dentre elas a prática de atividades físicas e a realização de trabalho voluntário por **Cristiane**, administração de suplementos alimentares por **Sandra** e afixação de lembretes pelos cômodos da casa por **Amanda**. **Julia**, por sua vez, assimilou as explicações fornecidas no que tange ao mecanismo de ação da hormonioterapia ao efetuar analogias com outras enfermidades de conhecimento prévio, como a AIDS.

Esse caráter fluido e relativamente pouco estruturado é que permite ao

estoque de conhecimento dar conta de vivências e acontecimentos que podem, a princípio, parecer contraditórios (Rabelo et al., 1999).

Associadamente, a religiosidade e/ou espiritualidade se estabeleceu como contribuinte importante na vida de **Amanda** e de outras entrevistadas. Elas revelaram apresentar ligação estreita com o divino ao descreverem sua fé e afirmaram se debruçar sobre ela no caminhar das adversidades relacionadas a sua doença e/ou tratamento.

Sob esse enfoque, a religiosidade e/ou espiritualidade pode fornecer senso de propósito e significado de vida, bem como bem-estar emocional em momentos difíceis como os vivenciados pelas participantes deste estudo (Park et al., 2017).

Essa questão é assimilada por elas de modo consciente, que demonstram entender ciência e fé como conceitos distintos, porém interligados. Manifestam-se, assim, como mulheres atuantes, engajadas e responsáveis únicas por suas decisões e manejo de suas terapias.

Com o tempo, elas foram se adequando ao regime estabelecido e, passada a novidade da incorporação de um novo estilo de vida, foram se acomodando às novas rotinas requeridas e a utilização diária do comprimido passou a ser vista como um comportamento normalizado.

Segundo **Amanda**, “é pegar o comprimido e pensar: um a menos!”. E, assim, descobriram serem capazes de administrar suas próprias vidas, o que lhes proporcionou autoconfiança e autonomia, o que, juntas, representaram um sistema de recompensas positivo.

Contudo, o emprego dessas novas táticas salienta a necessidade de se compreender a representatividade, para cada uma delas, de seu medicamento oncológico, dos demais ativos de uso crônico, como experienciam o câncer de mama e como todos esses fatores se inter-relacionam e funcionam em suas cotidianidades.

O manejo de cada um desses componentes vai além do ato da administração de comprimidos *per si*, especialmente porque os medicamentos são vistos pelos pacientes como um meio e não um fim, correspondendo apenas a uma parte de suas jornadas de recuperação e/ou cura (Bajcar, 2006; Conrad, 1985; Hillman et al., 2020; Ju et al., 2018; Pound et al., 2005).

Sentir-se no controle de suas condições de saúde requer empoderamento psicológico, conforme mencionado por **Arlete**; disposição para enfrentar estresses

físicos, emocionais e sociais correlacionados, como aqueles vivenciados por **Cristiane** e **Janaína**; como também flexibilidade para lidar com as imprevisibilidades durante essa caminhada terapêutica, muito marcada na vida de **Sandra**.

De forma complementar, a mobilização de recursos, dentre outros o financeiro, pode ser requerida e encarada como um embargo, mesmo quando o paciente é assistido pela rede pública de saúde, uma vez que o universo da cronicidade não se limita à aquisição de medicamentos (Sav *et al.*, 2013; Smith; Wertheimer, 1974).

O afastamento e/ou interrupção das atividades laborais em função do uso da hormonioterapia sequestrou de **Janaína** e de **Julia**, por exemplo, a possibilidade de terem uma fonte de renda adequada, sendo necessário um “bico daqui, um bico ali”, como relata **Janaína**.

Ademais, a exigência de cumprir rotinas específicas e compromissos fixos adicionais, como comparecimento a consultas médicas, realização de exames, idas à farmácia e, ainda nesse íterim, conciliar os demais cronogramas de administração dos medicamentos concomitantes com as atividades prévias da vida diária, tornou-se um exercício árduo a ser realizado pelas participantes (Haslbeck; Schaeffer, 2009).

Toda essa conjuntura põe em foco tanto a disponibilidade de tempo demandada para se efetuar o cumprimento dos regimes medicamentosos quanto a requisição de esforços múltiplos em um movimento contínuo e sob constante revisão, afetando a qualidade de vida dessas mulheres (Hillman *et al.*, 2020; Sav *et al.*, 2013; 2015), o que contribuiu para a ambivalência vivida inerente à tomada desses compostos.

Nesse universo, o binômio hormonioterapia-tratamento farmacológico concomitante cultivou uma relação, majoritariamente, de comparação do segundo para com o primeiro. A princípio, porque o câncer de mama foi interpretado por elas como algo de mais valia frente às demais comorbidades apresentadas. Embora muitas das partícipes, como **Amanda** e **Arlete**, que mantiveram uma atitude mental positiva, invariavelmente, suas práticas e atitudes configuraram-se como causa ou consequência do câncer.

Seguidamente, porque a doença oncológica demonstrou exigir graus superiores de responsabilidade, pelas mulheres, no tocante ao autocuidado e/ou gestão da doença, como manejo de sintomas, cumprimento mais acirrado de rotinas médicas e aquisição de conhecimentos e competências específicas dessa área,

como comunicação e letramento em saúde (Ciria-Suarez *et al.*, 2021; Laporte *et al.*, 2017; Östbring; Hellström; Mårtensson, 2020).

Sandra entrou em conflito quando os efeitos objetivos e subjetivos produzidos pelo anastrozol não acompanharam aqueles proporcionados pela levotiroxina, cuja relação foi de resolatividade. Nesse campo, as vivências próprias anteriores de um sujeito em relação ao uso de medicamentos podem influenciar de forma plural suas experiências posteriores com outros compostos (Mohammed; Moles; Chen, 2016).

Adicionalmente, a falta de uma comunicação adequada entre **Sandra** e seus profissionais de saúde, no tocante à previsibilidade da ocorrência de efeitos colaterais pelo bloqueador hormonal, colaborou para o seu fardo vivido, além de exacerbar o movimento de comparação entre os dois ativos.

As atitudes comportamentais distintas e comparativas relacionadas à hormonioterapia e aos demais medicamentos não oncológicos podem ser decorrentes, além dos aspectos supramencionados, da ruptura biográfica amplificada exercida pela HT, visto que esta não se desvela no que tange às demais condições de saúde e medicamentos utilizados para respectivo manejo.

No presente estudo, **Bianca** foi a única entrevistada que não demonstrou ter tido essa experiência em seu âmbito pessoal, o que não a conduziu a uma consciência de rachadura do seu ser-no-mundo no tocante à sua vivência com o agente oncológico, em oposição ao vivenciado pelas outras mulheres.

Nesse sentido, ainda que compreenda o uso de seus medicamentos de modo ambivalente, a polifarmácia utilizada por ela lhe possibilita tanto um melhor controle dos sintomas advindos de sua cardiopatia induzida pela quimioterapia intravenosa quanto o acompanhamento de sua evolução clínica e garantia da prevenção contra recidivas oncológicas, minimizando o fardo medicamentoso, e, em especial, aquele relacionado à hepatotoxicidade promovida pelo tamoxifeno.

9 CONCLUSÃO

A Fenomenologia da Prática proposta por Max van Manen aprovisiona, por meio de uma metodologia operacionalizada, um arcabouço metódico capaz de acessar a compreensão profunda da experiência humana e de seus significados individuais e/ou coletivos para a vida das pessoas. Nesse âmbito, tal abordagem metodológica evidencia-se como um caminho fértil para entender as vivências subjetivas com o uso cotidiano de medicamentos.

Os resultados da presente pesquisa revelaram que a experiência subjetiva de pacientes com câncer de mama em uso de hormonioterapia associado ao uso cotidiano de medicamentos ancora-se, estruturalmente, na construção social do eu e dos respectivos processos de interação no dia a dia de suas vidas em sociedade, e que as suas dimensões ontológicas sofreram alterações significativas mediante as suas formas de vivenciar o uso de bloqueadores hormonais em seus contextos saúde-doença particulares.

Nessa acepção, a ambiguidade constituiu a essência desse vivido subjetivo, assim como a acompanhou no *continuum* do tempo. Nessa conjuntura, destaca-se a experiência da temporalidade, marcada pela ruptura biográfica provocada pelo acometimento da doença oncológica.

A compreensão do tempo cronológico e do tempo fenomenal se tornou incongruente dentro de um mesmo espectro, conferindo às participantes perda do senso de continuidade de seu ser no mundo e a imposição sobre a realização de um repensar e um reconstruir de suas próprias biografias. Tal cisão delineou suas vivências tanto no tocante à administração da hormonioterapia quanto à utilização conjunta de outros tratamentos farmacológicos de uso crônico.

Sob esse prisma, no que concerne ao referido conceito aplicado à área de estudos acerca da experiência subjetiva com o uso crônico de medicamentos, acredita-se que este trabalho tenha gerado contribuições ímpares. Todavia, muito ainda há de se percorrer nesse campo para melhor se elucidar que posições o medicamento ocupa nessa trama – se é ponto de origem, como gatilho; se faz interface e permeia; se articula e engaja; se auxilia ou prejudica; se modifica ou modula; ou tantas outras possibilidades de participação e interferência para com a conjuntura da ruptura biográfica.

Ainda sob esta ótica, a utilização da conceitualização sobre estoque de conhecimento, ofertada pela socioantropologia na esfera da compreensão da experiência com o adoecimento crônico, associado ao pragmatismo, ambos direcionados para a mesma vertente de investigação e de análise supramencionada, configuram-se como colaborações adicionais, de igual relevância, trazidas por esta pesquisa.

Os desafios impostos pelo câncer de mama e, fundamentalmente, pela hormonioterapia, ultrapassam os contratempos físicos vivenciados pelas entrevistadas em suas cotidianidades individuais, abarcando variáveis emocionais, psicológicas e comportamentais, caracterizando esse período de suas vidas como traumático e de exigência de mudanças radicais, o que influencia substancialmente seus desfechos clínicos em saúde.

Contudo, apesar das barreiras que ora enfrentam e que ainda há de transpassarem, ressalta-se a resiliência com que essas mulheres guerreiras encaram esse processo, que é ativo e dinâmico e requer aceitação, autoanálise, autorregulação, desejo de envolvimento e disponibilidade de tempo, dentre outros esforços, para obtenção de uma vida livre de doença.

Em paralelo, a relação entre profissional de saúde e paciente vem se transformando, ainda que lentamente, de um modelo tradicional paternalista para outro de caráter holístico, de modo a envolver a participação do paciente em seu próprio cuidado e respectiva tomada de decisão relacionada à sua farmacoterapia.

Nesse âmbito, entende-se que o estudo em voga oferta, ainda, uma terceira contribuição, sob o ponto de vista da prática clínica farmacêutica. Os dados obtidos auxiliam a melhoria da assistência à saúde e, em especial, a oncológica, e fornecem subsídios que podem se traduzir em maior efetividade das intervenções clínicas providas por esse profissional. Reconhecer as condições de existência do outro possibilita, em verdade, que os resultados em saúde sejam potencializados, assim como se configura crucial para a reorientação das abordagens da práxis farmacêutica corrente.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. Fenômeno. In: _____. *Dicionário de filosofia*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. 437.
- ADAMS, W.E. *et al.* "The problem here is that they want to solve everything with pills": medication use and identity among Mainland Puerto Ricans. *Sociol Health Illn*, v. 37, n. 6, p. 904-19, 2015.
- AKEEB, A.A. *et al.* Communication between cancer patients and physicians about complementary and alternative medicine: a systematic review. *J Integr Complement Med.*, v. 29, n. 2, p. 80-98, 2023.
- ALLISON, K.H. Molecular pathology of breast cancer: what a pathologist needs to know. *Am J Clin Pathol*, v. 138, n. 6, p. 770-80, 2012.
- AL-RAISI, U. *et al.* Hermeneutic phenomenology research approach: a review of the continuing professional development in the clinical speciality of cardiology. *Cardiol Vasc Res*, v. 4, n. 4, p. 1-9, 2020.
- ALSPAUGH, A. *et al.* Women's contraceptive perceptions, beliefs, and attitudes: an integrative review of qualitative research. *J Midwifery Womens Health*, v. 65, n. 1, p. 64-84, 2020.
- ALVES, P.C.; RABELO, M.C. (org.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. 248 p.
- AMATUZZI, M.M. *Por uma psicologia humana*. Campinas, SP: Alínea. 2008.
- ANDRADE, C.C.; HOLANDA, A.F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 27, n. 2, p. 259-268, abr.-jun. 2010.
- ARNOLD, M. *et al.* Current and future burden of breast cancer: global statistics for 2020 and 2040. *Breast*, v. 66, p.15-23, 2022.
- AUGUST, D.A.; WILKINS, E.; REA, T. Breast reconstruction in older women. *Surgery*, v. 115, n. 6, p. 663-8, 1994.
- BAJCAR, J. Task analysis of patients' medication-taking practice and the role of making sense: a grounded theory study. *Res Social Adm Pharm*, v. 2, n. 1, p. 59-82, 2006.
- BALKWILL, F.; MANTOVANI, A. Inflammation and cancer: back to Virchow? *Lancet*, v. 357, n. 9255, p. 539-45, 2001.
- BARROS DA SILVA, W. A emergência da atenção farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino. 2009. 305 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Tecnológica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- _____; DELIZOICOV, D. Profissionalismo e desenvolvimento profissional: lições da sociologia das profissões. *Rev. Bras. Farm.*, v. 90, n. 1, p. 27-34, 2009.

BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.A.S. *Projeto de pesquisa: propostas metodológicas*. Petrópolis: Vozes;1994.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BELLO, A. A. Introdução à fenomenologia. Bauru: EDUSC, 2006. 108 p.

BERNSTEIN, A.; LENNARD, H.L. The American way of drugging: drugs, doctors, and junkies. *Society*, v. 10, n. 4, p. 14-6, 1973.

BIEHL, J. Pharmaceutical governance. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. *Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. Durham: Duke Press University, 2006. p. 206-39. Disponível em: <http://joaobiehl.net/wp-content/uploads/2009/07/Pharmaceutical_Governance1.pdf>.

BISSELL, P.; RYAN, K.; MORECROFT, C. Narratives about illness and medication: a neglected theme/new methodology within pharmacy practice research: Part I: Conceptual framework. *Pharm, World Sci*, v. 28, n. 2, p. 54-60, 2006.

_____.; WARD, P.R.; NOYCE, P.R. The dependent consumer: reflections on accounts of the risks of non-prescription medicines. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, v. 5, n. 1, p. 5-30, 2001.

BOND, B.E.; CONNOLLY, A.; ASCI, S. Coping with inflammatory breast cancer: women's experiences. *J Psychosoc Oncol.*, v. 28, n. 5, p. 539-59, 2010.

BOND, P. Globalization, pharmaceutical pricing, and South African health policy: managing confrontation with U.S. firms and politicians. *Int J Health Serv*, v. 29, n. 4, p. 765-92, 1999.

BRAGA, T.B.M.; FARINHA, M.G. Heidegger: em busca de sentido para a existência humana. *Phenomenological Studies – Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. 23, n. 1, p. 65-73, 2017.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Câncer de Mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de medicamentos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, v. 74, n. 3, p. 229-63, 2024.

BRENNAN, J. Adjustment to cancer – coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, v.10, n. 1, p. 1-18, 2001.

BRETT, J. *et al.* Adjuvant endocrine therapy after breast cancer: a qualitative study of factors associated with adherence. *Patient Prefer Adherence*, v. 12, p. 291-300, 2018.

BRITTEN, N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract*, v. 44, n. 387, p. 465-68, 1994.

BUENO, E.R. de A.; ALMEIDA, K.V.S. Reflexões sobre a fenomenologia de Edmund Husserl como método de pesquisa em educação. *Profissão Docente*, v. 22, n. 47, p. 1-17, 2023.

BUONOCORE, T.C.C. *et al.* Energia das radiações: radioatividade natural e artificial, radiações ionizantes e excitantes. *UNISANTA Bioscience*, v. 8, n. 4, p. 447-57, 2019.

BURSTEIN, H.J. *et al.* Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update. *J Clin Oncol*, v. 37, n. 5, p. 423-38, 2018.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn*, v. 4, n. 2, p. 167-82, 1982.

_____. Illness narratives: fact or fiction? *Sociol Health Illn*, v. 23, n. 3, p. 263-85, 2001.

_____. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*, v. 13, n. 4, p. 451-68, 1991.

CAREL, H. Phenomenology and its application in medicine. *Theor Med Bioeth*, v. 32, n. 1, p. 33-46, 2011.

_____. Phenomenology as a resource for patients. *J Med Philos.*, v. 37, n. 2, p. 96-113, 2012.

CARPENTER, D.M. *et al.* The effect of conflicting medication information and physician support on medication adherence for chronically ill patients. *Patient Educ Couns*, v. 81, n. 2, p. 169-76, 2010.

CARRICK, R. *et al.* The quest for well-being: a qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication. *Psychol Psychother*, v. 77, n. 1, p. 19-33, 2004.

CASTELLANOS, M.E.P. *et al.* *Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais*. Editora da Universidade Estadual do Ceará – EDUECE, 2015.

CASTRO, R. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. *Revista de Antropologia da UFSCar*, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 146-75, 2012.

CATT, S.; FALLOWFIELD, L.; LANGRIDGE, C. What non-prescription treatments do UK women with breast cancer use? *European Journal of Cancer Care*, v. 15, n. 3, p. 279-85, 2006.

CERBONE, D.R. *Fenomenologia*. Petrópolis: Vozes, 2012.

CHARMAZ, K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol Health Illn*, v. 5, n. 2, p. 168-95, 1987.

CHEN, C.H. *et al.* A model of medication-taking behavior in elderly individuals with chronic disease. *J Cardiovasc Nurs*, v. 22, n. 5, p. 359-65, 2007.

CHRISTENSEN, A.J. *et al.* Patient and physician beliefs about control over health: association of symmetrical beliefs with medication regimen adherence. *J Gen Intern Med*, v. 25, n. 5, p. 397-402, 2010.

_____; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill, 1998.

_____; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. *Pharmaceutical care practice: the clinician's guide*. 2. ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2004.

_____; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. *Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management*. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 2012.

CIRIA-SUAREZ, L. *et al.* Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. *PLoS One*, v. 16, n. 9, 2021.

CLUZE, C. *et al.* Adjuvant endocrine therapy with tamoxifen in young women with breast cancer: determinants of interruptions vary over time. *Ann Oncol*, v. 23, n. 4, p. 882-90, 2012.

COHEN, D. *et al.* Medications as social phenomena. *Health an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health Illness and Medicine*, v. 5, n. 4, p. 441-69, 2001.

CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med*, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

CORBIN, J.M. The body in health and illness. *Qual Health Res.*, v. 13, n. 2, p. 256-67, 2003.

CORRÊA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para a investigação em enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, 1997.

CREE, I.A.; CHARLTON, P. Molecular chess? Hallmarks of anti-cancer drug resistance. *BMC Cancer*, v. 17, n. 1, p. 10, 2017.

CRUSZ, S.M.; BALKWILL, F.R. Inflammation and cancer: advances and new agents. *Nat Rev Clin Oncol*, v. 12, n. 10, p. 584-96, 2015.

CZAJKA, M.L.; PFEIFER, C. Breast cancer surgery. *StatPearls*, Treasure Island (FL), 2023.

DAHLBERG, K.; HALLING, S. Human science research as the embodiment of openness: swimming upstream in a technological culture. *J Phenomenol. Psychol*, v. 32, n. 1, p. 12-21, 2001.

DARTIGUES, A. *O que é fenomenologia?* São Paulo: Moraes, 1992.

DE BENEDICTO, S.C. *et al.* Metodologia qualitativa e quantitativa nos estudos em administração e organizações: lições da história da ciência. *Rev Ciênc Adm*, Santa Catarina, v. 13, n. 30, p. 39-60, 2011.

DE MARTEL, C. *et al.* Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Health*, v. 8, n. 2, p. 180-90, 2020.

DEMAIN, S. *et al.* Living with, managing and minimising treatment burden in long term conditions: a systematic review of qualitative research. *PLoS One*, v. 10, n. 5, 2015.

DEMARK-WAHNEFRIED, W. *et al.* Changes in weight, body composition, and factors influencing energy balance among premenopausal breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol*, v. 19, n. 9, p. 2381-89, 2001.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (ed.) *The SAGE handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, 2000.

DESCLAUX, A. O medicamento, um objeto de futuro na antropologia da saúde. *Mediações*, Londrina, v. 11, n. 2, p. 113-30, 2006.

DEVINS, G.M. Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Adv Ren Replace Ther.*, v. 1, n. 3, p. 251-63. 1994.

DEVITA, V.T. Jr.; LAWRENCE, T.S.; ROSENBERG, S.A. *Devita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: principles & practice of oncology*. 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

DINIZ, D.; CASTRO, R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 94-102, 2011.

DOLL, R.; PETO, R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst*, v. 66, n. 6, p. 1191-308, 1981.

DOLOVICH, L. *et al.* Do patients' expectations influence their use of medications? Qualitative study. *Can Fam Physician*, v. 54, n. 3, p. 384-93, 2008.

DOWELL, J.; HUDSON, H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Fam Pract.*, v. 14, n. 5, p. 369-75, 1997.

DOWLING, M. From Husserl to van Manen: a review of different phenomenological approaches. *Int J Nurs Stud*, v. 44, n. 1, p. 131-42, 2007.

DRAGESET, S.; LINDSTRØM, T.C.; UNDERLID, K. "I just have to move on": women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *Eur J Oncol Nurs*, v. 21, p. 205-11, 2016.

EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP. Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomized trials. *Lancet*, v. 378, n. 9793, p. 771-84, 2011.

EDWARDS, L.V. Perceived social support and HIV/AIDS medication adherence among African American women. *Qual Health Res*. May, v. 16, n. 5, p. 679-91, 2006.

- ERRASTI-IBARRONDO, B. *et al.* Van Manen's phenomenology of practice: how can it contribute to nursing? *Nurs Inq*, v. 26, n. 1, 2019.
- EVERSON, C.L. *Reproductive decision making in young women breast cancer survivors*. Corvallis, OR: Oregon State University, 2009. Disponível em: <http://ir.library.oregonstate.edu/dspace/bitstream/1957/10010/1/EVERSON_thesis.pdf>.
- FENG, Y. *et al.* Breast cancer development and progression: risk factors, cancer stem cells, signaling pathways, genomics, and molecular pathogenesis. *Genes Dis*, v. 5, n. 2, p. 77-106, 2018.
- FERREIRA, M.L.S.M.; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003.
- FIGUEREDO, V.A.; SILVA, C.H.C. A influência da alimentação como agente precursor, preventivo e redutor do câncer. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 317-25, 2001.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 1, 2008.
- FORERO, R. *et al.* Application of four-dimension criteria to assess rigour of qualitative research in emergency medicine. *BMC Health Serv Res.*, v. 18, n. 1, 2018.
- FREY, E.F. The earliest medical texts. *Clio Med*, v. 20, n. 1-4, p. 79-90, 1985.
- GAHARWAR, U.S.; MEENA, R.; RAJAMANI, P. Iron oxide nanoparticles induced cytotoxicity, oxidative stress and DNA damage in lymphocytes. *J Appl Toxicol*, v. 37, n. 10, p. 1232-44, 2017.
- GANZ, P.A. *et al.* Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol*, v. 16, v. 2, p. 501-14, 1998.
- GARÓFOLO, A. *et al.* Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 17, n. 4, p. 491-505, out./dez., 2004.
- GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. (org.). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: EDUEFRGS, 2009. (Série Educação à Distância).
- GLANZ, K. Behavioral research contributions and needs in cancer prevention and control: dietary change. *Prev Med*, v. 26, n. 5, p. 43-55, 1997.
- GREENWALD, P.; CLIFFORD, C.K.; MILNER, J.A. Diet and cancer prevention. *Eur J Cancer*, v. 37, n. 8, p. 948-65, 2001.
- GRETEN, F.R.; GRIVENNIKOV, S.I. Inflammation and cancer: triggers, mechanisms, and consequences. *Immunity*, v. 51, n. 1, p. 27-41, 2019.
- HADJI, P. Improving compliance and persistence to adjuvant tamoxifen and aromatase inhibitor therapy. *Crit Rev Oncol Hematol*, v. 73, n. 2, p. 156-66, 2010.
- HANAHAN, D.; WEINBERG, R.A. Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell*, v. 144, n. 5, p. 646-74, 2011.

- HANSEN, D.L.; HOLSTEIN, B.E.; HANSEN, E.H. "I'd rather not take it, but...": young women's perceptions of medicines. *Qual Health Res.*, v: 19, n. 6, p. 829-39, 2009.
- HARDER, H. *et al.* Adjuvant chemotherapy in elderly women with breast cancer: patients' perspectives on information giving and decision making. *Psycho-Oncology*, v. 22, n. 12, p. 2729-35, 2013.
- HARROW, A. *et al.* "Seeing is believing, and believing is seeing": an exploration of the meaning and impact of women's mental images of their breast cancer and their potential origins. *Patient Educ Couns*, v. 73, n. 2, p. 339-46, 2008.
- _____. A hard pill to swallow: a qualitative study of women's experiences of adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *BMJ Open*, v. 4, n. 6, 2014.
- HASLBECK, J.W.; SCHAEFFER, D. Routines in medication management: the perspective of people with chronic conditions. *Chronic Illn.*, v. 5, n. 3, p.184-96, 2009.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Campinas: EDUNICAMP, 2012.
- HELMAN, C.G. "Tonic", "fuel" and "food": social and symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, v. 15, n. 4, p. 521-33, 1981.
- HENRIQUES, M.A.; COSTA, M.A.; CABRITA, J. Adherence and medication management by the elderly. *J Clin Nurs*, v. 21, n. 21-2, p. 3096-105, 2012.
- HILLMAN, L.A. *et al.* The medication experience: a concept analysis. *Pharmacy (Basel)*, v. 9, n. 1, p. 7, 2020.
- HOLROYD, A. *et al.* Medication use in the context of everyday living as understood by seniors. *Int. J. Qual. Stud. Health Well Being*, v. 7, 2012.
- HORN, J.; VATTEN, L.J. Reproductive and hormonal risk factors of breast cancer: a historical perspective. *Int J Womens Health*, v. 27, n. 9, p. 265-272, 2017.
- HOUSMAN, G. *et al.* Drug resistance in cancer: an overview. *Cancers (Basel)*, v. 6, n. 3, p. 1769-92, 2014.
- HOWARD, A.F. *et al.* Punjabi immigrant women's breast cancer stories. *J Immigr Minor Health*, v. 9, n. 4, p. 269-79, 2007.
- IARC. Tobacco smoke and involuntary smoking. In: _____. *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*. v. 83: Lyon, France: IARC, 2004.
- INCA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 129 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/INCA/ARQUIVOS/LIVRO_ABC_2ED.PDF>.
- _____. *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>>.
- _____. *O que é câncer?* Rio de Janeiro: INCA, 1996. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 5 maio 2022.

IRIART, J.A.B. Medicina de precisão/medicina personalizada: análise crítica dos movimentos de transformação da biomedicina no início do século XXI. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019.

JOINER, M.C.; VAN DER KOGEL, A. *Basic clinical radiobiology*. London: Arnold, 2009. Disponível em: <<https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.1201/b15450/basic-clinical-radiobiology-michael-joiner-albert-van-der-kogel>>.

JONES, D.P. Cultural views of the female breast. *ABNF J*, v. 15, n. 1, p. 15-21, 2004.

JONES, S.B. Cancer in the developing world: a call to action. *BMJ*, v. 319, n. 7208, p. 505-8, 1999.

JU, A. *et al.* Patient beliefs and attitudes to taking statins: systematic review of qualitative studies. *Br J Gen Pract.*, v. 68, p. 408-19, 2018.

KARLSSON, S.A. *et al.* "It is not just any pill" – Women's experiences of endocrine therapy after breast cancer surgery. *Eur J Cancer Care*, v. 28, n. 3, 2019.

KAHN, K.L. *et al.* Patient centered experiences in breast cancer: predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Med Care*, v. 45, n. 5, p. 431-9, 2007.

KERSE, N. *et al.* Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med*, v. 2, n. 5, p. 455-61, 2004.

KUMAR, P.; AGGARWAL, R. An overview of triple-negative breast cancer. *Arch Gynecol Obstet.*, v. 293, n. 2, p. 247-69, 2016.

LADOU, J. The asbestos cancer epidemic. *Environ Health Perspect*, v. 112, n. 3, p. 285-90, 2004.

LAMBERT, L.K. *et al.* Understanding adjuvant endocrine therapy persistence in breast cancer survivors. *BMC Cancer*, v. 18, n. 1, p. 732, 2018.

LAPORTE, C. *et al.* French women's representations and experiences of the post-treatment management of breast cancer and their perception of the general practitioner's role in follow-up care: a qualitative study. *Health Expect.*, v. 20, p. 788-96, 2017.

LARA, A.M.B.; MOLINA, A.A. Pesquisa qualitativa: apontamentos, conceitos e tipologias. In: TOLEDO, C.A.A. de; GONZAGA, M.T.C. (org.). *Metodologia e técnicas de pesquisa nas áreas de ciências humanas*. Maringá: EEDUEM, 2011. p. 121-172.

LAW, M.R.; GRÉPIN, K.A. Is newer always better? Re-evaluating the benefits of newer pharmaceuticals. *J Health Econ*, v. 29, n. 5, p. 743-50, 2010.

LEAL, E.M.; SERPA JUNIOR, O.D. Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em saúde mental. *Cienc Saúde Col*, v. 18, n. 10, 2013.

LEAVY, P. (ed.). *The Oxford handbook of qualitative research*. Oxford: Oxford University Press, 2014.

LEFÈVRE, F. *O medicamento como problema de saúde pública: contribuição para o estudo de uma mercadoria simbólica*. 1990. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

LEMOS, M.T. *O uso de plantas medicinais e fitoterápicos durante o tratamento antineoplásico: compreendendo a experiência do paciente*. 2024. 74 f. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024.

LENDE, K.H.; LACHIONDO, A. Embodiment and breast cancer among African American women. *Qual Health Res*, v. 19, n. 2, p. 216-28, Husserl.

LEVASSEUR, J.J. The problem of bracketing in phenomenology. *Qual Health Res*, v. 13, n. 3, p. 408-20, 2003.

LIAMPUTTONG, P.; SUWANKHONG, D. Breast cancer diagnosis: biographical disruption, emotional experiences and strategic management in Thai women with breast cancer. *Sociol Health Illn*, v. 37, n. 7, p. 1086-101, 2015.

LOPES, L.G.; SOUSA, C.F. de; LIBERA, L.S.D. Efeitos biológicos da radiação ultravioleta e seu papel na carcinogênese de pele: uma revisão. *REFACER*, v. 6, n. 2, p. 2317-67, 2017.

LYNCH, K.; SMITH, W. Pulmonary asbestosis III: carcinoma of lung in asbestos-silicosis. *Am J Cancer*, v. 24, p. 56-64, 1935.

MACANN, C. *Four phenomenological philosophers: Husserl, Heidegger, Sartre and Merleau-Ponty*. Abingdon: Routledge, 1993.

MACKEY, S. Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *Int J Nurs Stud*, v. 42, n. 2, p. 179-86, 2005.

MADDODI, N.; SETALURI, V. Role of UV in cutaneous melanoma. *Photochem Photobiol*, v. 84, n. 2, p. 528-36, 2008.

MAHER, S.G.; REYNOLDS, J.V. Basic concepts of inflammation and its role in carcinogenesis in inflammation and gastrointestinal cancers. *Recent Results in Cancer Research*, v. 185, p. 1-34, 2011.

MANICA, D.T. A desnaturalização da menstruação: hormônios contraceptivos e tecnociência. *Horiz Antropol*, v. 17, n. 35, p. 197-226, 2011.

MANTOVANI, A. *et al.* Cancer-related inflammation. *Nature*, v. 454, n. 7203, p. 436-44, 2008.,

MARTINS, J.; BOEMER, M.R.; FERRAZ, C.A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 139-47, 1990.

MASINI, E.F.S. Enfoque fenomenológico de pesquisa em educação. In: FAZENDA, I. *Metodologia da pesquisa educacional*. 12. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

MCGLYNN, K.A.; PETRICK, J.L.; EL-SERAG, HB. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, v. 73, n. 1, p. 4-13, 2021.

MCKINLEY, N.M.; HYDE, J.S. The objectified body consciousness scale: development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, v. 20, n. 2, p. 181-215, 1996.

MELO, A.K.S.; BOSI, M.L.M. *Fenomenologia(s) e saúde coletiva*. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.

MESSEDER, A.M.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; LUIZA, V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-34, 2005.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____; COSTA, A.P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, Lisboa, v. 40, n. 40, 2018.

MOHAMMED, M.A.; MOLES, R.J.; CHEN, T.F. Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, v. 6, n. 2, 2016.

MONTAGNE, M. The metaphorical nature of drugs and drug taking. *Soc Sci Med*, v. 26, n. 4, p. 417-24, 1988.

MOON, Z. *et al.* Barriers and facilitators of adjuvant hormone therapy adherence and persistence in women with breast cancer: a systematic review. *Patient Pref Adher*, v. 11, n. 305, 2017.

MOREIRA, H.R. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. *Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia*, v. 11, n. 1, p. 405-24, 2018.

MOSER, A.; KORSTJENS, I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*, v. 24, n. 1, p. 9-18, 2018.

MUKHERJEE, S. *O imperador de todos os males: uma biografia do câncer*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

MURPHY, G.M. Ultraviolet radiation and immunosuppression. *Br J Dermatol*, v. 161, n. 3, p. 90-5, 2009.

MURRAY, T.J. Personal time: the patient's experience. *Ann Intern Med*, v 132, n. 1, p. 58-62, 2000.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Clinical practice guidelines. In: *Oncology: breast cancer (Version 2.2024)*, 2024. Disponível em: <https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf>.

NARAN, K. *et al.* Principles of immunotherapy: implications for treatment strategies in cancer and infectious diseases. *Front Microbiol*, v. 21, n. 9, p. 31-58, 2018.

NASCIMENTO, Y.A.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. The subjective experience of using medications: what we know and the paths forward. *Pharmacy (Basel)*, v. 9, n. 1, p. 50, 2021.

_____; SILVA, L.D.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Experiences with the daily use of medications among chronic hepatitis C patients. *Res Social Adm Pharm*, v. 16, n. 1, p. 33-40, 2020.

NICHOLS, H.B. *et al.* Declining incidence of contralateral breast cancer in the United States from 1975 to 2006. *J Clin Oncol*, v. 29, n. 12, p. 1564-9, 2011.

NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Soc Sci Med*, v. 39, n. 11, p. 1509-25, 1994.

NISHIJIMA, M. Os preços dos medicamentos de referência após a entrada dos medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro. *Ver Bras Econ*, v. 62, n. 2, p.189-206, 2008.

NÓBREGA, O. de T.; MELO, G.F.; KARNIKOWSKI, M.G. de O. Padrão de medicamentos prescritos para indivíduos de meia-idade e idosos de uma comunidade residente na periferia de Brasília. *Rev Bras Cienc Farm*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 271-7, 2005.

NYSTRÖM M, DAHLBERG K. Pre-understanding and openness: a relationship without hope? *Scand J Caring Sci.*, v. 15, n. 4, p. 339-46, 2001.

ÖSTBRING, M.J.; HELLSTRÖM, L.; MÅRTENSSON, J. Trivial or troublesome: experience with coronary heart disease medication from the patient's perspective. *Patient Prefer. Adherence*, v. 14, p. 411-424, 2020.

OLIVEIRA, G.S.; CUNHA, A.M.O. Breves considerações a respeito da fenomenologia e do método fenomenológico. *Cadernos da FUCAMP*, v. 20, n. 47, p. 132-47, 2021.

OLIVEIRA, I.V.; NASCIMENTO, Y.A.; RAMALHO DE OLIVEIRA D. Decision-making process in comprehensive medication management services: from the understanding to the development of a theoretical model. *Pharmacy (Basel)*, v. 8, n. 4, p. 180, 2020.

OLTRAMAR, L.C. Contribuições da fenomenologia de Alfred Schütz para as pesquisas sobre AIDS: considerações epistemológicas e metodológicas. *INTERthesis*, Florianópolis, v. 2, n. 2, 2005.

PARK, C L. *et al.* Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. *J Behav Med.*, v. 40, n. 1, p. 39-51, 2017.

PATEL-KERALI, G. *et al.* Exploring the lived experience of breast cancer diagnosis and treatment amongst Gujarati speaking Indian women. *Diversity and Equality in Health and Care*, v. 12, n. 1, p. 9-17, 2015.

PATTON, M.Q. Qualitative evaluation checklist. Michigan: Western Michigan University, 2003. Disponível em: <<http://wmich.edu/evaluation/checklists>>.

PAWLIKOWSKI, P.; RICO, N.; VAN SELL, S.L. Positivism: a concept analysis. *Int J Nurs Clin Pract*, v. 5, n. 284, 2018.

PEDRO, J.M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Rev Bras Hist*, v. 23, n. 45, p. 239-60, 2003.

PELLEGRINI, I. et al. Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence: breast cancer patients' point of view. *Psycho-Oncology*, v. 19, n. 5, p. 472-9, 2010.

PELLEGRINO, E.D. Prescribing and drug ingestion symbols and substances. *Drug Intell Clin Pharm*, v. 10, n. 11, p. 624-30, 1976.

PÉRES, D.S. et al. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 389-95, 2008.

PETRICK, J.L.; MCGLYNN, K.A. The changing epidemiology of primary liver cancer. *Curr Epidemiol Rep*, v. 6, n. 2, p. 104-11, 2019.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da análise institucional: potencializando reflexões no cotidiano da saúde bucal coletiva. *Physis*, v. 21, n. 4, p. 1297-314, 2011.

PIERRET J. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. *Sociol Health Illn*, v. 25, n. 3, p. 4-22, 2003.

PINHO, J.R.R. Medicina de precisão. *Einstein* (São Paulo), v. 15, n. 1, p. VII-X, mar. 2017.

_____; SITNIK, R.; MANGUEIRA, C.L.P. Medicina personalizada e o laboratório clínico. *Einstein* (São Paulo), v. 12, n. 3, p. 366-73, 2014.

PIOT-ZIEGLER, C. et al. Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *Br J Health Psychol*, v. 15, n. 3, p. 479-510, 2010.

PLATÃO. *O mito da caverna*. São Paulo: Edipro, 2019.

PLUMMER, M. et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*, v. 4, n. 9, p. 609-16, 2016.

POLÔNIO, M.L.T.; PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1653-66, 2009.

POUND, P. et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med*, v. 61, n. 1, p. 133-55, 2005.

PRANKA, M. Biographical disruption and factors facilitating overcoming it. *SHS Web Conf*, v. 51, 2018.

PREMINGER, B.A. et al. Improving access to care: breast surgeons, the gatekeepers to breast reconstruction. *J Am Coll Surg*, v. 214, n. 3, p. 270-6, 2012.

QUEIROZ, D.T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

QUINTANA, A.M. *et al.* Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*, v. 45, n. 4, p. 45-52, 1999. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2791>>.

RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 264 p.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. *Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. São Paulo: RCN, 2011.

_____. *et al.* Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. *J Am Pharm Assoc*, v. 52, n. 1, p. 71-80, 2012.

_____.; SHOEMAKER, S.J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: openness and the pharmacist's natural attitude. *J Am Pharm Assoc. (2003)*, v. 46, n. 1, p. 56-64, 2006.

RICH, S. *et al.* Navigating the terrain of lived experience: the value of lifeworld existentials for reflective analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, v. 12, n. 1, p. 498-510. 2013.

ROBERTSON-MALT, S. Listening to them and reading me: a hermeneutic approach to understanding the experience of illness. *J Adv Nurs*, v. 29, n. 2, p. 290-97, 1999.

ROE, D. *et al.* Why and how people decide to stop taking prescribed psychiatric medication: exploring the subjective process of choice. *Psychiatr Rehabil J*, v. 33, n. 1, p. 38-46, 2009.

ROGERS, A. *et al.* The meaning and management of neuroleptic medication: a study of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Soc Sci Med*, v. 47, n. 9, p. 1313-23, 1998.

ROSSO, R. *et al.* Adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients. *Curr Oncol.*, v. 30, n. 2, p. 1461-72, 2023.

RUBIN, L.R.; TANENBAUM, M. "Does that make me a woman?": breast cancer, mastectomy, and breast reconstruction decisions among sexual minority women. *Psychology of Women Quarterly*, v. 35, n. 3, p. 401-14, 2011.

RUIZ, M.E. Risks of self-medication practices. *Curr Drug Saf.*, v. 5, n. 4, p. 315-23, 2010.

SADALA, M.L.A. A fenomenologia como método para investigar a experiência vivida. FM UNESP/Botucatu. 1995. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309644041_Fenomenologia_como_metodo_para_investigar_a_experiencia_vivida>.

SALE, J.E. *et al.* Decision to take osteoporosis medication in patients who have had a fracture and are 'high' risk for future fracture: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, v. 12, n. 92, 2011.

SANTOS; S.R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *J pediatr*, v. 75, n. 6, p. 401-06, 1999.

SAV, A. *et al.* Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. *Health Expect.*, v. 18, n. 3, p. 312-24, 2015.

_____. "You say treatment, I say hard work": treatment burden among people with chronic illness and their carers in Australia. *Health Soc Care Community*, v. 21, n. 6, p. 665-74, 2013.

SCHILLER, J.T.; LOWY, D.R. An introduction to virus infections and human cancer. *Recent Results Cancer Res.*, v. 217, p. 1-11, 2021.

SCHÖN, D.A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Basic Books, 1983. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/Donald_A_Schon_The_Reflective_Practitioner.pdf>.

SCHÜTZ, A.; LUCKMANN, T. *Estruturas do mundo da vida*. Porto Alegre: EDPUCRS, 2023. 694 p.

SELBY, P. *et al.* The value and future developments of multidisciplinary team cancer care. *Am Soc Clin Oncol, Educ Book*, v. 39, p. 332-340, 2019.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão do uso racional. In: ACÚRCIO, F.A. (org.). *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed; 2003. p. 1-8.

SHARMA, G. N. *et al.* Various types and management of breast cancer: an overview. *J Adv Pharm Technol Res*, v. 1, n. 2, p. 109-26. 2010.

SHIYANBOLA, O.O.; FARRIS, K.B.; CHRISCHILLES, E. Concern beliefs in medications: changes over time and medication use factors related to a change in beliefs. *Res Social Adm Pharm.*, v. 9, n. 4, p. 446-57, 2013.

SHOEMAKER, S.J. *et al.* The medication experience: preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. *Patient Educ Couns*, v. 83, n. 3, p. 443-50, 2011.

_____; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharm World Sci*, Dordrecht, v. 30, n. 1, p. 86-91, jan. 2008.

SILVA, E.D.S. *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Rev Bras Enferm*, v. 63, n. 5, p. 727-34, 2010.

SILVA, C.D.C. Por uma filosofia do medicamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2813-24, 2015.

SILVEIRA, F.G.; OSÓRIO, R.G.; PIOLA, S.F. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 719-31, 2002.

SOARES, J.A.S., *et al.* Potencialidades da prática da atenção farmacêutica no uso de fitoterápicos e plantas medicinais. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences*, n. 7, p. 10-21, 2020.

SOARES, L.; SANTOS, R.I. Processo saúde-doença-cuidado. In: SANTOS, R.I. *et al. Políticas de saúde e acesso a medicamentos*. Florianópolis: UFSC, 2016.

SMIT, A. *et al.* Women's stories of living with breast cancer: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *Soc Sci Med*, v. 222, p. 231-45, 2019.

SMITH, M.C.; WERTHEIMER, A.I. Social and behavioral aspects of pharmaceutical care. Informa. *Healthcare*, 1974.

SMOLARZ, B.; NOWAK, A.Z.; ROMANOWICZ, H. Breast cancer-epidemiology, classification, pathogenesis and treatment (review of literature). *Cancers (Basel)*, (2569), v. 14, n. 10. 2022.

SPINDOLA, T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 403-9, 1997.

SPINK, M.J.P. *et al.* A construção da AIDS-notícia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-62, 2001.

STRAND, L.M. *et al.* Drug-related problems: their structure and function. *DICP*, v. 24, n. 11, p. 1093-7, 1990.

SUN, Y.S. *et al.* Risk factors and preventions of breast cancer. *Int J Biol Sci*, v. 13, n. 11, p. 1387-397, 2017.

TANAKA, T.I.; ALAWI, F. Human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *Dent Clin North Am*, v. 62, n. 1, p. 111-20, 2018.

TEKA, A. *et al.* Medicinal plant use practice in four ethnic communities (Gurage, Mareqo, Qebena, and Silti), south central Ethiopia. *J Ethnobiol Ethnomed.*, v. 16, 2020.

TEMBO, A. C. Phenomenological inquiry as a methodology for investigating the lived experience of being critically ill in intensive care. *J Intensive & Crit Care*, v.2, n. 1:8, p. 1-5, 2016

THORNE, S.E.; MURRAY, C. Social constructions of breast cancer. *Health Care Women Int*, v. 21, n. 3, p. 141-59, 2000.

TODRES, L.; WHEELER, S. The complementarity of phenomenology, hermeneutics and existentialism as a philosophical perspective for nursing research. *Int J Nurs Stud*, v. 38, n. 1, p. 1-8, 2001.

TOIVONEN, K.I. *et al.* Both “vitamin I for life” and “one milligram of Satan”: a multi-perspective qualitative exploration of adjuvant endocrine therapy use after breast cancer. *Curr Oncol*, v. 28, n. 4, p. 2496-515, 2021.

TOLEDO, G.; OCHOA, C.Y.; FARIAS, A.J. Exploring the role of social support and adjuvant endocrine therapy use among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, v. 28, n. 1, p. 271-78, 2020.

TOLEDO, K. Primeiro banco público de dados genômicos da AL é lançado. *Exame*, São Paulo, 17 nov. 2015. Disponível em: <<http://agencia.fapesp.br/primeiro-banco-publico-de-dados-genomicos-da-america-latina-e-lancado/22255/>>.

TOOMBS, S.K. (ed.). *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht: Springer Science & Business Media, 2001.

_____. The temporality of illness: four levels of experience. *Theor Med.*, v. 11, n. 3, p. 227-41, 1990.

TRACY, S.J. Qualitative quality: eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, v. 16, n. 10, p. 837-51, 2010.

TROIANO, G.; NANTE, N.; COZZOLINO, M. The Angelina Jolie effect: impact on breast and ovarian cancer prevention: a systematic review of effects after the public announcement in may 2013. *Health Education Journal*, v. 76, n. 6, p. 707-15, 2017.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

_____. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, v. 2, n. 1, p. 93-108, 2000.

ULLRICH, D.R. *et al.* Reflexões teóricas sobre confiabilidade e validade em pesquisas qualitativas: em direção à reflexividade analítica. *Análise Revista de Administração Pública*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 19-30, 2012.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010. Disponível em: <https://tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2012/11/ebooksclub.org__How-Tabacco-Smoke-Causes-Disease-.pdf>.

UNEP. *Radiação: efeitos e fontes*. Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, 2016. Disponível em: <<http://www.aben.com.br/Arquivos/544/544.pdf>>.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R. The charm of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, v. 3, n. 4, p. 345-67, 1989.

_____; _____. HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, v. 25, p. 153-78, 1996.

VAN LIEW, J.R.; CHRISTENSEN, A.J.; DE MOOR, J.S. Psychosocial factors in adjuvant hormone therapy for breast cancer: an emerging context for adherence research. *J Cancer Surviv*, v. 8, n. 3, p. 521-31, 2014.

VAN MANEN, M. By the light of anecdote. *Phenomenology + Pedagogy*, v. 7, n. 89, p. 232-53, 1989.

_____. Phenomenology in its original sense. *Qual Health Res*, v. 27, n. 6, p. 810-25, 2017.

VAN MANEN, M. *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. New York: Routledge, 2014.

_____. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. New York: SUNY Press, 1990.

VASAN, N.; BASELGA, J.; HYMAN, D.M. A view on drug resistance in cancer. *Nature*, v. 575, n. 7782, p. 299-309, 2019.

VELLOSO, I.S.C.; TIZZONI, J.S. Critérios e estratégias de qualidade e rigor na pesquisa qualitativa. *Ciencia. y enfermería.*, v. 26, n. 28, 2020.

VERBRUGGHE, M. *et al.* Factors influencing the process of medication (non-)adherence and (non-)persistence in breast cancer patients with adjuvant antihormonal therapy: a qualitative study. *Eur J Cancer Care (Engl)*, v. 26, n. 2, 2017.

VEVAINA, J.R.; NORA, L.M.; BONE, R.C. Issues in biomedical ethics. *Dis Mon*, v. 39, n. 12, p. 869-925, 1993.

VIEGAS, C. Jr.; BOLZANI, V.S.; BARREIRO, E.J. Os produtos naturais e a química medicinal moderna. *Quím Nova*, v. 29, n. 2, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/lj/qn/a/gQqYVTzykDtcSVtKvYDxWTP/#>>.

VISWANATHAN, H.; LAMBERT, B.L. An inquiry into medication meanings, illness, medication use, and the transformative potential of chronic illness among African Americans with hypertension. *Res Social Adm Pharm*, v. 1, n. 1, p. 21-39, 2005.

WAKS, A.G.; WINER, E.P. Breast cancer treatment: a review. *JAMA*, v. 321, n. 3, p. 288-300, 2019.

WALD, N.J.; HACKSHAW, A.K. Cigarette smoking: an epidemiological overview. *Br Med Bull*, v. 52, p. 3-11, 1996.

WATSON, R. Quantitative research. *Nurs Stand*, v. 29, n. 31, p. 44-8, 2015.

WCRF; AICR. *Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018*. Disponível em: <<https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>>.

WEBB, C.; JACOX, N.; TEMPLE-OBERLE, C. The making of breasts: navigating the symbolism of breasts in women facing cancer. *Plast Surg (Oakv)*, v. 27, n. 1, p. 49-53, 2019.

WELZ, A.N.; EMBERGER-KLEIN, A.; MENRAD, K. Why people use herbal medicine: insights from a focus-group study in Germany. *BMC Complement Altern Med.*, v. 18, n. 1, 2018.

WHEATON, A.G. *et al.* Medicinal herb use in a population-based survey of adults: prevalence and frequency of use, reasons for use, and use among their children. *Ann Epidemiol.*, v. 15, n. 9, p. 678-85, 2005.

WHITE, M.C. *et al.* Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. *Am J Prev Med*, v.46, n. 3, p. 7-15, 2014.

WHYTE, S.R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. *Social lives of medicines*. UK: Cambridge University Press, 2002.

WIEDENMAYER, K. *et al. Developing pharmacy practice: a focus on patient care: handbook*. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/69399>>.

WILD, C.P. *et al. (org.). World cancer report: cancer research for cancer prevention*. Lyon, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. WHO, 2024. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services>>

_____. *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication*. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/66154>>

YOSHIMURA, E.M. Física das radiações: interação da radiação com a matéria. *Rev Bras Fis Med*, v. 3, n. 1, p. 57-67, 2015.

ZAHA, D.C. Significance of immunohistochemistry in breast cancer. *World J Clin Oncol*, v. 5, n. 3, p. 382-92, 2014.

ZAHAVI, D. *Fenomenologia para iniciantes*. Rio de Janeiro: Via Verita, 2019.

ZHAO, H. *et al.* Inflammation and tumor progression: signaling pathways and targeted intervention. *Sig Transduct Target Ther*, v. 6, n. 263, 2021.

APÊNDICE A – Formulário Google Forms® – Câncer de mama e hormonioterapia: experiência com o uso de medicamentos

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa intitulada “Câncer de mama e hormonioterapia: experiência com o uso de medicamentos”. Com esse estudo, tem-se a finalidade de compreender a experiência de mulheres diagnosticadas com a doença e que estão recebendo esse tipo de tratamento associado a outros medicamentos de uso cotidiano.

Os principais medicamentos que constituem a hormonioterapia são: tamoxifeno, anastrozol, letrozol, exemestano e fulvestrano.

O estudo envolve duas etapas: (i) preenchimento de formulário e (ii) entrevista, na qual serão abordados assuntos relacionados ao tema da pesquisa.

A pesquisadora responsável garante a manutenção de sigilo e a privacidade das participantes, bem como assegura, em qualquer fase da pesquisa, a liberdade tanto de se recusar a continuar participando como de retirar o seu consentimento, sem necessidade de justificativa e sem qualquer tipo de penalização.

A pesquisa será realizada por Marianna Cardoso de Araújo Souza, farmacêutica, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), orientada por Djenane Ramalho de Oliveira, farmacêutica, doutora e professora da UFMG, Departamento de Farmácia Social, e coorientada por Yone de Almeida Nascimento, farmacêutica, doutora e professora da mesma instituição de ensino.

CONTATO

Marianna Cardoso de Araújo Souza: Telefone: (21) 99755-5567 – e-mail: mariannasouza@ufmg.br.

Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG – Endereço: Avenida Antônio Carlos, nº 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. Telefone: (31) 3409-4592 – e-mail: coep@prpq.ufmg.br

- Qual é o seu nome completo?
- Qual é o seu telefone para contato?
- Qual é o seu e-mail para contato?
- Qual é a sua idade?
- Qual é o seu sexo biológico?
- Você apresenta diagnóstico de câncer de mama?
- Você está em uso de hormonioterapia para o câncer de mama?
- Qual é o nome do medicamento de que você faz uso, em sua hormonioterapia, para o câncer de mama?
- Há quanto tempo você utiliza hormonioterapia para o câncer de mama?
- Você apresenta outros problemas de saúde além do câncer de mama?
- Quais são os problemas de saúde que você apresenta além do câncer de mama?
- Você faz uso cotidiano de medicamentos para o tratamento desses problemas de saúde?
- Hoje em dia, você está em tratamento com quimioterapia intravenosa para o câncer de mama?
- Declaro que:
 - () Eu estou ciente das informações acima fornecidas, concordo com a minha participação e autorizo a divulgação dos resultados em trabalhos científicos.
 - () Não desejo participar da pesquisa.

APÊNDICE B – Tópico-guia

1. Desde quando você utiliza medicamentos de uso contínuo? Quais são eles?
2. Desde quando você utiliza hormonioterapia?
3. Conte-me como foi, para você, iniciar esse tipo de tratamento.
4. Como é, para você, hoje, fazer uso de hormonioterapia?
5. Como é, para você, fazer uso de hormonioterapia em associação aos demais tratamentos farmacológicos?

ANEXO A – Documento de aprovação de projeto pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP
Projeto: CAAE – 25780314.4.0000.5149	
Interessado(a): Profa. Djenane Ramalho de Oliveira Departamento de Farmácia Social Faculdade de Farmácia - UFMG	
DECISÃO	
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de maio de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.	
 Profa. Maria Teresa Marques Amaral Coordenadora do COEP-UFMG	