pensar enfermagem
Revista Científica

Artigo de Revisão

Práticas de Cuidado de Mulheres com Câncer nos Setores de Cuidado conforme Kleinman: Revisão Integrativa

Care Practices used by Women with Cancer in Kleinman's Health Care Sectors: an Integrative Review

Andriele Ferreira Falcão[1], Stefanie Griebeler Oliveira[2], Fernanda Eisenhardt de Mello[3], Karen Soares Porto[4], Ágata Fernandes Justin[5]*

[1] Bacharel em Enfermagem. Hospital Bruno Born, RS, Brasil; orcid.org/0009-0002-8798-7786
[2] Doutorado. Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil; orcid.org/0000-0002-8672-6907
[3] Mestrado. Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil; orcid.org/0000-0003-3423-5599
[4] Mestrado. Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil; orcid.org/0000-0002-5607-6982
[5] Bacharel em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil; orcid.org/0009-0007-3814-6944

*** Autor de correspondência:** agata_justin@hotmail.com

Recebido: 13.02.2026
Revisto: 06.08.2026
Aceite: 20.10.2026

Editor: Luís Sousa

Como citar este artigo: Falcão AF, Oliveira SG, Mello FE, Porto KS, Justin AF. Práticas de Cuidado de Mulheres com Câncer nos Setores de Cuidado conforme Kleinman: Revisão Integrativa. Pensar Enf [Internet]. 2026; 30 (1): e00482. Available from: https://doi.org/10.71861/pensarenf.v30i1.482.

Resumo

Objetivo
Compreender, a partir da literatura científica, as práticas de cuidado utilizadas por mulheres com câncer nos diferentes setores de cuidado à saúde, conforme o referencial teórico de Arthur Kleinman.

Método
Revisão integrativa realizada nas bases SciELO, LILACS, Scopus e CINAHL, com estratégias de busca combinando termos relacionados à saúde, mulheres, câncer, medicina tradicional e medicina popular por meio dos operadores booleanos AND e OR. Foram identificados 5.072 registros e, após seleção e avaliação da qualidade da publicação considerando os itens do COREQ, 14 artigos compuseram a amostra final. Os dados foram analisados por análise de conteúdo dirigida, fundamentada em Arthur Kleinman.

Resultados
Os estudos evidenciaram que mulheres com câncer mobilizam práticas de cuidado nos setores popular, *folk* e profissional, com predominância do setor profissional, especialmente por meio de tratamentos oncológicos e da atuação da fisioterapia. No setor popular, destacaram-se autocuidado, espiritualidade, apoio familiar, alimentação e uso de plantas medicinais. No setor *folk*, foram identificadas práticas como garrafadas, chás e orientações de curandeiros ou rezadores. As intersecções entre os setores revelaram que esses cuidados podem ocorrer de forma concomitante, complementar ou processual ao longo do itinerário terapêutico.

Conclusão
Evidenciou-se que mulheres com câncer mobilizam práticas de cuidado nos setores profissional, popular e *folk*, com predomínio do cuidado biomédico, mas também com presença de práticas espirituais, familiares, tradicionais e de autocuidado. Os achados reforçam a necessidade de uma enfermagem integral, humanizada e culturalmente sensível, capaz de reconhecer a coexistência e as intersecções entre diferentes modos de cuidado ao longo da trajetória de adoecimento e tratamento.

Palavras-chave
Medicina Tradicional; Neoplasias; Mulheres; Terapias Complementares; Setor Informal.

CC BY

Abstract

Objective
To understand, based on the scientific literature, the care practices used by women with cancer across different health care sectors, according to Arthur Kleinman's theoretical framework.

Method
An integrative review was conducted in the SciELO, LILACS, Scopus, and CINAHL databases, using search strategies that combined terms related to health, women, cancer, traditional medicine, and popular medicine through the Boolean operators AND and OR. A total of 5,072 records were identified and, after the selection process and assessment of reporting completeness using the COREQ checklist, 14 articles were included in the final sample. Data were analyzed using directed content analysis, based on Arthur Kleinman's theoretical framework.

Results
The studies showed that women with cancer mobilize care practices within the popular, *folk*, and professional sectors, with a predominance of the professional sector, especially through oncological treatments and physiotherapy care. In the popular sector, self-care, spirituality, family support, diet, and the use of medicinal plants stood out. In the *folk* sector, practices such as herbal mixtures, teas, and guidance from healers or prayer healers were identified. The intersections between the sectors revealed that these forms of care may occur concomitantly, complementarily, or progressively throughout the therapeutic itinerary.

Conclusion
It was evidenced that women with cancer mobilize care practices within the professional, popular, and *folk* sectors, with a predominance of biomedical care, but also with the presence of spiritual, family-based, traditional, and self-care practices. The findings reinforce the need for comprehensive, humanized, and culturally sensitive nursing care, capable of recognizing the coexistence and intersections between different modes of care throughout the trajectory of illness and treatment.

Keywords
Traditional Medicine; Neoplasms; Women; Complementary Therapies; Informal Sector.

Introdução

O câncer pode ser compreendido como uma doença caracterizada pelo crescimento desordenado de células alteradas, que evoluem ao longo do tempo por meio de processos de seleção natural.[1] Dados de um estudo com abordagem feminista evidenciam que o câncer representa entre as três principais causas de morte prematura em mulheres na maioria dos países do mundo.[2] Para 2040, as projeções dos tipos de câncer mais incidentes entre mulheres, ao considerar apenas as mudanças demográficas, mantêm o padrão observado em 2020: câncer de mama (364.000), pulmão (114.000), útero (99.000) e melanoma (92.000). Em seguida, o câncer colorretal (72.000) ocupa a quinta posição em frequência.[3]

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde indicam o câncer de mama como a principal causa de incidência e mortalidade feminina, seguido pelos cânceres de pulmão, colorretal, colo uterino e pâncreas, evidenciando a magnitude desse agravo para os sistemas de saúde da região.[4] Para além das repercussões clínicas e fisiológicas, o adoecimento oncológico produz sofrimento emocional, alterações corporais, impactos familiares, inseguranças espirituais e desafios cotidianos que atravessam a experiência da doença.[5]

Nessa direção, compreender o cuidado em saúde exclusivamente a partir do modelo biomédico mostra-se insuficiente. A vivência do câncer frequentemente conduz as mulheres à busca de múltiplos recursos terapêuticos, formais e informais, acionados simultaneamente ao longo do itinerário terapêutico. Tal movimento evidencia que o enfrentamento da doença não ocorre apenas no interior dos serviços de saúde, mas também nas relações familiares, religiosas, culturais e comunitárias.[6]

Para compreender essa pluralidade de práticas, adota-se como referencial teórico o sistema de cuidado à saúde proposto por Arthur Kleinman, segundo o qual o cuidado é organizado em três setores interdependentes: o setor popular, relacionado ao autocuidado, ao apoio familiar e aos saberes cotidianos; o setor *folk*, vinculado a especialistas não formalmente legitimados, como benzedeiros, curandeiros e rezadores; e o setor profissional, correspondente ao modelo biomédico institucionalizado.[7] Essa perspectiva permite analisar o pluralismo

CC BY

terapêutico presente no adoecimento, bem como as negociações culturais que permeiam as escolhas e práticas de cuidado adotadas pelas mulheres.

As práticas espirituais constituem importante componente dos setores de cuidado em saúde, sobretudo no adoecimento crônico. Estudo com pessoas com câncer na África Subsaariana demonstrou que oração, aconselhamento e rituais culturalmente contextualizados contribuem para redução da ansiedade, fortalecimento da esperança e melhora da qualidade de vida, sendo reconhecidos como parte de uma assistência oncológica integral.[8]

Em consonância com esses achados, revisão acerca da espiritualidade como estratégia de enfrentamento entre mulheres com câncer de mama demonstrou que religiosidade e espiritualidade perpassam toda a experiência do adoecimento, promovendo conforto, atribuição de sentidos e resiliência. Manifestadas sobretudo por meio da oração e da fé, tais práticas evidenciam que o itinerário terapêutico envolve demandas que extrapolam a cura biológica, exigindo da enfermagem uma abordagem sensível às dimensões emocionais, familiares e espirituais do sofrimento.[9]

Estudos recentes demonstram que práticas espirituais e redes de apoio assumem papel relevante no enfrentamento do câncer, contribuindo para a redução da ansiedade, fortalecimento da esperança e ressignificação do sofrimento.[8-10] A religiosidade e a espiritualidade também têm sido descritas como recursos que auxiliam mulheres com câncer a atribuir sentido ao adoecimento e a sustentar estratégias emocionais de enfrentamento.[8,10] Paralelamente, observa-se a utilização de plantas medicinais, práticas corporais e terapias complementares, revelando que o cuidado em saúde se constitui para além da terapêutica medicamentosa.[11-12]

No âmbito institucional, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)[13-15], incorporadas às políticas públicas brasileiras, também vêm sendo reconhecidas como recursos auxiliares no manejo da dor, da ansiedade, da insônia e de outros desconfortos associados ao tratamento oncológico.[11-12] Todavia, para além das práticas oficialmente legitimadas, persistem saberes populares e tradicionais que continuam atravessando os percursos terapêuticos femininos, embora ainda sejam pouco explorados na literatura científica.[16-17]

Identifica-se, nesse sentido, uma lacuna na produção científica quanto à compreensão ampliada das práticas de cuidado mobilizadas por mulheres com câncer, especialmente quando analisadas sob a ótica dos diferentes setores de cuidado à saúde e de suas interfaces socioculturais. Compreender tais práticas pode contribuir para o fortalecimento de uma assistência de enfermagem culturalmente sensível, integral e orientada para o reconhecimento da pluralidade terapêutica presente na experiência do adoecimento oncológico feminino.

Diante disso, objetivou-se Compreender, a partir da literatura científica, as práticas de cuidado utilizadas por mulheres com câncer nos diferentes setores de cuidado à saúde, conforme o referencial teórico de Arthur Kleinman.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita a síntese e a análise ampliada de conhecimentos produzidos sobre determinado fenômeno, reunindo resultados de pesquisas com diferentes abordagens e contribuindo para a compreensão de lacunas e tendências da produção científica.[18-19] Para a condução deste estudo foram seguidas as seis etapas metodológicas preconizadas para revisões integrativas: elaboração da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, busca na literatura, extração dos dados, análise crítica e síntese do conhecimento.[18]

A questão norteadora foi elaborada com base na estratégia PICo, considerada adequada para investigações que envolvem fenômenos qualitativos,[20] sendo definida a partir de: P (Population) – mulheres com câncer; I (Interest) – práticas de cuidado; e Co (Context) – serviços de saúde em todos os níveis (atenção primária, ambulatorial e hospitalar). Assim, estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa: quais práticas de cuidado são utilizadas por mulheres com câncer que fazem tratamento em serviços de saúde descritos na literatura?

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos artigos originais de abordagem qualitativa, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês, sem delimitação temporal, que abordassem mulheres com câncer e descrevessem suas práticas de cuidado, as quais poderiam ser relacionadas aos setores popular, *folk* ou profissional. Entre práticas citadas pelas participantes dos estudos, poderiam estar as denominadas práticas populares, medicina tradicional, terapias complementares, autocuidado, espiritualidade ou cuidados profissionais.

Optou-se pela inclusão de estudos qualitativos por compreender que esse delineamento possibilita maior aproximação com as experiências, significados e narrativas das mulheres sobre o adoecimento e sobre as práticas de cuidado mobilizadas em seu itinerário terapêutico.

CC BY

Foram excluídos artigos de revisão, estudos quantitativos, editoriais, dissertações, teses, anais de congresso, estudos documentais e pesquisas cujos participantes não fossem mulheres em tratamento ou vivência oncológica.

Fontes de informação e base de dados

A busca bibliográfica foi realizada nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Optou-se por essas bases por compreender que concentram investigações qualitativas relacionadas à experiência do adoecimento, práticas culturais de cuidado e itinerários terapêuticos, aspectos centrais ao objeto deste estudo.

Estratégias de busca

As buscas foram realizadas em junho de 2026 pelas primeira, segunda, terceira e quinta autoras do estudo. A estratégia de busca resultou na identificação de 5.072 registros nas bases de dados, sendo que 387 eram duplicados, totalizando para análise de títulos e resumos: 4685. Os descritores e palavras-chave utilizados foram saúde, mulheres, câncer, medicina tradicional e medicina popular. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR. Os descritores foram testados e geraram os seguintes resultados estratificados no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégias de busca e resultados obtidos

Fonte	Estratégia de busca	Resultado
SciELO	(saúde) AND (mulheres) AND (câncer) AND (medicina tradicional) OR (medicina popular)	1.360
LILACS	(saúde) AND (mulheres) AND (câncer) AND (medicina tradicional) OR (medicina popular)	3.559
CINAHL	health AND women AND cancer AND traditional medicine OR *folk* medicine	113
Scopus	(KEY (health) AND KEY (women) AND KEY (cancer) AND KEY (traditional medicine) OR KEY (*folk* medicine))	40
Total (bruto)		5.072
Duplicados		387
Total para análise		4.685

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026.

Destaca-se que foram testadas diferentes estratégias de busca com descritores específicos, não sendo obtidos resultados satisfatórios em alguns cruzamentos. Um exemplo foi a adição do descritor Pesquisa Qualitativa e não se obteve nenhum resultado. Diante disso, optou-se pela utilização de descritores mais amplos e termos alternativos, como saúde, mulheres, câncer, medicina tradicional e medicina popular, a fim de ampliar a sensibilidade da busca e possibilitar maior recuperação de estudos potencialmente elegíveis. O booleano OR foi a possibilidade pela ampliação dos resultados, uma vez que rastrearia ou a menção de medicina popular ou a medicina tradicional.

Processo de seleção

Inicialmente, todos os registros recuperados nas bases de dados foram submetidos à leitura dos títulos e resumos, com a finalidade de verificar aderência ao objeto de estudo e aos critérios previamente estabelecidos. Destaca-se que muitos títulos foram excluídos nesta fase, uma vez que se tratava de estudos quantitativos e/ou sobre prevenção de câncer de mama (mamografia, autoexame, exame clínico de mamas) ou prevenção de câncer de colo de útero (conhecimento, adesão, resultados etc.).

Os estudos potencialmente elegíveis, sendo um total de 55, seguiram para leitura na íntegra, igualmente realizada por duas revisoras de forma independente. As discordâncias quanto à inclusão ou exclusão foram discutidas entre as avaliadoras e, quando necessário, submetidas à apreciação de uma terceira revisora, até obtenção de consenso.

Desses, 24 seguiram para a etapa de avaliação da qualidade do relato. Os outros 31 foram excluídos por não mencionarem práticas de cuidado, remetendo-se mais a sentimentos e sensações da vivência com algum tipo de câncer, sem menção a práticas de cuidado acessadas durante seu itinerário terapêutico.

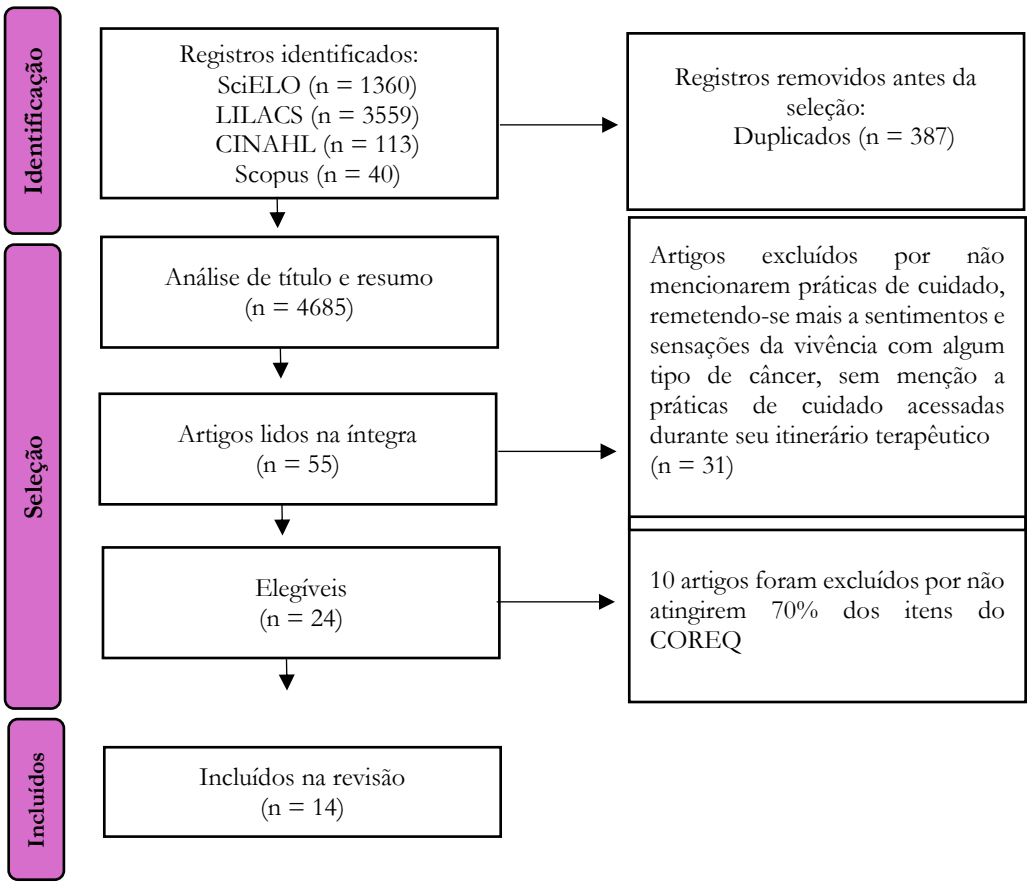


Figura 1. O fluxograma adaptado no modelo PRISMA-ScR[21] ilustra as etapas de identificação, seleção e inclusão.

Avaliação de qualidade das publicações

A avaliação de qualidade dos artigos, ocorreu considerando os itens do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).[22] Tal escolha ocorreu por ser um checklist da Equator, que orienta para informações importantes e fundamentais na escrita dos artigos, especialmente no método de artigos de pesquisa qualitativa - o que garante a possibilidade de reprodutibilidade - conforme o quadro 2. A validação brasileira[23] deste instrumento mostrou que ocorreu de forma significativa a qualificação dos artigos de pesquisa qualitativas. 14 publicações obtiveram pontuação mínima de 70%, as quais foram analisadas e tiveram seus dados extraídos.

CC BY

Quadro 2. Avaliação da qualidade dos artigos segundo COREQ.

Questões*/Autor/Ano	Almeida et al, 2015	Gázola et al, 2017	Macedo et al, 2018	Almeida et al, 2022	Salimena et al, 2012	Rosa e Radünz, 2013	Barradas et al, 2022	Duque et al, 2023	Pereira et al, 2024	Oliveira et al, 2024	Brilhante et al, 2025	Ramírez-Perdomo, 2018	Cunha et al, 2019	Castañeda, Buriticá, 2020	Soares et al, 2019	Maree et al, 2014	Mensah et al, 2024	Jaman-Mewes et al, 2014	Ferreira et al, 2015	Soares et al, 2016	Machado et al, 2017	Mårtink et al 2020	Souza et al, 2021	Salazar et al, 2025
Q1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	S	N	N	S	S	N	S	N	N	S	S	N
Q2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q3	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q4	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	
Q5	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N
Q6	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q7	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q8	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	
Q9	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q10	S	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S
Q11	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q12	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
Q13	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q14	S	S	N	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q15	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q16	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S
Q17	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N
Q18	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q19	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q20	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	S	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	S	N/A	N/A
Q21	N	S	N	S	N	N	S	N	N	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S
Q22	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q23	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S	S	S	N	N	N	S	S	N
Q24	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N/A	S	N	N	N	S	N
Q25	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N	N/A	N	N/A	N/A	S	N/A	S	N	N	S	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Q26	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q27	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	S	N/A	S	N/A	N/A	S	N/A	S	S	N/A	S	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Q28	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S	S	S	N	N	N	S	S	N
Q29	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q30	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q31	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Q32	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Total	69 %	76 %	59 %	69 %	62 %	69 %	62 %	62 %	55 %	79 %	71 %	65 %	90 %	71 %	70 %	87 %	84 %	79 %	81 %	65 %	72 %	87 %	93 %	72 %

Pensar Enfermagem / v.30 n.01 / Jan-Dez 2026 / DOI: 10.71861/pensarenf.v30i1.482 / e00482

CC BY

*Domínio 1) Equipe de pesquisa e reflexividade: Q1. Há informação de qual autor conduziu a coleta de dados? Q2. Há informação de quais eram as credenciais do pesquisador? Q3. Há informação de qual era a ocupação dos autores na época do estudo? Q.4 Há informação do sexo do autor? Q.5 Há informação da experiência ou treinamento do pesquisador? Q.6 Há informação se foi estabelecido algum tipo de relacionamento antes do início do estudo? Q.7 Há informação sobre o que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Q.8 Há informação sobre quais características foram relatadas sobre o pesquisador/entrevistador? Domínio 2) Conceito do estudo: Q.9 Há informação de qual orientação metodológica para sustentar o estudo? Q.10 Há informação de como os participantes foram selecionados (amostragem)? Q.11 Há informação de como os participantes foram abordados? Q.12 Há informação sobre quantos participantes foram incluídos no estudo? Q.13 Há informação sobre quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram, e quais os motivos? Q.14 Há informação sobre o local onde os dados foram coletados? Q.15 Há informação se havia mais alguém presente, além dos participantes, durante a coleta de dados? Q.16 Há informação sobre as características sociodemográficas ou data de coleta da amostra? Q.17 Há informação se os autores forneceram perguntas, instruções ou guias (se sim foram testadas por teste piloto)? Q.18 Há informação sobre a realização de entrevistas repetidas? Q.19 Há informação sobre gravação de áudio ou visual? Q.20 Há informação se as notas de campo foram feitas durante e/ou após o encontro? Q.21 Há informação sobre a duração do encontro? Q.22 Há informação se a saturação dos dados foi discutida? Q. 23 Há informação se as transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários ou correção? Domínio 3) Análise e resultados: Q. 24 Há informação de quantos foram os codificadores de dados? Q.25 Há informação se os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação? Q.26 Há informação se os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados? Q.27 Há informação de qual software, se aplicável, foi utilizado para gerenciar os dados? Q.28 Há informação se os participantes forneceram feedback sobre os resultados? Q.29 As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação está identificada por código? Q.30 Há informação se houve consistência entre os dados apresentados e os resultados? Q.31 Há informação se os principais temas foram claramente apresentados nos resultados? Q.32 Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?
** S=sim; N= não; N/A=não se aplica.
Fonte: elaborado pelas autoras, 2026.

Procedimento de extração dos dados
Para a extração de dados, foi utilizado um quadro para organizar as informações coletadas dos artigos, quanto ao ano da publicação, país, revista, área, raça, idade de mulheres com câncer, tipo de câncer, práticas de cuidado referidas/mencionadas pelas mulheres.

Estratégia de análise e síntese da informação
Para a análise dos dados extraídos a partir dos artigos, utilizou-se a análise de conteúdo dirigida. Essa abordagem tem como objetivo principal validar ou expandir um quadro teórico ou uma teoria previamente existente. Além disso, pode gerar previsões acerca de variáveis de interesse ou das relações entre essas variáveis, contribuindo para a definição inicial do esquema de codificação e para a identificação das relações entre os códigos, sendo essa aplicação reconhecida como categorização dedutiva.[24]
Os conceitos aplicados às práticas de cuidado identificadas corresponderam aos setores de cuidado à saúde propostos por Arthur Kleinman: setor popular, setor *folk* e setor profissional.[7] As etapas analíticas seguiram com a leitura da coluna referente às práticas de cuidado presente no quadro de extração dos dados. Quando havia, por exemplo, a menção ao uso de chás, observava-se o contexto dessa utilização, verificando se a orientação de uso ou o modo de preparo originava-se no ambiente familiar — enquadrando-se no setor popular — ou se era orientado por curandeiro ou especialista tradicional — enquadrando-se no setor *folk*. Ainda, foram consideradas as intersecções entre os setores simultaneamente em momento referido pelas participantes dos estudos e suas adesões processuais aos setores, conforme sua vivência de tratamento de câncer.

Resultados
A caracterização dos estudos incluídos nesta revisão está apresentada no Quadro 3. Observa-se que a temática foi investigada em diferentes períodos e contextos nacionais, com predomínio de estudos desenvolvidos no Brasil. Também foram identificadas produções realizadas em outros países, como Colômbia, Chile, Zâmbia, Gana e México.

Quadro 3. Caracterização dos estudos incluídos na revisão

Autor/Ano	Revista	País do estudo	Área	Raça das mulheres	Idade das mulheres
Gazola *et al.*, 2017[25]	Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo	Brasil	Fisioterapia	Não informado	18 a 35 anos
Oliveira *et al.*, 2024[26]	Revista Mineira de Enfermagem	Brasil	Enfermagem	7 pardas, 6 brancas e 2 pretas	Média de 50,9 anos
Brilhante *et al.*, 2025[27]	Saúde e Sociedade	Brasil	Multiprofissional	Não informado	24 a 54 anos
Cunha *et al.*, 2019[28]	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Brasil	Enfermagem	Não informado	43 a 65 anos
Castañeda e Buriticá, 2020[29]	Investigaciones Andina	Colômbia	Enfermagem	Não informado	Não informado
Soares *et al.*, 2019[30]	Avances en Enfermería	Brasil	Enfermagem	3 pardas, 1 preta e 1 branca	25 a 73 anos
Maree, Cur e Kaila, 2014[31]	International Journal of Gynecological Cancer	Zâmbia	Enfermagem	Não informado	34 a 75 anos
Mensah *et al.*, 2024[32]	BMC Complementary Medicine and Therapies	Gana	Enfermagem	Não informado	34 a 77 anos
Jaman-Mewes e Rivera, 2014[33]	Aquichan	Chile	Enfermagem	Não informado	Média de 56,2 anos
Ferreira, Salazar e Peruchi, 2015[34]	Psicologia Hospitalar	Brasil	Psicologia	Não informado	39 a 64 anos
Machado, Soares e Oliveira, 2017[35]	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Brasil	Enfermagem	Predomínio de mulheres pardas	30 a 70 anos
Mairink *et al.*, 2020[36]	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Brasil	Enfermagem	Não informado	18 a 40 anos
Souza *et al.*, 2021[37]	Aquichan	Brasil	Enfermagem	Não informado	43 a 72 anos
Salazar *et al.*, 2025[38]	Revista de Investigación en Salud	Brasil, Colômbia e México	Enfermagem	Não informado	41 a 70 anos

Fonte: Elaborado no presente estudo.

A seguir serão apresentados os três setores de cuidado à saúde utilizados por mulheres com câncer: popular, *folk* e profissional.

Setor Popular

Entre as práticas de cuidado referidas pelas participantes dos estudos, oriundas do setor popular, as quais circulam na família, amigos, vizinhos, comunidade, estavam: alimentação com exclusão de carnes e inclusão de frutas e verduras que poderiam melhorar os sintomas; preparo de sucos desintoxicantes; uso de chás ensinados pela família ou pelos amigos; práticas no banho como despedida de parte do corpo que seria removida cirurgicamente ou evitação de espelho no pós-cirúrgico; práticas de fé, oração, leitura, diálogo com o divino, idas às igrejas; cuidado com plantas ou contato com a natureza.

CC BY

Estudo[28] identificou que as práticas em relação aos alimentos dependiam de seleção de certos tipos de alimentos, os quais apesar de não terem sido escolhidos diretamente para o alívio dos sintomas da quimioterapia, eram descritos pelas mulheres como forma de prevenir, amenizar ou diminuir efeitos indesejáveis e reações adversas durante a quimioterapia. Entre os alimentos estavam sucos verdes, vistos como forma de melhorar o sistema imunológico. Em sua composição, poderiam estar ora-pro-nóbis, hortelã, salsa, limão bananas, maçãs, mamão, gengibre etc. Também foi mencionado o chá mate para hidratação oral. Sucos de maracujás foram utilizados para tranquilizar a mente e manter o corpo mais relaxado. Outro estudo[29] destacou a aversão a carne por uma das participantes e seleção de vegetais e frutas nas refeições diárias.
Um dos estudos[25] evidenciou que na prática de banho, uma de suas participantes fez um certo ritual de despedida de sua mama, antes do procedimento cirúrgico, chorando muito e buscando imaginar o que seria o dia seguinte. Outro[27], apresentou uma prática pós-cirurgia, no qual a participante chorava enquanto se banhava e evitava olhar-se no espelho.
Em relação às práticas religiosas ou espirituais, estudo[26] demonstrou que as mulheres relatavam que a espiritualidade é como uma força que todos possuem, a qual cada uma precisa descobrir em si mesmas, independente da religião. A fé foi entendida como uma elevação do espírito e enfrentamento para deixar o processo mais leve. O diálogo com o divino é possível a partir da perspectiva das mulheres, não se restringindo ao espaço da igreja, mas em qualquer lugar, estando ligado, conforme estudo[29] com a oração, a leitura da Bíblia e a reflexão espiritual. Ainda, destacou-se que as mulheres, especialmente as cristãs, encontraram um sentido no adoecimento de que a espiritualidade poderia ser fortalecida, e que isso poderia ajudar no tratamento. Outro aspecto relevante em relação às práticas de fé, encontrado em estudo[35], foi a de ver Deus como um médico vivo, e atribuir ao avanço da medicina convencional, os desígnios de Deus. A esperança foi destacada em estudo[37], bem como a confiança nos médicos, por se acreditar que há algo entre a Terra e o Céu.
Por fim, acerca do cuidado com plantas e o contato com a natureza identificada em estudo[28], segundo as participantes, sua prática resultava em redução da fadiga mental e, a oportunidade de se deslocarem para um ambiente externo ao limite de suas casas, onde aconteciam as rotinas e o convívio diário. Nesse sentido, o verde representa um descanso.

Setor *Folk*

Entre as práticas desenvolvidas no setor *folk*, oriundas de orientações ou intervenções de curandeiros tradicionais, especialistas no tema/práticas, estavam: alimentação que poderia contribuir para a recuperação, como amendoim, vegetais, peixe; remoção de sinais do câncer por meio de consultas; acesso a consulta de medicina tradicional com promessa de cura de câncer através de divulgação em rádios; busca de chás junto ao curandeiro; mistura de ervas com alimentos orientadas pelo curandeiro; naturopatia, a partir de alimentos naturais e exercícios físicos; aplicação tópica de pomadas na pele, água benta e óleo de unção; e, cirurgia espiritual.
Estudo[29] demonstrou que as mulheres atribuem grande importância aos tratamentos tradicionais e às recomendações populares sobre os alimentos que podem ser consumidos por pessoas com câncer e que ajudam na recuperação. Além disso, também reconhecem o gel da planta babosa (*aloe vera*) para o tratamento de queimaduras para proteger a pele da radioterapia. Também foi mencionada em estudo[31], a utilização de ervas por mãe e filho. Outro aspecto encontrado foi a consulta com curandeiros tradicionais para retirada de sinais de câncer do colo do útero.
A mídia foi encontrada em estudo[32] como sendo meio de propagação de informação sobre a medicina tradicional e o seu uso no tratamento do câncer de mama. Na rádio, curandeiros e usuários da medicina tradicional afirmavam medicamentos eficazes, herbalistas e usuários participavam do programa fornecendo depoimentos, desse modo os ouvintes tomavam conhecimento sobre medicamentos à base de ervas.
As misturas de ervas com alimentos naturais e saudáveis constituem modalidades de tratamento, e os herbalistas orientam que as ervas devem ser adicionadas as refeições diárias ou fervidas em uma mistura que pudesse ser bebida, sendo esse o remédio. Outro método de utilização de ervas, foi a aplicação de medicamentos e pomadas na pele, fornecidos pelos praticantes de medicina tradicional, os quais instruem sobre a preparação e aplicação, como por exemplo, creme para aplicar na área afetada do seio ou toalha embebida na fervura de ervas para massagem no seio.[32]
O uso de métodos naturopáticos também foi visto em estudo[32], no qual se indicava dieta saudável, exercícios físicos e repouso suficiente como forma de tratamento para diminuição de nódulo da mama.
Foi identificada a busca por atendimento em curandeiro espiritual, o qual ofertou água benta para beber e óleo de unção para massagear o peito.[32] Em outro estudo[37], a paciente buscou a realização de cirurgia espiritual antes de realizar a cirurgia física, reforçando seu sentimento de boa saúde antes da cirurgia física.

Setor profissional

Entre as práticas de cuidado oriundas do setor profissional, estavam os procedimentos de quimioterapia, braquiterapia, radioterapia, consultas com médicos e fisioterapeutas. A quimioterapia era desencadeadora de observações e ressignificação do corpo físico, mental, emocional acerca dos tratamentos, tais como reorganizadora de seu dia a dia ou desorganizadora[27], queda de cabelo[29,32,36,38] ou com produção de sintomas como náuseas, fraqueza, dispareunia, coceiras nos braços, ausência de sede[27,36] e, sensação de dor nos ossos.[38] A braquiterapia ocasionava descamação úmida e dolorosa[31], especialmente pelo antisséptico utilizado antes do procedimento. A radioterapia[29] era a promotora de desgaste de unhas, perda de dentes, anemia, perda de peso, queimaduras, exacerbação de dor e sonolência.

As consultas médicas auxiliavam desde a fase de investigação do câncer, bem como em possibilidades de controle de sintomas, como dor.[36] As consultas com a fisioterapeuta[27], se davam especialmente na área da sexualidade para massagens, laserterapia e autoconhecimento de órgãos internos.

Em estudo[24] foi encontrado sobre a falta de desejo sexual com seu parceiro durante a realização do tratamento quimioterápico. Tal queixa, em outro estudo[27], foi minimizada com o tratamento da dispareunia, a partir de fisioterapia e laser vaginal, referindo importante melhora da sexualidade. Ademais, afirmam que a fisioterapia promove o autoconhecimento das áreas pélvicas.

Intersecções nos setores popular, *folk* e profissional

A intersecção entre os setores popular e *folk* ocorreu pela motivação de familiares ou amigos já usuários da medicina tradicional, que enfatizavam sua eficácia. Estudo[32] demonstra que o círculo familiar constitui uma das principais fontes de informação e confiança sobre medicina tradicional no tratamento do câncer.

Entre as práticas que emergiram na fala das mulheres nos estudos, que fazem intersecção entre o setor profissional e o popular, estavam: diálogos com o divino — tanto no uso de medicamentos como em cirurgias; uso de instrumentos religiosos durante o procedimento biomédico; a crença de que o tratamento seria de 50% convencional e 50% do próprio estado espírito; associação de algo familiar ao recebimento de quimioterapia; e a ruptura com alguma parte do corpo vista como culturalmente aceita na sociedade em função de um tratamento convencional, tal como a mastectomia.

Estudo[26] identifica que a fé está presente durante o tratamento quimioterápico, pacientes utilizam práticas como realizar o procedimento com o terço na mão e realizam orações com conversas com Jesus para se tranquilizar. Também foi visto que, durante procedimentos cirúrgicos, pacientes imaginam que o sangue de Cristo estava presente no momento, sendo os médicos somente o instrumento de Jesus. Além disso, resultados apontam que o pensamento de pacientes que buscam a fé volta-se para que, se a doença vencer, eles vão para um lugar melhor. Em outro estudo[28], a fé é apontada como a confiança de poder passar pelo processo do tratamento, pois apoiam-se em escutar uma música, ler um evangelho, para tranquilizar. Neste mesmo sentido, estudo[34] refere que a doutrina espírita faz com que os pacientes tenham fé, pois acreditam que metade do tratamento é a medicina e a outra metade é o apoio espiritual.

Estudo[27] demonstra que o cabelo faz parte do ser feminino, é o charme da mulher e, ao realizar a quimioterapia, a mulher perde cabelo, sobrancelha, cílios, e fica totalmente desfigurada, não se identificando mais como esposa e mulher, apenas como paciente realizando tratamento.

As práticas de cuidados identificadas na interseção entre os setores *folk* e profissional demonstraram os movimentos das mulheres com câncer, motivadas pelas divulgações em rádios sobre medicina tradicional, bem como pela consideração financeira, acesso ao tratamento, modalidade não invasiva e ação do recurso terapêutico, uma vez que a medicina tradicional era mais acessível, menos custosa e com minimização de efeitos adversos. Por outro lado, a medicina convencional apresentava-se mais morosa no tratamento, sendo necessária a apresentação de exames para definição de diagnóstico. Nesse sentido, a intersecção pode ocorrer de forma concomitante ou processual, ou seja, com início de tratamento tradicional para depois acessar o convencional, ou ainda, com a articulação de ambos para uso complementar, ou com a saída da medicina convencional em detrimento de efeitos colaterais para a medicina tradicional, a qual era entendida como menos agressiva. A desistência da medicina tradicional poderia ocorrer por duas razões: a orientação dos profissionais de saúde para descontinuação ou a percepção de não melhora.

Estudo[32] demonstra que pacientes optam pela medicina tradicional inicialmente pelo menor custo e pela percepção de maior eficácia sobre a causa da doença — como a diminuição do nódulo no seio, dispensando a mastectomia — além de envolver práticas menos invasivas e mais rápidas, já que os centros tradicionais não exigem as baterias de exames laboratoriais e de imagem que retardam o atendimento hospitalar. O mesmo estudo[32] relata que alguns profissionais de saúde ortodoxos desencorajavam o uso da medicina tradicional por temerem interferência na eficácia do tratamento hospitalar, e que uma paciente relatou ineficácia do creme de ervas utilizado.

CC BY

Foram identificadas práticas de cuidado mobilizadas nos três setores, sendo o popular a partir da família nuclear e religiosidade, o *folk*, a partir de consultas com rezadores ou curandeiros e prescrição de garrafadas e chás, e o setor profissional para diagnóstico e tratamento convencional. Tais práticas poderiam ser concomitantes, complementares ou processuais. Em estudo[30] foi visto que existe uma pluralidade de sistemas de cuidados em torno do paciente, não utilizados antagonicamente, mas sim concomitante e complementar. Ou seja, os pacientes fazem uso de chás, são apegados a Deus, possuem fé, utilizam ambulatório para realizar biópsia, posto de saúde, hospital, fazem uso de garrafada e consultam com rezadores.
Para melhor visualização e organização das informações acerca dos setores de cuidado à saúde acessados por mulheres em tratamento de câncer, apresenta-se a (Figura 2.) Evidencia-se a centralidade biomédica, porém atravessada por demandas de acolhimento e humanização.

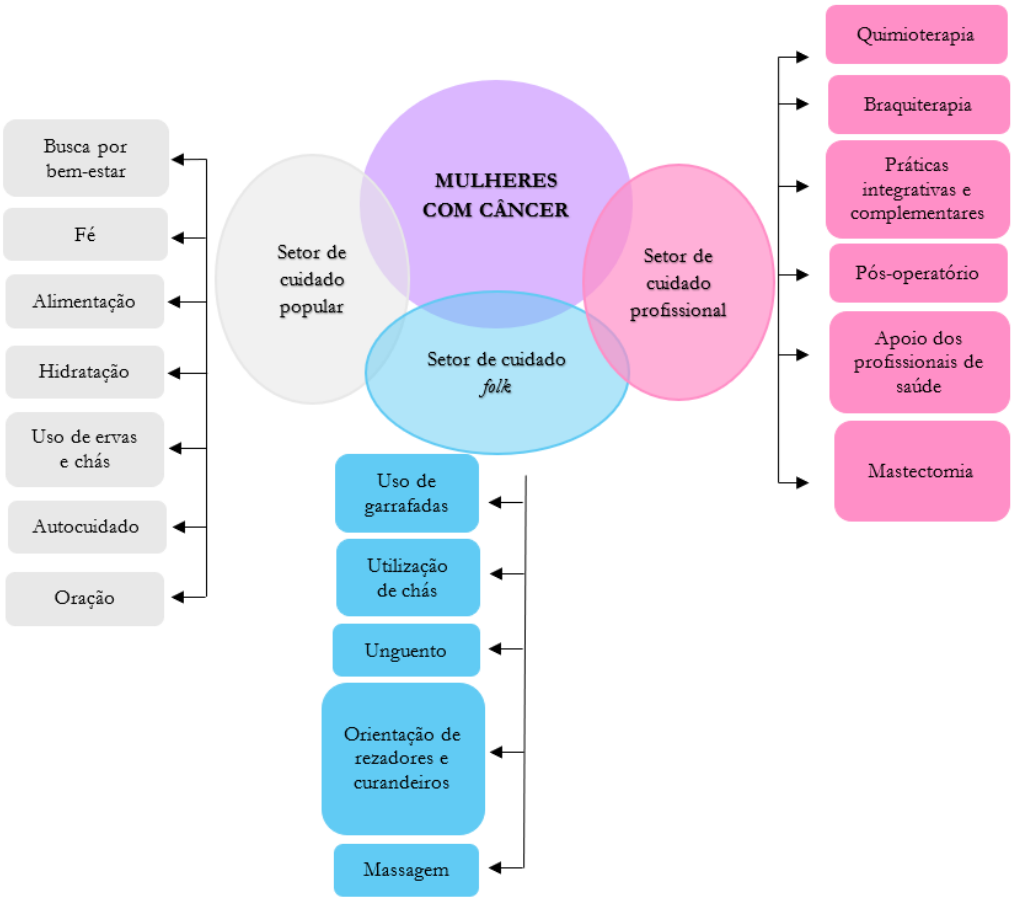


Figura 2. Mapa mental das práticas de cuidado utilizadas por mulheres com câncer segundo os setores de cuidado à saúde.
Fonte: Elaborado no presente estudo.

Discussão

A presente revisão integrativa evidenciou que as práticas de cuidado utilizadas por mulheres com câncer não se restringem ao setor profissional, mas se distribuem entre diferentes formas de enfrentamento do adoecimento, revelando a coexistência dos setores popular, *folk* e profissional.[7] Ainda que o setor profissional tenha se apresentado de forma predominante, especialmente por meio dos tratamentos biomédicos, consultas, exames, procedimentos terapêuticos e acompanhamento da fisioterapia, os achados demonstram que a experiência oncológica mobiliza necessidades que ultrapassam o manejo clínico da doença, envolvendo apoio emocional, espiritualidade, relações familiares, saberes tradicionais, autocuidado e manutenção do bem-estar cotidiano.
A permanência do câncer como problema de saúde pública, com impactos que ultrapassam as repercussões biológicas e atravessam a imagem corporal, a vida familiar, a sexualidade e as relações sociais, reforça a relevância de discutir o cuidado a partir dos setores propostos por Kleinman, reconhecendo que o

enfrentamento da doença envolve tanto práticas biomédicas quanto recursos familiares, comunitários, culturais e espirituais.[4] No contexto brasileiro, os dados epidemiológicos reforçam a importância de estudos que abordem o câncer como fenômeno biológico, social e cultural.[39]

A predominância do setor profissional nos estudos analisados demonstra a centralidade do modelo biomédico no tratamento oncológico, ainda que tais práticas possam produzir desconfortos físicos, alterações corporais e sofrimento emocional na vida cotidiana das mulheres. O cuidado profissional precisa ir além da técnica, entendendo a realidade de cada mulher e acompanhando as repercussões psicossociais do adoecimento com escuta qualificada[40], já que tratamentos como a quimioterapia produzem sintomas físicos e impactos emocionais que reforçam a necessidade de cuidado sensível e contínuo.[41]

Para além do acompanhamento da fisioterapia, a enfermagem assume papel estratégico por manter contato próximo com mulheres e familiares, atuando na educação em saúde, no manejo de sintomas e no suporte emocional ao longo do tratamento, contribuindo para a melhora do estado psicológico e da qualidade de vida das mulheres.[42] Orientações individualizadas e suporte psicológico favorecem, do mesmo modo, a compreensão da doença e a adesão terapêutica[43], de modo que o cuidado de enfermagem não deve se limitar à dimensão técnica, mas acolher as experiências, dúvidas e crenças que acompanham as mulheres durante o tratamento.

No setor popular, os achados desta revisão demonstraram a presença de práticas construídas no cotidiano, compartilhadas entre familiares, amigos, vizinhos e comunidade. Alimentação, uso de chás e plantas medicinais, espiritualidade, oração, apoio familiar, autocuidado corporal e busca por bem-estar expressam formas de cuidado que fazem parte da vida das mulheres antes, durante e após o tratamento oncológico. Tais práticas não devem ser interpretadas apenas como alternativas ao serviço de saúde, mas como recursos de enfrentamento que conferem sentido, conforto e continuidade ao cuidado. O conhecimento medicinal tradicional pode ser transmitido entre gerações por meio da convivência, da observação e da participação comunitária.[44] De modo semelhante, o conhecimento sobre plantas medicinais circula nas relações familiares e comunitárias, sendo preservado pela oralidade e pela experiência cotidiana.[45] Nesse processo, familiares como pais, avós e outros membros da rede próxima assumem papel importante na manutenção e transmissão desses saberes.[11]

O setor *folk*, apareceu associado a práticas tradicionais mediadas por sujeitos socialmente reconhecidos por determinados saberes de cuidado, como benzedeiros, curandeiros, rezadores ou outros agentes tradicionais. Garrafadas, rezas, uso orientado de plantas medicinais, chás e práticas espirituais revelam a permanência de saberes tradicionais no enfrentamento do adoecimento, ainda que com menor representatividade em comparação ao setor profissional. Essas práticas, em muitos contextos, são sustentadas pela confiança comunitária, pela oralidade e pelo reconhecimento social de agentes que ocupam lugar simbólico importante na produção do cuidado. As garrafadas são descritas como preparações artesanais elaboradas a partir da associação de plantas medicinais e outros elementos naturais.[16] Esse tipo de preparação também expressa a permanência de saberes tradicionais relacionados ao uso combinado de recursos naturais.[46] A permanência dessas práticas evidencia a força da confiança comunitária e do reconhecimento social de agentes tradicionais no cuidado em saúde.[47]

A espiritualidade também se destacou como dimensão transversal aos setores de cuidado, pois pode aparecer tanto no setor popular, por meio da oração individual, da fé e do apoio familiar, quanto no setor *folk*, quando vinculada a rezadores ou práticas tradicionais, e ainda no setor profissional, quando reconhecida pela equipe como dimensão importante do cuidado integral. No contexto do câncer, a espiritualidade pode contribuir para a atribuição de sentido ao adoecimento, fortalecimento da esperança, redução da ansiedade e enfrentamento do sofrimento. Práticas espirituais, como oração, aconselhamento e rituais culturalmente contextualizados, podem contribuir para o conforto emocional e para a melhora da qualidade de vida de pessoas com câncer.[8]

A religiosidade também pode auxiliar mulheres com câncer a sustentar esperança, ressignificar o sofrimento e enfrentar as incertezas do tratamento.[10] Assim, reconhecer a espiritualidade como prática de cuidado não significa substituir o tratamento biomédico, mas compreender que muitas mulheres utilizam a fé e a religiosidade como recursos de sustentação emocional durante o tratamento.

Outro aspecto relevante refere-se às lacunas sociodemográficas observadas nos estudos incluídos, especialmente quanto à raça/cor das participantes. A ausência ou insuficiência dessas informações limita análises mais aprofundadas sobre desigualdades no adoecimento oncológico feminino, uma vez que raça/cor, renda, escolaridade, território e acesso aos serviços de saúde influenciam no tempo entre diagnóstico e tratamento, a continuidade do cuidado e as condições de enfrentamento da doença. Mulheres pardas e pretas, residentes em áreas rurais, com dificuldades financeiras e menor acesso à informação, apresentam maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de câncer de colo uterino.[48] Além disso, perfis de maior vulnerabilidade social tendem a apresentar intervalos mais extensos entre o diagnóstico e o início do tratamento.[49] Desse modo, a ausência de dados sociodemográficos fragiliza a compreensão sobre como diferentes mulheres vivenciam o câncer e acessam os setores de cuidado.

Pensar Enfermagem / v.30 n.01 / Jan-Dez 2026 / DOI: 10.71861/pensarenf.v30i1.482 / e00482

CC BY

A abordagem profissional, portanto, precisa reconhecer que as mulheres não chegam aos serviços de saúde desvinculadas de suas histórias, crenças, vínculos familiares, experiências comunitárias e práticas de cuidado previamente construídas. Quando essas práticas são silenciadas, desconsideradas ou tratadas com julgamento, pode haver afastamento entre usuárias e profissionais, dificultando a comunicação sobre o uso de chás, plantas medicinais, garrafadas e outras práticas tradicionais. Por outro lado, uma escuta qualificada permite que a equipe identifique possíveis riscos, interações com o tratamento, sentidos atribuídos ao cuidado e formas seguras de diálogo. A resistência ou o desinteresse profissional diante das práticas populares e tradicionais pode constituir barreira para a integralidade assistencial.[11] Por isso, torna-se necessário que os profissionais desenvolvam uma postura culturalmente sensível e aberta ao diálogo terapêutico.

Por fim, os achados indicam que os setores popular, *folk* e profissional não constituem categorias isoladas, fixas ou excludentes, mas se intersecionam ao longo da trajetória de adoecimento e tratamento.[7] Uma mesma prática pode assumir sentidos distintos conforme o contexto: o uso de plantas medicinais aproxima-se do setor popular quando aprendido em família[45], e do setor *folk* quando orientado por curandeiros ou rezadores.[17] Do mesmo modo, práticas espirituais, rezas, banhos e garrafadas coexistem com consultas, exames, quimioterapia, radioterapia, cirurgias e acompanhamento multiprofissional, demonstrando que o cuidado profissional não elimina outras formas de enfrentamento, mas convive com elas na experiência concreta das mulheres, exigindo do setor profissional uma postura de escuta, diálogo e sensibilidade cultural.[8] Compreender essa intersecção permite reconhecer que o cuidado oncológico feminino se constrói na articulação entre saberes biomédicos, familiares, tradicionais e espirituais.

Conclusão

A presente revisão integrativa evidenciou que mulheres com câncer mobilizam diferentes práticas de cuidado ao longo de sua trajetória de adoecimento e tratamento, envolvendo os setores profissional, popular e *folk*. Embora o setor profissional tenha se apresentado de forma predominante, especialmente por meio dos tratamentos biomédicos, consultas, exames, procedimentos terapêuticos e acompanhamento da fisioterapia, também foram identificadas práticas vinculadas ao setor popular e ao setor *folk*, como espiritualidade, autocuidado, apoio familiar, alimentação, uso de plantas medicinais, chás, garrafadas e orientações de curandeiros ou rezadores. Esses achados demonstram que o enfrentamento do câncer não se limita ao tratamento clínico, pois envolve dimensões emocionais, familiares, espirituais, culturais e sociais que influenciam as escolhas, os sentidos atribuídos ao adoecimento e as formas de cuidado utilizadas pelas mulheres. Nesse sentido, num campo multiprofissional, a enfermagem assume papel fundamental ao reconhecer esses diferentes modos de cuidado, favorecendo uma assistência integral, humanizada, segura e culturalmente sensível ao contexto de vida de cada mulher. A limitação de informações sociodemográficas nos estudos incluídos, especialmente quanto à raça/cor, restringiu análises mais aprofundadas sobre desigualdades no adoecimento oncológico feminino, ao mesmo tempo em que a menor visibilidade das práticas do setor *folk* aponta para a necessidade de novas investigações sobre saberes tradicionais e suas relações com o cuidado em saúde.

Conclui-se que este estudo contribui para ampliar a compreensão sobre os diferentes setores de cuidado acessados por mulheres com câncer, evidenciando que tais práticas não ocorrem de forma isolada, mas podem se apresentar de modo concomitante, complementar ou processual ao longo do tratamento. Recomenda-se, portanto, que futuras pesquisas aprofundem as intersecções entre os setores profissional, popular e *folk*, considerando os contextos socioculturais que atravessam os percursos de cuidado e influenciam as práticas de cuidado no adoecimento oncológico feminino.

Limitações do estudo

Como limitações deste estudo, destaca-se que a maior parte dos títulos inicialmente identificados a partir do descritor "câncer" referia-se à prevenção da doença, e não ao diagnóstico, ao tratamento ou às práticas de cuidado mobilizadas por mulheres durante o adoecimento oncológico. Esse aspecto evidencia uma limitação do próprio descritor utilizado, uma vez que o termo "câncer" não delimita, por si só, o contexto do diagnóstico e do tratamento, abrangendo também estudos voltados ao nível preventivo. Outra limitação foi a adoção do COREQ como guia para avaliar a qualidade dos artigos, pois muitos artigos foram excluídos por não conter pelo menos 70% das informações exigidas. Observou-se, ainda, a limitação de informações sociodemográficas relevantes, especialmente relacionadas à raça/cor e idade das mulheres, em diversos estudos incluídos, conforme evidenciado na caracterização da amostra. Tais limitações não comprometem os achados, mas evidenciam lacunas na literatura e apontam a necessidade de novas investigações que ampliem o conhecimento sobre os diferentes setores de cuidado à saúde no adoecimento oncológico feminino.

CC BY

Autoria e Contribuições
AFF: Concepção/desenho do estudo; Coleta de dados; Análise e interpretação; Redação do manuscrito; Revisão crítica; Aprovação da versão final e responsabilidade pelo mesmo.
SGO: Concepção/desenho do estudo; Coleta de dados; Análise e interpretação; Redação do manuscrito; Revisão crítica; Aprovação da versão final e responsabilidade pelo mesmo.
FEM: Concepção/desenho do estudo; Coleta de dados; Análise e interpretação; Redação do manuscrito; Revisão crítica; Aprovação da versão final e responsabilidade pelo mesmo.
KSP: Coleta de dados; Análise e interpretação; Redação do manuscrito; Revisão crítica; Aprovação da versão final e responsabilidade pelo mesmo.
AFJ: Coleta de dados; Análise e interpretação; Redação do manuscrito; Revisão crítica; Aprovação da versão final e responsabilidade pelo mesmo.

Conflitos de interesse e Financiamento
Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

Fontes de apoio / Financiamento
Este estudo não foi objeto de financiamento.

Declaração sobre disponibilização dados
Por tratar-se de revisão integrativa da literatura, este estudo não produziu banco de dados primário, razão pela qual a disponibilização de dados adicionais não se aplica.

Material Suplementar
- Parecer Revisor A
- Parecer Revisor B
- Carta de resposta aos revisores

Referências
1. Brown JS, Amend SR, Austin RH, Gatenby RA, Hammarlund EU, Pienta KJ. Updating the definition of cancer. Mol Cancer Res [Internet]. 2023 [citado 2026 jan 14];21(11):1142-1147. Disponível em: https://doi.org/10.1158/1541-7786.MCR-23-0411.
2. Ginsburg O, Vanderpuye V, Beddoe AM, Bhoo-Pathy N, Bray F, Caduff C, et al. Women, power, and cancer: a Lancet Commission. Lancet [Internet]. 2023 [citado 2026 fev 03];402(10417):2113-2166. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01701-4.
3. Rahib L, Wehner MR, Matrisian LM, Nead KT. Estimated projection of US cancer incidence and death to 2040. JAMA Netw Open [Internet]. 2021 [citado 2026 mar 12];4(4). Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4708
4. Pan American Health Organization. Cancer [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2023 [citado 2025 dez 15]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/cancer.
5. Junqueira LC, Santos MA. Going through the storm: body image and sexuality of women after breast cancer. Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc [Internet]. 2020 [citado 2026 mar 15];8(Suppl 1):562-574. Disponivel em: https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4669
6. Xavier LV, Tavares LM, Santos JN. O processo de informação e comunicação em saúde com usuários em tratamento oncológico. RECIIS [Internet]. 2025 [citado 2026 abr 03];19(1):1-16. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/4307
7. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
8. Gedfew M, Getie A, Ayenew T, Kassie A, Aynalem BA, Akalu TY. Holistic spiritual care practices, competencies, and needs in cancer treatment in Sub-Saharan Africa: a scoping review. J Relig Health [Internet] 2025 [citado 2026 mar 23];64:3542-3565. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10943-025-02376-6
9. Machado FS, Vieira JVS, Oka SCR, Marques MAN. O papel da espiritualidade como estratégia de enfrentamento no tratamento de pacientes com câncer de mama: uma revisão integrativa. Rev Contemp [Internet] 2025 [citado 2026 mar 17];5(6):1-32. Disponível em: https://doi.org/10.56083/RCV5N6-028
10. Pires MN, Neto NCD, Santos DA, Loyola CMD, Trindade DAP, Melo MAS, et al. Spirituality and faith in the treatment of oncologic patients: integrative review. Res Soc Dev [Internet] 2022 [citado 2025 dez 17];11(12):e328111234678. Disponivel em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34678

11. Moura ACA, Gonçalves CCS. Práticas integrativas e complementares para alívio ou controle da dor em oncologia. J Contemp Nurs [Internet]. 2020[citado 2025 dez 15];9(1):101-108. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2649
12. Bonow CT, Ceolin T, Lopes CV, Zillmer JGV, Vargas NRC, Heck RM. Medicinal plants used in self-care by people with cancer in palliative care. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [citado 2025 jun 07]; 29:e20190329. Disponivel em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0329
13. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2025 jun 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2025 jun 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Inclui novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2025 jun 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt072_21_03_2018.html.
16. Santos EM, Braule GP, Almeida TS. Tradição e transformação: o caminho dos fazedores de garrafadas em Benjamin Constant-AM. Identidade! [Internet]. 2024 [citado 2026 jan 2];29(1):32-63. Disponível em: http://revistas.est.edu.br/Identidade/article/view/3116.
17. Bernardes L. Entre a doença e a cura popular. Rev Bras Hist Cienc [Internet]. 2023 [citado 2025 jun 13];16(1):235-251. Disponivel em: https://doi.org/10.53727/rbhc.v16i1.838
18. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [citado 2025 jun 17];28: e20170204. Disponivel em: https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204
19. Casarin ST, Porto AR, Gabatz RIB, Bonow CA, Ribeiro JP, Mota MS. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. J Nurs Health [Internet]. 2020 [citado 2025 jun 23];10(5). Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19924
20. Hosseini MS, Jahanshahlou F, Akbarzadeh MA, Zarei M, Vaez-Gharamaleki Y. Formulating research questions for evidence-based studies. J Med Surg Public Health [Internet]. 2024 [citado 2026 jun 28];2:100046. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2023.100046.
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med [Internet]. 2018 [citado 2025 jun 03];169(7):467-473. Disponível em: https://doi.org/10.7326/M18-0850
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care [Internet]. 2007[citado 2026 ago 24];19(6):349-357. Disponível em: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042
23. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [citado 2026 mar 24];34:eAPE02631. Disponível em: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631
24. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res[Internet]. 2005 [citado 2025 mar 06];15(9):1277-1288. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1049732305276687
25. Gazola C, Bredow D, Pivetta HMF, Braz MM. Percepção de mulheres jovens sobre a sexualidade e a imagem corporal pós mastectomia. Rev Ter Ocup Univ [Internet]. 2017 [citado 2025 ago 16];28(1):93-99. Disponível em: https://revistas.usp.br/rto/article/view/120708
26. Oliveira VH, Duarte TA, Gozzo TO, Gomes-Sponholz FA, Paiva ACPC, Vitorino LM, Amorim TV, Barbosa NG. Religiosidade e espiritualidade de mulheres com câncer de mama: um estudo qualitativo. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2024 [citado 2026 ago 25];28:e-1561. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/49698
27. Brilhante AVM, Sampaio LAM, Martins LC, Brito REN, Dantas LBL. Quando o câncer de mama atravessa a vida real: sexualidade, conjugalidade e questões de gênero na perspectiva de mulheres sobreviventes. Saúde Soc [Internet]. 2025 [citado 2026 ago 05];34(2):e240198. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240198pt

CC BY

28. Cunha NF, Querino RA, Wolkers PCB, Anjos ACY. Experiências de mulheres em quimioterapia no manejo da fadiga: estratégias de autocuidado. Esc Anna Nery [Internet]. 2019 [citado 2025 jun 09];23(4):e20190097. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0097
29. Castañeda JJG, Buriticá DPL. Percepciones de las mujeres frente al proceso de padecer cáncer de mama, Armenia, 2015. Investig Andina [Internet]. 2020 [citado 2025 jun 26];40(22):303-325. Disponivel em: https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/1603/1538
30. Soares DA, Batista JA, Santos MC, Oliveira SB, Santos DJS, Cavalcante GLF. Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer do colo do útero na Bahia, Brasil. Av Enferm [Internet]. 2019 [citado 2025 jul 08];37(3):333-342. Disponível em: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78149
31. Maree JE, Cur D, Kaila I. Zambian women's experiences and understanding of cervical cancer: a qualitative study. Internat J Gynecol Canc [Internet]. 2014 [citado 2025 jun 07];24(6):1065-107. Disponível em: https://www.international-journal-of-gynecological-cancer.com/article/S1048-891X(24)05725-6/fulltext
32. Mensah ABB, Asuo SB, Mensah KB, Okyere J, Kulasingam S, Virnig B, Clegg-Lamptey JN. Utilisation of traditional medicine among women diagnosed with breast cancer in Ghana: a descriptive phenomenological study. BMC Complement Med Ther [Internet]. 2024 [citado 2026 mar 04];24(1):50. Disponivel em: https://doi.org/10.1186/s12906-024-04364-x
33. Jaman-Mewes P, Rivera MS. Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. Aquichan [Internet]. 2014 [citado 2025 ago 25];14(1):20-31. Disponível em: https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2394
34. Ferreira VS, Salazar V, Peruchi RC, Donelli TMS, Castro EK. Vivências emocionais e perspectivas de futuro em mulheres com câncer de mama. Psicol Hosp [Internet]. 2015 [citado 2025 jun 02];13(1):42-63. Disponivel em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000100004&lng=pt&nrm=iso
35. Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. Physis [Internet]. 2017 [citado 2025 set 05];27(3):433-451. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300004
36. Mairink APAR, Gradim CVC, Gozzo TO, Canete ACS, Fendrich L, Panobianco MS. Prática sexual de mulheres jovens com câncer. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [citado 2025 jun 09];24(3):e20190360. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/FDVFXw7tMcPLVqhgRmy98Sf/?format=pdf&lang=pt
37. Souza GM, Rosa LM, Arzuaga-Salazar MA, Radünz V, Santos MJ, Rangel-Flores YY. Meaning of breast cancer in women's discourse. Aquichan [Internet]. 2021 [citado 2026 jun 16];21(3):e2138. Disponível em: https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.8.
38. Salazar MAA, Rosa LM, Flores YYR, Colunga CMP. Significados de la quimioterapia por cáncer de mama en mujeres de Florianópolis, Medellín y San Luis Potosí. Vive Rev Salud [Internet]. 2025 [citado 2026 ago 15];8(24):1149-1166. Disponivel em: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432025000301149&lng=es.
39. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estatísticas de câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [citado 2025 jun 22]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros.
40. Jesus TM, Martinez SBF, Sampaio FLA, Rebelo ACD, Roncal PIP, Spagnollo JC. Efeitos colaterais da quimioterapia: impactos sistêmicos e estratégias de manejo clínico. Cad Pedagógico [Internet]. 2025 [citado 2026 jul 11]; 22(4):e14028. Disponível em: https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/14028
41. Teixeira LM, Sabóia RCA, Palmeira IP, Matos WD, Ferreira AMR, Oliveira LL. Pedaço arrancado de mim: mulheres com alopecia por quimioterapia antineoplásica. Rev Enferm Cent O Min [Internet] 2023 [citado 2026 ago 15];13. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4600
42. Tang X. The effect of multi-supportive nursing on the postoperative rehabilitation of breast cancer patients. Am J Transl Res [Internet]. 2021 [citado 2025 dez 15];13(6):7327-7334. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8290794/pdf/ajtr0013-7327.pdf
43. Li H, Li J, Wang X, Lin S, Yang W, Cai H, et al. Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of psychological intervention nursing on the quality of life of breast cancer patients. Gland Surg [Internet]. 2022 [citado 2026 ago 20];11(5):882-891. Disponível em: https://doi.org/10.21037/gs-22-206
44. Ouma A. Intergenerational learning processes of traditional medicinal knowledge and socio-spatial transformation dynamics. Front Sociol [Internet]. 2022 [citado 2026 ago 27];7:661992. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.661992.

45. Novais JS, Mota MRL, Kffuri CW, Lauer-Leite ID. Discourse of the collective subject of river dwellers in the Brazilian Amazon regarding the transmission of knowledge about medicinal plants. An Acad Bras Cienc [Internet]. 2023 [citado 2025 set 20];95(3):e20220832. Disponível em: https://www.scielo.br/j/aabc/a/t4zNDCfLTZntfGLkNXZzxfQ/?format=pdf&lang=en&ilang=en
46. Brandão MAV, Santos CAB, Andrade WM. Impactos das práticas culturais e religiosas sobre a biodiversidade em comunidades tradicionais do Semiárido brasileiro. Interações [Internet]. 2024 [citado 2026 jul 17];25(2):e2523889. Disponível em: https://interacoes.ucdb.br/interacoes/article/view/3889
47. Pereira SG, Maruyama RR. Saberes tradicionais de benzedeiras e os processos místicos da fé. Rev Comunic Cient [Internet]. 2024 [citado 2026 jul 07];1(15):33-46. Disponível em: https://periodicos.unemat.br/rcc/article/view/12419
48. Antonio CLS, Nunes SF, Frazão AGF. Características sociodemográficas de mulheres acometidas pelo câncer cervical. Rev Pol Púb Cid [Internet]. 2025 [citado 2025 jul 11]; 14(3):e1889. Disponível em: https://journalppc.com/RPPC/article/view/1889
49. Cabral ALLV, Giatti L, Casale C, Cherchiglia ML. Social vulnerability and breast cancer: differentials in the interval between diagnosis and treatment of women with different sociodemographic profiles. Cien Saude Colet [Internet]. 2019 [citado 2025 jul 11];24(2):613-622. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.31672016

CC BY