

A EXPERIÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA: PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DE MULHERES

THE BREAST CANCER EXPERIENCE: PERCEPTIONS AND FEELINGS OF WOMEN

LA EXPERIENCIA DEL CÁNCER DE MAMA: PERCEPCIÓN Y SENTIMIENTOS DE MUJERES

Márcia Aparecida Padovan Otani¹
Nelson Filice de Barros²
Maria José Sanches Marin³

O câncer é uma doença de alta incidência que traz mudanças psicossociais na vida das pessoas. Pesquisa qualitativa, baseada na perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, com o objetivo de analisar as percepções e os sentimentos de mulheres com câncer de mama. Os dados foram coletados mediante aplicação de entrevista semiestruturada para treze mulheres com diagnóstico de câncer de mama, em tratamento num serviço de oncologia de um município paulista. Utilizaram-se os pressupostos da Análise de Conteúdo para organização e interpretação dos dados. Os resultados mostraram que o câncer era percebido, ora como uma sentença de morte, ora como uma doença com possibilidade de cura. Sentimentos como desespero, medo, incerteza, confiança e conforto surgiram durante o tratamento. Concluiu-se que os sentimentos devem ser considerados pelos profissionais de saúde na prática de cuidados direcionados às mulheres com câncer de mama, com base nos valores e princípios éticos de beneficência, autonomia e justiça.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação. Relações enfermeiro-paciente. Oncologia. Neoplasias.

Cancer is a disease of high incidence that brings psychosocial changes in people's lives. With the theoretical perspective of Symbolic Interactionism, this qualitative study aims to analyze the perceptions and the feelings of women with breast cancer. The data was collected using semi-structured interviews with thirteen women diagnosed with breast cancer who perform treatment at an oncology department in a municipality of São Paulo. Content Analysis assumptions were used for data organization and interpretation. The results show that the cancer is perceived sometimes as a death sentence and sometimes as a disease that can be cured. It is concluded that the feelings should be taken into consideration by the health professionals during the healthcare practices directed to women with breast cancer, based on ethical values and principles of beneficence, autonomy and justice.

KEY WORDS: Communication. Nurse-Patient relations. Medical oncology. Neoplasms.

El cáncer es una enfermedad de alta incidencia que trae cambios psicossociales en la vida de las personas. Pesquisa cualitativa, basada en la perspectiva teórica del Interaccionismo Simbólico, con el objetivo de analizar las percepciones y sentimientos de las mujeres con cáncer de mama. Los datos fueron colectados mediante aplicación de entrevista semiestruturada con trece mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, en tratamiento en una municipalidad de São Paulo. Fueron utilizados los presupuestos del Análisis de Contenido para la organización e interpretación de los de datos. Los resultados muestran que el cáncer es percibido, a veces como una sentencia de muerte, a veces como una enfermedad que puede ser curada. Se concluye que los sentimientos deben ser considerados por los profesionales de salud en la práctica de los cuidados direccionados a las mujeres con cáncer de mama, basado en los valores y principios éticos de beneficencia, autonomía y justicia.

PALABRAS-CLAVE: Comunicación. Relaciones enfermero-paciente. Oncología. Neoplasias.

¹ Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo mm-otani@famema.br

² Doutor em Sociologia. Professor pesquisador do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. nelfel@uol.com.br

³ Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade de Medicina de Marília. marnadia@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença de evolução crônica que causa importantes mudanças psicossociais na vida das pessoas. O câncer de mama é o que mais acomete as mulheres, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento. No Brasil, a estimativa de incidência, no ano de 2014, é de 57.120 casos novos, com um risco estimado de 56 casos para cada 100 mil mulheres. Esse tipo é considerado, atualmente, uma doença de relativo bom prognóstico, se for tratado precocemente, embora as taxas de mortalidade ainda continuem elevadas no Brasil (BRASIL, 2014a).

Frente a essa realidade, nos últimos anos, o Ministério da Saúde do Brasil vem criando políticas e desenvolvendo diversas ações para a prevenção e o controle do câncer de mama. Em 2011, foi lançado o plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, reafirmando e ampliando as ações do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, com a finalidade de reduzir a exposição aos fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com esse tipo de câncer (BRASIL, 2014a).

O câncer de mama pode provocar na mulher mudanças em seu estado psicológico, decorrentes dos sentimentos de incerteza quanto ao sucesso do tratamento, à possibilidade de recorrência da doença, além dos sentimentos negativos decorrentes das alterações corporais e medo da morte. Tarricone Júnior et al. (2010) reforçam que, por ser uma doença estigmatizante, o câncer de mama causa profundo impacto psicossocial para a mulher e seus familiares e tem, ainda hoje, uma forte associação com o mau prognóstico, o sofrimento, a incurabilidade, a dependência de outras pessoas e o tratamento agressivo.

Nesse contexto, a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares assume especial importância. Uma revisão da literatura sobre o tema revela que, nem sempre, essa comunicação resulta em satisfação para as pacientes e aponta que o modo como os(as) profissionais se comunicam pode levar a resultados negativos e

resultar em maior sofrimento (OTANI; BARROS, 2012).

Levando em conta a complexidade da doença, a alta incidência e o fato de que as mulheres, assim como suas famílias, têm suas vidas modificadas pelo diagnóstico e tratamento prolongado e, nesse percurso, vivenciam diferentes sentimentos e percepções, foi formulada a seguinte questão de pesquisa: Qual o significado do câncer para as mulheres com diagnóstico de câncer de mama e quais os sentimentos gerados após sua identificação? Para responder esse questionamento foi formulado o objetivo de analisar as percepções e sentimentos de mulheres com câncer de mama durante as diversas fases do tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e analítica, com enfoque qualitativo, fundamentada na perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, concebida pelo filósofo George Herbert Mead e desenvolvida por Herbert Blumer, em 1937. Esta teoria focaliza a natureza e a dinâmica das interações entre indivíduos e grupos em busca da compreensão do processo de interação das pessoas que cria, recria ou transforma os significados. De acordo com Blumer (1969), todas as interações sociais são mediadas por símbolos que representam aquilo que uma pessoa quer expressar, sejam palavras, gestos ou as demais formas de comunicação não verbal. Nessa perspectiva, a imagem do ser humano é de um indivíduo dinâmico e ativo que interage com outros e tem suas ações baseadas no significado que deriva das interações sociais.

O Interacionismo Simbólico trata do comportamento humano e considera a comunicação humana como sistema simbólico que desempenha papel central na vida social da pessoa e da sociedade. Sua abordagem para a ciência social empírica é projetada para produzir conhecimentos verificáveis sobre a vida em grupo e na conduta humana. Entende-se que essa perspectiva

teórico-metodológica possibilita a compreensão acerca do significado do diagnóstico de câncer de mama e dos sentimentos vivenciados pela portadora dessa doença.

O estudo foi realizado com 13 mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizavam tratamento em um serviço de oncologia do município de Marília, estado de São Paulo. O município tem dois hospitais da rede pública, com serviço de oncologia. Um hospital é filantrópico, de grande porte, com 231 leitos, presta atendimento em diversas especialidades, realiza procedimentos de alta complexidade e é referência para o SUS (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA, 2012). O outro, o Hospital das Clínicas de Marília (HCM), é uma unidade de ensino e assistência de média e alta complexidade, com um total de 296 leitos do SUS. A unidade de oncologia desse hospital possui, além da quimioterapia, o serviço de radioterapia (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2012).

Os critérios estabelecidos para inclusão das participantes no estudo foram: ser do sexo feminino; ter idade superior a 18 anos; estar em tratamento do primeiro diagnóstico de câncer de mama (não se trata de recidivas) em um dos serviços de oncologia do município de Marília; ter conhecimento acerca do diagnóstico médico; ter iniciado o tratamento no serviço de oncologia, há, no mínimo, seis meses, com retornos regulares; residir no município ou nas proximidades; ter condições físicas e de comunicação para responder aos questionamentos.

O número de participante foi definido mediante procedimentos da técnica de saturação teórica, proposto por Fontanella et al. (2011). A saturação teórica é definida como o critério que determina quando deve ser finalizado o processo de coleta de dados. Tal critério indica o momento, durante a análise, em que as informações começam a ficar repetitivas e não surgem novos dados. Nessa perspectiva, a coleta de dados deve ser feita até que todas as categorias estejam saturadas, ou seja, a coleta é interrompida quando nenhum dado novo surge em relação a uma categoria, quando elas estão bem desenvolvidas e

quando as relações entre as categorias estão bem estabelecidas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As participantes tinham idade entre 50 e 65 anos de idade, ensino médio completo, a maioria era casada, residia com marido e filhos e tinha filho/a e era adepta da religião protestante. Ademais, exercia atividade remunerada, desempenhando funções diversas, como auxiliar administrativa, auxiliar de enfermagem, diarista, costureira, telefonista, professora e zeladora.

Na ocasião das entrevistas, o tempo médio de tratamento das participantes no serviço de oncologia era de quinze meses e todas já haviam sido submetidas a pelo menos um tipo de tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. O intervalo de tempo entre a identificação do nódulo e o início do tratamento, período em que se realizam os exames complementares, variou de um a seis meses. Cabe destacar que esse período foi equivalente para as mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por convênios particulares de saúde.

A coleta de dados foi realizada com aplicação da técnica de entrevista semiestruturada, apoiada em um roteiro com dados sociodemográficos e questões relacionadas ao significado do câncer de mama e aos sentimentos gerados pela doença nas diferentes fases que vivenciaram. As entrevistas foram realizadas no período de abril a setembro de 2012, com agendamento prévio, no domicílio, após autorização dos responsáveis pelas instituições envolvidas no estudo e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, sob o número de protocolo 524/11. Todas as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Seguindo o rigor e a sistematização no desenvolvimento da pesquisa, os dados das entrevistas foram organizados e tratados segundo a Análise de Conteúdo na modalidade temática, desenvolvida de acordo com as etapas propostas por Minayo (2013). A primeira, chamada de pré-análise, compreende a leitura flutuante do conjunto das comunicações; a organização do material, de forma a responder algumas normas de validade, como a exaustividade, representatividade,

homogeneidade e pertinência; formulação de hipótese e objetivos em relação ao material qualitativo; e definição das unidades de registro. Na segunda etapa, realiza-se a codificação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na sequência, procede-se ao tratamento dos resultados obtidos e à interpretação com base em inferências previstas no quadro teórico ou a abertura de outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas na leitura do material.

O início da análise ocorreu concomitante à realização das entrevistas, as quais foram gravadas e transcritas integralmente. Os dados foram explorados com a intenção de identificar as categorias analíticas e os enunciados correspondentes. Os núcleos de sentido identificados em cada entrevista permitiram agregar-se as falas correspondentes a cada um e foram nominadas as duas categorias.

RESULTADOS

No processo de análise dos dados foram identificadas duas categorias, nas quais foram agrupadas informações na busca de atender ao objetivo proposto. As categorias estão descritas a seguir.

Câncer: sentença de morte ou doença com possibilidade de cura

Para algumas entrevistadas, o significado do câncer associa-se à ideia de morte, como é possível observar nos relatos a seguir:

“Eu falei: ‘Doutor, o senhor sabe muito bem, dependendo do que é, como é o estágio que está’; muitas vezes é sentença de morte sim, ou um período de vida determinado, que não deixa de ser também uma sentença de morte.” (E1).

“[...] para falar a verdade, ouvir ‘Você está com câncer’, a primeira coisa que vem na sua cabeça é que você vai morrer.” (E13).

“[...] a verdade é que ela [a doença] não sara; todo mundo sabe que ela não sara. Ela sempre morre aqui e nasce lá, nasce em algum outro lugar [...] porque essa doença não é curativa, não tem como curar, mais tem como paliar, tem como o médico centralizar ela num canto e deixar ela quietinha lá.” (E10).

Ainda hoje, muitas pessoas evitam falar a palavra câncer, acreditando que sua pronúncia traga mau agouro. Nos depoimentos, foi possível verificar também a visão das pessoas em geral, revelando grande estigma em relação à doença. O sentido do câncer como doença incurável é evidente na fala de pessoas que se aproximam da mulher com câncer e explicitam acontecimentos dramáticos que ocorreram com quem teve a mesma doença.

“[...] muitas pessoas me desanimaram. A patroa minha falava assim: – Você viu aquela mulher? Então, estava com câncer igual o seu. Foi lá pra São Paulo. Nossa! Operou, tava boa, o câncer voltou. Sabe aquela fulana? Então o câncer dela voltou. Fez tratamento, fez quimioterapia, estava ótima, coitadinha, voltou tudo de novo.” (E9).

“[...] a hora que você fala de câncer, muita gente ainda fala que é a morte e eu escutei no meu tratamento, muitas pessoas falando: – Ah câncer? Câncer é morte, está condenada.” (E2).

Em decorrência da evolução no tratamento e melhora do prognóstico para diversos tipos de câncer, observa-se um movimento de mudança com relação ao significado do câncer, em que parte das pessoas o enxergam como uma doença com possibilidade de cura. Diante de tais avanços, é possível amenizar o medo da morte e enxergar os recursos disponíveis para o tratamento. “O pessoal mais jovem não! O câncer para os meus filhos é mais tranquilo. Agora, na minha época, né, era uma sentença de morte porque não tinha tanto tratamento.” (E3). “Ah, eu estou ótima [risos], estou curada, mas se pintar de novo esse negócio aí de câncer, não é um bicho de

sete cabeças não, porque antigamente até que era né, mas hoje em dia não.” (E6).

Atualmente, com os vários recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento do câncer de mama e com o prognóstico otimista, quando identificado em fase inicial, observa-se maior aceitação e confiança no tratamento, mesmo considerando as dificuldades enfrentadas ao longo do processo.

“[...] o doutor ainda enfatizou muito: ‘Você não vai morrer disso, não vai morrer disso.’” (E3).

“Hoje eu sei que muito é a cabeça da gente que ajuda, mas hoje tem médicos muito capacitados. Eu brinco assim, falo que é 50% paciente, 50% a equipe de saúde, porque às vezes as pessoas se entregam e não quer lutar. E a gente procura de tantas formas, hoje em dia, se for descoberto cedo.” (E13).

Depreende-se ainda que o efetivo envolvimento da mulher no enfrentamento da doença contribui para uma boa evolução.

Sentimentos distintos permeando as várias fases do tratamento

O processo de elucidação e confirmação do diagnóstico representa um período de grande impacto para a mulher, pois, ao encontrar o nódulo, ela é surpreendida com uma variedade de sentimentos que acompanham o aparecimento inesperado da doença. “Eu sempre fiz o autoexame de mama, mas aí apareceu um caroço, parece que foi da noite para o dia. Ele não estava lá, no outro dia ele apareceu e apareceu grandinho já.” (E13). “Ah, no começo para mim foi um baque, né. Quando eu fiz o exame da mamografia, que comecei a sentir dor, senti aquele caroço aqui, já veio logo na minha cabeça que era um câncer.” (E8).

No discurso a seguir, é clara a percepção da entrevistada de que algo anormal acontecia em seu corpo, mesmo antes da identificação do nódulo, quando se sentia irritada e com o humor alterado.

“Eu comecei a perceber que alguma coisa estava errada comigo [...] um pouco antes de descobrir, eu estava obsessivamente estressada e eu achava que alguma coisa errada no meu corpo estava acontecendo, de forma desordenada. Aí, um dia, eu comecei a fazer o autoexame durante o banho, me apalpei e aí foi que eu achei o nódulo. Avisei meu marido, mas, no momento em que eu achei, já me desesperei. Passei quinze dias chorando.” (E1).

A fase dos exames é repleta de expectativas e sentimentos de extrema ansiedade, principalmente se houver sofrimento ou demora em sua realização.

“O Paff de mama foi mais outro sofrimento, porque faz da mama um leque [...], é horrível e já estava muito dolorida a mama. Depois de seis dias veio o resultado: Quantidades de células insuficientes. Tinha que colher de novo. Aí meu psicológico já desestruturou...” (E1).

“Quando eu soube que eu tinha que fazer a biópsia, eu caí em desespero, eu chorei bastante e fiquei muito triste.” (E7).

Levando em conta que as ações humanas dependem dos significados que as pessoas atribuem às situações, ao receber a confirmação do diagnóstico de câncer de mama, a mulher passa a apresentar sentimentos que variam de indiferença a um intenso medo do sofrimento e da morte e a incerteza sobre o controle de sua vida. Algumas disseram que já sabiam que se tratava de câncer e quando o médico lhes comunicou o diagnóstico durante a consulta, elas somente confirmaram o que já esperavam. As expressões contidas no discurso a seguir, como “caindo num buraco” e “sem chão”, revelam o sentimento de desespero e desamparo experimentado por algumas mulheres.

“Ele [o médico] falou: ‘Saiu o resultado, infelizmente deu carcinoma.’ No telefone... Assim, um dia claro como esse, ficou escuro, escuro, escuro, escuro e eu só consegui olhar e

enxergar meu filho [...] a impressão que você tem é que caiu num buraco negro sem fundo, que você está caindo, caindo, caindo, caindo [...] Aí, eu me desesperei e comecei a chorar [...] a vontade era de gritar.” (E1).

“Oh, não foi fácil, mas eu já sabia. Eu já sabia que se tratava de câncer. Eu chorei muito, eu fiquei assim triste, né, sem chão como todo mundo, sem ter o que pensar, sem saber o que fazer.” (E3).

“Ah, eu fiquei bem perdida. Eu queria acreditar que não fosse verdade. Eu achava assim, que era a parte do meu corpo que eu mais gostava, isso me fez sofrer bastante. Até hoje é sofrido. Então, foi um processo bastante doloroso.” (E13).

No período que envolve a confirmação do diagnóstico de câncer de mama, a mulher pode sentir-se mais próxima da morte. Nas entrevistas, foi possível identificar esses estágios, com a expressão de raiva ao questionar sua condição e sentir-se injustiçada pelo acometimento da doença.

“[...] esse negócio que apareceu de repente em mim... Não era pra acontecer isso comigo! Eu estava tão bem na loja, corria pra lá e pra cá no meu trabalho, e de repente desmoronou tudo, né? Eu num sei por que aconteceu isso comigo. Eu queria entender por quê. Eu passei uma vida muito dura em São Paulo, trabalhando para criar meus dois filhos sozinha, pra chegar aonde eu cheguei. Quando eu consegui me aposentar, acertar minhas coisas, acontece tudo isso comigo. É difícil pra eu aceitar.” (E5).

“Às vezes te gera um sentimento de revolta pelo que você está passando. Quem tem culpa? Ninguém. É uma doença que você num pode culpar ninguém, porque ninguém tem culpa do que você tem; você tem raiva por sentir aquilo que está sentindo. O pior sentimento que você pode sentir por alguém é

pena e, às vezes, você tem de você mesmo.” (E13).

Na busca de encontrar respostas às perguntas (Por que eu? Por que nesta fase da vida?), algumas entrevistadas tentam justificar o aparecimento da doença pela predisposição hereditária, ou seja, por ter havido diversos casos na família, outras não o associam a nenhum evento. Apenas uma das mulheres relaciona o aparecimento do câncer com o abalo emocional que sofreu em decorrência do fato de sua filha ter sido presa.

“[...] eu fiquei muito abalada. Minha filha foi presa em um mês e eu descobri o câncer no outro mês. É. Eu não dormia mais, a minha vida ficou um trauma, só pensando nela. Eu cuido da minha neta e a gente está aí sempre pra ajudar, pra cuidar, mas é muito difícil.” (E11).

Analisando a posição dessa entrevistada, percebe-se que sua situação familiar já era difícil antes da doença e o surgimento do câncer foi mais um problema a ser enfrentado, interferindo ainda mais em seu equilíbrio prejudicado e na pouca esperança de um futuro melhor. Por outro lado, esse relato nos remete ao fato de que, mesmo com as evidências acerca dos vários fatores que contribuem para o aparecimento do câncer de mama, sua verdadeira natureza ainda permanece de difícil compreensão.

Durante o tratamento, a incerteza sobre o impacto e a evolução da doença torna-se mais importante do que qualquer outra coisa e as mulheres se sentem “tomadas” pelo câncer.

“Eu fico pensando no que vai acontecer daqui pra frente pra mim. Eu posso morrer, eu posso não morrer, entendeu? Sei que muitas mulheres ficam bem depois dessa quimio e dessa cirurgia que faz para tirar o nódulo. Ficam muito bem, mas eu não sei o que vai acontecer comigo. É isso que eu tenho medo.” (E5).

“[...] você está lutando, mas é uma coisa tão incerta [...] Depois do tratamento, você sabe

que teve aquilo e que está sem a doença, mas, às vezes, vem o pensamento de que você está com um 38... E que, de repente, ele pode disparar de novo. A gente vive sob ameaça o tempo todo.” (E1).

Para algumas mulheres, o período de tratamento é carregado de intenso sentimento de estranheza, que aparece misturado a uma sensação de alívio ou de desconforto quando se deparam com outras pessoas portadoras da mesma doença nos serviços de saúde e que estão em situação pior, seja devido à condição física, psicológica, estrutura familiar ou social. Em decorrência disso, durante o tratamento há uma alternância de sentimentos, que variam de autoconfiança e segurança à total insegurança, como se pode verificar nos discursos a seguir: “Eu não tinha medo quando as pessoas falavam que a doença brotava. Se brotar, a gente arranca o broto.” (E9). “Tem dias que eu levanto e me sinto a mulher mais forte do mundo, eu passei por um câncer. Aí, no outro dia, eu levanto e falo: ‘Ah, meu Deus e se ele voltar? Será que eu vou conseguir?’.” (E1).

Assim, no desejo de alcançar a cura, a mulher reconhece a necessidade de aceitar a doença e submeter-se ao tratamento, mesmo ciente das dificuldades inerentes a ele, seja pelo conhecimento popular, seja pela experiência anterior de câncer na família ou em pessoas próximas.

“[...] eu sofri bastante com minha mãe, quando ela teve que fazer químio. Ficou bastante debilitada na época. Aí você já imagina que você vai passar tudo aquilo ali, vai viver de novo.” (E13).

“Abalada a gente fica mesmo, na hora que você sabe. É difícil, mas como tem pessoas na minha família que já tiveram, eu fiquei assustada, mas não tanto; eu tenho confiança nos médicos. Eles vão cuidar de mim e eu vou sair dessa. Já estou saindo em grande estilo, de tudo que estou passando.” (E10).

A aceitação da doença é expressa de várias formas, seja pelo desejo de que a cirurgia e os

demais tratamentos ocorram rapidamente, com a finalidade de resolver seu problema e livrar-se da doença, seja pela mudança do significado do câncer e o desejo de enfrentá-lo sem medo, ou seja, a única opção que resta, cabendo-lhe, em alguns casos, somente a opção pelo local de tratamento.

“Se for pro meu bem, que tire a minha mama inteira, que arranque o que tiver que arrancar.” (E1).

“Eu e meu marido ficamos bem confusos, né. Fui pra São Paulo, pra ver outro tratamento, mas ia ser todo particular e é muito caro. O mais em conta seria 25 mil, só o aparelho. Aí, não podia fazer nada pelo plano de saúde, e isso é complicado, então ficamos aqui mesmo.” (E3).

O tratamento farmacológico, representado pela quimioterapia, é considerado a principal fonte de dor e sofrimento causados pelos efeitos colaterais dos medicamentos e pela perda ou diminuição da autoestima provocada por eles. Dentre os efeitos colaterais mais citados pelas mulheres encontram-se: dor, mal-estar, náuseas, vômitos, inchaço, queda dos cabelos, mudança na coloração e textura da pele, deformidade ou queda das unhas. Ao submeter-se a esse tratamento, surgem inúmeros sentimentos negativos, como dor, angústia, culpa e desamparo.

“No meu caso, eu estava bem, eu estava saudável, o que me deixou doente foi a químio, que eu perdi toda minha qualidade de vida [...] no fim do ano, época de natal, ano novo, eu estava acamada, assim, feia, me sentindo feia [...] eu tava muito judiada, me sentindo judiada, sabe?” (E3).

“Então, pra mim foi um choque a primeira vez. Mas a coisa pior é o depois. São os dias em que vem a reação de todo aquele remédio, porque é um veneno na verdade [risos]. Aquilo lá é um veneno que vai te fazer bem, vai te curar, mas também você fica mal mesmo, sabe?” (E6).

“Os dias que antecediam a quimio, eu ficava muito angustiada, muito aflita porque sabia que ia sentir dor, sabia que eu ia ficar ruim. Numa semana, eu faço e fico ruim; na segunda semana me recupero; na terceira, eu estou boa e recebo outra carga...” (E3).

Dentre os efeitos colaterais, um dos que mais traz angústia é a queda de cabelos. Uma das mulheres disse que optou pela peruca, a pedido do filho de sete anos, que pediu para não deixá-lo vê-la careca.

[...] a gente é mulher, a gente é vaidosa, cabelo e seio são... É a bandeira feminina né, sexualmente falando.” (E1).

“O meu cabelo estava comprido, fiz selante, estava lindo!” (E7).

“O que mais me doeu de tudo, foi a queda do meu cabelo [risos]. Eu amava, eu tinha o cabelão aqui (mostra o comprimento). O médico mandou cortar curto porque ia cair e eu até guardei ele. Eu senti mais a perda do meu cabelo, porque a mama, com o tempo, eles falaram que vão fazer plástica, vai ficar bonita, mais o cabelo demora, né?” (E6).

Compreende-se que o significado da queda de cabelo está diretamente associado ao câncer, sendo uma das marcas de sua identificação e pode representar para a mulher e para os familiares a certeza de que a doença é, mesmo, um câncer. Essa afirmativa aparece no discurso de outra entrevistada, ao dizer: “Quando a pessoa está careca, ela sofre discriminação na sociedade, todos sabem que está tratando e já condenam.” (E1).

Ao contrário da maioria das mulheres, uma delas não se mostrou abatida com os efeitos da quimioterapia e, mesmo sentindo-se feia, não sentia vergonha da sua condição e utilizava ao máximo dos recursos disponíveis para não parecer doente. Quando chegava ao serviço de saúde, segundo ela, era confundida com acompanhante de outros pacientes.

“Eu só lembrava que eu tava doente quando os outros perguntavam e por causa do cabelo que caiu, caiu sobancelha [...] Eu fiquei horrível, fiquei bastante feia, mas, mesmo assim, eu colocava uma peruquinha, me enfeitava toda, colocava salto e a roupa tudo arrumadinha e ia pra quimio [...] trabalhava e até cantava.” (E9).

O câncer traz mudanças também no convívio familiar e com amigos, levando a uma maior aproximação ou a um distanciamento entre as pessoas.

[...] a doença também transformou minha mãe e meu pai, porque eu quase não conversava com eles, não os via. Uma tia de São Paulo ficou bem assim, impactada; também as primas que estavam muito distantes se achegaram. Sabe, mudou a família inteira, com amorosidade mesmo [...] Eu tenho uma igreja inteira orando por mim, as pessoas me ligando. Toda vez que eu tava angustiada e sem saída, alguém me ligava; é impressionante.” (E3).

“Quando eu descobri que eu estava com câncer, muitas pessoas se afastaram, como se aquilo fosse contagioso [...] não sei se por medo, num sei, mas alguns se afastaram. Depois que viram que eu estava bem até voltaram, mas, na fase difícil, algumas pessoas se afastaram.” (E13).

A família é um importante núcleo para o equilíbrio do ser humano, especialmente nos momentos de dificuldades. No entanto, quando não está estruturada para oferecer apoio, surge o sentimento de desamparo, como é relatado no depoimento a seguir.

“E eu não tenho ninguém que pudesse me acompanhar. Então meu tratamento foi feito sozinha. Tem pessoas que tem esse privilégio, vai alguém junto, vai uma irmã, vai o pai, vai alguém acompanhar e eu não tive esse privilégio. Eu ia sempre sozinha e sempre

com preocupação, porque tenho as crianças em casa.” (E11).

Observa-se que, além dos sentimentos de angústia e insegurança constantes causados pela doença, elas sofrem também com os mitos, que não têm nenhum real significado e são alimentados pelo comportamento das pessoas, como, por exemplo, associá-lo sempre à morte, considerá-lo uma maldição, um castigo, uma vergonha ou até como uma doença contagiosa.

DISCUSSÃO

As recentes modificações e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas para tratamento do câncer de mama, bem como o estímulo à prevenção e ao diagnóstico precoce mediante a realização periódica do exame clínico das mamas por um médico ou enfermeira treinados e a mamografia, capaz de mostrar lesões em fase inicial, contribuem de forma eficaz na luta contra essa doença. Apesar disso, o câncer de mama continua sendo, nos dias atuais, um dos mais temidos pelas mulheres devido à sua alta incidência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a imagem pessoal (BRASIL, 2014b).

O temor provocado pelo câncer na sociedade pode ser compreendido com base na construção histórico-social dos sentidos e significados atribuídos à doença. No último século, os estudos da sociologia e da antropologia trouxeram grande contribuição para o setor saúde, auxiliando na compreensão de que a doença, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva. Ao contrário, elas estão intimamente relacionadas com as características de cada sociedade, seu discurso sobre saúde e doença e significados culturais sobre o corpo que adocece e morre (MINAYO, 2013). Assim, pode-se afirmar que tal compreensão sustenta os conceitos que as entrevistadas têm sobre o câncer de mama e a origem dos sentimentos advindos dele.

Os sentimentos gerados pelo câncer de mama são diversos e variam de acordo com a

interpretação individual sobre o significado social atribuído à doença. Eles podem modificar-se e adquirir distintos significados, dependendo da fase em que a mulher a vivencia.

Constata-se que tal experiência é vista, ora como sentença de morte, ora como qualquer outra doença com possibilidade de cura, com a valorização dos recursos disponíveis. Os sentimentos identificados são variados, sendo possível observar a surpresa das mulheres no processo de elucidação e confirmação do diagnóstico, emergindo, nesta fase, sentimentos de desespero ao encontrar o nódulo, ansiedade durante a realização dos exames, além de indiferença, medo e incerteza ao receber a confirmação do diagnóstico. Ao receberem informações do médico sobre o tratamento, os sentimentos mais presentes são o desamparo e o desespero e, ao longo deste, aparece a raiva por ter a doença, a incerteza e a confiança no tratamento farmacológico e o fortalecimento emocional fornecido pelo apoio social, incluindo família e amigos.

Corroborando o estudo de Maria Montagner e Miguel Montagner (2011), as participantes deste estudo também consideraram a perda do cabelo como o pior efeito colateral da quimioterapia; causa incômodo, por ser evidente e por fazer com que as mulheres não se reconheçam, comprometendo sua autoestima e imagem corporal.

De acordo com Silva e Santos (2010), a perda da mama e outras sequelas do câncer e do seu tratamento passam a fazer parte da vida da mulher e constantemente trazem à memória as vivências do adoecimento, sendo capaz de produzir sofrimento e desconforto psíquico.

O apoio social é considerado essencial pelas mulheres; é por meio do auxílio físico ou emocional que elas se sentem mais fortalecidas, seja esse apoio da família ou de amigos. A situação vivida pode desencadear a reorganização da estabilidade na família, com maior aproximação de seus membros ou, por outro lado, como foi também identificado neste estudo, a falta de apoio social gera intenso sentimento de desamparo e, em alguns casos, deixa evidentes o estigma e o preconceito em relação ao câncer.

A convivência com a doença e com os sentimentos negativos dela decorrentes trazem sentimentos de insegurança e inúmeras incertezas. Tais sentimentos exigem o reconhecimento de uma nova condição de vida e o desempenho de um novo papel, na medida em que a mulher passa de cuidadora à pessoa que necessita de cuidados (ALBARELO et al., 2012).

Neste sentido, o acolhimento e a compreensão dos profissionais dos serviços são de grande importância para auxiliar no enfrentamento da doença. Concordando com Paiva et al., (2015), entende-se que, para que o profissional possa oferecer esse auxílio, é necessário que compreenda que a vivência da doença e do tratamento é singular, cabendo, portanto, uma abordagem individualizada, a fim de assegurar o cuidado diferenciado e humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou sentimentos gerados pelo diagnóstico do câncer de mama para mulheres em diversas fases do tratamento. Sentimentos de desespero, ao encontrar o nódulo, ansiedade no processo de elucidação e confirmação do diagnóstico, medo ou indiferença ao receber a confirmação do diagnóstico, raiva e tristeza ao longo do tratamento, incerteza ou confiança em relação à evolução da doença, fortalecimento emocional fornecido pelo apoio social ou desamparo pela falta dele foram revelados pelas participantes.

A utilização do Interacionismo Simbólico como referencial teórico permitiu melhor compreensão sobre o modo como as mulheres com câncer de mama percebem o processo de adoecimento, bem como as mudanças ocorridas na vida após o aparecimento da doença, possibilitando maior entendimento sobre os sentidos que elas atribuem à doença.

Os dados, embora limitados a um quantitativo de treze mulheres, revelaram sentimentos que devem ser considerados pelos profissionais de saúde na prática de cuidados direcionados às mulheres com câncer de mama. Embora as demandas dos profissionais de saúde sejam muitas

no exercício das práticas de cuidado, ressalta-se a importância do reconhecimento das necessidades de cada pessoa, respeitando os princípios éticos de beneficência, autonomia e justiça na perspectiva de uma assistência baseada na integralidade.

Conhecer o modo como as mulheres compreendem, em sua dimensão subjetiva, os significados da doença e como se sentem ao enfrentá-la, pode representar uma importante contribuição, tanto para a reflexão de profissionais de saúde sobre a necessidade de estabelecer um relacionamento interpessoal e cuidado adequados, quanto para melhor abordagem desse tema na formação e na prática de profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBARELLO, Renata et al. Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. *Rev. enferm., Frederico Westphalen (RS)*, v. 8, n. 8, p. 31-41, 2012.
- BLUMER, Herbert. *Symbolic interactionism: perspective and method*. New Jersey: Prentice-Hall, 1969.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2014a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Controle do câncer de mama: detecção precoce*. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce>. Acesso em: 2 dez. 2014.
- FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. *HC I*. Unidade Clínico Cirúrgica. Marília, 2012. Disponível em: <<http://www.famema.br/assistencial/hc1>>. Acesso em: 17 dez. 2013.
- FONTANELLA, Bruno J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARÍLIA. *Histórico*. Marília, 2012. Disponível em:

<<http://www.stacasamarilia.com.br/memoria.php>>.

Acesso em: 17 dez. 2013.

MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTAGNER, Maria I.; MONTAGNER, Miguel A. Ruptura biográfica, trajetórias e habitus: a miséria do mundo é um câncer. *Rev. eletrôn. tempus actas de saúde coletiva*, Brasília, v. 5, n. 2, p. 193-216, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/issue/view/90/showToc>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

OTANI, Márcia A.P.; BARROS, Nelson F. Comunicação entre profissionais de saúde e pessoas em tratamento de câncer. *Brasília médica*, Brasília, v. 49, n. 4, p. 258-266, nov./dez. 2012.

PAIVA, Andyara C.P.C. et al. Significado do diagnóstico de neoplasia mamária: compreensão fenomenológica de mulheres. *Rev baiana enferm.*, Salvador, v. 29, n. 1, p. 59-67, jan./abr. 2015.

SILVA, Gisele; SANTOS, Manoel A. Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. *Rev. latino-am. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, [8 telas], jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://rlae.eerp.usp.br/>> Acesso em: 24 jul. 2015.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TARRICONE JÚNIOR, Vicente et al. Comunicação do diagnóstico de câncer de mama. *Rev. bras. mastol.* Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 27-32, jan./mar. 2010.

Artigo apresentado em: 16/12/2014

Aprovado em: 27/6/2015

Versão final apresentada em: 10/8/2015