



Percepções de mulheres com câncer de mama acerca da descoberta da doença

Perceptions of women with breast cancer regarding the discovery of the disease

Percepciones de mujeres con cáncer de mama acerca del descubrimiento de la enfermedad

Simone Meira Carvalho¹, Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira¹, Iracema Abranches¹, Karine Soriana Silva de Souza¹, Mayara Siqueira Rabello¹, Elaine Andrade Moura², Fabiane Rossi dos Santos¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar as percepções das mulheres acometidas pelo câncer de mama, atendidas em um hospital especializado em oncologia, acerca do adoecimento e suas estratégias de enfrentamento, sob a luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo exploratório, transversal, com abordagem qualitativa, no setor de quimioterapia de um hospital oncológico, entre janeiro de 2020 a fevereiro de 2021. Participaram 40 mulheres, que foram entrevistadas segundo um modelo semiestruturado. Os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** A maioria das mulheres estudadas passou por cirurgia conservadora da mama e não passou por radioterapia. Parte significativa delas estava em tratamento quimioterápico. Cerca de metade da amostra notou as alterações mamárias antes da pandemia. A análise resultou nas categorias: "Percepções acerca do Câncer", "Percepção da gravidade: Sinais e Sintomas da Doença", "Desafios e Trajetória da Descoberta" e "Percepção dos Benefícios". **Conclusão:** Os comportamentos em saúde perante o diagnóstico são influenciados pelas crenças individuais sobre as variáveis estudadas. Desta forma, entender este processo pode ser de grande valia para intervenções mais eficazes nos níveis de assistência em saúde às mulheres com câncer de mama em quimioterapia.

Palavras-chave: Neoplasia mamária, Saúde da mulher, Modelo de Crenças em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the perceptions of women affected by breast cancer, treated at an oncology specialized hospital, regarding illness and coping strategies, under the framework of the Health Belief Model. **Methods:** A descriptive exploratory, cross-sectional study with a qualitative approach was conducted in the chemotherapy department of an oncological hospital between January 2020 and February 2021. Forty women participated, undergoing interviews based on a semi-structured model. Data were analyzed using Bardin's Content Analysis. **Results:** The majority of the studied women underwent breast-conserving surgery and did not receive radiotherapy. A significant portion was undergoing chemotherapy. About half of the sample noticed breast changes before the pandemic. The analysis yielded categories: "Perceptions of Cancer," "Perception of Severity: Signs and Symptoms of the Disease," "Challenges and Discovery Journey," and "Perception of Benefits." **Conclusion:** Health behaviors following the diagnosis are influenced by individual beliefs about the studied variables. Understanding this process is crucial for more effective healthcare interventions for women undergoing chemotherapy for breast cancer.

Keywords: Breast cancer, Women's health, Health Belief Model.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora – MG.

² Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Juiz de Fora – MG.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las percepciones de mujeres afectadas por cáncer de mama, atendidas en un hospital especializado en oncología, con respecto a la enfermedad y sus estrategias de afrontamiento, bajo el prisma del Modelo de Creencias en Salud. **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo exploratorio, transversal, con enfoque cualitativo, en el área de quimioterapia de un hospital oncológico, entre enero de 2020 y febrero de 2021. Participaron 40 mujeres, quienes fueron entrevistadas según un modelo semiestructurado. Los datos fueron analizados mediante el Análisis de Contenido de Bardin. **Resultados:** La mayoría de las mujeres estudiadas se sometieron a una cirugía conservadora de mama y no recibieron radioterapia. Una parte significativa estaba en tratamiento quimioterapéutico. Aproximadamente la mitad de la muestra notó cambios en la mama antes de la pandemia. El análisis produjo las categorías: "Percepciones sobre el Cáncer", "Percepción de la gravedad: Signos y síntomas de la enfermedad", "Desafíos y trayectoria del descubrimiento" y "Percepción de los beneficios". **Conclusión:** Los comportamientos de salud frente al diagnóstico están influenciados por las creencias individuales sobre las variables estudiadas. Comprender este proceso es crucial para intervenciones más efectivas en los niveles de atención médica para mujeres con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico.

Palabras clave: Neoplasias mamarias, Salud de la mujer, Modelo de Creencias en Salud.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é o tipo mais incidente em mulheres ao redor do mundo. No Brasil, é considerada a neoplasia mais comum após o câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2022). Em Minas Gerais, constitui-se na principal causa de morte entre as mulheres. Devido ao seu alto impacto, tornou-se um problema de saúde pública (MINAS GERAIS, 2021). É uma doença multifatorial que se caracteriza pela multiplicação desordenada de células anormais da mama, que ocorre devido a fatores ambientais, comportamentais, genéticos, hereditários ou hormonais. Os fatores ambientais e comportamentais estão relacionados ao contexto social e ao estilo e hábitos de vida das mulheres, que podem influenciar na incidência da doença, sendo considerados fatores modificáveis (BRASIL, 2020).

A percepção sobre a doença refere-se à maneira como o indivíduo compreende seu problema de saúde; seus pensamentos e crenças acerca da situação conduzirão suas ações e seu comportamento. Para compreensão dos processos psicossociais e das variáveis que interferem nos comportamentos de saúde e no ajuste psicológico, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) tem sido utilizado em alguns estudos (FUGITA RMI e GUALDA DMR, 2006; DELA-COLETA MF, 2010).

As experiências e percepção da doença são subjetivas e vivenciadas de forma individual, despertando sentimentos diferentes perante o diagnóstico. O câncer é visto como uma ameaça à vida e à integridade da saúde física e mental, ou ter uma melhor aceitação, permitindo uma resignificação da vida (SILVA KK, et al., 2020; SILVEIRA RC, et al., 2021). Isto posto, é importante considerar a percepção da mulher acerca da doença para instrumentalizar a equipe para adoção de intervenções mais eficazes, humanizadas e acolhedoras. Logo, auxilia no atendimento de mulheres que vivenciam esta enfermidade, levando em consideração as necessidades a partir de uma visão holística e não apenas com foco na doença (SILVEIRA RC, et al., 2021).

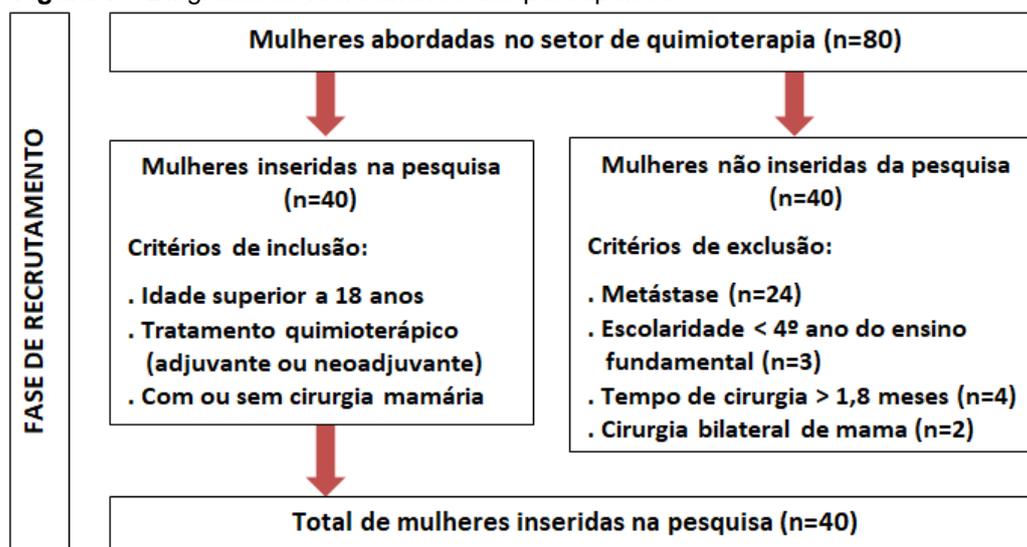
Partindo dessa concepção, o estudo objetivou conhecer as percepções das mulheres acometidas acerca do adoecimento por CM, sob a perspectiva do MCS.

MÉTODOS

Estudo descritivo exploratório, transversal, com abordagem qualitativa, executado no setor de quimioterapia de um hospital oncológico, situado em Juiz de Fora, que atende vários municípios da Zona da Mata de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada de janeiro de 2020 a fevereiro de 2021, mas, devido à pandemia da COVID-19, houve uma interrupção entre março a outubro de 2020. O guia "Consolidated

Criteria for Reporting Qualitative Research” (COREQ) foi usado para direcionar a descrição dos dados apresentados neste relatório (TONG A, et al., 2007; SOUZA VRS, et al., 2021). A amostra foi de intencionalidade, constituída de 40 mulheres com CM, em tratamento quimioterápico, atendidas via Sistema Único de Saúde (SUS), no referido hospital. O estudo teve como critérios de inclusão e exclusão, os quais estão elencados no diagrama abaixo (**Figura 1**).

Figura 1 – Diagrama de recrutamento das participantes



Fonte: Carvalho SM, et al., 2024.

O roteiro de entrevista semiestruturado foi criado com base em estudo anterior (RESENDE LO, 2018) acerca do tema e foi apreciado por profissionais de saúde. Antes de ser aplicado na pesquisa, foi testado com um grupo de mulheres em situação similar à amostra para averiguar a viabilidade de compreensão e, portanto, antes de as mulheres responderem às questões da pesquisa. O roteiro abordou dados sociodemográficos e clínicos, e questões sobre o CM, tratamentos e autocuidado. As mulheres foram abordadas no setor de quimioterapia, de forma direta e individual, no momento de aplicação dos medicamentos, após conferência no cadastro das pacientes, para averiguar quais estavam de acordo com os critérios da pesquisa. A pesquisa era apresentada àquelas que se adequavam aos padrões de inclusão.

Após a leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), iniciava-se a entrevista, na qual a participante era incentivada a falar sobre a descoberta da doença, os tratamentos e seus efeitos, as orientações recebidas e ações de autocuidado (**Figura 2**).

Figura 2 – Diagrama de coleta de dados.

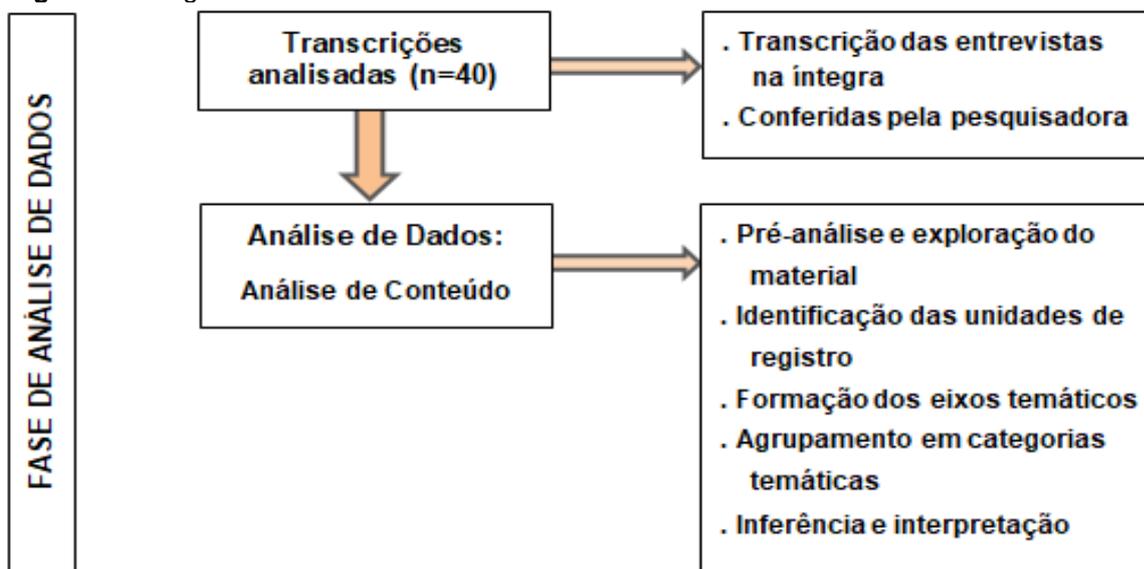


Fonte: Carvalho SM, et al., 2024.

Como a pesquisa é considerada de risco mínimo, pela possibilidade de os temas abordados na entrevista causarem algum desconforto, foi esclarecido que, se necessário, poderia haver encaminhamento para uma assistência psicológica. A pesquisadora procurou atenuar estes riscos usando formas de interação pessoal e questionando acerca do desejo de interrupção da entrevista, acolhendo expressões de cansaço ou afloramento de emoções. A duração média das entrevistas foi de 24 minutos. Todas foram gravadas e transcritas na íntegra. Após a coleta, o prontuário era consultado para complementar os dados sociodemográficos ou clínicos. Os critérios de saturação foram observados para encerrar a coleta parcial da pesquisa, respondendo aos objetivos de identificar as crenças sobre o CM e sobre os tratamentos e ações de autocuidado.

Para análise dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise de Conteúdo, na perspectiva temática (BARDIN L, 2016), embasada no referencial teórico do MCS (**Figura 3**). A sistematização dos procedimentos foi realizada de forma manual nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados. O MCS é composto por quatro crenças, sendo duas relativas à enfermidade, suscetibilidade (percepção do risco de contrair/desenvolver determinada doença) e severidade percebidas (percepção da gravidade da doença), e duas relativas aos comportamentos de saúde para prevenir ou tratar uma doença, barreiras (entendimento do custo-benefício de suas ações) e benefícios (o quanto a pessoa acredita que as ações adotadas são eficazes na melhora da saúde) percebidos (DELA-COLETA MF, 2010; AZRIFUL EB, et al., 2021).

Figura 3 – Diagrama de análise de dados.



Fonte: Carvalho SM, et al., 2024.

A pesquisa seguiu os aspectos éticos, conforme resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAAE 16104219.8.0000.5147, versão 3, parecer nº 3.649.430). Este artigo é parte de uma pesquisa de doutorado, finalizada em 2023. Visando conferir privacidade, os recortes das falas usadas para exemplificar as categorias foram identificados pela letra E, seguida por numeração arábica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das participantes

Os dados sociodemográficos das participantes do estudo estão descritos na **Tabela 1**, em que se observa: predomínio da cor/raça parda (42,5%); faixa etária variando de 31 a 77 anos; e ensino fundamental

incompleto (35,0%) e o médio completo (35,0%). Uma parte (37,5%) das mulheres era casada. Preponderou a religião católica (72,5%), sendo 80,0% das mulheres praticantes. Mais da metade (57,5%) das participantes era de Juiz de Fora.

Tabela 1 – Características sociodemográficas (n=40).

Variável	N (%)
Idade	
< 50 anos	10 (25,0)
≥ 50 anos	30 (75,0)
Cor da pele	
Branca	15 (37,5)
Parda	17 (42,5)
Negra	8 (20,0)
Situação conjugal	
Solteira	7 (17,5)
Casada / União estável	22 (55,0)
Divorciada	5 (12,5)
Viúva	6 (15,0)
União estável ou companheiro	7 (17,5)
Ocupação	
Empregada	4 (10,0)
Autônoma	2 (5,0)
Aposentada	11 (27,5)
Em licença saúde	20 (50,0)
Dona de casa	3 (7,5)
Renda familiar	
1-3 salários mínimos	34 (85,0)
>3-5 salários mínimos	6 (15,0)
Escolaridade	
Nível fundamental completo	2 (5,0)
Nível fundamental incompleto	14 (35,0)
Ensino médio completo	14 (35,0)
Ensino médio incompleto	6 (15,0)
Curso superior completo	3 (7,5)
Curso superior incompleto	1 (2,5)
Religião	
Católica	29 (72,5)
Evangélica	7 (17,5)
Outra	4 (10,0)
Prática religiosa	
Praticante	32 (80,0)
Não praticante	2 (5,0)
Não muito ativa	6 (15,0)
Cidade	
Juiz de Fora	23 (57,5)
Outra	17 (42,5)

Fonte: Carvalho SM, et al., 2024.

Quanto ao perfil clínico, a maior parte das entrevistadas era não tabagista (62,5%) e não etilista (70,0%). A maioria fez cirurgia conservadora da mama (65,0%) e não tinha feito radioterapia (62,5%) até o momento da entrevista. Parte das entrevistadas (40,0%) estava realizando somente a quimioterapia, sendo 25,0% em situação de neoadjuvância. Além da quimioterapia, uma parcela (45,0%) estava realizando também a Terapia-alvo e as demais estavam realizando, também, a hormonioterapia (10,0%). Em relação à identificação da neoplasia, metade das entrevistadas (50,0%) visualizou uma alteração mamária e buscaram o serviço de saúde antes da pandemia. Uma parte delas (37,5%) passou pelas etapas de investigação e diagnóstico durante a pandemia e, as restantes (12,5%), perceberam a alteração mamária antes da crise sanitária, mas tiveram o diagnóstico definitivo no seu decorrer.

Análise das entrevistas

Na análise do material e formação das categorias, foi possível construir diversos eixos temáticos, como: Descoberta do Câncer; Apoio; Adoecimento por Câncer; Tratamentos; e Autocuidado no Câncer de Mama. Mediante a profundidade de cada eixo, neste artigo está sendo detalhado o eixo temático “Adoecimento por Câncer”. Durante a análise das transcrições, afloraram unidades de registro que, conglomeradas, formaram as categorias desse eixo, quais sejam: “Percepções Acerca do Câncer”, “Percepção da Gravidade do Câncer”, “Desafios e Trajetória da Descoberta” e “Percepção dos Benefícios”.

Percepções acerca do câncer

Mitos e fantasias permeiam o imaginário das mulheres, gerando crenças sobre o surgimento da doença que apontam para a percepção da suscetibilidade. Estas crenças variam desde algo enviado por Deus à compreensão de que o câncer foi gerado por sentimentos negativos, aborrecimentos, culpa ou trauma físico, por exemplo, como os trechos a seguir demonstram:

Quando eu tive meu segundo filho, tomei um chá (...) meu leite secou. Quando eu tive minha terceira, eu queria amamentar, mas (...) não consegui. “Um castigo” – eu pensava. (E2)

[O câncer se] Apresentou em uma época que tive muito aborrecimento. Uns falam que aborrecimento desenvolve o tumor, outros falam que não. (E27)

Eu senti um nódulo, mas não dei importância, porque eu achei que era uma batida ou algo assim. (E31)

Segundo Iddrisu M, et al. (2020), o câncer é representado como uma enfermidade vergonhosa e que ameaça a vida, fazendo com que o período do diagnóstico seja envolto pela culpa, instabilidade emocional e perda da esperança. A compreensão do adoecimento pode sofrer forte influência de percepções e pensamentos culturais e religiosos, fazendo com que parte das mulheres acredite que o câncer resultou de um pecado ou castigo de Deus (TESFAW A, et al., 2020). Em outra perspectiva, as mulheres relacionam o aparecimento do câncer com situações de estresse, ingestão de alimentos com aditivos químicos e trauma físico, dentre outros fatores (GHAZI HF, et al., 2020).

Quando não há histórico familiar de câncer, existe uma tendência de percepção menor da possibilidade de adquirir a enfermidade. Nas famílias em que o câncer já acometeu algum integrante, em especial na mama, a mulher pode estar mais suscetível à possibilidade de adoecimento pela doença. Essa compreensão da vulnerabilidade pode favorecer a aceitação do diagnóstico, embora seu impacto desse esteja presente. Observem-se os relatos abaixo:

Em minha família já existiram casos. As duas [mãe e irmã] apresentaram câncer na mama (...) Foi aquele susto, mas, agora, está tudo se normalizando. (E37)

Isso que eu tenho dúvida, se foi o aborrecimento com a família, ou apareceu porque tinha que aparecer. Porque na família tanto do meu pai, quanto na da minha mãe, é o primeiro caso. (E27)

Ghazi HF, et al. (2020) assinalam que, apesar de a maioria das participantes de seu estudo ter histórico familiar de CM, muitas não reconhecem outros fatores de risco. As mulheres sem histórico familiar tendem a ficar chocadas ao receber o diagnóstico, gerando sentimento de tristeza (IDDRISU M, et al., 2020). Conforme Arab C, et al. (2016), na fase de diagnóstico, o choque emocional pode ser seguido de uma atitude de conformismo, em um processo de ajustamento emocional e aceitação.

Percepção da gravidade do câncer

A falta de informações acerca do câncer e as possibilidades de tratamento podem levar às mulheres e familiares a considerá-lo uma sentença de morte iminente. Embora esta ideia ainda seja corrente, hoje a visão sobre o câncer é menos estigmatizada, em parte pela facilidade de acesso às informações, que

favorece a compreensão da enfermidade e dos tratamentos, amenizando a perspectiva da severidade do câncer. Os próximos relatos exemplificam isso:

Achei que fosse minha sentença de morte. Pensei: “minha vida acabou”. (...) para mim era o fim de tudo. A minha vida, de uma hora para outra, virou de cabeça para baixo. (E26)

Antes eu pensava que, se eu tivesse uma doença dessas, eu gostaria de morrer. (E18)

Ela [avó] não gosta nem de falar o nome: “acho aquilo terrível”. Mas é porque é da criação, a mente é diferente da nossa. (...) não é tão normal como é para gente. (...) Hoje temos nas mãos a tecnologia, na época dela não tinha. (E31)

O adoecimento por CM atinge sobremaneira a vida das mulheres, interferindo nas condições físicas, emocionais, comportamento e relacionamentos sociais e familiares (SILVEIRA RC, et al., 2021). Santos SMP, et al. (2021) verificaram que as crenças e conotações negativas do câncer, alicerçadas em perdas de familiares e iminência da morte, se desdobram em aversão à enfermidade.

Quanto às fontes de informação, Ghazi HF, et al. (2020) identificaram que a “internet” é uma fonte importante para acesso ao conhecimento da doença, fatores de risco, sinais e sintomas e fatores de proteção. Castillo A, et al. (2019) apontaram a aplicabilidade do uso de recursos “on-line” para acessar informações sobre o câncer, maior comunicação com profissionais de saúde e troca de experiências entre mulheres acometidas pelo CM.

A seriedade do adoecimento por câncer pode ser entendida pelas mulheres no momento da confirmação desta enfermidade e por seu estigma de uma doença fatal. Além disso, os médicos podem decretar a gravidade da doença frente aos exames diagnósticos. Os depoimentos a seguir demonstram os efeitos desse entendimento:

O susto é tão grande que a gente desanima... O médico me falou que nem sabe o que aconteceu. Porque, nem era para eu estar aqui mais. Eles falaram que o meu caso era muito grave. (E17)

Há casos e casos! É lógico, tem gente com casos mais graves, outros mais brandos que eu. (E5)

Arab C, et al. (2016) denota que a forma como as mulheres recebem o diagnóstico intervém nas reações emocionais de maneira marcante. A linguagem utilizada pelos médicos pode gerar sentimentos de insegurança e desconforto ou de proteção e segurança para dar continuidade ao tratamento. Alguns estudos (CASTILLO A, et al., 2019; IDDRISU M, et al., 2020) reportam que as mulheres enfrentam barreiras neste sentido, porquanto, no momento de noticiar o câncer, os profissionais não levaram em consideração o impacto emocional, como pode ser observado no relato de E17.

Desafios e trajetória da descoberta

Nos relatos, constatou-se a ideia errônea de que a ausência de sintomas significa ausência de enfermidade, levando a uma baixa percepção de suscetibilidade. Outrossim, alguns sinais e sintomas podem ser confundidos com outros problemas, o que pode dificultar o diagnóstico do CM, atrasando o início das terapêuticas. Observem-se os relatos a seguir:

Ficou dolorido, como se fosse de fazer esforço no braço. Eu comentei com a minha filha e meu marido, eles disseram: “isso não é nada, você trabalha muito”. (E26)

A partir do momento que não sentimos nada a gente vai relaxando. Mesmo as pessoas falando comigo que não pode deixar, (...) e quando vi, apareceu [o câncer]. (E27)

Tesfaw A, et al. (2020) detectaram que um dos motivos para busca tardia ao serviço de saúde é o desconhecimento dos fatores de risco, métodos de detecção precoce, sinais e sintomas e opções terapêuticas para o CM. As alterações mamárias podem ser associadas a outros problemas e a ausência de dor leva à percepção de ser algum problema simples, levando à detecção do CM em estágios avançados.

Segundo França AFO, et al. (2021) muitas mulheres se sentem despreparadas diante de alguma alteração na mama, suscitando dúvidas e preocupações. Nestes casos, o apoio familiar pode incentivar a busca precoce por ajuda profissional.

Para Dela Coleta MF (2010), a suscetibilidade percebida influi na busca por exames para detecção precoce da doença. Isto é ressaltado na precocidade do diagnóstico e início dos tratamentos para CM (AZRIFUL EB, et al., 2021).

Existem muitas barreiras no percurso entre a suspeita e o diagnóstico: disponibilidade de especialistas, necessidade de transporte, esforço para realização de vários exames diagnósticos em diferentes locais (que, por vezes, precisam ser arcados com recursos próprios para otimizar o tempo), espera pelo resultado dos exames, barreiras geográficas (por residirem em outras cidades, por exemplo), entre outras. As participantes relataram situações como essas:

Acho tudo muito demorado. Estou com uma mamografia para fazer e terei que fazer particular, porque não tem vaga. Isso causa uma angústia na gente. (E2)

Fui na secretaria de saúde, onde eu moro. Uma semana depois eles marcaram com a mastologista, aqui [Juiz de Fora], já trouxe ultrassom e biópsia prontas. Ela examinou e falou: “Vamos fazer a cirurgia”. Então, ela passou outros exames. (E23)

Procurei a secretaria de saúde da minha cidade, para indicar um mastologista. Eles marcaram em Juiz de Fora. (...) Foi tudo muito rápido. Na primeira consulta, ele já marcou a biópsia (...). Ele me deu o encaminhamento, corri atrás o mais rápido possível, até pegar a biópsia. (E26)

Como visto em Gonçalves LLC, et al. (2014), a demora em agendamento de consultas e exames e a dificuldade para obter seus resultados, foram considerados barreiras à acessibilidade. Quanto a isso, há que se considerar o papel das instituições de assistência à saúde. Tesfaw A, et al. (2020) identificaram motivos que restringem o acesso aos serviços de saúde, como a falta de assistência à saúde, dificuldade de transporte e receio de procedimentos cirúrgicos.

França AFO, et al. (2021) discorrem sobre os caminhos percorridos pelas mulheres para a descoberta do câncer em município interiorano. Este momento, com idas e vindas para consultas e exames até o diagnóstico, é um tempo de angústia e muda a rotina e o estilo de vida (ALENCAR APA, et al., 2020).

Para reduzir essas dificuldades, o Ministério da Saúde sancionou a lei número 14.238, em 2021, que institui o Estatuto da Pessoa com Câncer, para promoção de articulação entre órgãos e entidades na prevenção e tratamento da enfermidade (BRASIL, 2021).

Percepção dos Benefícios

A experiência dos profissionais de saúde colaborou com um desfecho positivo para detecção precoce do CM, trazendo a possibilidade de um tratamento acertado em tempo oportuno. A rapidez no diagnóstico foi percebida como um benefício, pois garantiu uma assistência adequada para identificar e tratar a enfermidade, como se nota nos relatos a seguir:

Eu marquei a ginecologista e descobri que era câncer de mama. Ela me enviou para o (...) [hospital de câncer]. Aí, já marcou a primeira e segunda cirurgia. Foi tudo muito rápido. (E31)

O médico (...), no tato [palpação], conseguiu averiguar. E dali seguiu todo o processo, que deu que era maligno. Agora a gente está na luta. (E36)

No processo de identificação do CM, Alencar APA, et al. (2020) assinalaram os benefícios da acessibilidade aos serviços e da qualidade e receptividade na assistência, por meio do acolhimento, apoio e orientação dos profissionais. Barros AES, et al. (2018) ressaltam que os procedimentos terapêuticos tiveram progressos significativos e que a cirurgia conservadora traz menores prejuízos psicológicos, porquanto retirado somente o tumor. Como parte da rede de apoio, Silva KK, et al. (2020) retratam a relevância da equipe de saúde, para acolher as inseguranças e dúvidas das mulheres e propiciar a assistência direcionada às suas necessidades, iniciando pelo diagnóstico.

Assim como outros benefícios assinalados, as entrevistadas enfatizaram o sentimento de gratidão pela chance do diagnóstico precoce e dos tratamentos que permeiam a luta pela vida e possibilitam percorrer o caminho rumo à cura.

Agradei a Deus a oportunidade de estar aqui, de poder tentar. Porque, tem muita gente que hoje não consegue esse benefício, que quando veem já está tardio demais, com muitas complicações. (E37)

Estou conseguindo levar, aceitar isso tudo e agradecendo a Deus por ter descoberto isso [câncer] a tempo, de forma precoce, para fazer uma cirurgia e fazer o tratamento. (E31)

Alencar APA, et al. (2020) destacam que as mulheres preferem se apegar aos aspectos positivos, potencializando os privilégios do amparo dos familiares e amigos. No estudo de Castillo A, et al. (2019), a expressão de gratidão foi a emoção positiva mencionada com mais frequência pelas participantes de seu estudo. Esta emoção foi relacionada, também, à chance de se aproximar da família e de Deus, e à assistência da equipe de saúde. Para Barros AES, et al. (2018), a fé e a religiosidade, somadas ao apoio da família e assistência dos profissionais, são essenciais na aceitação da doença, proporcionando esperança e motivação para enfrentar o CM.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, observou-se que apesar da diversidade das participantes, há pontos em comum sob a perspectiva do Modelo de Crenças em Saúde: (i) na percepção da suscetibilidade, mulheres cujo algum familiar já havia passado pelo CM sentiam-se menos surpresas e tristes com o diagnóstico do que mulheres sem histórico familiar da doença, e a identificação de alterações mamárias leva à busca precoce por diagnóstico e tratamento; (ii) na gravidade esperada de um diagnóstico de câncer, tido, muitas vezes, como uma doença determinadamente fatal; (iii) na percepção de barreiras quanto à identificação de sintomas que dificultam o diagnóstico da doença e quanto à trajetória da suspeita ao diagnóstico; (iv) nos benefícios percebidos ao se obter diagnóstico precoce, que permite alcançar um prognóstico melhor, e na gratidão pela possibilidade de tratar a doença. Conclui-se, portanto, que os comportamentos em saúde diante da descoberta de adoecimento por câncer são, de fato, influenciados pelas percepções e crenças individuais sobre as variáveis estudadas. Assim, entender este processo pode ser de grande valia para intervenções mais eficazes em todos os níveis de assistência em saúde às mulheres com câncer de mama que estão em processo de quimioterapia. Há necessidade de novas pesquisas para complementar e enriquecer a compreensão do processo de adoecimento por câncer e seu enfrentamento, pois as variáveis são diversas. Este estudo, além de ser transversal, considerou uma amostra de um hospital específico, logo, é necessário que outros estudos considerem mais instituições.

REFERÊNCIAS

- 1 ALENCAR APA, et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer. Brazilian Journal of Development, 2020; 6(6): 42023-42035.
- 2 ARAB C, et al. Câncer de mama e reações emocionais: revisão sistemática. Revista Baiana de Saúde Pública, 2016; 40(4): 968-009.
- 3 AZRIFUL BE, et al. Health Belief Model on women's cancer recovery (a phenomenological study on cancer survivors). Gac Sanit. 2021; (35) Suppl 1: S9-S11.

- 4 BRASIL. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 218, p. 2, 19 nov. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14238.htm. Acessado em: 23 de Fevereiro de 2023.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acessado em: 17 de Fevereiro de 2023.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf. Acessado em: 17 de Fevereiro de 2023.
- 7 BARDIN L. Análise de conteúdo. [Trad: RETO, LA e PINHEIRO, A]. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.
- 8 BARROS AES, et al. Sentimentos vivenciados por mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. Revista de Enfermagem UFPE on-line, 2018; 12(1): 102-111.
- 9 BORGES MG, et al. Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do câncer de mama: Revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Health Review, 2021; 4(1): 1002-1021.
- 10 CASTILLLO A, et al. Emotions and coping strategies during breast cancer in latina women: a focus group study. Hispanic Health Care International, 2019; 17(3): 96-102.
- 11 CASTRO EKK, et al. Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2016; 32(3): 1-6.
- 12 DELA COLETA MF. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. Mudanças – Psicologia da Saúde 2010; 18(1-2): 69-78.
- 13 FRANÇA AFO, et al. Therapeutic itinerary of breast cancer women in a border municipality. Rev Bras Enferm., 2021; 74(6): e20200936. English, Portuguese.
- 14 FUGITA RMI e GUALDA DMR. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. Revista da Escola de Enfermagem USP, 2006; 40(4): 501-506.
- 15 GHAZI HF, et al. Awareness and belief regarding breast cancer among women living in Selangor, Malaysia. Malaysian Journal of Public Health Medicine, 2020; 20(1): 30-39.
- 16 GONÇALVES LLC, et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. Rev Esc Enferm USP, 2014; 48(3): 394-400.
- 17 IDDRISU M, et al. Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. BMC Psychiatric., 2020; 20(353):1-9.
- 18 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Saúde da Mulher, 2020. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Folder. Atual. 26 out. 2021. 5 p. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/saudedamulher/page/1758-saude-da-mulher-2019?layout=print>. Acessado em: 17 de dezembro de 2022.
- 19 SANTOS SMP, et al. Saberes e práticas de mulheres sobre o câncer de mama, prevenção e detecção precoce. Revista Saúde e Ciência Online, 2021; 10(1): 16-29.
- 20 SILVA KK, et al. Estratégias de enfrentamento após o diagnóstico de câncer de mama. Rev. Bras. Promoç. Saúde, 2020; (33):1-10.
- 21 SILVEIRA RC, et al. Sentimentos das mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Brazilian Journal of Development. 2021; 7(1): 8792-8809.
- 22 SOUZA VR dos S, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul. Enferm, 2021; (34):eAPE02631.
- 23 TESFAW A, et al. Why women with breast cancer presented late to health care facility North-west Ethiopia? A qualitative study. PLoS One, 2020; 15(12): e02435512020.
- 24 TONG A, et al. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007; 19(6):349-357.