

Processo saúde doença das mulheres com câncer de mama nas redes de atenção

Health and disease process of the women with breast cancer in the attention networks

Proceso de Salud y Enfermedad de mujeres con cáncer de mama en locales de atención

Magali A. Alves de Moraes¹

Caio Vinícius da Conceição²

Janaína Dias da Silva³

Nathalie Arnez Torchia²

Pedro Casagrande de Camargo²

Daniela Esteves Temporim²

Lívia Garcia²

Maria Isabel Danuella Sulpicio⁴

Glenda Groeschel⁵

Sandra Renata A. Marques Mesquita⁶

Resumo

Objetivo: Analisar o processo saúde doença das mulheres acometidas por câncer mamário com enfoque no perfil epidemiológico das que recebem atendimento na atenção terciária. **Método:** Estudo epidemiológico transversal. Por meio da revisão de 544 prontuários foi feito estudo quantitativo, apresentando dados estatísticos e a análise de 15 entrevistas com enfoque qualitativo, com a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados e Discussão:** Nos aspectos quantitativos da amostra analisada, a faixa etária mais acometida pelo câncer de mama situa-se entre 45 e 59 anos. Houve dificuldades na determinação de alguns fatores de risco devido a alta porcentagem de falta de dados nos prontuários. Verificou-se ainda, que o tempo de espera entre diagnóstico e tratamento foi de até três meses. Quanto aos aspectos qualitativos, as mulheres se sentem seguras quando orientadas sobre seu tratamento pela equipe, apesar do sofrimento ao receberem o diagnóstico de câncer mamário. A perda dos cabelos é a principal causa de baixa autoestima entre as pacientes, assim as redes de apoio, da qual fazem parte família, companheiro e amigos, são fundamentais para o enfrentamento da doença, bem como a religiosidade. Além

¹ Psicóloga e docente da Faculdade de Medicina de Marília. Coordenadora do PET- redes de atenção à saúde. E-mail dmagalimoraes@hotmail.com

² Estudante do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, membro do PET

³ Estudante do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, membro do PET

⁴ Enfermeira Gerente – Oncoclínica e preceptora do PET

⁵ Enfermeira, Diretora de redes da DRS IX e preceptora do PET

⁶ Enfermeira Gerente das Unidades de Ginecologia e Obstetrícia e preceptora do PET

disso, a qualidade no atendimento é determinante para o cuidado integral da paciente. **Conclusão:** A falta de dados nos prontuários comprometeu a análise dos fatores de risco para traçar o perfil epidemiológico das mulheres com câncer mamário. É fundamental introduzir a educação em saúde como forma de prevenção da doença, valorizando as redes de apoio e a qualidade de atendimento da equipe interprofissional.

Palavras-chave: câncer mamário, saúde da mulher, redes de apoio, educação, redes de atenção.

Abstract

Objective: Analyzing the health and disease process of the women affected by breast cancer with focus on the epidemiological profile whose receive attendance in tertiary attention. **Method:** Transversal epidemiological study. Through the revision of 544 medical records was done quantitative study, presenting statistical data and analysis of 15 interviews with qualitative focus, with content analysis technique, thematic mode. **Results and Discussion:** In the qualitative aspects of the sample analyzed, the age range most affected by breast cancer is between 45 and 59 years. There were difficulties in the determination of some risk factors due to high percentage of lack of data in the records. It was found that the waiting time between the diagnosis and treatment was until three months. Regarding qualitative aspects, the women feel secure when they're oriented about their treatment by the team, despite the suffering when they receive the breast cancer diagnosis. The hair loss is the main cause of low self-esteem among patients, thus the support networks, to which they're part the family, companions and friends, are fundamental to disease coping, as well as the religiousness. Moreover the attendance quality is determinant for comprehensive care of the patient. **Conclusion:** The lack of data in the records committed the analysis of risk factors to trace the epidemiological profile of women with breast cancer. It's fundamental to introduce health education as a way of disease prevention, valuing the support networks and the quality attendance of interprofissional team.

Key-words: breast cancer, women health, support networks, health education, attention networks.

Resumen

Objetivo: Analizar el proceso de salud y enfermedad de mujeres afectadas con cáncer de mama con enfoque en el perfil epidemiológico de las que reciben asistencia en la atención terciaria. **Metodología:** Estudio transversal epidemiológico. Por medio de la revisión de 544 expedientes clínicos, se hizo un estudio cuantitativo que presenta datos estadísticos y análisis de 15 entrevistas con enfoque cualitativo, utilizando la técnica de análisis de contenido, modalidad temática. **Resultados y Discusión:** En los aspectos cuantitativos de muestra analizada, el grupo de edad más afectado por el cáncer de mama está entre 45 y 59 años. Hubo dificultades al determinar ciertos factores de riesgo a causa del alto porcentaje de datos faltantes en los expedientes clínicos. Además, se descubrió que el tiempo de espera entre el diagnóstico y tratamiento es de tres meses. Acerca de los aspectos cualitativos, las mujeres se sienten seguras cuando reciben orientación del personal sobre su tratamiento, a pesar de sufrir cuando reciben un diagnóstico de cáncer de mama. La pérdida de cabello es una de las principales causas de la baja autoestima de las pacientes. De este modo, las redes de apoyo, que consiste de la familia, pareja y amigos, son esenciales para combatir la enfermedad, así como la religiosidad. Por otra parte, la calidad de la asistencia es fundamental para la atención integral del paciente. **Conclusión:** La falta de datos en los expedientes afectó al análisis de los factores de riesgo para descubrir el perfil epidemiológico de mujeres con cáncer de mama. Es esencial introducir la educación sanitaria para la prevención de la enfermedad, con especial atención a las redes de apoyo y a la calidad de asistencia del personal interprofesional.

Palabras clave: cáncer de mama; salud de la mujer; redes de apoyo; educación sanitaria, redes de atención.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama aparece como a primeira causa de mortalidade entre os tipos de câncer nas mulheres, no período de 2001 a 2010 no Brasil. (DATASUS, 2012).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas pelo fato da maioria dos casos serem diagnosticados em estágios avançados (BRASIL, 2014).

Após os 40 anos, a incidência do câncer de mama aumenta progressivamente e a partir dos 60 o risco de óbito é mais do que o dobro. São considerados fatores de risco pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento do câncer de mama: menarca precoce e menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação depois dos 30 anos, tempo de amamentação e uso de hormônios/estrogênio. Além desses, fatores genéticos, são responsáveis por 5 a 10% do total dos casos (BRASIL, 2015).

Diante desses dados, nota-se a importância de investir na saúde da mulher.

Essa pesquisa se direcionou ao perfil das mulheres com câncer de mama, atendidas na atenção terciária; ao acesso aos serviços de saúde e como vivenciaram o processo de adoecer e o tratamento. Compreender as percepções dessas mulheres sobre o processo saúde doença é fundamental para melhorar a qualidade do cuidado à saúde.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico do tipo transversal quantitativo e qualitativo. No quantitativo foi realizada a caracterização do perfil das mulheres atendidas na rede de atenção terciária de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Foram preenchidos questionários com os dados de 544 prontuários das pacientes com câncer de mama, no período de novembro de 2012 a novembro de 2013, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Este período de um ano foi consensuado por especialistas da área e se justifica pela alta incidência da doença, sendo considerado por eles suficiente para o estudo.

Os dados dos questionários foram analisados por categorias e em porcentagens para a caracterização do perfil das mulheres com câncer de mama. (GATTI, 2004).

Para o estudo qualitativo algumas dessas mulheres que estavam em tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico e maiores de idade, foram convidadas para entrevista, utilizando-se a técnica da coleta da história de vida, visando compreender a percepção delas sobre o processo do adoecimento e tratamento. Foram realizadas 15 entrevistas, após as participantes terem assinado o termo de consentimento livre e

esclarecido e interrompidas com a saturação das falas. (MINAYO, 2014).

Para a análise qualitativa das entrevistas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, segundo Minayo (2014), e as temáticas foram exemplificadas pelas falas das entrevistadas e receberam a letra P de participante seguida por números, garantindo o sigilo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Famema, parecer consubstanciado n. 500.189 em 18/12/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das mulheres atendidas na atenção terciária possuía idade entre 45 a 59 anos (38,7%), e entre 60 a 74 anos (32,8%). Esses dados estão em consonância aos do INCA, que refere aumento abrupto a partir dos 40 anos (BRASIL, 2015).

O perfil dessas mulheres se constituía em sua maioria por casadas (57,8%), brancas (79,1%), ensino fundamental completo (60,5%) e do lar (29,1%).

Em relação ao diagnóstico, 62% das mulheres foram submetidas a punção biópsia. Quanto ao tratamento, a maioria (32,4%) realizou quimioterapia, radioterapia e tratamento cirúrgico. O principal tipo de cirurgia foi quadrantectomia com linfadenectomia axilar (52,2%).

O tempo de espera das pacientes entre o diagnóstico e o tratamento foi de até 3 meses (67%). Esse tem influência sobre o estadiamento do câncer e a escolha do tratamento (SOARES et al., 2012).

Outros dados importantes não puderam ser analisados devido ao alto percentual (maior que 20%) de desconhecidos em decorrência do mau preenchimento dos prontuários. Assim, entre os dados que não constavam nos prontuários identificou-se: religião (41,1%), menarca (49,1%), menopausa (48,5%), terapia de reposição hormonal (66,5%), contraceptivos hormonais (62,6%), número de gestações (25,0%), número de partos (24,8%), número de abortos (25,6%), tempo de amamentação (62,2%), histórico de câncer na família (37,8%) e exame de rastreamento (21,1%).

O preenchimento incompleto dos prontuários não mostra a real necessidade das pessoas usuárias do serviço, para as consequentes adequações em busca da melhoria do cuidado em saúde.

Na análise qualitativa foram elencadas 6 categorias temáticas, apresentadas a seguir.

1) A descoberta da doença e o acesso à rede de atenção.

A descoberta da doença pelas participantes ocorreu pela detecção de nódulo na(s) mama(s) descoberto no

autoexame. Entretanto, a procura por atendimento de saúde ocorria somente quando havia manifestações clínicas importantes como secreção papilar amarelada e enrijecimento das mamas, exemplificadas nas falas a seguir:

"[...] eu procurei o médico porque eu sentia uma língua debaixo do braço e doía [...]" P5.

"[...] eu senti meu seio cheio. Parece que tá duro [...]" P14.

Além disso, exames como mamografia, ultrassonografia e posteriormente biópsia foram solicitados a fim do diagnóstico; em um caso a ressonância magnética foi solicitada.

"[...] faço mamografia todo ano... aí fiz ultrassom, depois fizeram biópsia de sucção [aspiração]..." P4.

Houve também associação entre a realização de mamografias periódicas e história de câncer na família:

"[...] eu descobri porque minha mãe teve câncer de mama e todo ano eu faço mamografia." P2.

Sabe-se que mulheres com história de câncer na família têm maior porcentagem de desenvolvimento da doença em relação àquelas isentas desse fator de risco. Batiston et al. (2011) também demonstram em seu estudo essa preocupação das usuárias com a patologia, expressa na realização dos exames com maior frequência.

Dessa maneira, grande parte das participantes que não realizava mamografia periódica fazia o autoexame com frequência e com a técnica correta, indicando outra forma de auxílio no início da descoberta da doença. Constatou-se que a técnica era ensinada pelos profissionais da saúde, configurando-se como uma forma de educação em saúde importante, como elucidado na fala:

"Sim, eu sempre fazia, os médicos me ensinaram e minha sobrinha, que é enfermeira, também me ensinou." P4.

Em relação ao tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento, elas referiram na sua maioria em até dois meses.

"[...] o último exame foi a biópsia, foi em janeiro... Quando foi início de fevereiro já começou a quimioterapia." P7.

O período encontrado está parcialmente em consonância com estudos ingleses e canadenses, os quais demonstram que o tempo ideal entre o diagnóstico e tratamento para melhores prognósticos está entre 22 até 36 dias. Ao passo que quando se avalia o tempo entre o início da sintomatologia da neoplasia até o tratamento, este tempo está no máximo até 3 meses como previsto pelo INCA (ROSA e RADÜNZ, 2013). Judicialmente, este tempo prevê o máximo de 60 dias

para o início do tratamento pela lei 12.732/2012 (LABOISSIÈRE, 2013).

Todavia, é observado falha na prevenção no que diz respeito aos exames preventivos, sendo estes adiados por algumas pacientes, que tentam negar a situação, já que conforme Rosa e Radünz (2013): "Aceitar e/ou negar, por si só, representa uma maneira do indivíduo se proteger contra aquilo que traz dor, sofrimento e medo."

Assim, a participante relata a não realização de exames nos prazos prescritos prolongando o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento, na tentativa de convencer-se de que não seria câncer:

"[...] vou hoje, vou amanhã... e na cabeça sempre falando que não é câncer". P12.

Esta atitude da participante fez com que o câncer não fosse diagnosticado precocemente. Portanto, é necessário que as pacientes compreendam a importância de se prevenirem. Embora, não seja um processo tão simples como pode parecer já que envolve dimensões biopsicossociais.

Outro fator mencionado para atraso do diagnóstico foi por falha do sistema, exemplificado na fala:

"[...] tem que esperar a histoquímica, porque as lâminas foram perdidas, o médico de [outra cidade] diz que mandou as lâminas para cá. Então perdeu, agora tem que tirar e mandar outra vez pra São Paulo e tirar e eu to perdendo muito tempo". P2.

Este atraso demonstra a inabilidade do serviço no que diz respeito ao fluxograma de encaminhamentos de pacientes e exames, sobretudo quando uma unidade de saúde de baixa complexidade referencia para um serviço de média e alta complexidade. Existem entraves principalmente relacionados ao atendimento especializado e desenvolvimento de exames, ademais, o despreparo técnico dos profissionais, e possível falta de capacitação pode dificultar o processo do atendimento de saúde (ROSA e RADÜNZ, 2013).

Com relação ao sistema em que todas essas esferas do cuidado estão articuladas, sabe-se que o SUS possui princípios e diretrizes que regem todo o atendimento, e um deles é a universalidade, o que significa que todos podem ter acesso ao serviço.

No entanto, críticas ao SUS foram mencionadas pelas participantes que envolvem o controle do câncer. Essa questão é inerente às redes de atenção e à estruturação do SUS, além disso, a fala demonstra a insatisfação com o sistema falho, conforme as falas:

"Só queria dizer que a saúde é muito lenta e que a doença não espera." P2.

"O SUS não é igual particular que você chega e o médico está, te dá aquela atenção e tem o horário ... tem médico que nem olha no rosto da gente." P14.

Para o cuidado integral da mulher com câncer foram criadas as Redes Regionais de Atenção à Saúde para atender a população de forma a melhorar a qualidade do cuidado.

Desse modo, o Ministério da Saúde preconiza maior homogeneização e seguimento entre os diferentes níveis, para que haja um atendimento mais completo, levando em consideração o contexto biopsicossocial do paciente, desde a atenção primária até a atenção terciária. É necessário que os profissionais de saúde compreendam seus papéis diante desse novo cenário, atentando para a construção dessa linha de cuidado, para que o acesso do usuário seja viável e que o serviço de saúde resolva seus problemas.

2) Etapas e orientações sobre o tratamento da pessoa com câncer de mama.

Quando existe um diagnóstico de câncer de mama, a necessidade de uma intervenção cirúrgica é praticamente inevitável. Nestes casos são preconizados dois tipos de cirurgias: mastectomia e quadrantectomia. As pacientes que serão submetidas a um desses procedimentos devem ser bem orientadas e preparadas para o ato cirúrgico.

Com relação a esse tema, as entrevistadas demonstraram terem recebido alguma orientação sobre o seu procedimento cirúrgico:

"[...] pelo que ele disse, eu não vou tirar tudo. Ele fez um desenho em quatro partes [da mama], daí ele falou que tirava uma parte" P8.

Além do tratamento cirúrgico, podem ser tratadas pela quimioterapia e radioterapia que são aplicadas separadamente ou em conjunto. Por serem procedimentos extremamente invasivos, causam uma série de efeitos adversos nas pacientes. Os principais mencionados pelas participantes são: queda do cabelo, falta de apetite, náuseas, insônias, mal estar, mialgias e manifestações ansiosas, depressivas e nervosas, isso demonstra que há "desconfortos físicos, emocionais, espirituais e sociais" (FRAZÃO e SKABA, 2013, p. 430).

Tolentino et al. (2010, p.78) mencionam alterações que "repercutem negativamente nas capacidades físicas, psicológicas e na qualidade de vida destas mulheres" e advertem à necessidade de sua reabilitação e reintegração. As falas demonstram isso:

"Quando eu fui fazer a primeira quimio, meu cabelo já caiu tudo." P12.

"[...] atacava as pernas, os braços e só não me deu ânsia de vômito porque a gente já começou a tomar o remédio logo no começo. Mas tirou a vontade de comer." P11

Nesse sentido, observam-se mudanças drásticas na vida das entrevistadas e necessidade de adaptação à nova realidade, ou seja, é preciso que a mulher seja

encorajada a buscar maneiras de amenizar as marcas deixadas pela doença (GASPARELO et al., 2010).

É fundamental deste modo, que elas sejam orientadas sobre as etapas do tratamento, e que os profissionais de saúde possam acolher suas angústias, para que enfrentem este processo.

3) Reação pessoal e de familiares diante da doença, do tratamento e expectativas após o tratamento.

O câncer de mama é uma doença muito temida e gera medo, sentimento de culpa, insegurança e vergonha. Conforme Iwata (2014), a possibilidade de mutilação das mamas agrava este processo; e somada à fraqueza das unhas e queda dos cabelos, provoca brusca ruptura do senso estético feminino e de sua vaidade.

Nesse sentido, o recebimento do diagnóstico de câncer para uma mulher se torna, por vezes, o início de um martírio e de sentimentos diversos:

"Fugiu o chão. Chorava dia e noite." P6.

Santana e Peres (2013) descrevem um evento denominado transposição das perdas, o qual explora os traumas deixados pela perda capilar em mulheres com câncer. Observa-se que a perda dos cabelos leva as pacientes a se sentirem menos femininas, afetando as representações que elas possuem de seus próprios corpos, visto que este efeito colateral propicia também maior visibilidade da doença. Nesse sentido, as perdas físicas são transpostas para o plano psíquico, e, portanto, é também por esse motivo a frequente utilização de objetos que cubram a cabeça como perucas e lenços.

"[...] eu fiquei mais mal de ter perdido o meu cabelo do que descobrido que eu tinha câncer de mama... eu chorava quando via meu cabelo caindo, entrei em desespero [...]." P10.

De acordo com uma pesquisa realizada por Caetano, Gradim e Santos (2009, p.258) as mulheres "[...] ao serem questionadas sobre o impacto do diagnóstico de câncer de mama, o desespero foi o sentimento mais relatado."

Situações que expõem as pessoas a vivência de morte ou da possibilidade de que ela ocorra, desencadeiam uma série de comportamentos denominados "fases do luto" (KÜBLER-ROSS, 2008). Essa parece ser a reação de uma das entrevistadas que "tranquilamente" relata:

"[...] fui embora para a minha casa normal, não fiquei nervosa, não me estressei, nem nada". P10.

Entretanto, na maioria das vezes as pacientes já demonstram inicialmente muito sofrimento diante do diagnóstico de câncer, e não são só elas quem sofrem. A notícia afeta de forma avassaladora os familiares

criando um grande impacto emocional sobre os mesmos.

“Todo mundo ficou assustado.” P11.

Nesse sentido, Conceição e Lopes (2008) afirmam que o recebimento do diagnóstico de câncer causa tamanho impacto sobre os familiares das pacientes por colocar a todos diante da perspectiva da morte.

Muitas pacientes adentram um universo de conflitos internos, questionamentos e sofrimentos antecipados. Uma das entrevistadas chama atenção, pois mostra o quanto o tratamento, sobretudo a quimioterapia, ainda é visto como um tabu.

“O que mais me preocupava era a quimioterapia, nossa era uma coisa que eu pensava e que quando chegasse a hora, será que eu ia ter que fazer, será que não.” P13.

Juntamente com o sentimento de vergonha, as fantasias existentes sobre o câncer podem impedir que as mulheres busquem ajuda médica diante de um sintoma indicativo, como um nódulo mamário auto palpável. Segundo Redon (2008) numa tentativa de “fechar os olhos” para a realidade incerta, a mulher procura remediar, às vezes por meses, uma consulta médica, ignorando os sinais de seu corpo, priorizando outras atividades.

O que comumente ocorre quando o sofrimento com as dores passa a ser insuportável é a ida ao médico, surgindo então, o sentimento de culpa assim que o diagnóstico de câncer é confirmado.

“[...] eu me senti culpada por ter esperado tanto tempo, porque desde que eu percebi, fui empurrando [...]” P13.

Apesar do sentimento negativo externado pelas participantes com relação à autoestima, sobretudo com a questão da perda dos cabelos, elas apresentaram um perfil diferenciado quanto à expectativa de vida após o tratamento, pois vislumbraram um futuro positivo.

“[quero] ir para os bailes de novo!” P3.

Segundo Urcuyo et al. (2005) é comum que as pacientes em tratamento de câncer apresentem uma visão otimista do futuro e da vida. Isso ocorre primordialmente, quando há uma prévia adaptação ao diagnóstico e ao tratamento.

Assim, é possível perceber que apesar das agruras enfrentadas pelas mulheres durante o tratamento é possível planejar um futuro saudável, com qualidade de vida, fazendo planos e retomando atividades temporariamente suspensas pelo decurso da doença.

4) Redes de apoio e religiosidade.

A partir do diagnóstico de câncer, a família é considerada a principal rede de apoio, assumindo o

papel de porto seguro desde o diagnóstico até o final do tratamento:

“Quando não é um, é outro. É genro, é filha... Cuidam muito bem de mim.” P1.

Na visão de Tavares e Trad (2010) é esperado que diante do adoecimento de um membro da família os demais desempenhem diversos papéis como: provimento de suporte emocional, divisão de responsabilidades, tomada de decisões e estabelecimento de contato com profissionais de saúde, sobretudo quando o doente está debilitado. Furlan et al. (2012, p. 68), destacam a família “como a principal rede de apoio social do doente nas diferentes fases do tratamento.”

Além da família, os amigos e vizinhos também são considerados fontes de auxílio e carinho.

“Eles me apoiaram demais, ficaram me tratando como se eu fosse um bebê [risos].” P5.

Não é difícil também observar na cultura ocidental que diante das adversidades, as pessoas são tomadas pela fé, orações e promessas, na esperança de salvar a vida (AQUINO e ZAGO, 2007).

“O médico vai cuidar da gente, mas primeiro Deus [...] A gente tá na mão dos médicos, mas Ele tá na frente.” P11.

Dessa forma, a religião e o apoio de familiares e amigos são sustentáculos substanciais no enfrentamento da doença, bem como na busca pela cura.

5) Repercussões da doença no trabalho, nas relações conjugais e nas atividades sociais.

Diante do impacto causado pelo câncer na vida dessas mulheres, é possível notar repercussões nas variadas esferas do cotidiano das mesmas.

No que se refere às repercussões no trabalho, nota-se pela fala das entrevistadas, o afastamento dele para realizarem o tratamento.

“[...] que nem agora, eu não faço nada, quase nada em casa [...] porque não pode varrer para não forçar o braço [...]” P11.

Nesse sentido, a mulher é duplamente afetada, por um lado, sente-se menos produtiva uma vez que ainda que afastada do trabalho apresenta dificuldades para realizar suas “obrigações do lar” devido às restrições físicas trazidas pela doença, e por outro, acarreta sua culpabilização e autocobrança (FRAZÃO e SKABA, 2013).

Outro sentimento identificado nas falas das participantes é o de frustração, no que tange a troca de função profissional ao retornar às atividades de seu trabalho:

"[...] ele [encarregado] falou que quando eu voltasse que ele iria me por em outro lugar, em uma função mais leve. Então... vou perder meu serviço que eu gosto de fazer..." P15.

Outra repercussão relevante é em relação ao cônjuge. De acordo com Silva et al. (2010) o companheiro é especialmente atingido pelo sofrimento vivenciado pela mulher, sentindo-se triste apreensivo e desesperançoso diante da situação. Entretanto, o apoio do companheiro é fundamental para o enfrentamento da doença.

"O que ele pode fazer para mim, ele faz." P11.

Entretanto, algumas não têm esse apoio. Segundo Gasparelo et al. (2010) movidos por um sentimento de total desespero diante da doença de suas parceiras, alguns homens abandonam suas casas e desaparecem, trazendo grande sofrimento a suas companheiras.

"[...] ele me abandonou com 19 dias de operada, [...] eu entrei em desespero." P3.

Outra repercussão da doença foi o afastamento das atividades sociais, tanto por orientação médica em alguns casos, quanto por desconforto em meio a muitas pessoas. Algumas vezes, as participantes se sentiam vítimas de preconceito e incompreensão. Gasparelo et al. (2010) ressaltam os medos vinculados a misticismos que permeiam os pensamentos das pacientes; as consequências provindas do tratamento somadas a repercussão negativa intrínseca à doença gerando isolamento social e discriminação.

"Estou proibida pelos médicos de sair e tenho que obedecer meus chefes." P4.

"Eu não gosto de estar no meio de muita gente..." P11.

Muitas delas se recolhem então, a certo isolamento para se protegerem.

6) A qualidade do atendimento na visão das pessoas com câncer de mama.

A qualidade do atendimento é determinante para o adequado delineamento da linha de cuidado integral da paciente, além do que, os resultados da terapêutica estão diretamente relacionados a essa variável.

Salimena et al. (2012) discorrem que a paciente submetida a tratamento com abordagem integral e por equipe multidisciplinar apresenta melhores resultados terapêuticos.

Um dos aspectos que avalia a qualidade é a própria percepção da paciente sobre a equipe:

"Muito, nossa, a atenção, dedicação, o carinho, tolerância, demais, eles estão de parabéns". P7.

Nesse sentido a equipe é elogiada desde o porteiro até o médico:

"O porteiro é uma criaturinha de Deus... são todos muito bons. O doutor é divino, ele cumprimenta, é animado, pega na mão da gente" P4.

A postura profissional, o vínculo e a comunicação empática são também atribuições importantes para o cuidado integral e humanizado, desde a primeira consulta, nas redes de atenção até a finalização do tratamento.

No entanto, existem também depoimentos que apontam fragilidades na qualidade do atendimento. A fala a seguir ilustra como a comunicação do médico ao informar o diagnóstico, deixou a paciente desestruturada emocionalmente:

"[...] sei que ele [médico] pegou meus exames e foi muito estúpido comigo 'é câncer e eu não garanto a cura', ai eu fiquei apavorada." P12.

Rossi e Santos (2003) afirmam que a forma com que o profissional comunica o diagnóstico à paciente é inerente à relação de confiança estabelecida, ou seja, a postura de acolhimento pelo profissional médico gera menores sentimentos negativos na paciente contribuindo para maior grau de satisfação da mesma.

Desta forma, todos estes aspectos são importantes para se estabelecer um atendimento de qualidade na perspectiva das participantes.

CONCLUSÃO

É de extrema importância a análise dos fatores de risco para traçar o perfil epidemiológico das mulheres com câncer. Para tanto, faz-se necessário que os prontuários médicos sejam preenchidos de forma mais completa quanto às informações das pacientes. A partir disso, é possível introduzir, por meio de políticas públicas, programas de educação em saúde que visem à prevenção do câncer, a qualidade técnica, a postura humanizada e ética do atendimento da equipe interprofissional dentro das redes de atenção e a valorização das redes de apoio, apontadas pelas participantes desse estudo como essenciais para o enfrentamento da doença.

Agradecimentos aos outros membros do grupo PET-redes de atenção à saúde que colaboraram na coleta de dados: Amira K. Saleh, Ana Cláudia P. Martins, Camilla P. Silva, Florence S. Dourado, Lidiani Mara da Silva, Vanessa de Sousa Melo e as preceptoras Altiva Ayako Nishiura, Ariane V. Ambonati e Edileuza Maria de Souza.

REFERÊNCIAS

1. AQUINO VV, ZAGO MMF. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. Rev. Latinoam. Enfermagem, Ribeirão Preto, 2007; 15(1): 42-47.
2. BATISTON, AP et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre as mulheres de 40 a 69 anos. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, abr./jun. 2011; 11(2): 163-171.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em: 16 maio 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Controle do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama>. Acesso em: 30 jun. 2015.
5. CAETANO, EA, GRADIM, CVC, SANTOS, LES. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun. 2009; 17(2): 257-261.
6. CONCEIÇÃO, LL, LOPES, RLM. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008; 16(1): 26-31.
7. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 15 abr. 2013.
8. FRAZÃO, A, SKABA, MMFV. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. Rev. Bras. Cancerol., Rio de Janeiro, 2013; 59(3): 427-435.
9. FURLAN, MCR et al. Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social. Cienc. Cuidado Saúde, Maringá, 2012; 11(1): 66-73.
10. GASPARELO C et al. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. Cienc. Cuidado Saúde, Maringá, 2010; 9(3): 535-542.
11. GATTI, BA. Estudos quantitativos em educação. Educ. Pesqui., São Paulo, jan./abr. 2004; 30(1): 11-30.
12. IWATA, H. Repercussões emocionais do câncer de mama: um trabalho a partir do autocuidado e reflexões sobre o cuidado da equipe. 2014. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Aprimoramento em Psicologia hospitalar) - Faculdade de Medicina de Marília, Marília, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/ses-31453> . Acesso em: 28 mar. 2015.
13. KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008; 304 p.
14. LABOISSIÈRE, P. Lei 12.732/12, que garante início de tratamento de câncer em 60 dias, entra em vigor dia 23/05/2013. EcoDebate, Mangaratiba, 17 maio 2013. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2013/05/17/lei-12-73212-que-garante-inicio-de-tratamento-de-cancer-em-60-dias-entra-em-vigor-dia-23052013/>>. Acesso em: 27 mar. 2015.
15. MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014; 408 p.
16. REDON, SA. A interpretação da doença e a busca de sentido: um estudo com pacientes em tratamento de câncer. Rev. Antropológicas, Recife, 2008; 19(2): 55-80.
17. ROSA, LM, RADÚNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. Texto Contexto enferm., Florianópolis, jul./set. 2013; 22(3): 713-721.
18. ROSSI, L, SANTOS, MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. Psicol. Cienc. Prof., Brasília, 2003; 23(4): 32-41, 2003.
19. SALIMENA, AMO et al. Mulheres enfrentando o câncer de mama. REME Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte, jul./set. 2012; 16(3): 339-347.
20. SANTANA, VS, PERES, RS. Perdas e ganhos: compreendendo as repercussões psicológicas do tratamento do câncer de mama. Aletheia, Canoas, jan./abr. 2013; 40: 31-42.
21. CASTRO SILVA, TB et al. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. Rev. Esc. Enferm. USP., São Paulo, mar. 2010; 44(1): 113-119.
22. SOARES, PBM et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, 2012; 15(3): 595-604. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/13.pdf> . Acesso em: 15 jan. 2015.
23. TAVARES, JSC, TRAD, LAB. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: m estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. Cienc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010; 15: 1349-1358. Suplemento 1.
24. TOLENTINO, GP et al. Câncer de mama e exercício físico. RBM Rev. Bras. Med., São Paulo, mar. 2010; 67(3): 78-81.
25. URCUYO, KR et al. Finding benefit in breast cancer: relations with personality, coping, and concurrent well-being. Psychol. Health, Washington, Abr. 2005; 20(2): 175-192. Disponível em: [http://web4.uwindsor.ca/users/f/fsirois/personality.nsf/831fc2c71873e46285256d6e006c367a/c6247d71a3e97a4485257261005da15b/\\$FILE/Urcuyo_2005.pdf](http://web4.uwindsor.ca/users/f/fsirois/personality.nsf/831fc2c71873e46285256d6e006c367a/c6247d71a3e97a4485257261005da15b/$FILE/Urcuyo_2005.pdf) . Acesso em: 2 abr. 2015.

Recebido em: 03/09/2015

Aceito em: 29/12/2015