

DOI: 10.35621/23587490.v7.n1.p218-235

REPERCUSSÕES EMOCIONAIS E SOCIAIS DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO DE CÂNCER MAMA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

EMOTIONAL AND SOCIAL REPERCUSSION OF BREAST CANCER DIAGNOSIS AND TREATMENT: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Washingtonia Araújo dos Santos Medeiros¹
Izaylene Thalita Pereira Rego²
Rayssa Rennaly Alves de Oliveira³
Waleska Fernanda Souto Nóbrega⁴
Kedma Anne Lima Gomes⁵

RESUMO: OBJETIVO: Investigar os impactos emocionais e sociais percebidos pelas mulheres em relação ao recebimento do diagnóstico de câncer de mama e às consequências do tratamento. **MÉTODO:** Estudo transversal, descritivo e de cunho quanti-qualitativo, realizado com 15 mulheres no Hospital da FAP, sendo aplicados os critérios de Saturação Teórica e Análise do Conteúdo de Bardin. Foram empregados um questionário sociodemográfico e clínico, além de uma entrevista semi-estruturada. **RESULTADOS:** A média de idade foi 55 ($\pm 11,05$) anos. A maioria das mulheres entrevistadas eram casadas (66,67%), tinham ensino fundamental (40%), residiam em Campina Grande e região (75%), eram cristãs (100%) e apresentavam tempo de diagnóstico superior a 12 meses (66,66%). O tipo mais comum foi o carcinoma ductal invasivo (33,33%) e o subtipo molecular mais prevalente foi o Luminal B (53,3%) e a média do tamanho do tumor de 1,6 ($\pm 0,69$) cm. 11 mulheres (73,33%) realizaram mastectomia, todas se submeteram à quimioterapia e 6 (40%) à radioterapia. As falas geraram as seguintes categorias: a tristeza diante do diagnóstico de câncer de mama; o diagnóstico de câncer de mama como sentença de morte; a figura divina como alicerce; o apoio da família e dos amigos; a ressignificação dos hábitos e das atividades diárias; a imunidade como fator determinante para o autocuidado. **CONCLUSÃO:** Foram evidenciadas

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UniFacisa.

² Graduanda do Curso de Fisioterapia da UniFacisa.

³ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UniFacisa.

⁴ Cirurgiã-dentista. Doutoranda em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba.

⁵ Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba. Docente do Curso de Fisioterapia da UniFacisa.

experiências de surpresa e tensão, as quais redefiniram relacionamentos e rotinas diárias, além de da recorrência à religiosidade.

Palavras chave: Neoplasias da mama. Ajustamento emocional. Diagnóstico.

ABSTRACT: OBJECTIVE: *To investigate the emotional and social impacts perceived by women in relation to receiving the diagnosis of breast cancer and the consequences of treatment. **METHOD:** Cross-sectional, descriptive and quantitative study, conducted with 15 women at the FAP Hospital, applying Bardin's Theoretical Saturation and Content Analysis criteria. A sociodemographic and clinical questionnaire was used, as well as a semi-structured interview. **RESULTS:** The mean age was 55 (\pm 11.05) years. Most of the women interviewed were married (66,67%), had elementary school (40%), lived in Campina Grande and region (75%), were Christian (100%) and had a diagnosis time of over 12 months (66,66%). The most common histological type was invasive ductal carcinoma (33.33%) and the most prevalent molecular subtype was Luminal B (53.3%) and the average tumor size was 1.6 (\pm 0.69) cm, Eleven women (73,33%) underwent mastectomy, all underwent chemotherapy and 6 (40%) underwent radiotherapy. The statements generated the following categories: sadness at the diagnosis of breast cancer; the diagnosis of breast cancer as a death sentence; the divine figure as a foundation; the support of family and friends; the reframing of daily habits and activities; immunity as a determining factor for self-care. **CONCLUSION:** There were evidences of surprise and tension, which redefined relationships and daily routines, as well as the recurrence to religiosity.*

Keywords: Breast neoplasms; emotional adjustment; diagnosis.

INTRODUÇÃO

O câncer é visto como um dos problemas mais complicados para o Sistema Único de Saúde (SUS), devido seu impacto epidemiológico, social e econômico (BRAY *et al.*, 2018). O câncer de mama (CM) é uma das neoplasias mais frequentes entre o sexo feminino, sendo o segundo tipo mais comum a nível mundial (FARIA; LIMA; FILGUEIRAS, 2018). No Brasil, estimou-se 600 mil novos casos de câncer para o período 2018-2019, dos quais 59.700 foram atribuídos à neoplasia maligna da mama, um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2018).

A confirmação do diagnóstico e as etapas do tratamento podem acarretar consequências emocionais, impacto social, medo, ansiedade, limitações funcionais e mudanças na qualidade de vida, não só do indivíduo, bem como de seus familiares (FARIA; LIMA; FILGUEIRAS, 2018). A mastectomia, por exemplo, embora seja aplicável ao tratamento do câncer de mama, causa repercussões psicológicas, mudanças de rotinas e rupturas de sonhos para essas mulheres, visto que a mama apresenta uma importância simbólica no contexto da sexualidade feminina (VALE; DIAS; MIRANDA, 2017).

Ainda no contexto da significação, o câncer é visto pela maioria da população como negatividade, preconceito, desordem, castigo e fatalidade, causando dor às mulheres e aos familiares diante da incerteza e do sofrimento em busca da cura. Tal patologia possibilita uma vivência de fragilidade, receio e reflexão acerca do prognóstico ruim, efeitos colaterais do tratamento e esperança de cura. Logo, deve-se refletir acerca da importância da base familiar e da humanização hospitalar para amenizar esse tipo de experiência negativa (BRITO; CARVALHO, 2010; CONDE *et al.*, 2016).

Destarte, a presente pesquisa se justifica pela necessidade de compreender os impactos do diagnóstico e das consequências do tratamento da doença, sendo importante destacar que a temática consta na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde. Nesse contexto, o trabalho objetivou investigar os impactos

emocionais e sociais percebidos pelas mulheres em relação ao recebimento do diagnóstico de CM e às consequências do tratamento ao qual são submetidas.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa transversal, descritiva e de cunho quanti-qualitativo. O estudo foi desenvolvido na Fundação Assistencial da Paraíba-FAP, nos setores de Quimioterapia e Radioterapia, bem como na sede de uma Organização Não-Governamental (ONG) a qual o hospital abriga, no período de Setembro até Outubro de 2019. A população foi composta por mulheres com câncer de mama que já iniciaram ou já realizaram algum tipo de tratamento para a doença no Hospital da FAP. Após aplicação do critério de Saturação, participaram da pesquisa 15 mulheres com CM. Foram consideradas aptas para o estudo mulheres com 18 anos de idade ou mais, que estavam em tratamento para a neoplasia maligna da mama na FAP há pelo menos 1 mês. Não fizeram parte do estudo pacientes que foram diagnosticadas com depressão antes do diagnóstico de CM e aquelas que apresentaram alguma dificuldade cognitiva que inviabilizasse a entrevista.

Para a captura dos dados, utilizou-se um questionário e uma entrevista semiestruturada. O primeiro instrumento abordou questões acerca da idade, estado civil, naturalidade, grau de escolaridade, credo, tempo de diagnóstico, classificação histológica e/ou imuno-histoquímica do CM, tamanho do tumor e tipo de tratamento em andamento ou realizado. Os dados clínicos foram retirados dos prontuários, lidos em ambiente seguro e privado (setor de arquivos) e arquivados em uma planilha no Microsoft® Office Excel® (2010) para realização da estatística descritiva. Quanto à entrevista semiestruturada, foi utilizado um gravador (Sony®, modelo Icd- Px240) para posterior transcrição do conteúdo coletado. Por entender que alguns familiares, diante de motivos pessoais ou inerentes a características de algumas pacientes, preferem ocultar o termo “Câncer de Mama”, a pesquisadora-entrevistadora substituiu o termo por “Problema na mama” durante os questionamentos.

As participantes foram codificadas e identificadas pela letra 'P', em referência ao termo "Paciente", seguida pelo número correspondente à sequência da entrevista, resultando em uma combinação alfanumérica (P-1 - P15). As perguntas realizadas foram: "Você poderia relatar como foi o momento em que você recebeu a notícia de que estava com um "Problema na mama" e como se sentiu?"; "como a sua família e seus amigos reagiram ao saber de toda a situação?" e "os efeitos dos medicamentos e/ou cirurgia te atrapalham no dia-a-dia, te limitam fisicamente, te desestimulam a conviver com algumas pessoas ou frequentar lugares que faziam parte da sua rotina? Por quê?". As informações foram reproduzidas e transcritas exclusivamente pela pesquisadora e em seguida submetidas a Análise de Conteúdo de Bardin. Foram seguidas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED), obtendo **CAAE 18614519.4.0000.5175**.

RESULTADO E DISCUSSÕES

A Tabela 1 traz as características sociodemográficas e referentes ao tempo de diagnóstico.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres com diagnóstico de câncer de mama, segundo características sociodemográficas.

Variável (N=15) %

Faixa etária (anos)

36-49 05 33,33%

50-59 05 33,33%

≥60 05 33,34%

Estado Civil

Casada 10 66,67%

Solteira 03 20%

Viúva 02 13,33%

Escolaridade

Analfabeta 01 6,67%

Ensino fundamental 06 40%

Ensino médio 04 26,67%

Ensino superior 04 26,66%

Naturalidade

Campina Grande e região 13 86,66%

Cidades do estado pernambucano 02 13,34%

Religião

Cristã 15 100%

Não-cristã 0

Tempo do diagnóstico

7-11 meses 05 33,34%

>12 meses 10 66,66%

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A média de idade foi de 55(±11,35) anos, com extremos de 36 e 76 anos. Esse dado encontrado difere do resultado do estudo de Krüger, Mariotti e Dias (2017), que comprovou que os maiores índices de diagnóstico do CM ocorrem entre 50 e 59 anos de idade. Tal ponto é de extrema relevância, salientando que o Ministério da Saúde, recomenda o início do rastreamento do câncer de mama a partir dos 40 anos de idade. A idade das mulheres participantes do estudo anterior assegura que a progressão da idade aumenta o risco da ocorrência da doença, sendo menos comum antes dos 35 anos (MAGALHÃES *et al.*, 2017).

Quanto à escolaridade, a maioria das entrevistadas (40%) possuíam apenas ensino fundamental. De acordo com Pinheiro *et al.* (2013), o grau de escolaridade da mulher pode interferir na execução de medidas preventivas do câncer de mama e na detecção precoce do tumor. Não obstante, o autoexame, embora não seja padrão ouro para detecção, necessita de conhecimento prévio acerca da profilaxia (DUGNO *et al.*, 2014). No tangente ao estado civil, a maioria das participantes (66,66%) declararam-se casadas. Contrapondo o presente achado, uma pesquisa norte-americana evidenciou que mulheres solteiras apresentaram maior risco de desenvolver câncer de mama (MARCON *et al.*, 2019).

A tabela 2 abrange as informações relacionadas à situação clínica das entrevistadas:

Tabela 2 - Características clínicas.

Variável (N=15) %

Tipo histológico

Carcinoma ductal invasivo 05 33,33%
Carcinoma ductal *In Situ* 03 20%
Carcinoma ductal metastásico 02 13,33%
Carcinoma mamário invasivo 02 13,33%
Carcinoma ductal invasivo 02 13,33%
Carcinoma mucinoso 01 6,68%

Subtipo imuno-histoquímico

Luminal A 03 20%
Luminal B 08 53,33%
HER-2 Superexpresso 04 26,67%

Tamanho do tumor

<1 cm 03 20%
1-2cm 09 60%
>2 cm 03 20%

Mastectomia

Sim 11 73,33%
Não 04 26,67%

Quimioterapia

Sim 15 100%
Não 0

Radioterapia

Sim 06 40%
Não 09 60%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

O intervalo de tempo do diagnóstico da paciente até a data da coleta de dados variou de 8 meses a 7 anos. No tocantes às características clínicas foi evidenciado o Carcinoma Ductal Invasivo como predominante (33,33%). Corroborando com o estudo de Krüger, Marotti e Dias (2017) onde o carcinoma ductal invasivo foi o de maior prevalência. Quanto ao subtipo molecular identificado a partir da imuno-histoquímica, o Luminal B foi o de maior ocorrência (53,33%). Este subtipo apresenta, em sua maioria, receptores hormonais positivos e também menor índice proliferativo (com base na proteína Ki-67). A média da dimensão do tumor foi de 1,6 ($\pm 0,69$) cm, com predominância daqueles com tamanho entre 1 e 2cm (60%). Contraditoriamente, uma análise de 12689 casos, realizada por Pinheiro *et al.* (2013), encontrou uma maior prevalência de tumores com tamanho >2cm. Quanto ao tratamento, 11 mulheres (73,33%) realizaram mastectomia, todas se submeteram à

quimioterapia e 6 (40%) fizeram sessões de radioterapia, que estão entre as modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento loco-regional e sistêmico (BRASIL, 2004). Diante da análise do teor das falas das mulheres foi possível encontrar agrupamentos de categorias, as quais foram desmembradas em: A tristeza diante do diagnóstico de câncer de mama; o diagnóstico de câncer de mama como sentença de morte; a figura divina como alicerce; apoio da família e dos amigos; resignificação dos hábitos e das atividades diárias e a imunidade como fator determinante para o autocuidado.

A Tristeza Diante do Diagnóstico de CM

Na descoberta do diagnóstico do câncer de mama, normalmente surgem os sentimentos de angústia e incerteza, observando-se o desespero, o medo e a tristeza, que estiveram presentes no momento que receberam a notícia (ZIGUER; BORTOLI; PRATES, 2016).

“Para mim foi muito triste.” (P-01).

*“A gente não fica satisfeita, não. A gente fica triste, né?”
(P-02).*

“Foi muito difícil. Chorei muito.” (P-08).

A doença causa impacto negativo, tanto na paciente como nos familiares e, na maioria das vezes, uma resistência ao falar sobre a patologia (MENEZES; SCHULZ; PERES, 2012). Pesquisa realizada por Al-Azri *et al.* (2014) na Península Arábica de Omã identificou quatro temas principais, sendo eles: a) fatores relacionados ao sofrimento psicológico da doença e à incerteza (preocupação com a morte, interferência nas responsabilidades profissionais e familiares, buscando esperança / cura, viajando para o exterior); b) reações dos familiares (chocado, triste, unidade, pressão para procurar tratamentos tradicionais); c) visões da sociedade (simpatia, isolamento, relutância em divulgar informações); d) preocupações e ameaças sobre o futuro (efeitos colaterais da quimioterapia, disseminação da doença, efeito na

prole). Concluindo-se que os profissionais de saúde que trabalham com mulheres com câncer de mama devem estar cientes dos diferentes impactos psicossociais da doença na vida das mulheres.

O Diagnóstico de Câncer de Mama como Sentença de Morte

O receio da morte emerge nas falas como desenlace natural e esperado imaginário social, uma vez que está muito associado ao óbito, não obstante, a falta de apoio psicológico agrava essa situação (ZIGUER; BORTOLI; PRATES, 2016, FARIA; LIMA; FILGUEIRAS, 2018). O impacto do diagnóstico, do qual surgem inúmeros pensamentos negativos, pode decorrer, com frequência, dos casos que apresentam mau prognóstico, havendo relação com a fase em que a doença é detectada (SANTOS *et al.*, 2017). A média de idade das mulheres do presente estudo (55 anos) e a prevalência do carcinoma ductal invasivo podem ser aspectos influenciadores da forma negativa como as mulheres enxergam o próprio prognóstico. As pacientes com carcinoma ductal infiltrante apresentam, normalmente, um maior envolvimento linfático e um pior prognóstico em comparação aos tipos menos frequentes de carcinoma invasivo de mama (KETTERHAGEN; QUAKENBUSH; HAUSHALTER, 1984).

“Eu praticamente parei! paralisei. Só fazia chorar. A única coisa que eu fazia era chorar. Porque eu me via diante de uma notícia assim! Vou morrer! vou morrer! vou morrer! Vou deixar o meu marido e minha filha, que na época tinha 16 anos.” (P-04).

“Eu já me vi dentro do caixão.” (P-09).

Diante da confirmação do diagnóstico e da impossibilidade de mudar aquela situação, o núcleo familiar sente-se impotente e questiona o porquê da doença. É possível perceber que, durante o tempo da descoberta do diagnóstico, as

indagações são, muitas vezes, decorrentes do conflito com a situação e da tristeza em relação à visão futura (KARKOWET *et al.*, 2015). De acordo com Araújo e Fernandes (2008), o diagnóstico de câncer, os sentimentos de desespero, de angústia e medo da morte são frequentes. Conforme evidencia-se nos discursos, há a necessidade de um reforço no suporte social e psicológico dessas pacientes. Um estudo recente, publicado por Barros *et al.* (2018) com 13 mulheres diagnosticadas com a doença, evidenciou que estas manifestaram sentimentos como desespero, preocupação com a família, proximidade e medo da morte - o que revela a necessidade de uma rede de apoio a fim de acolher, cuidar e orientar as mulheres no momento do diagnóstico, buscando direcioná-las para as possibilidades de tratamento, cura e reabilitação.

A Figura Divina como Alicerce

“Chorei muito, mas entreguei a minha vida nas mãos de Deus e deixei que Ele agisse por mim.” (P-01).

O pensamento da vida está voltado para a presença de Deus (REGIS; SIMÕES, 2005). Deus passa a ser a força, a renovação e a potência para que estas fases sejam suportadas com menos sofrimentos. Apoiada pela fé, a mulher se sente mais perseverante e confiante para vencer qualquer tipo de dificuldade, enxergando-se capaz de resistir a qualquer ocorrência ao longo do tratamento, pois tem a convicção de que não está sozinha (SANTOS *et al.*, 2017).

“Depois Deus dá aquela força, né?” (P-02).

Quando a paciente aceita a doença e as consequências do tratamento, os sintomas são minimizados. Dessa maneira, cabe às mulheres com persistência, determinação, fé, submissão à vontade celestial, a aclamação e a resignação (REGIS; SIMÕES, 2005).

“Eu acho, confio em Deus e vou sair dessa, se Deus quiser.” (P-05) “Primeiramente, Deus. Deus acima de tudo.” (P-03).

Algumas narrações descrevem o tratamento como uma condição de busca para assegurar a cura (SANTOS *et al.*, 2017).

“Eu digo, mas Jesus vai me curar, que tem tratamento.” (P-04) “Simplesmente, pra mim, foi mesmo que ter me dito o seguinte: ‘você está com gripe e vá pra casa’, porque eu creio num Deus que tudo pode”. (P-06).

A maioria das pacientes pesquisadas mencionaram que, diante da confirmação do diagnóstico do CM, recorreram à religiosidade. Este comportamento pode estar ligado ao fato de que todas as mulheres da amostra se declararam cristãs. Para Menezes, Shulz e Peres (2012), isso ocorre pelo fato de que o prognóstico da doença é tido como um significado de provação.

Apoio da Família e dos Amigos

É de extrema importância que a família esteja envolvida no processo de cuidar da mulher, junto com a equipe de saúde, ofertando apoio emocional (VIEIRA *et al.*, 2018). Das 15 mulheres entrevistadas, 10 (66,66%) eram casadas, o que pode ter contribuído para o suporte que receberam, conforme mostram os relatos:

“Não se abateram, eu acho que até pra ajudar no meu caso, enfrentando junto comigo. Sempre procurando saber como é que eu tô, [se estou] fazendo os tratamentos, como eu tô reagindo (...) [estou] tendo a força

do meu marido e dos meus filhos, e assim tô vivendo.” (P-01).

O apoio familiar tem um papel primordial na luta do contra o CM. A mulher que pode contar com o suporte dos entes queridos consegue transformar esse carinho em força para continuar com os tratamentos (VIEIRA *et al.*, 2018).

“Ficaram muito preocupados...cada qual que gastasse uma coisinha comigo e tomaram conta de mim. E ainda tão tomando. Se não fosse meus filhos, eu não estava mais aqui. Abaixo de Deus e os médicos, né, néga?” (P-02).

“... me apoiou bastante (...) é importante o apoio da família dos amigos () é um suporte muito grande pra gente enfrentar o tratamento.”(P-02).

Esposo, filhos e pais são pessoas que passam por situações de muita aflição. Em contrapartida, eles são as pessoas mais importantes e que têm consequências diretas no tratamento do CM (ZIGUER; BORTOLI; PRATES, 2016). As relações pessoais entre familiares e amigos, bem como o afeto, crenças e confiabilidade no processo de recuperação, tornaram-se relevantes e positivos nesses resultados. Sabe-se que, nesse contexto, é comum encontrar pacientes fragilizados e tristes, o que afeta negativamente o tratamento que já é bastante agressivo. Portanto, o apoio social e a interação com a equipe de saúde fazem muita diferença no tratamento (PEREIRA; NUNES; DUARTE, 2015).

“Não me deixa fazer nada (...) não pode fazer isso tudo. É mais um motivo de eu sentir mais protegida. Pronto! a palavra é essa: protegida,” (P-03).

A confiança do diagnóstico de CM, ou de qualquer outra doença, é uma revelação que afeta a família e os amigos. Tudo isso ocorre porque a família simboliza um forte círculo onde as afinidades são mais intensas e tanto com o doente, quanto com os demais familiares, passa a existir uma afinidade maior. Esse vínculo passa a ser o principal recurso utilizado pelo paciente para buscar a cura (KARKOWET *et al.*, 2015). As falas a seguir ratificam a importância do suporte oferecido por familiares e amigos:

“Minha família me apoiou bastante! se não fosse eles, eu acho que a trajetória seria bem mais difícil.” (P-03).

“Diante de tudo isso, me deram muita força, sabe?” (P-04).

“Me dando bastante força, apoio, que até hoje conto com eles pra tudo.” (P-06).

Ressignificação dos Hábitos e das Atividades Diárias

Determinar novos planos de vida, diante do diagnóstico de câncer, é consequência dos ajustamentos psicossociais. Ao acreditar e reconhecer que irão acontecer mudanças na vida diária, a paciente busca uma forma de vida produtiva e saudável (REGIS; SIMÕES, 2005).

“O tratamento deixa a gente mole, sem coragem, mas meus filhos não deixam eu fazer nada.” (P-02).

“Minha rotina melhorou muito e hoje eu sou rainha, hoje eu mal faço o almoço.” (P-03).

“Eu não varro, não passo pano, lavo roupa leves, (...) arrumo minha cama, dobro as roupas, caminho, né?” (P-05).

Conhecendo os benefícios e a importância da alimentação saudável para o paciente oncológico, recomenda -se o consumo alimentar mais adequado em relação a frutas, verduras, legumes e cereais, aumentando o aporte nutricional, principalmente de micronutrientes e fibras: ambos de grande importância para o tratamento neoplásico (PEREIRA; NUNES; DUARTE, 2015). Nesse sentido, a amostra do presente estudo também contempla quem modificou os hábitos alimentares, como se vê a seguir:

*“Faço o almoço com minha sogra, () já tirei doce! A minha comida agora é só legumes, verduras melhorou bastante.”
(P-05).*

De acordo com as experiências relatadas por mulheres com câncer de mama, a enfermidade gera comportamento, sentimento, aceitações e adaptações, de forma que a paciente passa a cuidar melhor da saúde, ter melhor qualidade de vida e melhores hábitos alimentares (MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017).

A Imunidade como Fator Determinante para o Autocuidado

Períodos de internação, ciclos de tratamento quimioterápico e as consequências da doença em si (anemia, queda de imunidade, plaquetopenia) e demais experiências deletérias tornam as pacientes oncológicas fragilizadas e suscetíveis ao desenvolvimento de infecções (SILVA, 2018). Tais circunstâncias podem ser uma preocupação para as mulheres participantes do estudo, uma vez que todas relataram a realização da quimioterapia, tornando necessário que estas sejam orientadas e incentivadas a participar na tomada de decisão sobre as medidas de autocuidado, a fim de reduzir o impacto da doença (ALMEIDA; GUTIÉRREZ; ADAMI, 2004).

“Só não me exponho muito, questão de tá no sol, de tá em frieza, evito contato com muitas pessoas por causa do tratamento, porque a imunidade da gente baixa, né? (P-01) “É! A gente tem que se adaptar à nova situação, por conta que a imunidade baixa muitas vezes. Então, eu evito tá em lugares aglomerados.”(P-02).

Os discursos ressaltam a importância de ser ativo no cuidado de si, atitude na qual, para Borges e Porto (2014), o usuário demonstra se responsabilizar pelo seu processo de tratamento e de ser autônomo na tomada de decisão.

Os profissionais da área de saúde, em especial da Oncologia, devem conhecer a relevância da prestação de um atendimento humanizado e individualizado, pois ao acolher as necessidades da paciente e de sua família, é estabelecida uma relação de confiabilidade, favorecendo o desenvolvimento das relações interpessoais vitais para o sucesso da terapêutica (SOUSA; SOUSA, 2017).

Na presente pesquisa, foi possível identificar as reações e sentimentos negativos que o diagnóstico de CM desperta, bem como as necessidades relacionadas ao apoio de familiares e amigos. O medo, o sofrimento e as expectativas de acolhimento também devem ser levados em consideração pela equipe que presta os cuidados às pacientes, uma vez que as práticas humanizadas contribuem com a promoção do bem-estar físico-psíquico, ao aumento da autoestima e com todo o processo de socialização necessário à recuperação (SANTOS; MATOS; GARCIA, 2011).

Diante do que foi captado nos discursos e de acordo com a visão de Costa, Lunardi Filho e Soares (2003), considera-se de grande ajuda a interação multiprofissional, sendo imprescindível visualizar a paciente de forma integral, nos seus aspectos bio-psico-sócio-espirituais, pois o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos; significa, também, reconhecer as pacientes e seus familiares como seres humanos singulares, vivenciando um difícil momento de suas vidas.

As discussões levantadas por esta pesquisa poderão ser utilizadas na sensibilização dos profissionais de saúde que lidam diariamente com pacientes com CM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama acarretam impactos emocionais importantes, desencadeando experiências de surpresa e tensão, redefinindo relacionamentos e rotinas diárias, além de ter suscitado a recorrência à religiosidade. O delineamento de cada um desses processos fornece elementos valiosos e indispensáveis para o aperfeiçoamento da assistência afim de torna-la holística e humanizada, interferindo direta e positivamente na qualidade de vida das mulheres com CM.

Ressalta-se a importância da realização de mais pesquisas com este perfil, pois, a análise dos relatos promove uma reflexão que resgata o respeito à vida humana e seus valores, permitindo aos profissionais o reconhecimento de limitações ainda existentes no processo de humanização, gerando autocrítica e possíveis mudanças na forma da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-AZRI, M. *et al.* Psychosocial Impact of Breast Cancer Diagnosis Among Omani Women. **Oman Medical Journal**, Muscat, v. 29, n. 6, p. 437-444, 2014.

ALMEIDA, E.P.M.; GUTIÉRREZ, M.G.R.; ADAMI, N.P. Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon. **Revista Latino- americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, p. 760-766, 2004.

BORGES, S.A.C.; PORTO, P.N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-346, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de mama**. Documento do Consenso. 2004. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRAY, F. *et al.* Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 68, p. 394 -424, 2018.

BRITO, N.T.G.; CARVALHO, R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 221-7, 2010.

CONDE, C. *et al.* A repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. **Revista Uningá**, Botucatu, v. 2, n.2, 2016.

DUGNO, M. L G. *et al.* Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, São Paulo, v. 10, n. 36, 2014.

FARIA, H. M. C; LIMA, I. C. B. F; FILGUEIRAS, M. S. T. O grupo de suporte como espaço promotor de holding para mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-americana de Psicopatologia**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 11, 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Estimativa de casos de câncer na Paraíba para o ano de 2018**. Disponível em: <<http://www1.INCA.gov.br/estimativa/2018/paraiba-joao-pessoa.asp>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

KARKOWET, M.C. *et al.* Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. **A REME - Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.19, n. 3, p.741-746, 2015.

KETTERHAGEN, J.P.; QUAKENBUSH, S.R.; HAUSHALTER, R.A. Tumor histology as a prognostic determinant in carcinoma of the breast. **Surgery, Gynecology & Obstetrics**, v. 158, p. 120-123, 1984.

KRÜGER, E.; MARIOTTI, E.; DIAS, M. **Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas na clínica escola de fisioterapia da UNISUL-Palhoça/SC**. Disponível em:<<https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/4081/Artigo%20Final%20C%20c3%a2ncer%20de%20Mama.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MACHADO, M.X.; SOARES, D.A.; OLIVEIRA, S.B. Significados do câncer de mama para

mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 433-451, 2017.

MAGALHÃES, G. *et al.* Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama Clinical, sociodemographic and epidemiological profile of woman with breast cancer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 473-479, 2017.

MARCON, S. *et al.* **Perfil dos pacientes com câncer atendidos em um hospital público do oeste de Santa Catarina**. In: 6º Congresso Internacional em Saúde, Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2019.

MENEZES, N.N.T; SCHULZ, V.L.; PERES, R.S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.17, n. 2, p. 233-240, 2012.

PEREIRA, P L.; NUNES, A.L.S; DUARTE, S.F.P. Qualidade de vida e consumo alimentar de pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 243-51, 2015.

PINHEIRO, A.B. *et al.* Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.

REGIS, M.F.S.; SIMÕES, S.M.F. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 81 - 86, 2005.

SANTOS, C.R.; MATOS, A.K.A.M.; GARCIA, G.P.P. **Humanização na Enfermagem em Pacientes Oncológicos**. 2011. Disponível em: <periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/download/438/359>. Acesso em: 03 nov. 2019.

SANTOS, I.D.L. *et al.* Câncer de mama: o apoio recebido no enfrentamento da doença. **Revista de Enfermagem UEPE**, Recife, v. 8, n.11, 2017.

SILVA, L.B. **Gerenciamento dos riscos associados à infecção em pacientes onco hematológicos pós-quimioterapia: estudo observacional**. 2018. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6272/1/Luciana%20de%20Barros%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2010.

SOUSA, J.C.O.; SOUSA, C.R.C. A Importância de um Atendimento Humanizado no Tratamento do Paciente Oncológico. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 5, p. 126-141, 2017.

VALE, C.C.S.O.; DIAS, I.C.; MIRANDA, K.M. Câncer de mama: a repercussão da mastectomia no psiquismo da mulher. **Periódicos Eletrônicos de Psicologia**, Barbacena, v. 4, n.21, p.11-20, 2017.

VIEIRA, I.M. *et al.* Experiência Subjetiva com Medicamentos de Pacientes convivendo com o Câncer de Mama: um Fotovoz. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 167-175, 2018.

ZIGUER, M.L.P.S; BORTOLI, C.F.C; PRATES, L.A. Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. **Espaço para Saúde**, São Carlos, v. 17, n. 1, p. 108-113, 2016.