

ARTIGO ORIGINAL

Percepções de Mulheres Jovens em Tratamento Oncológico

Amanda Suélen Monteiro¹; Cíntia Vanuza Monteiro Bugs²; Anahy da Silva Machado³; Mariana Ferreira Scopel⁴; Giovana Sangiogo Dallabrida⁵; Denise Comin Silva Almeida⁶; Flávia de Mello Disconsi⁷; Francielli Fernanda Schanne⁸; Silvana Bastos Cogo⁹; Graciela Dutra Sehnem.¹⁰

Destaques:

1. Importância do pensamento positivo para enfrentar as peculiaridades inerentes ao CA.
2. Relato de sentimento de debilidade/incapacidade em desempenhar atividades cotidianas.
3. Necessidade de redefinir seus próprios conceitos sobre futuro e suas perspectivas.

RESUMO

Objetivo: descrever as percepções de mulheres jovens em tratamento oncológico. *Método:* estudo qualitativo e descritivo desenvolvido nos ambulatórios de quimioterapia e radioterapia de um hospital universitário por meio de entrevista semiestruturada. Participaram da pesquisa 20 mulheres jovens que realizavam tratamento oncológico nos setores supracitados. A coleta foi realizada no período de julho a setembro de 2021. Os dados foram submetidos à Análise Temática Indutiva de Conteúdo. *Resultados:* as participantes tinham idade entre 20 e 40 anos. A maioria apresentava diagnóstico de câncer de mama, linfoma de Hodgkin ou carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado de colo uterino e vivenciava o tratamento oncológico pela primeira vez. Da análise das entrevistas emergiram três categorias temáticas: “A força e a coragem de pensar positivamente”; “Sentindo-se um peso: a introspecção como uma alternativa” e “A experiência de tratar um câncer: ressignificando conceitos e perspectivas futuras”. *Considerações finais:* concluiu-se que as mulheres jovens em tratamento oncológico valorizam o pensamento positivo para enfrentar as peculiaridades inerentes a este processo, porém sentem incapacidade em desempenhar suas atividades cotidianas e tiveram de lidar e redefinir seus próprios conceitos relativos ao futuro e suas perspectivas, atentando para o valor das pequenas coisas.

Palavras-chave: saúde da mulher; adulto jovem; neoplasias; terapêutica; enfermagem.

¹ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4170-4501>

² Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7594-5242>

³ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7890-0787>

⁴ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5867-8840>

⁵ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8383-100X>

⁶ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4977-8046>

⁷ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0009-0001-2518-5860>

⁸ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0009-0001-9125-4983>

⁹ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1686-8459>

¹⁰ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4536-824X>

INTRODUÇÃO

Câncer é a nomenclatura utilizada para neoplasias malignas que resultam de um crescimento anormal das células que evolui para uma multiplicação incontrolável e agressiva, com potencial de se espalhar rapidamente para outras partes do corpo humano, configurando a geração de tumores¹. O surgimento de câncer pode estar associado a diversos fatores, sejam eles ambientais, comportamentais ou hereditários².

Embora o diagnóstico de câncer seja mais frequente na população idosa, estudos retratam a crescente incidência em adultos jovens, com destaque para o diagnóstico de câncer de pulmão, sendo justificado pela adesão precoce ao hábito de fumar e ao consumo de bebidas alcoólicas³. Ainda, no contexto nacional, a estimativa para o triênio de 2023-2025 corresponde a aproximadamente 704 mil novos casos de câncer, destacando as regiões Sul e Sudeste com 70% de incidência⁴. O tumor maligno mais incidente no Brasil é o de pele não melanoma, e entre as mulheres, em seguida, encontra-se o câncer de mama, com uma projeção de 74 mil casos novos previstos por ano até 2025⁴.

Desta forma, o diagnóstico de câncer e a necessidade de realizar um tratamento oncológico repercute em diferentes modificações na vida dos pacientes, as quais, geralmente, interferem no planejamento da vida pessoal e com sua família, além das questões trabalhistas, hábitos de vida e percepções acerca do mundo e em relação a sua individualidade⁵. O tratamento oncológico não só possibilita a destruição de células cancerígenas como também requer que o paciente enfrente os efeitos colaterais relacionados às mudanças, além das que ocorrem fisiologicamente, sofrendo grande impacto psicológico pela avalanche de sentimentos e alterações emocionais, sociais, culturais, físicas e espirituais⁵.

No que diz respeito às mulheres que são submetidas a tratamentos oncológicos, destaca-se a simbologia da feminilidade quando se trata, principalmente, de cânceres de mama ou de útero, tendo em vista a representação social destes órgãos. Sabe-se que muitas mulheres, principalmente quando se encontram na fase de adulto jovem, vivenciam a negação da enfermidade, ocasionada pela tentativa de neutralizar a realidade e utilizar este mecanismo de defesa para afastar as ideias estigmatizadas de doença dolorosa e com grande sofrimento^{6,7,8}.

Neste contexto, entende-se que explorar o universo e conhecer necessidades e expectativas cultivadas por mulheres que realizam tratamento oncológico poderá permitir que a práxis de enfermagem seja voltada para um cuidado de abordagem mais holística, humanizada e, exclusivamente, direcionada com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pacientes^{9,10}. O enfermeiro desempenha um papel ativo como mediador da corresponsabilidade e envolvimento dos familiares nas ações de cuidado durante o período de tratamento destas mulheres jovens, para que esse elo entre profissional-paciente-familiar seja voltado para uma assistência eficaz e que promova maior qualidade de vida¹¹.

A partir destes pressupostos elegeu-se como objeto de estudo as implicações do (con)viver com câncer para mulheres jovens em tratamento oncológico, que culminou na seguinte questão de pesquisa: Quais as implicações de vida diária vivenciadas por mulheres jovens com câncer em tratamento oncológico? Para respondê-la, objetivou-se compreender as implicações do (con)viver com câncer para mulheres jovens em tratamento oncológico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de campo e descritiva¹², que foi realizada no período de julho a setembro de 2021. Os cenários de estudo foram os ambulatórios de quimioterapia e de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado no interior do Rio Grande do

Sul. As informantes desta pesquisa foram 20 mulheres jovens que realizavam tratamento oncológico nos locais supracitados. A escolha dos participantes foi realizada de forma aleatória, observando-se que 24 mulheres foram convidadas a participar da pesquisa e quatro delas não aceitaram o convite. O número de informantes foi definido até que fossem respondidos os objetivos propostos da investigação¹².

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada com questões relacionadas às mudanças e características do viver um tratamento oncológico em tal fase da vida, bem como as informações sobre idade, estado civil, número de filhos, renda mensal e número de dependentes, e variáveis do quadro clínico de cada participante a fim de caracterizar o perfil de tal população. O convite para participação no estudo foi realizado durante a espera das mulheres pelo atendimento em saúde nos referidos serviços.

Devido à pandemia da Covid-19 durante o período da pesquisa, foram consideradas duas possibilidades de coleta de dados: presencial e remota. Como critérios de elegibilidade, foram incluídas na modalidade presencial mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 40 anos, com diagnóstico de câncer e em tratamento oncológico na instituição supracitada. Na modalidade virtual, além dos critérios de inclusão já expostos, as mulheres deveriam possuir previamente aparelhos eletrônicos como celular e/ou computador para que fosse possível a participação no estudo.

De forma presencial, foram seguidas todas as medidas sanitárias conforme estabelecidas pelo Manual de Biossegurança para a Comunidade Acadêmica da UFSM e pela Instrução Normativa de nº 002/2020 proposta pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFSM^{13,14}. Assim, presencialmente, foram realizadas 17 coletas de dados, em espaço reservado pelos serviços, garantindo a segurança e privacidade das participantes. Na modalidade remota foram realizadas três entrevistas por meio de chamadas de áudio e vídeo pelo aplicativo WhatsApp e pelo Google Meet institucional, a depender da acessibilidade da participante. Cada encontro foi gravado em um gravador digital e, posteriormente, as falas, que duraram em média uma hora cada, foram transcritas na íntegra.

No intuito de interpretar os resultados, foi utilizada a Análise Temática Indutiva de Conteúdo proposta por Braun e Clarke¹⁵, a qual fundamentou a interpretação das informações obtidas, permitindo o aprofundamento das características e extração das falas mais importantes. A operacionalidade desta análise divide-se em seis etapas: 1) familiarização com os dados, quando ocorre a transcrição das entrevistas e releitura dos dados; 2) geração de códigos; 3) busca de temas; 4) revisão dos temas; 5) definição e nomeação dos temas; 6) produção do relatório.

Após o aceite em participar do estudo, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato, as mulheres foram identificadas com a letra "M" relativa à mulher seguida de um número arábico, conforme ordem de realização da coleta de dados (M01...M10...M20). Cabe ressaltar que este estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética da Instituição de Ensino Superior à que foi submetido sob parecer nº 5.131.947 e CAAE nº 47529521.4.0000.5346. Além disso, foram respeitados os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e da Resolução nº 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais^{16,17}.

RESULTADOS

As participantes do estudo foram 20 mulheres jovens com câncer e que estavam realizando tratamento oncológico. A faixa etária variou de 20 a 40 anos de idade. Em relação ao estado civil, dez eram casadas, nove solteiras e uma viúva. Quanto à renda mensal, cinco relataram ser de até um salário-mínimo, outras cinco de dois a três, quatro participantes apresentavam renda mensal maior

que quatro salários-mínimos, outras três participantes entre um e dois, e outras três referiram ter renda entre três e quatro salários-mínimos. Quanto ao número de dependentes dessa renda mensal, seis delas informaram que era até duas pessoas, seis até três pessoas, outras quatro participantes relataram ser até quatro dependentes, duas até cinco dependentes, uma informou ser de até seis pessoas e outra relatou que a renda era direcionada apenas para uso individual. Sobre religião, nove eram católicas, seis evangélicas, duas não praticantes, uma espírita, uma umbandista e uma se considerava católica, anglicana e espírita.

No que respeita ao perfil clínico das participantes, houve predominância dos diagnósticos de câncer de mama em 10 participantes, linfoma de Hodgkin em 3 e carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado de colo uterino em 2. Das participantes, 15 vivenciavam o câncer pela primeira vez e outras 5 estavam em recidiva da doença. Quanto ao tratamento realizado, destacam-se cirurgias radicais, quimioterapias, radioterapias, imunoterapias, os quais majoritariamente apresentavam finalidade curativa. Em relação ao tempo de diagnóstico, oito tinham conhecimento aproximadamente de um a três anos, outras sete há menos de um ano e outras cinco com tempo superior a três anos. Das participantes, 13 realizavam tratamento curativo, 6 de manutenção e 1 paliativo.

Na análise temática de conteúdo, emergiram duas categorias: “Implicações do (con)viver com câncer”; e “Estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres jovens durante o tratamento oncológico”.

Implicações do (con)viver com câncer

Esta categoria temática versa sobre questões voltadas ao viver e ao conviver com câncer retratadas pelas mulheres jovens em tratamento oncológico, bem como das mudanças ocorridas na vida diária.

O câncer interferiu nos processos de trabalho e de estudo vivenciados pelas mulheres, como pode ser identificado a seguir:

Eu tive que trancar a faculdade, matérias. Então, minha vida mudou completamente. E a vida da minha família mudou. A minha mãe teve que vir para cá, o meu pai teve que ficar sozinho (M02).

Eu tenho necessidade de trabalhar. Eu não consigo ficar sem trabalhar que eu me sinto mal. Só que eu ando tão cansada que eu não estou sentindo falta no momento (M05).

Eu tive que parar de trabalhar, fiquei nove meses parada. Mas foi o que o médico me disse “o tratamento mais pesado vai durar em média de um ano”. E foi nisso que eu foquei: vou ficar um ano cuidando de mim e da minha saúde e depois eu vou voltar a minha vida normal (M13).

Uma dificuldade é precisar parar de trabalhar, porque eu gosto. Eu sempre pude fazer tantas coisas, podia fazer mais, sabe. Não podia ficar parada, mesmo não trabalhando, estou sempre ajudando uma pessoa (M16).

Daí eu não arrumei nada porque cada vez que eu vou fazer uma entrevista me falam “tem que ir lá no hospital, tem que fazer exame” aí não tem. Aí só faxina, mas faxina não é para fazer por causa do braço e do movimento. E daí eu estou em casa (M20).

O tratamento oncológico implicou a interrupção de algumas atividades, pois os efeitos colaterais, além de atingirem especificamente a mulher, também demandam que estas necessitem de ajuda para realizar a maioria das atividades.

A mudança brusca na rotina dessas mulheres, ocasionada pelo tratamento oncológico, faz com que quando há a possibilidade de retornar às atividades laborais e estudantis, ocorra receio de encarar a antiga rotina. O receio de retornar às atividades laborais pode ser justificado pelo abalo

emocional vivenciado durante o processo terapêutico, o qual permitiu que as mulheres refletissem sobre as condutas anteriormente utilizadas, bem como o seu bem-estar em tal ambiente de trabalho.

Durante o tratamento oncológico o convívio familiar foi enfatizado como um importante fator de apoio, como pode ser observado a seguir:

Da minha família, eu sempre quis estar muito perto sabe. Eu tinha um medo assim sabe de perder, porque eu já perdi minha mãe, então eu fico com muito medo de que alguma coisa acontecesse comigo (M04).

Eu estava consciente do que eu estava passando, que era um processo temporário e tinha a minha família junto comigo nos momentos que eu precisava. Eu acho que uniu mais ainda a gente porque no período que eu podia estar com eles, eu estava (M13).

Aí quando dava para dar uma saidinha, uma passeadinha nas minhas amigas. Tanto que eu vou de manhã e às vezes venho de tarde, porque é um, é outro, é outro sabe, e a gente conversando (M16).

Eu não sou uma pessoa de ter muitos amigos, mais é a minha família mesmo que convivo em casa e no serviço que é aquele trato não de amizades fora, mas só de âmbito de trabalho mesmo (M17).

Fiquei mais em casa, mas se tinha alguma coisa e eu me sentia bem e tinha que ir, eu ia. Não deixei de fazer nada por causa da doença. Só o que não era para fazer (M20).

Apesar das reações ao tratamento, as mulheres apresentavam a necessidade de ter essas pessoas por perto. É relatado que após o diagnóstico muitas delas visualizaram uma maior união da família em prol do seu bem-estar e preocupação com sua condição clínica.

Algumas participantes apontam que o viver socialmente foi deixado de lado durante o tratamento oncológico, pois sentiram a necessidade de cultivar uma maior introspecção.

Com as pessoas de fora, eu nunca fui muito social sabe, mas quando eu comecei a fazer a quimioterapia, quando eu tive o diagnóstico, eu fiquei mais retraída, não dando espaço para as pessoas entrarem na minha vida. E até foi bem difícil para eu conhecer algumas pessoas sabe (M04).

Estou mais em casa, mais isolada. Hoje, por exemplo, eu não tenho vontade nenhuma de sair, se for sair é sempre uma briga, meu esposo disse “o que que tu tem? Que tu está assim?”. Eu não tenho vontade, às vezes, de levantar e ir trabalhar, mas tem que ir trabalhar, então é uma luta todos os dias (M07).

Eu fiquei mais isolada porque eu sou uma pessoa que eu não quero que as outras pessoas tenham pena de mim, entendeu? Claro, as pessoas ficam preocupadas com a gente, mas parece que as pessoas dizendo, me olhando com cara de piedade, com pena, parece que me botam mais para baixo sabe. Daí eu fiquei mais isolada, fiquei mais por casa (M12).

Na verdade, eu me privei de tudo sabe, eu fico até hoje mais em casa do que sair, sabe (M18).

A gente se sente mal, por isso eu evitava de ter contato com as pessoas, de me aparecer. Ficava assim [mostra o lenço que está usando] (M19).

Efeitos colaterais como vômito, indisposição e alopecia, por exemplo, foram elencados como agravantes nesse processo de isolamento, uma vez que as mulheres se sentiam inferiores ao interagir com outras pessoas e, por vezes, ao receber olhares com piedade devido ao seu diagnóstico de câncer.

Outro aspecto visualizado foi o afastamento de pessoas externas ao núcleo familiar das participantes, ou seja, dos amigos. As participantes apontam que com o diagnóstico, a necessidade de realizar o tratamento e o vivenciar das consequências, muitos amigos que dividiam momentos alegres da rotina diária se afastaram diante das dificuldades enfrentadas por elas. A insatisfação das mulheres em relação aos amigos que se afastaram a partir do diagnóstico e tratamento podem ser visualizadas a seguir:

Eu andei me afastando, não ficar de mal assim, me afastei de algumas pessoas. Porque naquele momento da roda de mate estavam junto, na hora da cervejada estavam junto, na hora dos bailes estavam junto, sabe. Daí naquele momento, elas não estavam comigo. Daí hoje em dia é como uma conhecida assim, porque eu vi que quando eu mais precisava não estavam ali comigo. E eu sentia muita falta dessas pessoas (M06).

Na verdade, as amizades a gente vê bem nessas horas. A gente seleciona elas. Mas, assim, eu tive pessoas que eu não esperava que iam se aproximar e se aproximaram, e eu tinha pessoas que eram próximas e que se afastaram no momento que eu mais precisei (M07).

É nessa hora que a gente vê, então se afastaram. Esses dias até eu estava comentando que umas amigas minhas se afastaram e foram pessoas que eu ajudei, sabe. Sempre fui uma amiga para tirar de mim para te dar, sabe, nunca fui uma pessoa egoísta. E eu notei que teve umas que se afastaram, não me procuram mais. Nem uma mensagem (M08).

Deu uma afastada porque é aquela coisa, enquanto tu está bem tu tem gente perto, depois que tu adoce são os poucos que ficam. Eu sei que um dia isso vai passar e esse contato eu não vou mais querer ter (M09).

Na verdade, no início do tratamento tem aquelas pessoas que dizem “contem comigo e isso e aquilo”, mas eu perdi bastante amizades. Eu me sinto triste porque nos momentos bons eu servia, aí depois não servia mais. Daí a gente conhece as pessoas, mas eu já digo que quem é amigo, é amigo para todas as horas. Então, já que se afastaram, não eram meus amigos. A doença serviu para eu aprender muita coisa, eu aprendi a conhecer as pessoas, a separar quem é e quem não era (M12).

Esse afastamento culminou em sentimento de tristeza e desgaste emocional, uma vez que as mulheres esperavam poder contar com essas pessoas. Observar esse afastamento dos amigos permitiu abrir um espaço de reflexões voltadas à falta que essas pessoas faziam e à seletividade das pessoas que deveriam permanecer no seu círculo de relações.

No que se refere aos aspectos financeiros, algumas mulheres apontam que o auxílio recebido devido à condição clínica contribuiu para minimizar as dificuldades e dar estabilidade financeira ao longo deste período sem exercer atividade laboral remunerada.

Na verdade, aumentaram as despesas porque daí a minha mãe veio para cá. Tanto que quando eu tive o diagnóstico no início, os meus pais não têm plano de saúde e nem nada disso e a parte do diagnóstico inicial eu fiz toda na rede privada e, nossa, foi um absurdo de caro (M02).

A situação lá em casa não está muito legal, daí eu pego o auxílio do INSS que é um salário-mínimo por mês, mas daí tudo sobe: as contas, a comida. Por isso que sempre tem que fazer um bico, às vezes eu cuido de criança, eu vendo coisa, para tirar para mim, para o meu filho e para minha mãe, que eu ajudo. A gente passou assim num processo de, não é fome, mas nos apertamos bastante em casa porque dava muito gasto em passagem (M06).

Teve muita mudança, dificuldade também. A minha renda mudou drasticamente durante esses três anos que eu fiquei afastada sabe, então a gente teve que lidar com remanejamento de contas, parcelamentos. Então, além da doença eu tive que lidar com a parte financeira da casa, tentar equilibrar para poder manter (M07).

Eu tive dificuldade porque para chegar até o dia da biópsia para descobrir o que eu tinha, a gente gastava muito com exame e os exames tinham que ser particular. Aí a gente se apertou bastante e eu não recebia na época, eu trabalhava fazendo sobancelha, recém eu tinha 19 anos. Eu consegui auxílio pelo INSS, mas só aquele por dois anos (M09).

Com as restrições de atividades impostas pelo tratamento e as consequentes interrupções laborais, muitas das mulheres tiveram suas rendas financeiras diminuídas e vivenciaram dificuldades neste segmento. Apesar de o tratamento ser realizado em um serviço público de saúde, a periodicidade da terapêutica, o deslocamento até os serviços de saúde e as necessidades no domicílio contribuíram para o impacto financeiro vivenciado por essas mulheres.

Uma parcela das entrevistadas referiu não ter enfrentado dificuldades financeiras durante o tratamento, conforme os depoimentos a seguir:

Não tive dificuldade financeira, mas claro que como diminuí meus atendimentos, aí reduzi. Mas nada que compromettesse porque depois também começa a receber o auxílio (M10).

Não porque antes eu trabalhava daí eu consegui me encostar pelo INSS e recebia até mais do que quando eu trabalhava (M13).

Não, a princípio não, porque se resolveu rápido o afastamento, no INSS. Então não teve assim uma grande dificuldade. Consigo manter bem, não teve problema (M17).

Não tive muita dificuldade financeira assim, sabe. O meu marido faz móveis e teve uma época que não tinha quase, mas nunca faltou nada. Sempre tinha comida, as coisas, água, luz, e fora isso nada, nunca faltou nada (M20).

As dificuldades financeiras foram amenizadas ou inexistentes para algumas, tendo em vista que recebiam auxílio (Instituto Nacional do Seguro Social – INSS) conforme o afastamento pelo processo de saúde-doença e tinham o apoio financeiro de companheiros e familiares.

Estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres jovens durante o tratamento oncológico

Questões relacionadas às estratégias utilizadas para superar as dificuldades decorrentes do tratamento oncológico foram retratadas pelas mulheres jovens. Entre as atividades relatadas é possível destacar o desenvolvimento de atividades relacionadas ao estudo, seja na área de atuação das mulheres ou sobre novos assuntos, afazeres domésticos, atividades de costura, participação em grupos, atividades que pudessem resgatar a autoestima, como cuidados com o corpo e realização de maquiagens. Além disso, outro mecanismo de defesa apresentado foi o convívio com familiares, sobretudo crianças, as quais demandavam cuidados e brincadeiras, o que servia como distração para as participantes.

Eu acho que o meu filho que me dá força e me dá trabalho, nas coisas que eu me envolvo com ele. Aí foco na rotina de casa e acho que isso me ajudou um monte, e ele com certeza, isso tudo por eu ter ele (M03).

Eu sempre tento fazer alguma coisa para me distrair. Eu invento, limpar a casa, me maquiar, fazer um desenho, costurar, alguma coisa assim sabe (M04).

Sempre me mantendo em movimento, conversando outras coisas. O meu pai tentava me desestressar, porque como o meu esposo trabalhava o dia inteiro, eu passava muito tempo na minha mãe, daí vinham os meus sobrinhos. Então, assim, as crianças me ajudaram bastante sabe. Tive com o que eu me envolver, e as minhas irmãs, então, sempre nos mantínhamos juntas para tirar esse foco da doença em si, e não pensar nisso (M07).

Recebi de uma amiga minha a indicação de um projeto para mulheres com câncer na mama, é bem legal. E eles auxiliam e agora fazem *on-line* muita coisa, e eu comecei a receber reiki. Me senti bem, porque ela faz uma conversa. Tem conversa terapêutica, tem yoga, tem várias coisas, tudo gratuito. Aí tem uma conversa pelo celular e eu vou na psicóloga (M10).

Eu tenho um “discipulado” toda semana com uma amiga minha que faz, que a gente chama de “discipulado” porque cada uma cuida da outra e a gente conversa. E para nós aquilo ali funciona como uma terapia porque a gente expõe as nossas dores, nossas fraquezas, aquilo que a gente acha que não vai suportar sozinha (M11).

Eu fazia bordado, faço. Foi o que eu fiz esse tempo todo assim como uma atividade extra. Mas eu segui fazendo a minha academia, atividade física, aquela coisa toda, vida normal. Depois que eu parei o tratamento eu comecei a fazer terapias. No começo foi difícil, porque a gente começa a mexer numas questões que é difícil de aceitar, mas estou entrando mais a fundo nisso e tem me ajudado bastante (M13).

Quando eu descobri a doença, eu comecei a entrar nuns grupos que tem na Internet, no Facebook, de câncer de mama e essas coisas. É uma troca muito grande sabe, tanto de pessoas que já passaram e estão curadas há anos, como de gente que não fez cirurgia, de gente que recém vai começar (M17).

Os mecanismos de defesa das mulheres tinham o objetivo, majoritariamente, de tirar o foco da doença e do tratamento, de forma a permitir que explorassem novas atividades e possibilidades, de acordo com as suas condições.

As participantes também expõem as manifestações relacionadas ao enfrentamento dos aspectos voltados à finitude da vida. Assim, observa-se que reflexões sobre a associação do câncer à morte foram levantadas nos depoimentos das participantes, quando revelam que antes do diagnóstico e do vivenciar o tratamento este assunto era um tabu dentro das suas discussões.

Foi difícil, porque quando você tem uma doença não é só você que sofre, as pessoas que estão junto com você, as pessoas que gostam de você também sofrem junto. Porque as pessoas acham que diagnóstico de câncer, a pessoa já vai, já tem aquele estereótipo. Eu acho que ter câncer em qualquer idade da vida, ou uma doença muito séria na verdade, mas uma coisa que te faça encarar a morte como uma coisa mais real assim, é muito de te lembrar que você não é para sempre, tipo, o câncer te taca a finitude da vida na sua cara sabe. Então, lidar com isso foi muito difícil, nossa, eu entrei em depressão (M02).

As pessoas não sabem, elas acham que um diagnóstico desses é sentença de morte, elas te tratam diferente sabe... e tu acha que vai morrer, que vai ter que esperar, mas graças a Deus não aconteceu (M13).

Eu entrei em desespero, pensei “vou morrer, não tem o que fazer, vou morrer”. Já entrei em pânico, porque quando tu recebes esse diagnóstico é muito assustadora a palavra câncer e eu não queria falar muito para as pessoas que eu tinha câncer. No início, às vezes, eu estava parada e pensava “meu Deus do céu, eu estou com câncer, o que que vai ser? Como é que vai ser? Eu vou morrer? Vou me curar? Ou já está espalhado? Será que já passou para algum lugar?” Tu não consegues ser forte o tempo inteiro (M14).

Porque para as pessoas parece que quando tu dizes a palavra câncer, ela é forte, e tem gente que, às vezes, não entende que tem casos que têm tratamento e que tu vai ficar bem, já pensam que tu vai morrer. Se tu te sente mal, as pessoas te olham diferente sabe, as pessoas te olham de um jeito que parece que tu já está com o pé no caixão, com piedade. Então é difícil (M19).

O câncer dentro da sociedade carrega um estigma muito grande, tendo em vista que a maioria das pessoas o relacionam diretamente à interrupção da vida da pessoa acometida. Isso posto, lidar com estas questões previamente estabelecidas pelo meio social de convívio fez com que o pânico de encarar o tratamento fosse ainda maior quando associado à incerteza do seu desfecho. Ainda, a necessidade de conviver, refletir e compartilhar as questões voltadas à finitude de vida também tornaram-se grandes barreiras para manter pensamentos positivos e postura corajosa durante o período da terapêutica.

A religiosidade e a espiritualidade também foram retratadas nos depoimentos das participantes, em que algumas relataram que a prática da fé, independentemente de religião predefinida, já era presente em suas vidas antes mesmo do diagnóstico. Além de serem devotas, também atuavam como voluntárias nas instituições religiosas que frequentavam.

Já, antes, eu sempre tive a minha fé muito estabelecida, bem convicta, então eu sempre digo que isso é a vida sabe, que para mim a vitória não é vencer o câncer, tem gente que vive 90 anos e não vive bem, então é muito relativo para ficar me agarrando na vitória (M11).

Eu sou muito espiritualizada, sempre fui, independente de religião, sempre tive uma espiritualidade sempre bem presente assim sabe, sempre busquei muito por isso (M13).

Eu era bem envolvida na igreja, meu pai ajudava. Meu pai e minha mãe eram diáconos e eu cantava na igreja. Então, eu sempre tive muita fé (M18).

Sempre tive fé, eu tenho fé em Deus. Eu oro sozinha em casa, no meu quarto. Quando eu posso, eu vou às vezes na igreja, nessas quadrangular, evangélica. Eu acredito em Deus, tenho bíblia, rezo, oro (M19).

Outras mulheres ainda afirmam que durante o tratamento a fé se fortaleceu, como está descrito a seguir.

Não sou apegada de ir à igreja sabe, mas sim a Deus porque eu tenho muita fé e isso foi sempre desde o início. A minha mãe sempre tinha muita fé e isso foi uma coisa que passou. Mantive essa fé durante o tratamento (M04).

Antes, assim, eu tinha muita preguiça de orar, eu não dava muita bola para as coisas, não dava muito valor e depois que eu descobri a doença, a minha fé aumentou bastante. Eu me apeguei mais com Deus, dentro da minha própria religião. Até hoje eu sinto que é um momento que eu preciso estar comigo para abastecer as minhas forças sabe, sem ninguém por perto assim, só eu e Deus. Eu me sinto muito melhor (M09).

Eu fui criada na igreja. Então, isso para mim sempre esteve muito presente. E fortaleceu ainda mais, porque eu sabia que ia dar tudo certo, eu tinha muita fé que ia dar, então para mim foi fundamental a minha religião. Mas eu sou muito espiritualizada, sempre fui, independente de religião (M13).

A minha fé aumentou. Na verdade, eu sempre tive muita fé sabe, e aí que a gente se apega ainda mais a Deus. Tem que acreditar nele (M19).

A minha fé aumentou. É que a gente tem fé, mas duvida. Mas com o diagnóstico ficou bem melhor, ficou bem mais forte. Foi outra fase muito boa. Acho que cresci bastante nessa coisa, assim, de ter mais fé, de colocar mais fé em mim, de saber que eu posso, eu consigo (M20).

Entre as imagens de devoção, evidencia-se o apego e a fé em Deus, em que as orações para pedir e agradecer estiveram presentes durante todo o percurso terapêutico. Para estas participantes a fé foi elemento fundamental para manter a força e a coragem para enfrentar as adversidades.

DISCUSSÃO

Mulheres jovens que experienciam o adoecimento por câncer nessa fase da vida necessitam enfrentar grandes desafios, uma vez que se encontram em um estágio de plena atividade produtiva, no ponto de vista biológico, social e econômico, constituindo família e consolidando sua carreira laboral^{18,19}. O tratamento oncológico tem repercussão para além das transformações em relação à família, trabalho e convívio social, pois ocasiona importantes mudanças internas e externas, as quais, muitas vezes, implicam dificuldades para o autorreconhecimento e satisfação consigo mesma¹⁸.

Em relação ao tratamento quimioterápico, verificam-se inúmeros sintomas colaterais comumente relacionados às manifestações apresentadas pelo organismo, como alopecia, náuseas, vômitos, perda de apetite e emagrecimento, os quais mostram poder de interferência na capacidade física e inviabilizam a realização de atividades domésticas e laborativas²⁰. Nesse contexto, os efeitos colaterais do tratamento do câncer, principalmente a alopecia, geram um impacto na autoimagem

da mulher, pois a perda dos cabelos exerce influência emocional sobre a autopercepção corporal feminina, o que afeta o exercício de sua essência como mulher¹⁹.

A queda de cabelo, por exemplo, representa um símbolo da luta contra o câncer diante da figura da pessoa adoecida, denunciando e exteriorizando a doença para a sociedade. Esse é um dos fatores que fazem com que a alopecia seja considerada um dos efeitos mais difíceis de serem enfrentados pelas mulheres jovens, tendo em vista que reflete a valorização com sua aparência^{7,21}. O cabelo está diretamente relacionado à formação da identidade pessoal, podendo caracterizar a sua falta como perda do seu próprio eu quando ao se olhar no espelho não ocorre o reconhecimento da imagem refletida²⁰.

Apesar do conhecimento das limitações impostas pelo tratamento oncológico, essas impossibilidades dificultam ainda mais o processo vivenciado por essas mulheres. O impacto na autoimagem, por sua vez, constitui-se em uma questão central na vivência do tratamento, porque a valorização da aparência é algo culturalmente atribuído ao ser feminino¹⁹. O fato de se olhar e perceber as marcas do tratamento de forma visível para si e para os outros é uma consequência da alteração da imagem corporal que pode ser afetada por várias reações da quimioterapia²².

Observa-se que estes sintomas, além de alterarem o bem-estar físico, afetam a vida social da mulher à medida que ela deixa de realizar suas atividades domésticas, laborais e, até mesmo, de lazer, tanto pelo desconforto quanto pelos sentimentos de vergonha e constrangimento atribuídos a isso e diante das outras pessoas²².

O impacto financeiro relaciona-se a todas as questões que surgem a partir dos sinais e sintomas do câncer. Um exemplo corresponde aos exames de diagnósticos não custeados pelos planos de saúde ou pelo sistema público, além de medicamentos, internações, cuidadores, despesas de deslocamento e alimentação, perda de renda, entre outros²³.

A dificuldade financeira pode causar danos em âmbitos distintos da vida da paciente e familiares, sejam eles físicos, psicológicos e até mesmo na rotina familiar. Com o aumento das despesas em virtude do diagnóstico ou tratamento e, possivelmente, perda de renda, a paciente pode não conseguir custear totalmente a terapia. E isso, certamente, irá resultar na redução de gastos com lazer, passeios e atividades em família, alterando, assim, os hábitos familiares²⁴.

Embora ocorra impacto em diferentes faixas etárias, as dificuldades financeiras para adultos jovens vêm acompanhadas de outras implicações, como a diminuição da produtividade e a necessidade de se ausentar do trabalho e estudos durante o tratamento. Estas questões podem levar à perda de oportunidades de desenvolvimento profissional e de ascensão na carreira, posto que o tempo fora do mercado pode ser um obstáculo para concorrer a uma vaga de emprego²⁴. Ainda, os desajustes financeiros podem provocar sentimentos de depressão, ansiedade e decréscimo na qualidade de vida. Isso pode refletir no aumento das internações, piora do quadro clínico e progressão da doença, podendo a curto ou longo prazo comprometer a integridade dos pacientes²⁴.

A mulher quando se vê em tratamento oncológico acaba prospectando o seu ser à morte, uma vez que vivencia um processo de fraqueza emocional ao tentar lutar contra os preconceitos sociais. Tal realidade pode se intensificar quando o tratamento requer mutilações corporais, seja pela mastectomia nos casos de câncer de mama, pela histerectomia em casos de câncer no colo do útero, ou outras partes do corpo que contribuem para o não reconhecimento de si mesma²⁷.

Diante disso, recursos como o envolvimento em atividades com filhos e família em geral e o pensamento de que tudo vai dar certo podem refletir de forma positiva para que o enfrentamento da doença seja possível. Atrrelado a isso, as mulheres tornam-se mais religiosas, fazendo com que a aproximação e o fortalecimento da fé em Deus sejam utilizados como estratégias para cultivar uma perspectiva positiva em relação ao prognóstico²⁵. A literatura diz que o ato da oração auxilia

as mulheres a superar o medo dos obstáculos e para o recebimento da cura, em virtude de que conseguem permanecer mais calmas para compreender melhor os mecanismos da doença²⁶. Além disso, o apego à fé oportuniza a esperança que ampara a mulher jovem quando esta se vê tomada pela angústia da possibilidade prematura de finitude de vida²⁵.

Essas estratégias de enfrentamento podem atenuar o estresse desencadeado pelo tratamento oncológico, dando espaço a pensamentos direcionados à esperança e alternativas que viabilizem o confronto com a nova realidade, além de auxiliar na aprendizagem de novas habilidades e comportamentos²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo as mulheres apontaram a família como importante e indispensável elo de cuidado, atenção e suporte, tendo em vista que os vínculos se tornaram mais efetivos a partir do forte impacto familiar em relação à doença. Outro fator apresentado foi o processo de mudança no cotidiano laboral das participantes, pois estavam em plena execução de suas atividades, tanto em domicílio quanto em trabalhos formais.

A insegurança com a aparência física, muitas vezes representada pela alopecia, emagrecimento e inúmeras modificações exteriorizadas pela patologia no organismo, intensificaram o processo de receio e medo para “voltar à vida normal”. A convivência social foi atingida por diversos aspectos relativos ao câncer, uma vez que muitos amigos próximos se afastaram, gerando uma quase inexistência de proximidade e interação com pessoas de fora do núcleo familiar. A partir disso, foram observadas que muitas reflexões surgiram, permeando tristezas e modificando o círculo de convívio e amizades, fazendo com que elas se tornassem seletivas na escolha de suas relações.

Em relação às nuances financeiras, houve distintos relatos, dividindo-se entre o surgimento de dificuldades devido às mudanças e necessidades de adaptação ao tratamento, ocasionadas pelos custos e gastos não previstos, enquanto outra parcela das participantes referiu ter sido relevante a obtenção e recebimento do auxílio-doença pelo INSS, ou por meio de suporte financeiro por parte de membros de suas famílias.

A realidade vivenciada por estas mulheres diagnosticadas com câncer resulta e apresenta um cenário de intensas e necessárias mudanças, compreendidas nos mais diversos âmbitos, tanto pessoal, familiar e social, quanto laboral e financeiro. Assim, implicou-se para as participantes uma iminente e inevitável transformação em suas vidas, permeada por múltiplos sentimentos.

Como limitações, pelo fato de este estudo ter sido desenvolvido durante a pandemia da Covid-19, resultou, de certa forma, na dificuldade de acesso a essas mulheres. Ademais, falar abertamente sobre as implicações do viver e conviver com câncer para mulheres jovens em tratamento oncológico também é um desafio para elas, ocasionando, muitas vezes, desconforto e/ou distintas emoções em expor a realidade que estão vivenciando.

Para a enfermagem, este estudo vem para contribuir, especialmente, na percepção e entendimento dos profissionais na prática da empatia em suas ações. Esta temática versa sobre a difícil implicação na vida destas mulheres jovens, de forma a impulsionar uma maior apropriação por parte dos enfermeiros em relação às vivências de suas pacientes, com o propósito da prestação de um cuidado cada vez mais pertinente e adequado para cada situação, além de auxiliar no processo de enfrentamento de cada uma em relação ao câncer.

REFERÊNCIAS

- ¹ Instituto Nacional de Câncer. Como se comportam as células cancerosas? Rio de Janeiro: INCA; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-se-comportam-celulas-cancerosas>. Acesso em: 21 nov. 2021.
- ² Bray F, et al. Estatísticas globais de câncer 2018: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 cânceres em 185 países. *CA Cancer J. Clin.* 2018;68:394-424.
- ³ Amorim MM. Análise do perfil e fatores relacionados a sobrevida de adultos jovens e idosos portadores de câncer oral. Feira de Santana. [Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Feira de Santana; 2018. p. 132.
- ⁴ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>. Acesso em: 30 jan. 2023.
- ⁵ Costa JM, Finco GM, Souza RLG, Medeiros WCM, Melo MCM. Repercussões biopsicossociais do diagnóstico de câncer colorretal para pacientes oncológicos. *Rev. SBPH.* 2016;19(2):5-23, 2016.
- ⁶ Conde C, Lemos T, Pozati M, Ferreira M. A repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. *Atas – Investigação Qualitativa em Saúde.* 2016;2.
- ⁷ Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. *Physis.* 2017;3:433-451.
- ⁸ Boing ES, Ayala ALM. Sentimentos vivenciados por mulheres após o diagnóstico de câncer de mama. *Redes-Revista Interdisciplinar do IELUSC.* 2022;5(1):109-120.
- ⁹ Reis RP, Santos MAAC, Teodózio ASO, Bezerra DG. Assistência de enfermagem às mulheres com câncer de mama: um enfoque nos cuidados físicos e psicológicos. *Revista Hórus.* 2018;13(1):43-58.
- ¹⁰ Aoyama EA, Pimentel AS, Andrade JS, Daniel WV, Souza RAG, Lemos LR. Assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero. *Braz. J. Health Rev.* 2019;2(1):162-170.
- ¹¹ Vieira LMP, Muniz LS, Carvalho ACG. Atuação do profissional de enfermagem junto ao tratamento do câncer de pele do tipo melanoma. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico.* 2019;5(5).
- ¹² Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2018.
- ¹³ Universidade Federal de Santa Maria. Instrução Normativa nº 002/2020/PRPGP. Orienta acerca das atividades de pesquisa e funcionamento dos laboratórios na Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria; 2020. Disponível em: https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/345/2020/09/IN_02_Labs.pdf. Acesso em: 4 jan. 2021.
- ¹⁴ Universidade Federal de Santa Maria. Manual de Biossegurança para a Comunidade Acadêmica durante a Pandemia de Covid-19. Santa Maria; 2020. Acesso em: 4 jan. 2021.
- ¹⁵ Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3(2):77-101.
- ¹⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 12 dez. 2012.
- ¹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União; 7 abr. 2016.
- ¹⁸ Araújo JS, Conceição CM, Zago MMF. Transitory masculinities in the context of being sick with prostate cancer. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem.* 2019;27:e3224.
- ¹⁹ Faria HMC, Filgueiras MST, Almeida TR. Câncer de mama: interlocuções e práticas interdisciplinares. *Appris Editora;* 2018.
- ²⁰ Mairink APAR, Gradim CVC, Prado MAS, Panobianco MS. Vivência de Mulheres Jovens diante da Neoplasia Mamária. *Rev. Bras. Cancerol.* 2020;66(4):e-031059.
- ²¹ de Oliveira TR, Corrêa CSL, Weiss VF, Baquião APDSS, de Carvalho LL, dos Santos Grincenkov FR, Carvalho SM. Câncer de mama e imagem corporal: impacto dos tratamentos no olhar de mulheres mastectomizadas. *Saúde e Pesquisa.* 2019;12(3):451-462.
- ²² Vargens OMC, Brasil TA, Cardozo IR, Silva CM. Mulheres jovens com câncer de mama: lutando contra o câncer e o espelho. *Enfermagem Obstétrica;* 2017;4:e109.
- ²³ Pearce A, Tomalin B, Kaambwa B, Horevoorts N, Duijts S, Mols F, et al. Financial toxicity is more than costs of care: the relationship between employment and financial toxicity in long-term cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2019;13(1):10-20.
- ²⁴ Nogueira LA, Machado CAM, Marques ACB, Kalinke LP. Implicações da toxicidade financeira na vida de pacientes com câncer: uma reflexão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200095.

- ²⁵ Silva WB da, Barboza MTV, Calado RSF, Vasconcelos JLA, Carvalho MVG de. Vivência da espiritualidade em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Revista de Enfermagem UFPE on-line. 2019;13:e241325.
- ²⁶ Borges MG, Anjos ACY, Campos CS. Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do câncer de mama: Revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Health Review. 2021;4(1):1.002-1.021.
- ²⁷ Machado RHI, Souza JR. Pacientes mulheres com câncer de mama metastático: impacto do diagnóstico e estratégias de enfrentamento. Brasília Med. 2022;59:00-00.

Submetido em: 31/3/2023

Aceito em: 9/6/2023

Publicado em: 22/2/2024

Contribuições dos autores:

Amanda Suélen Monteiro: Conceituação; Curadoria dos Dados; Análise formal; Investigação; Metodologia; Administração do projeto; Disponibilização de ferramentas; Supervisão; Validação dos dados e experimentos; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Cíntia Vanuza Monteiro Bugs: Curadoria dos dados; Análise formal; Metodologia; Validação dos dados e experimentos; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Anahy da Silva Machado: Análise formal; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Mariana Ferreira Scopel: Análise formal; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Giovana Sangiogo Dallabrida: Análise formal; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Denise Comin Silva Almeida: Análise formal; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Flávia de Mello Disconsi: Análise formal; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Francielli Fernanda Schanne: Análise formal; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Silvana Bastos Cogo: Análise formal; Metodologia; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Graciela Dutra Sehnem: Conceituação; Curadoria dos Dados; Análise formal; Investigação; Metodologia; Administração do projeto; Disponibilização de ferramentas; Supervisão; Validação dos dados e experimentos; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Não possui financiamento

Autora correspondente:

Amanda Suélen Monteiro

Universidade Federal de Santa Maria.

Av. Roraima nº 1000 – Cidade Universitária – Bairro Camobi – Santa Maria/RS, Brasil. CEP: 97105-900

amandasuelenmonteiro@hotmail.com

Editora-chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

