



Percepções de mulheres com câncer de mama acerca dos tratamentos

Perceptions of women with breast cancer regarding treatments

**Simone Meira Carvalho¹, Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira², Iracema Abranches³,
Karine Soriana Silva de Souza⁴, Fabiane Rossi dos Santos⁵**

¹Docente, Departamento de Fisioterapia do Idoso, do Adulto e Materno-infantil, Faculdade de Fisioterapia, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil.

²Mestre em Psicologia, Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil.

³Doutoranda da Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁴Graduada em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁵Docente do Departamento de Psicologia, Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil.

***Autor correspondente:** Simone Meira Carvalho – Email: simeiracarvalho@hotmail.com

Recebido em Dezembro 10, 2022

Aceito em Fevereiro 21, 2023

RESUMO

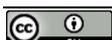
O objetivo deste estudo foi compreender a percepção das mulheres com câncer de mama acerca dos tratamentos. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, transversal, no qual participaram 40 mulheres em quimioterapia para tratamento do câncer mamário em um hospital especializado em oncologia. O instrumento utilizado para coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados mediante Análise de Conteúdo de Bardin e categorizados conforme o Modelo de Crenças em Saúde. Originaram-se quatro categorias: “Suscetibilidade percebida: câncer e COVID-19”, “Percepção da gravidade em face do impacto dos tratamentos”, “Desafios e barreiras nos tratamentos” e “Benefícios percebidos no tratamento do câncer”. Conclui-se que existem diferentes fatores que ressoam na percepção que a mulher tem sobre os tratamentos e que geram repercussões na forma de enfrentá-los. O conhecimento desses fatores pelos profissionais de saúde pode auxiliar na assistência às mulheres para melhor enfrentamento da doença.

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

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the perception of women with breast cancer about treatments. This is a qualitative, descriptive, cross-sectional study, involving 40 women undergoing chemotherapy for the treatment of breast cancer in a hospital specialized in oncology. The instrument used for data collection was a semi-structured interview. Data was analyzed using Bardin's Content Analysis and categorized according to the Health Belief Model. Four categories emerged: “Perceived susceptibility: cancer and COVID-19”, “Perception of severity in view of treatments impact”, “Challenges and barriers in treatments” and “Perceived benefits in cancer treatment”. It is concluded that there are different factors that resonate in women's perception of treatments and that generate repercussions in the way of facing them. Knowledge of these factors by healthcare professionals can help in providing better assistance to women in facing the disease.

Key words: Breast Neoplasms. Women's Health. Health Belief Model.



INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia com maior incidência entre as mulheres ao redor mundo, com 2,3 milhões de casos novos. No Brasil, também é considerado o tipo de câncer mais comum¹. Em Minas Gerais, se constitui na principal causa de morte entre as mulheres. Devido ao alto impacto, tornou-se um problema de saúde pública². O tratamento abrange a cirurgia, que pode retirar toda a mama ou parte dela; a quimioterapia, a qual pode ser antes (neoadjuvância) ou após a cirurgia; a radioterapia; a hormonioterapia; e as terapias-alvo; entre outras³. Os efeitos adversos dos tratamentos são muitos e geram grande impacto na vida das mulheres. Sentimentos de medo, ansiedade e depressão podem ser desencadeados pelas repercussões dos tratamentos, receio do preconceito para com o câncer e temor da morte ou do retorno da doença⁴⁻⁵⁻⁶.

O estudo da percepção que o sujeito tem dos tratamentos contra o câncer mamário é relevante para a avaliação do modo como possa enfrentar o tratamento para sua recuperação. O comportamento de uma pessoa é gerado por sua percepção, ou seja, os pensamentos e as crenças acerca de determinada situação conduzirão suas ações⁷⁻⁸. A percepção sofre influência de crenças pessoais, culturais, religiosas e informações prévias sobre a doença⁸⁻⁹⁻¹⁰. O Modelo de Crenças em Saúde (MCS), desenvolvido por psicólogos sociais, tem sido usado para explicar o papel dos processos psicossociais e as variáveis (percepções da suscetibilidade e da gravidade; e as percepções das barreiras e dos benefícios) que interferem nos comportamentos de saúde e no ajuste psicológico a situações como adoecimento ou limitação física⁷⁻⁸⁻¹¹. O MCS tem se mostrado eficiente na compreensão da aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde⁸⁻¹¹.

Relativamente ao câncer de mama, diversos estudos apontam como as referidas variáveis podem estar associadas aos comportamentos adotados ao longo do processo saúde-doença, abrangendo desde a prevenção da doença até os tratamentos⁶⁻⁸⁻¹¹. Assim, aspectos como atrasos na busca de serviços de saúde para a investigação e rastreamento da doença¹⁰ e a forma como a mulher encara o diagnóstico e as terapêuticas⁸ sofrem influência dessas variáveis.

As mulheres com câncer de mama enfrentam muitas dificuldades como o medo, insegurança quanto ao futuro, autoestima baixa e questões com a sexualidade. Logo, para além dos efeitos físicos da doença, as mulheres vivenciam muitos efeitos psicológicos que as colocam como grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos psicológicos. É importante que a equipe de saúde trate a mulher como um ser biopsicossocial, avaliando não apenas o estado físico, mas considerando os aspectos emocionais, sociais e culturais que envolvem o

adoecimento, ressaltando-se a necessidade de um trabalho multiprofissional¹².

O conhecimento de cada mulher sobre o problema, bem como as repercussões dos efeitos adversos dos tratamentos, a percepção das alterações no próprio corpo e as crenças acerca do câncer podem influenciar a percepção da suscetibilidade em apresentar a doença e a percepção da gravidade desta. Ao longo do tratamento, diversos fatores podem atuar como facilitadores ou dificultadores do processo de enfrentamento e controle da doença⁸. Esses fatores podem ajudar na percepção dos benefícios da adesão e na identificação das barreiras para realização das ações terapêuticas⁸⁻¹¹. Dessa maneira, é importante considerar a percepção que a mulher tem sobre os tratamentos, a fim de que os profissionais da saúde possam compreender os comportamentos adotados por ela, auxiliando-a em seu processo de saúde-doença. Dessa perspectiva, o presente estudo objetivou conhecer as diferentes percepções e crenças das mulheres com câncer de mama a respeito das terapêuticas e seus efeitos adversos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, transversal, com abordagem qualitativa, que teve como cenário o setor de quimioterapia de um hospital especializado em oncologia, na cidade de Juiz de Fora. Esse hospital atende diversos municípios da Zona da Mata de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada de janeiro de 2020 a fevereiro de 2021, com uma pausa de março a outubro de 2020 em consequência da pandemia de COVID-19. Para composição deste relatório, seguiram-se as diretrizes do guia para relatórios de pesquisa qualitativa, o *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*¹³.

PERFIL DA AMOSTRA E SELEÇÃO DE PARTICIPANTES

A amostra foi selecionada por conveniência, constituída por 40 mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, atendidas via Sistema Único de Saúde (SUS), no referido hospital. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, em quimioterapia adjuvante ou neoadjuvante, com ou sem cirurgia mamária. Não foram incluídas mulheres com: metástase ou recidiva local, tempo de cirurgia acima de 18 meses, cirurgia bilateral de mama, escolaridade inferior ao 4º ano do ensino fundamental, ou comprometimento cognitivo que impedisse a compreensão das perguntas do roteiro de entrevista.

A seleção das participantes por conveniência deu-se com base na indicação da enfermeira responsável pelo setor de quimioterapia do referido hospital, já que a pesquisadora

não tinha contato prévio com as pacientes. As mulheres foram abordadas durante a quimioterapia, de forma direta e individual. Aquelas que se adequavam aos critérios de inclusão eram convidadas a participar, explicando-se a elas sobre a pesquisa e seus objetivos. Então a pesquisadora se apresentava e iniciava o processo de entrevista. A coleta de dados foi realizada unicamente pela pesquisadora principal. Das 80 mulheres abordadas, somente 40 se adequavam aos critérios. As demais não foram incluídas pelos motivos: metástase (n = 24), baixa escolaridade (n = 3), tempo de cirurgia maior que 18 meses (n = 4), cirurgia bilateral de mama (n = 2), não aceitação em participar (n = 3) ou comprometimento cognitivo (n = 4).

INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. O roteiro foi elaborado com base em estudos relacionados ao tema, passando pelo crivo de profissionais de saúde; e foi testado com um pequeno grupo de mulheres em situação semelhante à da amostra. Contemplava os dados sociodemográficos e clínicos, tendo como principais temas o câncer de mama, seus tratamentos e o autocuidado. Um estudo-piloto foi realizado para averiguar a viabilidade de responder aos questionamentos da pesquisa.

Após a apresentação do pesquisador e de suas credenciais, era realizada a leitura e esclarecimento dos objetivos e intenções do estudo. Em caso de aceitação do convite, a entrevistada assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso, e iniciava-se a entrevista. O roteiro incentivava o relato sobre a descoberta da doença, os tratamentos e seus impactos, as orientações recebidas e ações de autocuidado. As entrevistas variaram em sua duração, com tempo médio de 24 minutos. Foram gravadas em um aparelho eletrônico e transcritas na íntegra. Ao final da entrevista, a pesquisadora buscava o prontuário como forma de complementar os dados sociodemográficos ou clínicos. Os critérios de saturação foram observados para encerrar a coleta parcial da pesquisa, respondendo alguns objetivos específicos de uma pesquisa que ainda está em curso.

ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise de Conteúdo, na concepção temática¹⁴. O material usado foram as transcrições das entrevistas e notas de campo realizadas no decorrer da coleta de dados. A sistematização dos procedimentos foi realizada de forma manual pela pesquisadora principal, empregando-se as etapas propostas por Bardin¹⁴: pré-

análise; exploração do material; e tratamento dos resultados. A primeira, pré-análise, serviu para organizar o material disponível e realizar a imersão e leitura flutuante, visando construir o corpus do estudo. A exploração do material permitiu o agrupamento e a criação dos códigos, bem como a categorização do material conforme a reincidência das ideias, que deram origem aos eixos temáticos. Já a última etapa forneceu a formulação de um relatório com as categorias definidas e elaboração da interpretação dos resultados por meio da inferência. As variáveis apresentadas nos dados sociodemográficos e clínicos foram analisadas com uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0, e apresentadas como frequência absoluta e relativa.

O MCS foi usado como referencial teórico para nortear a análise das entrevistas. Esse modelo é composto por quatro tipos de crenças, sendo duas relativas à enfermidade, suscetibilidade e severidade; e duas relativas aos comportamentos de saúde para prevenir ou tratar uma doença, as barreiras e benefícios⁷⁻¹¹. A suscetibilidade percebida esclarece o quanto a pessoa percebe o risco de contrair ou desenvolver determinada doença. A severidade percebida denota a percepção da gravidade ou seriedade da doença, o que pode ser observado pelas emoções ao pensar sobre a enfermidade ou tratamentos. Já os benefícios percebidos pontuam o quanto a pessoa acredita que as ações adotadas por ela são realmente eficazes na melhora da saúde; e as barreiras percebidas indicam o entendimento da pessoa quanto ao custo-benefício de suas ações, isto é, o quanto vale o esforço diante de obstáculos que se apresentam à mudança de comportamento⁷⁻¹¹. Para exemplificar as categorias elencadas, foram usadas algumas citações das participantes, cujos nomes foram substituídos pela letra E, seguida por um número indicando a ordem das entrevistas, a fim de conferir sigilo às identidades.

NORMAS ÉTICAS

Respeitou-se os aspectos éticos e regulatórios das pesquisas envolvendo seres humanos, adequando-se à resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (parecer nº 3.649.430, de 18/10/2019). Este artigo é um recorte transversal de uma pesquisa de doutorado em fase de finalização, realizada pela autora principal.

RESULTADOS E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES

Observou-se predomínio da cor/raça parda (42,5%), com uma faixa etária variando de 31 a 77 anos (média de idade de 53,5). Quanto à escolaridade, prevaleceram o ensino fundamental incompleto (35%) e o médio completo (35%). Uma parte (37,5%) das mulheres era casada. Metade delas (50%) estava em licença de saúde, e a maioria (85%) tinha uma renda familiar de um a três salários mínimos. Preponderou a religião católica (72,5%), com 80% das mulheres dizendo-se praticantes. Mais da metade (57,5%) das participantes eram de Juiz de Fora (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das participantes (n = 40)

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

Cidade	Não muito ativa	6 (15,0)
	Juiz de Fora	23 (57,5)
	Outra	17 (42,5)

Fonte: Dados da pesquisa.

PERFIL CLÍNICO DAS PARTICIPANTES

A maior parte das entrevistadas era não tabagista (62,5%) e não etilista (70%). Quanto aos tratamentos locorregionais, a maioria fez cirurgia conservadora da mama (65%) e não havia feito radioterapia (62,5%), até a entrevista. No tocante às terapias sistêmicas, 40% das participantes estavam realizando somente a quimioterapia, sendo 25% em situação de neoadjuvância. Além da quimioterapia, 45% estavam passando também pela terapia-alvo, e 10% estavam procedendo, também, à hormonioterapia (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas das participantes (n = 40)

Variável	N (%)
Comorbidades	
Sim	24 (60)
Não	16 (40)
Tabagismo	
Sim	6 (15,0)
Não	25 (62,5)
Ex-tabagista	9 (22,5)
Etilismo	
Sim	2 (5,00)
Não	28 (70,0)
Socialmente/Esporadicamente	10 (25,0)
Cirurgia	
Mastectomia (radical)	4 (10,0)
Setorectomia (conservadora)	26 (65,0)
Não se aplica	10 (25,0)
Radioterapia	
Sim	5 (12,5)
Não	25 (62,5)
Não se aplica	10 (25,0)
Terapias sistêmicas	
Quimioterapia	16 (40,0)
Terapia alvo	0
Hormonioterapia	0
Quimioterapia + Hormonioterapia	2 (5,0)
Quimioterapia + Terapia alvo	18 (45,0)
Quimioterapia + Hormonioterapia + Terapia alvo	4 (10,0)
Neoadjuvância	
Sim	10 (25,0)
Não	30 (75,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere à identificação da neoplasia, 50% das entrevistadas visualizaram uma alteração mamária e buscaram o serviço de saúde antes da pandemia. Uma parte (37,5%) das mulheres passou pela investigação e diagnóstico durante a crise sanitária, e 12,5% perceberam a alteração mamária antes da pandemia, mas, ao longo dela, tiveram o diagnóstico definitivo.

EFEITOS ADVERSOS

As reações adversas podem atingir inúmeras regiões, órgãos ou sistemas do organismo, dependendo da terapêutica implementada. Dentre os efeitos adversos mais prevalentes, destacaram-se: queda do cabelo, denominada de alopecia (70%); mal estar geral (45%) e fadiga (45%); náuseas (60%) e vômitos (42,5%); diarreia (30%); dor no corpo (35%) e nas pernas (22,5%); distúrbios no sono (25%); e neutropenia (25%), que acarreta aumento do risco de desenvolver infecções. Também foram citadas: alteração de sensibilidade na região da cirurgia e/ou do braço (27,5%), limitação na amplitude de movimento do membro superior (12,5%), fogachos (25%) e radiodermite (5%), que são lesões na pele decorrentes da radioterapia. Além das questões físicas, várias implicações emocionais foram mencionadas, tais como angústia, medo, preocupação com os tratamentos, desânimo, labilidade emocional, medo da morte e ansiedade.

Diversos autores relatam achados similares em suas pesquisas no tocante aos efeitos dos tratamentos. Dentre as reações desencadeadas pela quimioterapia, surgiram: dores, cansaço, fraqueza, rigidez nas articulações, náuseas e vômitos, dificuldades para dormir, indisposição do estômago, perda de peso¹⁵⁻¹⁶, tonturas, dores de cabeça, falta de ar¹⁶, alterações no ciclo menstrual, alterações na pele, alopecia⁴⁻¹⁵. Segundo Iddrisu, Aziato e Dedey¹⁵, a cirurgia deixa uma cicatriz, a radioterapia ainda pode causar queimaduras na pele, e a terapia hormonal pode desencadear fogachos, câimbras, dores articulares, perda da libido, receio da intimidade, redução e frequência das relações sexuais, chegando à infertilidade. Desse modo, as repercussões da doença e dos tratamentos podem afetar a feminilidade, a autoimagem e a autoestima, desencadeando sentimentos de ansiedade e depressão decorrentes da aflição pelo preconceito em relação ao câncer e pelo receio da morte ou do retorno da doença⁴⁻⁵⁻⁶. Ferreira e Lemos⁴ esclarecem que essas repercussões podem variar de acordo com as terapêuticas utilizadas, dentre as quais se destaca a quimioterapia, uma vez que cada tratamento tem seus efeitos adversos.

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A leitura e exploração das transcrições das entrevistas permitiu captar a percepção das participantes sobre as crenças que envolvem os “tratamentos”, tornando-se, este, um eixo temático no qual as unidades de registro ressaltadas foram delineadas com base no referencial teórico do MCS. Na análise, emergiram quatro categorias: “Suscetibilidade percebida: câncer e COVID-19”, “Percepção da gravidade em face do impacto dos tratamentos”, “Desafios e barreiras nos tratamentos” e “Benefícios percebidos no tratamento do câncer”.

Suscetibilidade Percebida: Câncer e COVID-19

Durante os tratamentos contra a neoplasia, a perspectiva de alteração do sistema imunológico por causa da quimioterapia fomenta a suscetibilidade à doença. Concomitantemente a esse quadro de imunidade deficitária ocasionada pelas terapêuticas contra o câncer, a situação da pandemia de COVID-19 despertou a necessidade de cuidados maiores quanto à prevenção de contaminação por quaisquer formas de infecção, diante de uma alta percepção de suscetibilidade e da gravidade da infecção pelo coronavírus.

Eu penso assim, toda pessoa que esteja tratando do câncer, nunca deixar de usar máscara [por causa da pandemia]. Temos que cuidar. A minha imunidade, acho que está normal (...). (E21)

Percepção da Gravidade em face do Impacto dos Tratamentos

As reações a cada tratamento podem variar segundo as experiências e percepções de cada pessoa acometida pelo câncer. Os efeitos colaterais influem na percepção da gravidade do câncer. Quanto mais sérias as consequências percebidas da radioterapia, quimioterapia ou outras terapêuticas, tanto mais isso pode afetar a adesão das mulheres aos tratamentos. Concomitantemente, quanto mais positiva a interpretação dos benefícios das terapêuticas, maior a adesão.

Radiação [radioterapia] é um perigo, né? Meu peito agora que está clareando, mas estava bem escuro. Fez uma ferida embaixo da mama também. (E3)

Tenho que falar que é para o meu bem, mesmo sendo ruim. Porque [quimioterapia] arreventa com a gente. (E12)

Parece que tem gente que não se dá bem com o tratamento, aí a pessoa fica fraca, debilitada. (E14)

Pelos relatos, observou-se que as mulheres perceberam o impacto do olhar das pessoas para elas por causa da queda do cabelo. A alopecia estava expondo o adoecimento por uma enfermidade considerada crítica e que permeia a ideia de finitude da vida. A reação observada de pena ao sofrimento alheio mostrou que as repercussões adversas da quimioterapia geraram, nas entrevistadas, uma maior percepção da gravidade do câncer.

*O pior é o 'de fora' pra gente. Você entra na fila de supermercado, te analisam de cima em baixo. Vai ao caixa, te diz: "Ah, a senhora está doente?" Então, é tudo assim, uma pressão muito forte. (E5)
Quando caiu [cabelo], (...). Coloquei a peruca, mas para andar com ela na rua, a sensação que eu tinha era que as pessoas olhavam, vendo que eu estava com uma coisa [câncer]. (E37)*

A simbologia do cabelo como parte da imagem feminina foi ressaltada nos relatos. Nesse sentido, a alopecia decorrente da quimioterapia foi citada pela maioria das participantes do estudo como um dos efeitos mais impactantes, que abala profundamente a autoimagem das mulheres. Conseqüentemente, esse problema provocou sentimento de tristeza, sofrimento e ansiedade, o que pode trazer insegurança quanto às perspectivas futuras sobre os tratamentos, reforçando a concepção da severidade da doença.

*E, também, sofri muito com a questão de perder o cabelo, não aceitava. (E26)
Para mim, o que pesou foi um pouco a vaidade, que é o cabelo ter caído. (E20)
Têm dias que não é fácil, como hoje. Ontem eu não dormi nada, por causa da ansiedade, preocupada como vai ser daqui para frente, como eu vou reagir, quando meu cabelo começar a cair. (E31)
Quando caiu [cabelo], eu fiquei muito triste, fiquei muito para baixo, chorei muito. (E37)*

Desafios e Barreiras nos Tratamentos

Os relatos das entrevistadas mostraram que as dúvidas acerca dos tratamentos nem sempre são sanadas com a equipe de saúde. As percepções a respeito dos procedimentos terapêuticos para o câncer podem sofrer a influência da forma como o profissional de saúde aborda as opções terapêuticas a serem implementadas, infundindo ânimo ou gerando insegurança e interferindo positivamente ou negativamente na adesão aos tratamentos. Nas ações terapêuticas de longo prazo, como a hormonioterapia, as incertezas quanto às reações podem ser um fator que dificulta a adesão, configurando-se como uma barreira para realização dos tratamentos em sua completude.

Daí eu voltei para casa mais confusa ainda. Pensei: "mas tirar, assim, do nada" ... Ela [médica] falou: "Você vem aqui, a gente tira [o tumor]; e, no mesmo dia, você vai embora. No mesmo dia. É coisa simples." Aí eu fiquei com medo, dava para apalpar, era grande. (E26)

Pelo que eu entendi, a doutora falou que, para esse tipo de câncer que saiu em mim, não foi hormonal. Mas acredito que alguma medicação deve continuar, eu não entendo muito disso. (...) eu não sei como vai ser daqui para frente. (E26)

Além do desconhecimento ou dificuldade de compreensão dos efeitos colaterais dos tratamentos, o impacto destes pode gerar sentimentos como ansiedade e medo. Assim, os efeitos iatrogênicos do tratamento em si podem tipificar uma barreira à aceitação das terapêuticas.

Eu me esqueço de tomar remédio [tamoxifeno]. Teve uma vez que fiquei três dias sem tomar, porque eu comecei a sentir umas coisas estranhas. (E3)
No começo, eu não queria fazer [quimioterapia] de jeito nenhum. No dia que eu venho aqui, me dá até trauma de entrar nesta rua. (...), resolvi fazer o tratamento. Mas está sendo muito difícil! (E27)

Ademais, a pandemia se interpôs como uma barreira aos cuidados de saúde e tratamento do câncer, gerando insegurança na decisão quanto à cirurgia, devido à possibilidade de se contaminar com outra doença também considerada grave, como a COVID-19.

Aí veio a pandemia que atrapalhou; eu poderia ter sido operada desde março, então, fiquei com medo. Muita [ansiedade]. Eu pensava: “Meu Deus, se eu for operar e pegar essa doença? E se eu ficar sem operar e isso [câncer] piorar?” Mexeu muito com minha cabeça. (...) Depois chegamos à conclusão de fazer a quimioterapia. (E20)

Outra barreira enfrentada é o percurso dos tratamentos. Iniciando pela cirurgia ou pela quimioterapia, as mulheres precisam realizar uma série de exames com frequência, se submeter aos tratamentos adjuvantes e enfrentar as possíveis repercussões. Essa trajetória é cansativa, desgastante, demanda tempo e, muitas vezes, é envolta em questionamentos e inseguranças em relação à cura.

Faço toda semana, principalmente [exame] hemograma completo e a creatinina. Têm alguns outros, eu não sei te falar agora, eu não lembro. Independente de fazer a quimioterapia, tenho que fazer os exames. Vou ser encaminhada para a avaliação do radioterapeuta. (...), terminando a quimioterapia, já começo a radioterapia. (...) tem que pedir liberação do SUS, porque demora de 15 a 20 dias. Tem a bateria de exames que provavelmente tenho que fazer novamente. (E26)
Depois de tudo que já passei, fiz outra mamografia para ver como está. Apresentou nódulo do lado direito, mas será acompanhado, nada assustador. (...). Assim como o uso do herceptin, que é acompanhado de três em três meses, para o coração. (E37)
No início de fevereiro, tive outra consulta com ela [mastologista]. É de seis em seis meses, agora, para controle. (E5)

Benefícios Percebidos no Tratamento do Câncer

Mediante a tecnologia, o acesso facilitado às informações sobre o câncer e formas de tratamento permite a compreensão das possibilidades de recuperação da doença. A observação

do avanço das técnicas e a compreensão do potencial curativo das ações terapêuticas amenizaram a percepção da gravidade do câncer e colaboraram na perspectiva de que os tratamentos, ainda que agressivos, são necessários no duelo contra o câncer.

Hoje, (...) estou iniciando a quimioterapia; e, para ela [avó], não está sendo fácil. (...) não é tão normal como é para gente. (...) Hoje temos nas mãos a tecnologia; na época dela, não tinha. (E31)

A despeito do impacto das reações adversas dos tratamentos, em especial dos quimioterápicos, as mulheres não aceitaram passivamente o rótulo da doença evidenciado pela alopecia. Pelo contrário, elas questionaram e buscaram quebrar os paradigmas criados no imaginário popular, enfrentando a doença com o objetivo de sobrepujar as barreiras dos efeitos colaterais, para alcançar os benefícios da possibilidade de cura.

Não foi fácil [enfrentar a queda do cabelo], porque, como não me adaptei com lenço, essas coisas, eu me olhava no espelho e me sentia mais doente. Foi difícil, mas estou aí. Consegui vencer essa etapa também. (E37)

Na minha opinião, eles poderiam falar mais abertamente, quebrar esse tabu que a mulher tem que andar de lenço. Ela tem que andar careca, ou do jeito que ela quiser, com lenço, com peruca. (...) no primeiro mês de quimioterapia, eu falei: “Não! Vou assumir minha careca.” Foi a melhor coisa que eu fiz. (E5)

Mesmo se deparando com tantos desafios e barreiras, as mulheres vislumbravam os resultados da luta contra a doença. Elas não se deixaram abater pela situação de adoecimento, ainda que, inicialmente, sentindo o impacto e as implicações dos tratamentos. Buscaram combater a ideia de que a pessoa acometida por uma neoplasia tem de estar, necessariamente, com aparência de sofrimento.

A doutora [oncologista] falou assim: “Nunca vi ninguém que está fazendo tratamento oncológico ir à piscina e à praia.” “Estou me sentindo bem!” “Mas os medicamentos são fortes, não pode tomar sol, fica manchado.” Já logo pensei: “Meu Deus!” Já pensei naquela blusa, na quantidade de protetor, porque eu quero levar a minha filha para tomar um ar, tomar um sol. (E2)

[Depois da cirurgia] Minha amiga de quarto falou: “Eu estou boba de ver, você acabou de operar e não parece, você está normal, está bem.” Eu falei que a gente tem que levar a vida assim. (E18)

A partir do momento que aceitamos o problema (...), a gente não se abate, ergue a cabeça para seguir em frente, aproveitar a oportunidade de fazer o tratamento. (E34)

Conforme algumas crenças das entrevistadas, as reações provocadas pelos medicamentos quimioterápicos podem ser atenuadas pela adoção de um pensamento favorável. A constatação dos benefícios dos tratamentos como uma oportunidade de remissão da enfermidade auxilia as mulheres a enfrentarem a agressividade das reações adversas das terapias para o câncer. Mesmo que elas precisem enfrentar essas reações para alcançar a cura,

os benefícios percebidos se sobrepõem aos efeitos adversos dos tratamentos, dando-lhes forças para perseverar na continuidade das ações terapêuticas.

Eu acho que é o psicológico também. Porque as medicações interferem no organismo. (...) Eu estava sentindo enjoo, (...) eu relaxei e o enjoo passou. Acredito muito que a cabeça da gente comanda o corpo. (E7)

Se a pessoa ficar pensando só o mal, o sistema imunológico cai, e é um caminho para as células ficarem mais fracas. Eu procuro ficar feliz, e é muito melhor. (E21)

As orientações foram para que eu não faltasse aos tratamentos, porque, quanto mais irmos aos tratamentos, mais chances de ser curada. Eu peço muito a Deus, porque sei que estou sendo curada. Agradecendo e pedindo a Deus. (E11)

O que mudou para mim é que eu quero muito é viver. Quero me cuidar, o que for preciso, fazer o tratamento. Mesmo que me falem que vou perder o cabelo, não tem problema, meu cabelo vai nascer de novo. (E14)

DISCUSSÃO

A categoria “Suscetibilidade percebida: câncer e COVID-19” englobou relatos que apontam a percepção dos riscos dos tratamentos e do sentimento de vulnerabilidade diante do próprio estado de saúde. Nesse contexto, irrompeu a sensação de temor pela possibilidade de contrair o coronavírus em razão da baixa imunidade acarretada pela quimioterapia.

De acordo com Massicotte¹⁷ e Marçal e Vaz¹⁸, o contexto pandêmico causou grande estresse, colocando os indivíduos em uma posição vulnerável. As formas de tratamentos precisaram ser readequadas, devido às medidas requeridas para controle de disseminação da COVID-19. O uso de quimioterapia constitui fator de risco, porquanto provoca uma imunossupressão secundária; sendo assim, as pessoas em tratamento oncológico possuem maior risco de contrair o coronavírus, por isso é necessário maior atenção nos cuidados¹⁹.

A categoria “Percepção da gravidade em face do impacto dos tratamentos” abrangeu a percepção da severidade da doença, destacando os desconfortos consequentes aos tratamentos. Essa categoria abordou as reações indesejadas da radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, que desencadearam prostração e fraqueza, culminando na alopecia.

Concernente às reações indesejadas, Fugita e Gualda⁸ e Bea et al.⁹ relatam que os efeitos colaterais, como a fadiga, fraqueza e dor, impactam negativamente a vida das mulheres e são considerados barreiras para persistência nas consultas e engajamento nas condutas terapêuticas, pois geram conflitos na tomada de decisão. A maioria das mulheres não tem acompanhamento e aconselhamento adequados tanto no momento do diagnóstico quanto durante os tratamentos, o que pode desencadear reações mais negativas em relação à doença, acentuando a percepção da gravidade da enfermidade¹⁵.

Na pesquisa, a alopecia foi citada como o efeito adverso mais impactante, visto que repercutiu na imagem corporal e na percepção do escancaramento da condição de uma enfermidade considerada grave. Cabe salientar que somente quatro participantes fizeram a mastectomia; as demais haviam realizado a cirurgia conservadora, que preserva boa parte da mama. Contudo, todas elas estavam realizando a quimioterapia, ou seja, estavam vivenciando ou já haviam vivenciado a alopecia em algum momento.

Diversos autores referem que a mama é uma parte simbólica importante no corpo da mulher, representativa da maternidade, feminilidade e sexualidade⁴⁻¹⁵⁻²⁰. Embora a retirada cirúrgica da mama — seja parcial, seja total — perturbe essa simbologia, ela pode ser ocultada pelo vestuário. Já a alopecia é patente e escancara o adoecimento por câncer, que é uma doença carregada de tabus²⁰.

No estudo, o impacto da alopecia ficou evidente nos relacionamentos interpessoais e no olhar de si própria: afetou a imagem corporal e autoestima, mostrando que os efeitos adversos da quimioterapia geraram uma maior percepção da gravidade do câncer. As consequências negativas do tratamento quimioterápico na imagem corporal são bastante referidas na literatura, pois a representação do cabelo na imagem feminina é destaque nos relatos de mulheres que passaram pelo tratamento quimioterápico⁴⁻⁵⁻¹⁵⁻²⁰. Ferreira e Lemos⁴ apontam que a imagem do corpo é afetada negativamente, assim como a autoestima e sentimento de feminilidade, provocando sintomas de ansiedade e de depressão.

A imagem corporal é uma síntese das experiências emocionais e está relacionada com a subjetividade e história do indivíduo, sendo singular a cada um. É a imagem de um corpo embebido em significados, forjado pelas experiências cotidianas e percebido no seu contexto vivido⁴⁻²⁰. As modificações corporais geradas pelo tratamento ficam mais evidenciadas quando no relacionamento com outras pessoas.

Na condição de pessoa acometida pelo câncer, marcada pelo estigma do sofrimento e predestinada à morte, elas percebem o olhar do outro como de piedade⁴. No imaginário das mulheres, perpassa a expectativa de que, no olhar do outro, sobrevém a ideia de desventura e proximidade da morte diante de sinais da doença oncológica. Nesse sentido, o medo da rejeição se faz presente, ainda que não ocorra de forma explícita⁵.

Em contraposição a essas alterações na imagem corporal e representações da feminilidade, Ferreira e Lemos⁴ destacam que o empenho das participantes de seu estudo no tratamento permaneceu inabalado. Os autores reforçam a importância do apoio espiritual e familiar nesse período de fragilidade, que propiciam força e motivação para que as mulheres enfrentem as consequências de tratamentos agressivos como os de combate ao câncer. De

acordo com Lopes, Camargo e Maia¹², a queda dos cabelos e pelos do corpo é uma grande dificuldade enfrentada pelas pacientes, mas elas se agarram à premissa de que se trata de um “mal necessário” visando a um “bem maior”.

A categoria “Desafios e barreiras nos tratamentos” abarcou os pontos de dificuldade na tentativa de adesão aos tratamentos contra o câncer de mama, como as dúvidas sobre as ações terapêuticas, o impacto dos efeitos colaterais, o contexto da pandemia e o próprio percurso do tratamento em si. No estudo, apesar dos esforços da equipe de saúde no esclarecimento e orientações, surgiram dúvidas a respeito dos tratamentos, que ocasionaram sentimento de insegurança nas mulheres assistidas.

Nas ações terapêuticas de longo prazo, a falta de compreensão da importância da atuação do medicamento gerou uma barreira para aceitação ou realização do tratamento completo. Tesfaw, Alebachew e Tiruneh¹⁰ salientam que a falta de confiança no atendimento e o medo de procedimentos invasivos podem configurar barreiras na procura imediata de tratamento médico, além da crença de que o câncer é incurável e que, portanto, os tratamentos médicos não teriam efetividade.

A pesquisa mostrou que o impacto dos efeitos colaterais dos tratamentos pode gerar ansiedade e insegurança, tornando-se uma barreira para adesão às terapêuticas contra o câncer de mama. Brier et al.²¹ informam que a interrupção prematura do tratamento com hormonioterapia acontece com muitas mulheres devido a algumas barreiras percebidas, como as reações colaterais dessa terapêutica e a duração do tratamento, que pode variar de cinco a dez anos.

De acordo com os pressupostos de Azriful et al.²², no diagnóstico e no tratamento do câncer podem emergir sentimentos como tristeza, medo, confusão e estresse. Contudo, no desejo de se recuperar, os indivíduos procuram superar os obstáculos, enfrentar esse processo de tratamento e lidar com o estresse.

A repercussão da pandemia ficou clara nos relatos, demonstrando o atraso nos tratamentos por causa do receio de contaminação pela COVID-19. Consoante Brivio et al.²³, os tratamentos oncológicos foram prejudicados pela pandemia, visto que os hospitais precisaram priorizar os casos de covid em razão da gravidade dessa doença.

Muitos programas de triagem e tratamento foram adiados pelo receio de exposição ao vírus, uma vez que os pacientes oncológicos integram um grupo de risco. Alguns estudos apontam que a pausa nos serviços oncológicos desencadeou sentimentos de vulnerabilidade e sintomas ansiosos e depressivos¹⁷⁻²⁴. Para Gonçalves et al.²⁵, a demora no agendamento de

consultas e exames e a dificuldade para obter seus resultados foram considerados como barreiras à acessibilidade.

No tocante ao percurso dos tratamentos contra o câncer, na pesquisa observou-se que a sequência de exames e tratamentos, assim como a expectativa de cada resultado, é exaustiva e penosa. Alencar et al.²⁶ mostram que, para percorrer o itinerário do tratamento, as mulheres acabam ficando com uma agenda lotada de consultas com diversos profissionais, necessidade de realização de exames especializados e acompanhamentos das ações terapêuticas.

Esse processo de idas e vindas demanda tempo e dedicação exclusiva ao tratamento, o que gera um desgaste físico e emocional, devido ao deslocamento para cumprir a agenda de cuidados com a saúde (relativos aos tratamentos) e angústia na espera dos resultados. Contudo, os autores ressaltam que, aos poucos, elas procuram, com fé e calma, gerir esse processo e enfrentar esse itinerário indispensável à recuperação, pois vislumbram a cura da doença²⁶.

A categoria “Benefícios percebidos no tratamento do câncer” englobou a percepção da eficácia de determinadas ações para diminuir a ameaça da doença. Nessa categoria, destacaram-se os benefícios do acesso facilitado às informações, o enfrentamento da repercussão dos tratamentos, o embate da situação de adoecimento por câncer como um sofrimento, o processo de aceitação e esforço de não se abater diante da situação e o foco nas chances de cura da enfermidade.

Neste estudo, o acesso a informações permitiu a desmistificação do câncer como uma doença ligada à finitude da vida. Também esclarece sobre as possibilidades terapêuticas e perspectiva de um prognóstico com desfecho positivo. Conforme Ferreira e Lemos⁴, manter as mulheres informadas sobre seu estado de saúde e cada etapa do tratamento, esclarecendo possíveis dúvidas, favorece a percepção delas acerca de sua participação nas decisões, tornando-as sujeitos ativos nos cuidados com a saúde e processo terapêutico.

Quanto à repercussão dos tratamentos, neste estudo as mulheres quebraram paradigmas referentes ao uso do lenço para esconder a queda do cabelo. Isso diferiu, em parte, dos achados de Iddrisu, Aziato e Dedey¹⁵, que reportam a confiança das mulheres em perucas sintéticas ou confeccionadas com cabelo humano para esconder a calvície provocada pela toxicidade da quimioterapia.

Relativamente ao enfrentamento do adoecimento por câncer como um sofrimento, nota-se que, mesmo com tantos desafios, as mulheres não aceitaram a patologia como um sofrimento e não se deixaram abalar. Com foco nas chances de cura da enfermidade, elas enfrentavam os efeitos iatrogênicos e davam continuidade aos tratamentos. De acordo com Oliveira et al.²⁰, as

mulheres criam estratégias para aprender a conviver com essa nova condição de adoecimento e com o impacto dos tratamentos.

Em um processo dinâmico, elas buscam formas de enfrentamento para superar os desafios dos efeitos adversos, aceitando e confrontando os tratamentos de forma positiva, para tornar a jornada mais suave e suportável. Consoante Borges, Anjos e Campos⁶, estratégias como a crença em Deus, a religiosidade e o apoio social contribuíram para que as mulheres enfrentassem as situações difíceis do tratamento e enxergassem a situação sob uma perspectiva diferente, propiciando esperança na cura e diminuindo a ansiedade durante o tratamento.

Notou-se a presença de experiências de estigmas que afetam negativamente a percepção das mulheres sobre o seu adoecimento; e constatou-se que paradigmas ainda precisam ser quebrados. Para tanto, é importante a construção de um conhecimento que contribua com uma melhor percepção de pertencimento, acolhimento. Assim, deve-se fortalecer o processo de aceitação e superação da doença, observando a integralidade na assistência e condições para a adesão a um estilo de vida saudável e exercício da autonomia.

Pontos Fortes e Limitações do Estudo

A metodologia qualitativa empregada no presente estudo apresenta como limitação a impossibilidade de definir com maior consistência e amplitude o fenômeno em estudo, pelo número limitado de participantes. Apesar disso, a pesquisa realizada pode promover aos profissionais de saúde a reflexão sobre a importância de validar a narrativa das mulheres que estão em tratamento contra o câncer de mama, para que haja o reconhecimento de como elas percebem e vivenciam o tratamento contra a doença.

Por fazer parte de um estudo em andamento, o recorte foi realizado totalizando 40 entrevistas, acima da média de diversos estudos qualitativos, refletindo a densidade dos resultados apresentados. Pelo fato de a coleta de dados ter sido realizada por uma pesquisadora mulher e que tem experiência em pesquisas na área de saúde da mulher, entende-se que a identificação com as participantes propiciou maior liberdade para expressarem seus sentimentos e percepções sobre o tema.

Faz-se necessário ressaltar as implicações práticas do presente estudo para a população e para a prática da prevenção e promoção da saúde na oncologia. O estudo contribui para um dos desafios da promoção dos cuidados à saúde, auxiliando os serviços a superar a fragmentação do cuidado rumo à uma atenção integral²⁷.

Com base na percepção das mulheres, observaram-se algumas lacunas relacionadas ao serviço de saúde, tais como a dificuldade de acesso à informação, dúvidas sobre os tratamentos e seus efeitos colaterais, rotina exaustiva de exames e procedimentos. O estudo pôde evidenciar que esses pontos merecem atenção na oferta do serviço, principalmente pelo potencial que eles têm de influenciar a adesão ao tratamento.

No mais, acredita-se que a utilização do Modelo de Crenças em Saúde, que é bastante empregado em pesquisas relacionadas à prevenção do câncer de mama, também possa beneficiar a compreensão de como as mulheres percebem a doença, mesmo quando já estão em tratamento oncológico. Nesse sentido, possibilita aos profissionais de saúde o uso de intervenções mais adequadas às necessidades de mulheres em tratamento.

O presente estudo pretende fornecer subsídios para que os profissionais de saúde considerem novas possibilidades de compreensão de aspectos emocionais e comportamentais; e incorporem em suas práticas um modelo de cuidado integral, favorecendo uma maior adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que as terapêuticas utilizadas para a remissão do câncer de mama suscitam nas mulheres em tratamento diferentes percepções sobre si mesmas, sobre a doença e sobre as intervenções terapêuticas, que podem ser facilitadoras ou dificultadoras do processo de adesão ao tratamento; e podem atenuar ou maximizar a percepção de gravidade e seriedade da doença. Quanto aos profissionais de saúde, é importante reconhecerem, por meio de narrativas, como as mulheres percebem e vivenciam as terapêuticas contra o câncer, para possibilitar-lhes melhores recursos que incrementem um processo de enfrentamento em busca da cura da doença.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2022. ISBN: 978-65-88517-09-3. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>

2. Caixeta LF, Matos AM, Silva GP, Paiva LRF, Vasconcelos LVT, Felício PTG, et al. Cenário epidemiológico do câncer de mama em Minas Gerais. *Braz. J. Dev.* 2022; 8(1):1794-1804. doi: 10.34117/bjdv8n1-114.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjuntiva n. 4, de 23 de janeiro de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/poc0004_01_02_2018.html.
4. Ferreira RMB, Lemos MF. A mulher e o câncer de mama: um olhar sobre o corpo adoecido. *Perspect. psicol.* 2016; 20(1):178-201. doi: 10.14393/PPv20n1a2016-11. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/35596>.
5. Silva KK, Barreto FA, Carvalho FP, Carvalho PRS. Estratégias de enfrentamento após o diagnóstico de câncer de mama. *Rev. bras. promoç. saúde.* 2020; 33. doi:10.5020/18061230.2020.10022.
6. Borges MG, Anjos ACY, Campos CS. Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do câncer de mama: Revisão integrativa da literatura / Spirituality and religiosity as strategies for facing breast cancer: Integrative literature review. *Braz. J. Health Rev. [Internet]*. 2021; 4(1): 1002-1021. doi: 10.34119/bjhrv4n1-088.
7. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs.* 1974; 2(4):328-335. doi:10.1177/109019817400200403. Available from: <http://www.jstor.org/stable/45240621>.
8. Fugita RMI, Gualda DMR. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2006; 40(4):501-506. doi: 10.1590/S0080-62342006000400008.
9. Bea JW, de Heer H, Kinslow B, Valdez L, Yazzie E, Curley P, et al. Perceptions of Cancer Causes, Prevention, and Treatment Among Navajo Cancer Survivors. *J Cancer Educ.* 2020; 35(3):493-500. doi: 10.1007/s13187-019-01487-5.
10. Tesfaw A, Alebachew W, Tiruneh M. Why women with breast cancer presented late to health care facility North-west Ethiopia? A qualitative study. *PLoS One.* 2020; 4(15):e0243551. doi: 10.1371/journal.pone.0243551.
11. Dela Coleta MF. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças.* 2010; 18(1/2):69-78. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v18n1-2p69-78.
12. Lopes AP, Camargo CAC M, Maia MAC. Sofrimento psíquico vivenciado por mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama: uma revisão bibliográfica reflexiva. *REAS [Internet]*. 2020; 52(52):e3556. doi: 10.25248/reas.e3556.2020.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007; 19(6):349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.

14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016. ISBN: 978-85-62938-04-7.
15. Iddrisu M, Aziato L, Dedey F. Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(353):1-9. doi: 10.1186/s12888-020-02760-4.
16. Castro EKK, Lawrenz P, Romeiro F, Lima NB, Haas SA. Percepção da Doença e Enfrentamento em Mulheres com Câncer de Mama. *Psicol. teor. pesqui.* 2016; 32(3):1-6. doi: 10.1590/0102-3772e32324.
17. Massicotte V, Ivers H, Savard J. COVID-19 Pandemic stressors and psychological symptoms in breast cancer patients. *Curr Oncol*. 2021; 28(1):294-300. doi: 10.3390/curroncol28010034.
18. Marçal RTS, Vaz CT. Treatment of breast cancer in the time of COVID-19: an integrative review. *Res Soc Dev [Internet]*. 2022; 11(10):e252111032915. doi: 10.33448/rsd-v11i10.32915. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32915>.
19. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a Nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020; 21(3):335-337. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6.
20. Oliveira TR, Corrêa CSL, Weiss VF, Baquião APSS, Carvalho LL de, Grincenkov FRS, et al. Câncer de mama e imagem corporal: impacto dos tratamentos no olhar de mulheres mastectomizadas. *Saúde e pesqui.* 2019; 12(3):451-462. doi: 10.17765/2176-9206.2019v12n3p451-462.
21. Brier MJ, Chambless DL, Gross R, Chen J, Mao JJ. Perceived barriers to treatment predict adherence to aromatase inhibitors among breast cancer survivors. *Cancer*. 2017; 123(1):169-176. doi:10.1002/cncr.30318.
22. Azriful BE, Nildawati RR, Mallapiang F, Suyuti S. Health Belief Model on women's cancer recovery (a phenomenological study on cancer survivors). *Gac Sanit*. 2021; 1(35):9-11. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.12.003.
23. Brivio E, Guidi P, Scotto L, Giudice AV, Pettini G, Busacchio D, et al. Patients Living With Breast Cancer During the Coronavirus Pandemic: The Role of Family Resilience, Coping Flexibility, and Locus of Control on Affective Responses. *Front Psychol*. 2021; 11:567230. doi: 10.3389/fpsyg.2020.567230.
24. Soran A, Brufsky A, Gimbel M, Diego E. Breast Cancer Diagnosis, Treatment and Follow-Up During COVID-19 Pandemic. *Eur J Breast Health*. 2020; 16(2):86-88. doi: 10.5152/ejbh.2020.240320.
25. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM, Guimarães AMD, Gois CFL. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2014; 48(3):394-400, 2014. doi: 10.1590/S0080-623420140000300002.

26. Alencar APA, Matos JHF, Souza JF, Marques VMC, Lira PF, Moreira AEA, et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer. *Braz J Dev.* 2020; 6(6):42023-42035. doi: 10.34117/bjdv6n6-659.

27. Ministry of Health of Brazil (BR). Secretariat of Health Surveillance. Department of Health Analysis and Surveillance of Non-Communicable Diseases. Health promotion: approaches to the topic: notebook 1 [electronic Resource]. Brasília: Ministry of Health of Brazil, 2021. ISBN: 978-65-5993-127-9. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/promocao-da-saude/health-promotion-approaches-to-the-topic-notebook-1.pdf>