

Procrastinação na detecção precoce do câncer de mama

Procrastination in the early detection of breast cancer

Procrastinación en la detección precoce del cáncer de mama

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro^I

ORCID: 0000-0003-1784-7446

Raimunda Magalhães da Silva^{II}

ORCID: 0000-0001-5353-7520

Christina César Praça Brasil^{II}

ORCID: 0000-0002-7741-5349

Indara Cavalcante Bezerra^{II}

ORCID: 0000-0003-0647-2490

Ana Nery Melo Cavalcante^{II}

ORCID: 0000-0002-3830-7767

Aimêe Veras Alexandre^{II}

ORCID: 0000-0002-3949-6483

Cleciana Alves Cruz^{II}

ORCID: 0000-0002-9443-4955

^ICentro Universitário Estácio de Sá. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{II}Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Pinheiro CPO, Silva RM, Brasil CCP, Bezerra IC, Cavalcante ANM, Alexandre AV, et al. Procrastination in the early detection of breast cancer.

Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):227-34.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0547>

Autor Correspondente:

Indara Cavalcante Bezerra

E-mail: indaracavalcante@yahoo.com.br



Submissão: 04-07-2018 **Aprovação:** 17-05-2019

RESUMO

Objetivo: analisar o sentido do adiamento da detecção do câncer de mama, a partir de entrevistas com 26 mulheres que foram submetidas à mastectomia. **Método:** estudo qualitativo e fundamentado no interacionismo simbólico, com Análise de Conteúdo na modalidade temática, realizado em ambulatório de serviço público, numa capital do Nordeste brasileiro. **Resultados:** ante os relatos das participantes, emergiu a temática 'sentidos atribuídos à procrastinação do cuidado da saúde mamária'. O significado dado pelas mulheres, aos motivos do adiamento do cuidado com a mama, perpassa pelas interfaces entre razões pessoais e dificuldades encontradas na Rede de Atenção à Saúde. **Considerações finais:** considera-se que a detecção precoce é retardada por medo do diagnóstico, barreiras pessoais, culturais e dificuldades nos serviços de saúde.

Descritores: Diagnóstico Precoce; Mastectomia; Neoplasias da Mama; Saúde Pública; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to analyze the meaning of postponement of breast cancer detection based on interviews with 26 women who were submitted to mastectomy. **Method:** qualitative study based on Symbolic Interactionism with Content Analysis in thematic modality, carried out in a public service outpatient clinic, in a capital city of Northeastern Brazil. **Results:** faced with the participants' reports, the theme 'meanings attributed to procrastination of breast health care' emerged. The meaning given by women to the reasons for postponing breast care permeate the interfaces between personal reasons and difficulties found in the healthcare network. **Final considerations:** early detection is considered to be delayed for fear of diagnosis, personal, cultural barriers, and difficulties in health services.

Descriptors: Early Diagnosis; Mastectomy; Breast Neoplasms; Public Health; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: analizar el sentido del aplazamiento de la detección del cáncer de mama a partir de entrevistas con 26 mujeres que fueron sometidas a la mastectomía. **Método:** estudio cualitativo fundamentado en el Interaccionismo Simbólico, con Análisis de Contenido en la modalidad temática, realizado en ambulatorio de servicio público, en una capital del nordeste brasileño. **Resultados:** Ante los relatos de las participantes, emergió la temática 'sentidos atribuidos a la procrastinación del cuidado de la salud mamaria'. El significado dado por las mujeres a los motivos del aplazamiento del cuidado con la mama atraviesan las interfaces entre razones personales y dificultades encontradas en la red de salud. **Consideraciones finales:** la detección precoz es retardada por miedo al diagnóstico, barreras personales, culturales y dificultades en los servicios de atención a la salud.

Descriptores: Diagnostico Temprano; Mastectomía; Neoplasias de la Mama; Salud Pública; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

O termo 'procrastinação' vem do latim *procrastinatus: pro* (à frente) e *crastinus* (de amanhã). Refere-se ao diferimento ou adiamento de uma ação. Procrastinar pode resultar em estresse, sensação de culpa, perda de produtividade e vergonha, em relação a outras pessoas, por não cumprir compromissos⁽¹⁾. Nesse sentido, procrastinar um diagnóstico ou tratamento, pode trazer danos irreparáveis para a saúde.

O câncer (CA) de mama é o segundo tipo de tumor mais frequente entre as mulheres, em todo o mundo, tendo a sua incidência aumentada em aproximadamente 22% a cada ano. No Brasil, para o ano de 2018, estima-se 59.700 casos novos, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. As maiores taxas de incidência e mortalidade ocorrem nas Regiões Sul (73,07/100 mil) e Sudeste (69,50/100 mil), seguidas do Centro-Oeste (51,96/100 mil), Nordeste (40,36/100 mil) e Norte (19,21/100 mil). Essa patologia representa, entre as mulheres, a principal causa de morte por CA⁽²⁾. Segundo dados do Globocan (2012), da *International Agency for Research on Cancer*, o risco cumulativo de uma pessoa ter e morrer de CA de mama no Brasil é, respectivamente, 6,3% e 1,6%⁽³⁾.

Para o estado do Ceará, o Instituto Nacional de Câncer estimou a ocorrência de 2.200 casos novos de CA de mama para o ano de 2018, ressaltando uma taxa bruta de 47,20 casos para cada 100 mil mulheres⁽²⁾. Esses dados situam a cidade de Fortaleza, em posição de destaque para a programação de ações, no que concerne à detecção precoce (DP), cura e reabilitação⁽²⁾.

Políticas públicas brasileiras relacionadas a essa problemática vêm sendo desenvolvidas desde meados dos anos 80, sendo impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998. O controle do CA de mama é uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse plano foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 2011, visando preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos dez anos seguintes, diversas patologias, dentre as quais configura o CA de mama⁽⁴⁾.

Em seus estágios iniciais, o CA de mama só pode ser detectado por meio do rastreamento, o que promove melhor prognóstico da doença e a redução da mortalidade, com tratamentos menos radicais e mais efetivos, além de menor morbidade associada à terapêutica⁽⁵⁻⁶⁾. A mamografia é o padrão-ouro para a triagem dessa neoplasia⁽⁷⁾.

Quando o tumor cresce, em alguns casos, pode ser percebido por meio de sinais e sintomas como: nódulo fixo e, geralmente, indolor; pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja; alterações no mamilo; pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço; podendo apresentar exteriorização de secreção anormal das mamas⁽⁸⁾.

Se diagnosticado em fase inicial, este tipo de CA apresenta grande possibilidade de cura, com baixa morbidade decorrente do tratamento, diminuindo o sofrimento da mulher acometida pela doença. Entretanto, o diagnóstico tardio da doença ainda é realidade em várias regiões do Brasil, podendo ser atribuído à dificuldade de acesso da população aos serviços públicos de saúde, à baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, à incapacidade do sistema público para atender

à demanda ou à baixa capacidade dos gestores municipais e estaduais em definir o fluxo de casos suspeitos em diferentes níveis de atenção⁽⁹⁾.

A literatura chama à atenção para a necessidade de maior esclarecimento da população feminina acerca dos métodos de prevenção secundária do CA de mama, para o diagnóstico precoce⁽⁹⁻¹²⁾. A prevenção primária desse agravo refere-se ao autoexame, o que é sempre lembrado entre as mulheres⁽⁹⁾, provavelmente pelas intensas campanhas veiculadas na mídia. Mulheres sem conhecimento adequado não têm autonomia para solicitar a realização do exame clínico de mama durante a consulta de rotina, bem como a realização da mamografia, quando indicado⁽¹⁰⁾.

Estudo recente analisou 168 casos de CA de mama quanto ao fluxo de assistência e o tempo decorrido entre o diagnóstico e o primeiro tratamento, evidenciou uma média de 53 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento, o que corresponde ao preconizado pela Lei 12.732, de novembro de 2012, que determina um prazo máximo de 60 dias para iniciar o tratamento, após o diagnóstico definitivo⁽¹³⁾. Esse achado enfatiza que empoderar as mulheres sobre a prevenção e a detecção precoce do CA de mama, para não haver retardo no diagnóstico, é o que tem mais resultados positivos no enfrentamento desta patologia.

Diante da possibilidade de controle e diagnóstico precoce do CA de mama, é importante que a mulher seja orientada quanto à prevenção, ao diagnóstico, às ações de detecção e à necessidade de realização de exames específicos, como o Exame Clínico das Mamas (ECM), a mamografia e, em alguns casos, exames de ultrassonografia e ressonância magnética⁽⁴⁾.

A confirmação diagnóstica, geralmente, impacta nas relações sociais, pessoais, profissionais e afetivas, podendo causar prejuízos psicológicos na percepção da sexualidade, na imagem pessoal e na autoestima, de maneira mais marcante do que outros tipos de CA⁽¹⁴⁾.

As pessoas costumam constituir imagens a respeito de objetos, segundo os estímulos sofridos, com apoio nos símbolos significativos que se atribuem a esses objetos. Conforme a expectativa da mulher sobre a melhor maneira de viver o seu cotidiano, ante um agravo de saúde, ela criará mecanismos de resistência e proteção, de acordo com o que ela interpreta como ameaça⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

No caso do CA de mama, o modo como a mulher estabeleceu os símbolos e os significados, com amparo na interação com outras mulheres, profissionais de saúde e sociedade, em geral, pode determinar que elas 'calem', condicionando-as a não agirem na direção do diagnóstico, para não se descobrirem 'doentes', caracterizando a procrastinação do cuidado à saúde mamária⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Entende-se que as mulheres submetidas à mastectomia, em decorrência do CA de mama, tiveram seus diagnósticos ou tratamentos tardios, o que resultou na mutilação da mama, além de outras consequências negativas para a sua vida. Por meio do itinerário terapêutico dessas mulheres, traçado por seus relatos, podem-se conhecer as falhas ou dificuldades que adiaram o diagnóstico e/ou início do tratamento.

Assim, conhecer, sob a concepção de mulheres mastectomizadas, os aspectos que determinaram o adiamento da detecção precoce do CA de mama, pode elucidar novas estratégias de cuidado e promoção da saúde, além de subsidiar conteúdos para fortalecer ações e políticas de enfrentamento a esse agravo.

Diante do exposto, indaga-se: por que as mulheres que foram submetidas à mastectomia não tiveram o CA de mama detectado precocemente? Qual o sentido da procrastinação do diagnóstico desse CA de mama atribuído pelas mulheres mastectomizadas?

OBJETIVO

Analisar o sentido da procrastinação da detecção do CA de mama para mulheres mastectomizadas.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo seguiu os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, com Parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza. Obteve-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelas participantes. Para preservar o anonimato, as mulheres receberam uma codificação pela palavra 'Mulher', seguida dos números 1 a 26, de acordo com a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Referencial teórico-metodológico

O referencial teórico-metodológico utilizado foi o Interacionismo Simbólico, compreendido enquanto abordagem sociológica, com perspectiva teórica, que possibilita a compreensão da forma como as pessoas interpretam os objetos e as interações com outras pessoas com as quais se relacionam, e como este processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Tipo de estudo

Estudo com abordagem qualitativa, com base no Interacionismo Simbólico (IS), cujo significado da realidade é entendido como uma produção social e culturalmente constituída⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Esse processo possibilita acessar a subjetividade dos sujeitos pela expressão de suas experiências vividas ante a realidade presente⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Procedimentos metodológicos

Foi realizada entrevista individual, sem pré-definição do tempo, de maneira interativa e gravada. Cada uma das entrevistas consistiu em uma conversa a dois (entrevistador e paciente), com duração média de 40 minutos. Nessa ocasião, identificou-se o perfil sociodemográfico das participantes. Em seguida, abordaram-se questões sobre as razões da procrastinação do diagnóstico do CA de mama. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para garantir a fidedignidade dos relatos, facilitar a organização dos dados e a formulação de temáticas.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a inclusão de novos participantes foi encerrada pela saturação teórica dos dados⁽¹⁹⁾.

Cenário do estudo e fonte de dados

A pesquisa foi realizada nos meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, por meio de entrevistas com 26 mulheres

mastectomizadas, com idade de 37 a 66 anos, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente, em um ambulatório de referência em CA de mama, localizado em um hospital especializado em Oncologia, na cidade de Fortaleza, Ceará (CE), Brasil.

Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos; submetidas à mastectomia uni e/ou bilateral em decorrência do diagnóstico de CA de mama há, pelo menos, seis meses; sem metástase comprovada; residentes na área da Secretaria Executiva Regional III do Sistema de Saúde de Fortaleza-CE; e que estavam em condições de interação e comunicação para a entrevista. As participantes foram identificadas segundo os registros de fichário de atendimento médico daquele serviço e/ou prontuários. Aquelas que procediam de outros municípios, foram excluídas do estudo, uma vez que, em um possível retorno ao campo para esclarecimentos de dúvidas sobre as entrevistas, poderia ficar inviável contatá-las. Também excluíram-se as mulheres que estavam sob cuidados paliativos.

Coleta, organização e análise dos dados

Foi utilizada a Análise de Conteúdo na modalidade temática⁽²⁰⁾, a qual permitiu ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação, levando a uma vigilância crítica ante a informação emitida. Minayo⁽²⁰⁾ afirma que essa técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido ou temas que compõem uma comunicação, os quais estão relacionados ao objeto de estudo. Para isso, os pesquisadores perpassaram três etapas: 1) na *pré-análise*, realizou-se a leitura superficial de todo o material empírico, permitindo selecionar o *corpus* do material a ser analisado e levar em consideração a representatividade dos dados com relação ao objeto de estudo; 2) durante a *exploração do material*, a sistematização foi efetivada por meio da classificação de temas existentes no material. Nessa fase, reduziu-se o texto a palavras e expressões significativas; e 3) na última etapa, fez-se o *tratamento dos resultados* obtidos com a interpretação categorial. Nesse momento, o analista propôs inferências e realizou interpretações, interrelacionando-as com a teoria que fundamenta o objeto de estudo. Todo esse processo favoreceu constituir novas dimensões teóricas e interpretativas, a partir da análise do material.

As informações foram organizadas com base em ideias significativas que vislumbraram responder as questões norteadoras acerca da procrastinação da detecção precoce do CA de mama. Com esta feita, emergiu das narrativas das mulheres a seguinte temática: *sentidos atribuídos à procrastinação do cuidado da saúde mamária*.

RESULTADOS

A maioria delas era católica (92%), de cor branca (53,8%) e com renda mensal inferior a um salário mínimo (53,8%). Metade das participantes era casada e a maioria era dona de casa (38,46%). Quanto ao grau de escolaridade, 11 mulheres estudaram por um período de dois a cinco anos, nove alegaram ter estudado de seis a dez anos e seis delas referiram possuir mais de dez anos de estudo.

No tocante ao diagnóstico da doença, quatro mulheres obtiveram com idade inferior a 46 anos, o que distoia da maioria dos estudos que referem ser mais comum o diagnóstico do CA de mama na faixa etária entre 47 e 56 anos⁽⁵⁾.

Várias foram as razões apontadas pelas participantes para o retardamento em seus diagnósticos de CA de mama, quais sejam:

medo, negação, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, demandas de trabalho, afazeres domésticos, não priorização do cuidado de si, entre outros.

Esses foram alguns dos motivos apontados para o adiamento do diagnóstico e do tratamento do CA de mama, como exprimem as narrativas:

[...] era para eu ter cuidado há muito tempo, mas eu tinha que cuidar da minha mãe. Minha mãe tinha 100 anos, não tinha quem cuidasse dela [...], foi o jeito eu cuidar dela para depois poder cuidar de mim. (Mulher 1)

[...] eu não tenho quem me acompanhe. Todo mundo tem seus afazeres, eu não vou atrapalhar as coisas dos outros [...]. (Mulher 3)

Eu fui até ao médico, mas ele passou uns exames que deixei para fazer depois, pois eu estava fazendo uns trabalhos na empresa que eu trabalho [...] e perdi a data que estava marcado. Para agendar de novo, demorei. Ai, quando voltei, era outro médico que me pediu para fazer os exames [...] só que, ai, já tinha passado alguns meses. (Mulher 4)

Os relatos das mulheres reforçam o sentimento de medo do diagnóstico, da cirurgia, da doença e da morte:

A gente tem medo de encontrar a coisa. E quem procura, acha [...]. (Mulher 13)

Nunca gostei de ir para médico, não. A gente fica sempre com medo. A gente tem vergonha ou medo, sei lá! Sei que vai deixando para lá. (Mulher 2)

Dá medo, né? Não queria ouvir que fosse o câncer. Mas foi crescendo, crescendo [...], era câncer! (Mulher 13)

Tinha medo de operar, de ter que tirar a mama! (Mulher 10)

Foi realmente o medo da morte. Por conta dos meus filhos, tive medo de morrer. (Mulher 13)

Tenho medo daquele exame que aperta, aperta [mamografia]. (Mulher 16)

Porque minha mãe teve, eu fiquei com medo. E se desse em mim também? (Mulher 13)

Tinha medo, né? Já tive caso na família e sei o quanto sofre. Não queria saber! (Mulher 10)

Fiquei de ir pegar o exame no dia e só deu para ir depois, porque fiquei com medo de saber o resultado. Ai, minha irmã foi pegar comigo. Demorou um pouco eu ir com ela, porque toda vida eu pensava na minha cabeça de querer ir, mas inventava que tinha uma coisa para fazer, que eu não podia perder. Era desculpa, na verdade, eu estava era com medo de saber. Eu estou tentando melhorar, mas agora eu estou com medo desse tratamento [choro]. Todo mundo tem, né? Mas é assim mesmo. (Mulher 20)

A postergação do autocuidado também é atribuído ao papel social da mulher como cuidadora e centro da família, além da priorização de outras atividades em detrimento do autocuidado.

Eu tinha até notado uma glândula no peito [...], mas minha mãe estava meio doente e eu tinha que cuidar dela. Ai, fui deixando para depois. Passou o tempo, e nem me dei conta. (Mulher 16)

Já que tem a dificuldade de vir, de chegar até aqui, a gente vai deixando, deixando [o tempo passar] [...] (Mulher 3)

O médico passou uns exames que deixei para fazer depois, porque eu estava fazendo uns trabalhos na empresa [...], porque eu trabalho! Ai, deixei para depois. (Mulher 5)

Barreiras físicas de acesso, carência de vagas e demora no atendimento nos serviços de saúde são aspectos apontados pelas participantes:

Demorou uns dois meses ou mais, fiquei esperando por vaga que não tinha. Ai, custou, mas eles me chamaram. (Mulher 1)

[...] às vezes, o médico não vai [trabalhar] [...]. (Mulher 3)

[...] é tudo tão demorado. A gente vai uma, vai duas vezes [...]. (Mulher 7)

Porque também demora muito. Você marca pelo SUS [...], às vezes, demora demais pra marcar, aí a gente tem que pagar pra fazer um exame particular. (Mulher 19)

Porque eu fazia prevenção todo ano [...] eles (médicos), às vezes, tocavam nos meus seios, às vezes, não tocavam. E a última vez que eu fiz, ele não tocou [...]. Eu já tenho uma história [de CA de mama] na minha família. Eu senti os sintomas e tudo. Eles [os profissionais de saúde] viam o tamanho da gravidade e não me ajudavam [...]. O serviço mesmo empacou! (Mulher 2)

O desconhecimento das mulheres acerca da doença, da sintomatologia e da rotina dos serviços, contribuiu para o adiamento do diagnóstico do CA de mama:

[...] talvez informando mais a nós, né? Despertando na gente essa preocupação [...]. A mulher não liga [para a prevenção da doença], só quando já está grande [o tumor]. (Mulher 24)

[...] a gente não sabe de nada, fica sendo empurrada para lá e para cá. Ninguém diz nada. Nem como marcar a consulta, nem aonde fazer o exame. (Mulher 2)

Porque eu não sentia nada! Estava tudo normal, aí nem fui atrás [...]. Depois, eu fiz a mamografia e a médica pediu também a ultrassom da mama, foi quando apareceu [o tumor]. (Mulher 23)

DISCUSSÃO

Sentidos atribuídos à procrastinação do cuidado da saúde mamária

A procrastinação é a condição que, no âmbito da saúde, dependendo de sua extensão, inviabiliza a terapêutica e diminui a qualidade e/ou o tempo de vida do cliente^(1,21). A procrastinação do cuidado é justificada por argumentos variados, colocando o cuidado de si em segundo plano, em detrimento dos papéis sociais

que as mulheres assumem na contemporaneidade, como trabalho, filhos, afazeres domésticos, apoio familiar, sempre postergando o cuidado individual. Nesse sentido, o estudo evidenciou que os indivíduos costumam adiar exames médicos e outros cuidados com a saúde, relacionando esse comportamento a fatores econômicos, falta de informação sobre prevenção e detecção das doenças, esquecimento e outras prioridades⁽²²⁾.

A detecção de doenças, logo no início, facilita o tratamento e melhora o prognóstico⁽²³⁾. Em se tratando de CA, principalmente no caso da mama, é crucial a detecção precoce, pois o adiamento pode ser determinante para o sucesso ou não do tratamento⁽⁵⁾. O fato de *deixar para depois*, presente no discurso das mulheres deste estudo, caracteriza a procrastinação, o que pode comprometer várias situações da vida, incluindo as condições de saúde.

O estudo de Yoshinari et al.⁽²⁴⁾ revela que o CA de mama é vivenciado diferentemente por cada paciente. Sentimentos e conceitos contraditórios podem coexistir, eventualmente, entrando em conflito e tornando-se mais um problema a ser enfrentado por elas. Entretanto, neste estudo, observaram-se sentidos e significados convergentes sobre a postergação do diagnóstico do CA de mama entre as participantes.

A procrastinação correspondeu à ação dessas mulheres, em resposta ao significado que elas atribuíram à possibilidade de 'estar doente'. Esta condição impactaria radicalmente em seu cotidiano e nas suas relações. Adiar o desfecho ou o prognósticos pode ser entendido como a ação de negar uma possibilidade ruim para a sua vida ou mesmo uma medida protetiva para a manutenção do protagonismo em sua vida.

A causa do adiamento, mais aventada pelas participantes, guarda relação com a cultura do medo. O CA, mesmo nos tempos atuais, está relacionado a um mal fatal, por isso, os antigos evitavam mencionar esse nome para não condenar o doente, ou mesmo não *atrair* a doença⁽¹⁵⁾. Foi perceptível, nas narrativas das participantes desta pesquisa, o fato de elas não gostarem de pronunciar a palavra *câncer*, utilizando outros nomes, como *a coisa*, *o negócio*, *a doença ruim*, *aquele mal*, entre outros.

Investigadores explicam que "o estigma do câncer é tão forte e, por si, tão arrebatador de emoções das mais diferentes matizes que, por mais que seja citado com outras denominações médicas ou mesmo científicas, seu expecto de terminalidade sempre estará presente"⁽¹⁶⁾.

Corroborando com essas afirmações, estudo realizado na Malásia⁽²⁵⁾ elencou barreiras socioculturais que influenciaram a postergação do cuidado com a saúde mamária. Dentre todas, o sentimento de medo foi o mais relatado entre as mulheres. O medo pode ser entendido como "um estado de progressiva insegurança e angústia, de impotência e invalidez crescentes ante a impressão iminente de que sucederá algo que o indivíduo quer evitar, o que progressivamente se considera menos capaz de fazer"⁽²⁶⁾.

Nesse sentido, de acordo com as premissas do IS⁽²⁷⁾, as pessoas agem em relação às coisas ou situações, a partir dos significados que estas têm para elas, o que é construído diante da interação e da vivência social com os pares e o ambiente. Estes significados podem, ainda, tomar outros sentidos, a partir de um processo interpretativo que se faz também com base nas relações sociais. Para Haguette⁽²⁸⁾, considerar essas premissas, no contexto da saúde, remete à importância de se compreender o nível de

conhecimento da população em relação às doenças, aos cuidados e às alternativas terapêuticas.

Assim, o adoecimento é sentido como um 'golpe do destino', sinalizando a possibilidade de rompimento do real, provocando o autoquestionamento sobre 'o que faço, fiz e/ou poderia ter feito da vida'. Essa reflexão pode ser preenchida de 'nunca mais', paralisando, impedindo ou limitando a ação, ainda que momentaneamente⁽²⁹⁾.

Com efeito, as mulheres, em muitos contextos, e diante das demandas que a vida lhes impõe, procuram enfrentar o 'medo da doença' por meio da procrastinação. Muitas vezes, seus papéis sociais, profissionais e familiares fazem com que não queiram confirmar os sinais e sintomas de adoecimento que percebem em seus corpos. Além disso, por esses mesmos motivos, colocam-se em segundo plano e não ficam atentas às questões que remetem aos cuidados com a saúde.

Araújo e Fernandes⁽³⁰⁾ verificaram, em sua investigação, que a vivência do CA, para muitas mulheres, remete à morte, o que provoca a resignificação da vida ante às incertezas, inseguranças e desconhecimento em relação ao que está por vir. A partir da perspectiva interacionista, observa-se que os modos de a mulher agir e compreender a doença, guardam estreita relação com a sua realidade de vida, seus papéis, seu nível de conhecimento sobre a situação e com a rede de apoio com a qual convive.

Na contemporaneidade, a cultura define a mulher como a *mãe de família* e, como tal, é a principal referência para "cuidar de tudo". O fato de a sociedade sempre esperar muito ou tudo da mulher, faz com que ela use esse subterfúgio como resistência velada ou silenciosa. Assim, a mulher adia a procura de ajuda, tendo a necessidade de resistir aos apelos do seu corpo ante seu papel principal de pessoa responsável pelos filhos, marido, parentes, amigos. Com jornadas triplas de trabalho, a mulher moderna responde com subjugação, afirmando a dificuldade de tirar tempo para si.

Constatou-se, no campo empírico estudado, que o medo do diagnóstico ainda predomina entre as maiores motivações psicológicas para não procurar, com antecipação, o atendimento e o diagnóstico precoce. De fato, o medo permeou todas as fases vivenciadas pelas mulheres, antes do diagnóstico, na realização da mamografia e ante a conduta terapêutica. Experiências vivenciadas por pessoas próximas também amedrontam as respondentes. Elas revelaram, à maneira de cada uma, conhecimentos acerca da predisposição associada ao histórico familiar.

Ante o pavor de estar com CA, a mulher parece paralisar, fica dominada por sentimentos ambivalentes: não obter diagnóstico e seguir a vida ou buscar saber a verdade e lançar-se em "itinerários de sofrimento"? Por outro lado, não se pode afirmar, categoricamente, que o medo signifique sempre problema. Quando adiam exames médicos e/ou cuidados gerais com a saúde, as mulheres podem estar se poupando.

A mulher utiliza o tempo necessário para refletir sobre os significados da detecção da doença. Ela fica selecionando passos a seguir, examinando possíveis ações a desenvolver e, por fim, dá continuidade à sua busca pelo sistema formal de saúde, para a confirmação do diagnóstico e início da terapêutica. Ou ela não chega até essa última parte, ponderando que poderá caminhar para um futuro imprevisível, sem controle seu e a constatação de que está morrendo⁽²⁵⁾.

No mundo atual, a mulher vem sendo protagonista da gestão de uma grande variedade de contextos, sendo capaz de lidar com diversas situações que envolvem dificuldades, conflitos, administração do tempo e responsabilidades. Historicamente, ela passa a acumular muitos papéis, sem deixar de lado a família em detrimento da vida profissional. A multiplicidade de tarefas, que ela cumpre na vida familiar e profissional, pode levar a uma demanda física e emocional de maior intensidade⁽³¹⁾, o que aponta para a necessidade de uma maior atenção das políticas de saúde da mulher, para que essa população não adoça e possa cuidar melhor de si mesma.

As dificuldades de acesso à rede de serviços são aspectos recorrentes nas narrativas das entrevistadas, os quais evidenciam-se como desestímulo para a adesão das mulheres às consultas preventivas e aos exames de rotina. Com efeito, as limitações dos serviços públicos de saúde atingem um grande número de pessoas e agravam as condições de saúde da população. A Lei 12.732/12 de novembro de 2012⁽³²⁾, dispõe sobre o tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, assegurando, no máximo, 60 dias após o cadastro de sua doença no seu prontuário do SUS. Entretanto, se não houver o diagnóstico precoce, esse prazo torna-se inútil, pois a detecção tardia faz com que a doença seja identificada, muitas vezes, em fase avançada.

Um estudo realizado em Sergipe⁽³³⁾ mostrou que as mulheres enfrentam muitas barreiras em todas as etapas da trajetória na busca pelo cuidado para o CA de mama, o que apresenta um atraso total superior a três meses. Entretanto, destacam-se, dentre as barreiras mencionadas, a falta de informação sobre a doença e a demora para o agendamento de consultas, exames e tratamento, visto que a lista de espera no serviço público é bastante extensa. Os fatores mencionados fazem com que a mulher realize uma árdua peregrinação que, muitas vezes, associadas a aspectos subjetivos que levam à procrastinação na detecção do CA de mama.

Ademais, a equipe de saúde deve estar preparada para identificar os conflitos vivenciados pela mulher após o diagnóstico do CA de mama, ampliando esse cuidado para a família, cujo apoio representará grande parte dos recursos que ela utilizará no enfrentamento da doença. Uma vez que cada mulher experiencia a doença de forma íntima e pessoal, abordagens enrijecidas e objetivas não são adequadas. Com efeito, necessita-se de uma equipe treinada e com enfoque não apenas na paciente, mas naqueles que convivem com ela⁽²⁴⁾.

Conforme preconizam Brasil e Silva⁽³⁴⁾, o IS tem caráter cíclico, uma vez que associa com idas e vindas, sentidos, ações e interpretações. Diante disso, a interação das mulheres com CA de mama com a rede de apoio, o que inclui os profissionais da Saúde, pode favorecer a resignificação da doença, levando à mudança de condutas e atitudes, e ao redirecionamento de medidas e cuidados com a saúde⁽³⁵⁾.

Ao analisar a realidade das mulheres brasileiras e as barreiras no acesso à atenção em saúde, no contexto do CA de mama, um estudo destacou que a etapa específica mais adiada é a primeira consulta⁽³⁶⁾. Extrai-se, deste estudo, que o principal fator para que isso aconteça é a falta de informação, em especial, acerca dos recursos e das rotinas dos serviços.

Outro motivo apontado pelas mulheres, para o adiamento do diagnóstico, foi a ausência de sintomas. Algumas mulheres entrevistadas argumentaram não sentir nada e, por isso, não necessitavam procurar o médico.

A falta de informação sobre a importância do rastreamento mamográfico na população geral, leva as mulheres a postergarem o diagnóstico precoce, que poderia ser realizado antes que qualquer sinal ou sintoma se manifestasse. Segundo Gonçalves⁽³³⁾ e Rezende et al.⁽³⁷⁾, a falta de informação sobre o CA de mama traz, como consequências vagas, percepções sobre a patologia, o que envolve seus fatores de risco e a detecção dos sintomas. Por isso, muitas vezes, nódulos, eritemas e edemas não são valorizados como deveriam pelas mulheres e/ou seus familiares, o que pode retardar a busca pelo cuidado.

Diante do exposto, observam-se condicionantes subjetivos, como medo, vergonha, papéis sociais e outros aspectos, fortemente determinados pela cultura e pelos significados advindos das relações sociais das mulheres, dificultando a procura pelo diagnóstico precoce. Há necessidade de envidar mais esforços para a conscientização das mulheres sobre a importância do diagnóstico precoce do CA de mama, além de ser requerido o fortalecimento das equipes de saúde para o manejo e a celeridade em acolher e cuidar dessa população.

Investir nos meios de comunicação, na divulgação e na formação do conhecimento dos procedimentos adotados na prevenção do CA de mama, pode auxiliar o enfrentamento da doença. Para isso, é necessário o reforço dos programas de prevenção existentes e a inclusão de campanhas informativas sobre os métodos adequados para a prevenção do CA de mama, informando que apenas o autoexame não é eficaz na prevenção secundária dessa neoplasia⁽¹⁰⁾.

É válido destacar, ainda, que o acesso a informações mais precisas empodera as mulheres e permite o enfrentamento da doença com dignidade, caso se confirme o diagnóstico de CA de mama – o qual carrega consigo o potencial de desqualificá-la como mulher, mãe, companheira, profissional – conferindo-lhe força e tempo para *se colocar de pé* ante a incerteza do perigo iminente.

Limitações do estudo

Embora não fosse a pretensão da pesquisa, a coleta poderia ter sido ampliada, para envolver a escuta dos familiares e dos profissionais dos serviços, no sentido de otimizar o entendimento do ciclo compreensivo de interação dessas mulheres, o que pode ser considerado uma limitação do estudo.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Esta produção contribui com a área da Enfermagem e da Saúde Pública, por desvelar as fragilidades no processo de detecção precoce do CA de mama, com potencial para subsidiar e fortalecer novas políticas, intensificar ações de prevenção e promoção da saúde e conectar, de modo mais efetivo, os serviços da Rede de Atenção Oncológica, impactando também na *práxis* exercida pelos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do processo de adoecimento, as mulheres com CA de mama sofrem perdas significativas que modificam suas vidas, em amplos aspectos. Perceber-se com CA de mama *chacoalha* sua rotina e faz vivenciar sentimentos de raiva, negação, medo, tristeza, angústia, entre outros sintomas negativos. Essas emoções subjetivas associadas às razões extrínsecas, como falhas na rede de saúde e desinformação promovem o adiamento do autocuidado. Neste estudo, as participantes revelaram que a procrastinação na detecção do CA de mama relaciona fatores associados às razões pessoais, culturais e falhas nas interfaces com o serviço público de saúde, o que pode desencadear consequências graves, por vezes, irreversíveis para a saúde mamária e bem-estar da mulher.

Portanto, necessita-se de maior assistência em relação às ações de promoção da saúde, a fim de sensibilizar a população quanto à importância da detecção precoce da neoplasia de mama, assim como a qualificação e a capacitação dos profissionais de saúde

na assistência oncológica, resultando em melhor prognóstico e qualidade de vida às pessoas acometidas. Vale ressaltar que essas estratégias promovem a redução do número de afastamentos do trabalho por motivo de doenças, hospitalizações, procedimentos cirúrgicos, tratamentos quimioterápicos, medicamentos e de óbitos provenientes dessa neoplasia, o que impacta diretamente na redução dos gastos públicos com a saúde e na qualidade de vida das mulheres tão caras e imprescindíveis para a sociedade atual.

Mais estudos envolvendo outros agentes sociais, gestores e profissionais, devem ser estimulados no sentido de dar ênfase aos aspectos socioeconômicos e de envolver a sociedade, em busca de reduzir ao máximo os danos provocados pelo CA de mama.

AGRADECIMENTO

Agradecemos às mulheres participantes da pesquisa, por permitir o acesso às suas subjetividades ante o enfrentamento do CA de mama.

REFERÊNCIAS

1. Bechara E. Moderna gramática portuguesa. Rio de Janeiro: Lucerna, 2002.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [cited 2018 June 10]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2018 Apr 20]. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_62/v01/pdf/10-resenha-diretrizes-para-a-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2018 May 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
5. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [cited 2017 Oct 20]. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/sintomas>
6. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Tecnologias no SUS. Mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade abaixo dos 50 anos, entre 50 e 69 anos e com mais de 70 anos. Relatório de Recomendação. Abril, 2015 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 Mar 13]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Rastreamento_Mamografia_final.pdf
7. Chetlen, A, Mack J, Chan T. Breast cancer screening controversies: who, when, why, and how? Clin Imaging. 2016;40(2):279-82. doi: 10.1016/j.clinimag.2015.05.017
8. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev Bras Enferm. 2011;64(6):1016-21. doi: 10.1590/S0034-71672011000600005
9. Oshiro ML, Bergmann A, Silva RG, Costa KC, Travaim IEB, Silva GB, et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro-Oeste do Brasil. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 14];60(1):15-23 Available from: <https://rbc.inca.gov.br/index2.php>
10. Gonçalves CV, Camargo VP, Cagol JM, Miranda B, Mendoza-Sassi RA. Women's knowledge of methods for secondary prevention of breast cancer. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(12):4073-82. doi: 10.1590/1413-812320172212.09372016
11. Tejada S, Darnell JS, Cho YI, Stolley MR, Markossian TW, Calhoun EA. Patient barriers to follow-up care for breast and cervical cancer abnormalities. J Womens Health (Larchmt). 2013;22(6):507-17. doi: 10.1089/jwh.2012.3590
12. Amorim VM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(11):2623-32. doi: 10.1590/S0102-311X2008001100017
13. Coelho MF. Assistência terciária aos pacientes com câncer de mama pertencentes à Rede de Atenção Oncológica da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS: Estudo Descritivo [Monografia] [Internet]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 2018 [cited]. Available from: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/13270>
14. Amorim VM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(11):2623-32. doi: 10.1590/S0102-311X2008001100017

15. Tejada S, Darnell JS, Cho YI, Stolley MR, Markossian TW, Calhoun EA. Patient barriers to follow-up care for breast and cervical cancer abnormalities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(6):507-17. doi: 10.1089/jwh.2012.3590
16. Angerami-Camon VA, Gaspar KC. *Psicologia & Câncer*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.
17. Blumer H. *Symbolic Interactionism perspective and method*. California: Prentice-Hall; 1969.
18. Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. *Psicol Ciênc Prof*. 2010;30(1):146-61. doi: 10.1590/S1414-98932010000100011
19. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(3):613-9. doi: 10.1590/S1413-81232012000300006
20. Minayo CS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
21. Ferreira SMA, Panobianco MS, Gozzo TO, Almeida AM. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):835-42. doi: 10.1590/S0104-07072013000300033
22. Hamasaki EIM, Kerbauy RR. Será o comportamento de procrastinar um problema de saúde. *Rev Bras Ter Comport Cogn [Internet]*. 2001 [cited 2017 Dec 06];3(2):35-40. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452001000200005&lng=pt
23. Gouveia VV, Pessoa VS, Coutinho ML, Barros ICS, Fonseca, AA. Escala de Procrastinação Ativa: evidências de validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*. 2014;19(2):345-54. doi: 10.1590/1413-82712014019002008
24. Yoshinari STV, Jr GHY, Masson MV, Mello LF. Vivência de mulheres frente ao câncer de mama: revisão da literatura brasileira. *Rev Ciênc Saúde*. 2017;7(4):20-5. doi: 10.21876/rcsfmit.v7i4.707
25. Norsa'adah B, Rahmah MA, Rampal KG, Knight A. Understanding barriers to Malaysian women with breast cancer seeking help. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(8):3723-30. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.8.3723
26. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
27. Blumer H. *Symbolic interactionism perspective and method*. Califórnia: Prentice-Hall; 1969.
28. Haguette TMF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
29. Barbosa LNF, Francisco AL, Efken KH. Morte e vida: a dialética humana. *Aletheia [Internet]*. 2008 [cited 2018 Nov 23];(28):32-44. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200004&lng=pt
30. Araújo IMA, Fernandes AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Esc Anna Nery*. 2008;12(4):664-71. doi: 10.1590/S1414-81452008000400009
31. Andrade LRC, Andrade CAC. O papel da mulher na sociedade contemporânea em divã. In: *Seminário Nacional Literatura e Cultura*; 2012 maio 3-4. São Cristóvão: GELIC/UFS; 2012. p. 1-13.
32. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. *Diário Oficial da União*, 23 nov. 2012. Brasília; 2012 [cited 2017 Oct 20]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
33. Gonçalves LLC. *Trajetória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e sintomas ao tratamento [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. doi: 10.11606/T.83.2013.tde-22012014-144735
34. Brasil CCP, Silva RM. *A voz da professora na integralidade em saúde*, v. 1. 1ª ed. Fortaleza: Edições UFC; 2016.
35. Lopes CHAF, Jorge MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):103-8. doi: 10.1590/S0080-62342005000100014
36. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM, Guimarães AMDN, Gois CFL. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):394-400. doi: 10.1590/S0080-623420140000300002
37. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(2):75-81. doi: 10.1590/S0100-72032009000200005