

**ARTIGO ORIGINAL**

## REDE DE APOIO DE MULHERES JOVENS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Amanda Suélen Monteiro<sup>1</sup>, Graciela Dutra Sehnem<sup>2</sup>, Francielle Morais de Paula<sup>3</sup>,  
Silvana Bastos Cogo<sup>4</sup>, Eliane Tatsch Neves<sup>5</sup>, Cíntia Vanuza Monteiro Bugs<sup>6</sup>,  
Mariana Oriques Bittencourt<sup>7</sup>, Fernanda Duarte Siqueira<sup>8</sup>, Giovana Batistella de Mello<sup>9</sup>

**Destaques:**

- (1) A família é a figura central da rede de apoio de mulheres jovens com câncer.
- (2) As manifestações religiosas/espirituais são fortalecidas como parte da rede de apoio.
- (3) O trabalho humanizado dos profissionais de enfermagem viabiliza vínculos de confiança.

**RESUMO**

Este estudo tem como objetivo conhecer a rede de apoio de mulheres jovens em tratamento oncológico. É uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada mediada pela dinâmica de criatividade e sensibilidade. Participaram 20 mulheres jovens em tratamento oncológico. Os cenários foram os ambulatórios de quimioterapia e de radioterapia de um hospital universitário do Rio Grande do Sul. Para análise dos dados empregou-se a Análise Temática Indutiva, e como quadro teórico a Política Nacional de Humanização. A maioria das mulheres vivenciava o câncer pela primeira vez e realizava tratamento oncológico com finalidade curativa. A análise das entrevistas emergiu em duas categorias temáticas: “A Enfermagem como referência no cuidado” e “A rede de apoio no caminhar da terapêutica oncológica”. A rede de apoio foi caracterizada como importante ferramenta de enfrentamento, sendo composta, principalmente, pela família, fé e religiosidade, amigos e equipe de saúde, com destaque para o profissional enfermeiro.

**Palavras-chave:** adulto jovem; neoplasias; terapêutica; apoio social; enfermagem.

<sup>1</sup> Universidade Franciscana (UFN). Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4170-4501>

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4536-824X>

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2768-8402>

<sup>4</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1686-8459>

<sup>5</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1559-9533>

<sup>6</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7594-5242>

<sup>7</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0009-0004-4709-2616>

<sup>8</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1157-1779>

<sup>9</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3738-8884>

## INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um dos principais problemas de saúde pública em cenário mundial, destacando-se pela crescente incidência e mortalidade em pessoas com até 70 anos. Embora a sua incidência seja maior em países desenvolvidos, a mortalidade pela doença apresenta índices mais elevados em países pobres ou em desenvolvimento, fato justificado pelas dificuldades de acesso ao rastreamento precoce, diagnóstico e tratamento<sup>1</sup>. O câncer é a denominação utilizada para neoplasias malignas que decorrem de um crescimento anormal das células, ocasionando uma multiplicação incontrolável e agressiva, com potencial de se espalhar rapidamente para outras regiões do corpo humano, configurando a formação de tumores<sup>2</sup>.

Em âmbito mundial, as estimativas mais recentes, que correspondem ao ano de 2018, revelam que ocorreram 18 milhões de novos casos de câncer e 9,6 milhões de óbitos, destacando a maior incidência do câncer de pulmão, com 2,1 milhões de casos em ambos os sexos, seguido pelo câncer de mama, com 2,1 milhões de casos, cólon e reto, com 1,8 milhão, e câncer de próstata, com 1,3 milhão de casos. Na população feminina a maior incidência é a de câncer de mama, cólon e reto, pulmão e colo do útero; e na população masculina estima-se predomínio do câncer de pulmão, próstata, cólon e reto, estômago e fígado<sup>3</sup>. No Brasil calcula-se 704 mil casos novos de câncer para cada ano do triênio 2023-2025, sendo o câncer de mama o mais incidente entre as mulheres<sup>4</sup>. Destaca-se, ainda, que, além de o câncer de mama ser o mais comumente diagnosticado, também se configura na principal causa de morte entre as mulheres, seguido pelo câncer colorretal, pulmão e colo de útero ou cervical<sup>3</sup>.

Apesar dos avanços obtidos em relação às possibilidades de diagnóstico precoce, tratamento oncológico e, conseqüente, maior sobrevivência destes indivíduos, sua terapêutica é marcada por redução de atividades diárias, transformações corporais, limitações, cirurgias mutiladoras e outros fatores que atuam diretamente na autoestima de quem vive com a doença<sup>5</sup>. Juntamente à descoberta ocorrem mudanças em seu comportamento, desde as esferas biológica, física, psicológica e social, que refletem em sentimentos de angústia, medo e sofrimento, além de incertezas ante a patologia que apresenta significativa associação à finitude<sup>6</sup>.

A fase de vida dos adultos jovens é permeada, comumente, por características relacionadas a uma grande vitalidade e valorização da individualidade, em que o resultado de suas ações, muitas vezes, é desejado de forma imediata<sup>3</sup>. Apesar, contudo, de a fase de adulto jovem ser marcada por aspectos voltados à significativa funcionalidade laboral, boa disposição e condições de saúde adequadas, tal população vem apresentando importantes índices de adoecimento e óbitos, principalmente relacionados ao surgimento de câncer.

Pesquisa transversal, realizada a partir da análise de 12.689 casos de câncer de mama de mulheres jovens brasileiras, constatou que este grupo apresenta doença em estágio mais avançado e pior resposta terapêutica quando comparado com mulheres acima de 35 anos<sup>7</sup>. Neste sentido, pacientes oncológicos vivenciam intensos processos de mudanças pessoais, emocionais, sociais e coletivas, refletindo na fragilização de seus sistemas de apoio, principalmente quando se trata de pessoas com vínculo afetivo próximo<sup>8</sup>.

Neste contexto, cabe ao profissional de saúde planejar uma assistência além das questões da doença que considere as representações sociais que o câncer acarreta para a vida destas pessoas, sobretudo quando se trata de aspectos psicossociais<sup>9</sup>. Assim, enfatiza-se a atuação do profissional de enfermagem, tendo em vista a sua responsabilidade pelo planejamento da assistência, pois, ao efetuar um cuidado individualizado e humanizado ocupa um importante espaço na vida dessas pessoas, tornando-se parte do sistema de apoio para o paciente e as pessoas próximas<sup>10</sup>.

Diante disso, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH) do ano de 2003, a qual propõe atravessar/transversalizar as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Como princípios que

estruturam a política, a PNH inclui a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos<sup>11</sup>. Ainda, apresenta diretrizes voltadas ao acolhimento, clínica ampliada, cogestão, defesa dos direitos do usuário, fomento de grupidades, coletivos e redes<sup>11</sup>. A PNH, por sua vez, deve ser evidenciada no cenário de tratamento oncológico vivenciado por mulheres jovens, bem como das suas relações sociais elencadas como rede de apoio, sendo, assim, o quadro teórico que sustentou o presente estudo.

Dessa forma, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer o espaço ocupado pelas coisas, pessoas, crenças e/ou tudo aquilo que as mulheres jovens com câncer e em tratamento oncológico consideram parte da sua rede de apoio. O estabelecimento de uma rede de apoio auxilia no processo de enfrentamento da terapêutica oncológica, de modo a englobar o conjunto de vários vínculos significativos formados por meio dos relacionamentos que cada pessoa cultiva, desde a integração com pessoas mais próximas, como familiares e amigos, até relacionamentos mais formais ou esporádicos como colegas de trabalho, vizinhos, profissionais de saúde e instituições frequentadas<sup>12,13</sup>. O apoio social é caracterizado como o fator que desenvolve o processo de interação entre pessoas ou instituições que compõem uma rede, pelo qual são estabelecidos vínculos de amizade e de confiança, fornecendo auxílio emocional, material e afetivo e que proporcionam relações de reciprocidade e aspectos importantes para a prevenção e manutenção da saúde<sup>14</sup>.

Diversas são as formas de rede de apoio que podem ser fortalecidas e construídas durante o processo de tratamento oncológico, e uma delas corresponde ao ato da oração, que, muitas vezes, auxilia as mulheres, por exemplo, a superar o medo dos obstáculos para o recebimento da cura, em virtude de que conseguem permanecer mais calmas para compreender melhor os mecanismos da doença<sup>15</sup>. Além disso, o apego à fé oportuniza a esperança que ampara a mulher jovem quando esta se vê tomada pela angústia da possibilidade prematura de finitude de vida.

Essas estratégias de enfrentamento podem atenuar o estresse desencadeado pelo tratamento oncológico, dando espaço a pensamentos direcionados à esperança e alternativas que viabilizem o conforto com a nova realidade, além de auxiliar na aprendizagem de novas habilidades e comportamentos<sup>16</sup>.

Ademais, observa-se que o diagnóstico de câncer em mulheres jovens está aumentando em várias regiões, com destaque para alguns tipos específicos de câncer, como câncer de mama, colo do útero, tireoide e melanoma, tornando necessária a identificação cada vez mais precoce dos sinais e sintomas para melhorar os resultados de saúde e as opções de tratamento. Pesquisa realizada nos Estados Unidos, para ilustrar, apontou um aumento de 19,4% nos diagnósticos de câncer de mama entre 2010 e 2019 entre americanas de 30 a 39 anos, e de 5,3% entre mulheres de 20 a 29 anos, refletindo uma realidade global sobre a incidência de diagnósticos de câncer em população jovem<sup>17</sup>. Por se tratar de um grupo em faixa etária economicamente ativa, tem-se que diagnósticos de câncer tendem a ser realizados tardiamente em mulheres jovens, o que pode comprometer o curso do prognóstico da patologia. Os tratamentos oncológicos, por vezes, podem interferir diretamente na capacidade reprodutiva e fertilidade das mulheres, além de afetar as esferas sociais e emocionais deste público-alvo, pois engloba o período de construção, por exemplo, de carreira profissional, crescimento e desenvolvimento social e relações afetivas<sup>18</sup>.

Diante destas considerações, este estudo foi conduzido a partir da seguinte questão de pesquisa: Como caracteriza-se a rede de apoio de mulheres jovens em tratamento oncológico? Para respondê-la objetivou-se conhecer as redes de apoio de mulheres jovens em tratamento oncológico.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo<sup>19</sup>. Seguiram-se os critérios da lista de verificação do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (Coreq) na condução da investi-

gação<sup>20</sup>. O estudo teve como cenários o Ambulatório de Quimioterapia e o Ambulatório de Radioterapia, os quais fazem parte do Setor de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS, Brasil.

As participantes do estudo foram 20 mulheres jovens com câncer e que estavam realizando tratamento oncológico nas unidades supracitadas. Houve 24 tentativas de captação de participantes para o estudo, e quatro mulheres recusaram. Ressalta-se a realização de teste piloto com fins de aprimorar o instrumento de coleta de dados. O critério para encerramento das entrevistas seguiu o indicativo de que os dados coletados eram suficientes em quantidade e intensidade para responder ao objetivo da pesquisa e às inúmeras dimensões do fenômeno em estudo<sup>19</sup>.

Em relação aos critérios de elegibilidade, na modalidade presencial de coleta de dados foram incluídas as mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 40 anos, com diagnóstico de câncer e em tratamento oncológico na instituição suprarreferida. Na modalidade virtual foram incluídas as mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 40 anos, com diagnóstico de câncer e em tratamento oncológico na instituição supracitada e que possuíam aparelhos eletrônicos como celular e/ou computador para que fosse possível a participação no estudo. Foram excluídas aquelas que apresentaram condições clínicas que impediriam fazer parte do estudo, dificultando a comunicação na entrevista, a partir de informações fornecidas previamente pela equipe de saúde. Ressalta-se que não foi estabelecido critério de elegibilidade quanto à modalidade de tratamento, sendo incluído todo e qualquer tipo para englobar maior número de participantes em tratamento oncológico.

Para a seleção das participantes foram utilizados dados dos prontuários das unidades do Ambulatório de Quimioterapia e do Ambulatório de Radioterapia; tais dados corresponderam às seguintes variáveis: sexo, idade e se estava realizando tratamento oncológico no momento ou não; após esta análise foram aplicados os critérios de inclusão. A partir das variáveis elencadas foi possível organizar o grupo de prováveis participantes de acordo com os critérios de elegibilidade do presente estudo. Após, as participantes foram selecionadas aleatoriamente, por meio de convites individuais. Este foi realizado durante a espera destas mulheres pelos atendimentos e, a depender da disponibilidade da participante, a entrevista foi feita na modalidade presencial ou virtual.

Para a coleta de dados foram empregadas a técnica de entrevista semiestruturada e a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS), denominada Mapa Falante (MP). Para esta construção algumas perguntas abertas foram realizadas, a exemplo de “Quais são as pessoas, objetos, coisas ou os lugares que você considera sua rede de apoio para enfrentar o processo de estar em tratamento oncológico? Quais estratégias/recursos você utiliza para enfrentar estas dificuldades? Como você se sente ao realizar este tratamento? Como está sendo o atendimento da equipe de enfermagem? entre outras”. Em relação à forma de coleta de dados, elegeu-se as possibilidades presencial e remota, tendo em vista a disponibilidade e a preferência da participante.

A coleta de dados foi realizada de julho a setembro de 2021, com duração em média de uma hora cada. Durante o período de coleta vivenciava-se a pandemia da Covid-19, o que exigiu adequações para a captação das participantes do estudo. Assim, 17 entrevistas ocorreram de forma presencial, em espaços disponibilizados pela equipe das unidades e atentando para a inexistência de ruídos ou perturbações que interferissem na privacidade das participantes. Para tanto, foram seguidas as medidas de biossegurança e prevenção ao Sars-CoV-2, conforme estabelecido pelo Manual de Biossegurança para a Comunidade Acadêmica da UFSM<sup>21</sup>.

Na modalidade de coleta de dados via remota foram desenvolvidas três entrevistas *on-line*, as quais ocorreram por meio de chamadas de áudio e vídeo pelo aplicativo *WhatsApp* e pelo *Google Meet* institucional, a depender da preferência e acessibilidade da participante. Com isso, para o desenvolvimento do Mapa Falante os materiais (folha, lápis de cor e outros) foram disponibilizados pela

pesquisadora nos serviços para as mulheres que aceitaram o convite, de forma que desenvolveram, registraram e enviaram a fotografia via remota pelo *WhatsApp* da produção artística oriunda da dinâmica.

As informações originadas desta pesquisa foram gravadas em áudio, mediante autorização, por meio de gravador digital e, posteriormente, foram transcritas integralmente e submetidas à Análise Temática Indutiva de Conteúdo, a qual é composta por seis etapas, sendo elas<sup>22</sup>: 1) familiarização com os dados; 2) geração de códigos; 3) busca de temas; 4) revisão dos temas; 5) definição e nomeação dos temas; 6) produção do relatório. Para identificar, analisar e relatar temas a partir dos dados, foi utilizada a estratégia de marcação cromática dos depoimentos para elencar a geração dos códigos semelhantes, de maneira a organizá-los e descrevê-los em detalhes.

O presente estudo seguiu os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos<sup>23</sup>, e respeitou a Resolução nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais<sup>24</sup>. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética da referida instituição de ensino, e teve parecer favorável sob o nº 5.131.947 e CAAE nº 47529521.4.0000.5346. Previamente à entrevista e após o esclarecimento acerca dos objetivos e método do trabalho proposto, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como garantia ao anonimato das participantes, as mulheres jovens foram identificadas pela letra "M", relativo à Mulher, seguido por uma numeração arábica conforme a ordem das entrevistas (M01... M10... M20).

## RESULTADOS

As participantes do estudo foram 20 mulheres jovens, com idades entre 20 e 40 anos. Quanto à escolaridade, cinco apresentavam Ensino Médio completo, quatro cursos técnico, outras quatro Ensino Médio incompleto, três possuíam Ensino Superior incompleto, duas Ensino Superior completo e outras duas Ensino Fundamental incompleto. Em relação à renda mensal, cinco referiram ser de até um salário-mínimo, outras cinco entre dois e três salários-mínimos, quatro participantes informaram ter uma renda maior que quatro salários-mínimos, três entre três e quatro salários-mínimos e outras três referiram possuir renda mensal entre um e dois salários-mínimos. Sobre o estado civil, dez eram casadas, nove solteiras e uma viúva. Seis delas relataram não ter filhos, outras seis possuíam um filho cada, cinco participantes tinham dois filhos e outras três participantes tinham três filhos cada. Em relação aos diagnósticos, houve predomínio das neoplasias de mama em 12 participantes e linfoma de Hodgkin em três, seguidos de diagnósticos como câncer de colo uterino em duas participantes, linfoma não Hodgkin em uma, carcinoma adrenal em outra participante e histiocitose de células de *Langerhans* em períneo/vulva em uma participante. Dentre elas, 15 estavam vivenciando o câncer pela primeira vez, enquanto outras cinco vivenciavam uma recidiva da doença. Quanto ao tempo de realização do tratamento atual, 13 participantes relataram estar fazendo o tratamento oncológico há aproximadamente um ano. Sobre a finalidade terapêutica, 13 realizavam de forma curativa, seis de manutenção e uma paliativa.

A análise das entrevistas sob um olhar da Política Nacional de Humanização emergiu na construção de duas categorias temáticas: a Enfermagem como referência no cuidado e a rede de apoio no caminhar da terapêutica oncológica.

### A Enfermagem como referência no cuidado

Esta categoria apresenta aspectos que colocam a assistência de Enfermagem como fundamental e central durante o tratamento oncológico realizado pelas mulheres jovens. As falas expressam a for-

ma como os enfermeiros conduzem o cuidado alicerçados em ações afetuosas, evidenciando a prestação de um cuidado humanizado e respeitando a situação vivenciada pelas participantes do estudo.

Sempre fui muito bem atendida aqui; sempre foram muito atenciosas. Excepcional. Assim, eu fico encantada com esse cuidado humanizado porque tu pensa em cuidado humanizado, tu pensa nessa coisa mais coração, e como é que com esse envolvimento, com esse carinho, tu consegue separar? E elas conseguem separar sem serem frias e, mesmo assim, demonstrar esse carinho, esse cuidado (M10).

As gurias [da enfermagem] muito atenciosas comigo. Eu sempre fui muito bem tratada. Que nem depois que a gente teve a conversa com a junta médica, a enfermeira chefe, eu pensei que nunca mais vai lembrar e outro dia ela veio me perguntar como é que eu estava. É uma coisa tão pequena para os outros, mas para a gente faz tanta diferença nessas horas. E é bom quando a gente se sente acolhida porque a gente já está frágil, a gente já está assim numa fase tão ruim da vida, e tu encontrar ainda umas pessoas ruins aí é brabo (M14).

Eu gosto de todos. São muito bons para a gente [...] as enfermeiras estão toda hora olhando a gente, sabe, isso é muito bom. Porque tu melhora para ti passar essa fase, porque tu vê que eles se interessam por ti, pelo teu caso. Me sinto segura e acolhida aqui, com certeza (M16).

Me senti bem preparada, muito bem atendida pela enfermagem. O tratamento deles aqui é espetacular. Eles da enfermagem são maravilhosos, são pessoas assim totalmente capacitadas nisso, para tratar com a gente. Pessoas no nosso caso, assim, que estão com o psicológico abalado, eles são maravilhosos, fazem muita diferença, muita diferença. Me sinto muito acolhida (M19).

Me senti segura, me senti bem [...] se eu pudesse retribuir o amor que elas têm; um amor pelo que elas fazem e pela gente [...] só às vezes de receber um sorriso, porque às vezes tu não está legal, às vezes até a pessoa que está ali fazendo não está num dia bom, mas está ali com um sorriso no rosto para ti, com uma conversa, sabe. Isso aí faz a diferença para a gente, isso aí para mim foi tudo (M20).

Eles são um pessoal muito humanizado, eles são um exemplo para qualquer tipo de hospital. Eu acho que o pessoal que está em cursinho tinha que vir aqui fazer os estágios, para ver o quanto que aqui é humanizado; como que eles dão importância a tudo que a gente diz, fui muito bem tratada. As gurias da enfermagem que estavam comigo, nossa, são um show. Eu acho que elas são umas profissionais que estão aqui com o coração (M05).

Outro aspecto enfatizado foi a preocupação dos profissionais em sanar as indagações das mulheres, atentando para seu entendimento efetivo em prol da melhor condução do seu tratamento, de forma a minimizar possíveis desajustes que pudessem prejudicar e/ou atrasar sua terapêutica.

As gurias são uns amores, eu adoro todas aqui, eu sempre fui muito bem atendida aqui, eu não tenho nada negativo para falar. Sempre recebi bastante orientações, qualquer dúvida que eu tinha eu perguntava, se doía eu chamava as enfermeiras (M01).

As enfermeiras fazem tudo acontecer, na verdade, no hospital. Foram tudo; na quimioterapia eu conhecia todas; até trocou algumas, mas a maioria continua. Eu passava mal e super me ajudavam. Elas conversaram bastante comigo. As enfermeiras conversaram mais comigo que os médicos, sabe? Por isso que eu estou falando que as enfermeiras são quem faz tudo acontecer. Eu sinto bem essa energia (M02).

Sempre foram muito incríveis os enfermeiros; sempre perguntavam “tu tem alguma dúvida? Tu precisa de alguma coisa?” Foram todos muito gentis sabe, até quando eu estava internada. Agora, quando eu vim fazer quimioterapia, as gurias lembraram de mim e eu fiquei dois anos lá fora sabe; eu não sei explicar, são muito amorosos (M04).

O apoio e o jeito que me acolheram aqui, o carinho, atenção, dedicação do pessoal, me senti supersegura; eu não tenho nada a reclamar. Eu adoro as gurias até hoje. Recebi muita orientação, tanto para mim quanto para minha mãe (M06).

O pessoal da enfermagem é excepcional. Recebi muita orientação; as gurias são muito delicadas, muito carinhosas, sabe; não tenho queixa nenhuma [...] fez a diferença no tratamento, porque às vezes a gente chega aqui para baixo e a gente entra lá dentro e elas estão esperando a gente com um sorriso. Te dá aquela levantada no astral; elas são muito, muito boas (M07).

As mulheres ressaltam que uma assistência que sobressai os conhecimentos técnico-científicos de forma a englobar também um acolhimento e cuidado humanizados, fazem a diferença para quem vivencia o tratamento oncológico.

### A rede de apoio no caminhar da terapêutica oncológica

Apresenta-se, nesta categoria, as falas referentes às pessoas, lugares, instituições, crenças e outros fatores que serviram de suporte e que compuseram a rede de apoio para as mulheres jovens em tratamento oncológico. No propósito de dar densidade às questões voltadas à rede de apoio, as participantes da pesquisa ilustraram suas respostas em forma de um Mapa Falante.

As principais menções de rede de apoio foram direcionadas à família, instituições religiosas e fé, como um todo, e amigos. Neste sentido, relatam a busca pela religiosidade como importante fonte de apoio, esboçadas pelo processo de aceitação do diagnóstico e da fé como propulsora para o entendimento e execução de um tratamento encarado de forma menos impactante. O núcleo familiar, composto pelos mais diversos integrantes, refletiu em uma rede de apoio embasada no vínculo, afeto e preocupação, fazendo com que as mulheres apresentassem sentimentos de gratidão e segurança por não estarem vivenciando sozinhas este processo oncológico. Algumas participantes, por meio de suas falas, sinalizam as amigas como fator de apoio principal, elencando como indispensável o contato e a ajuda dos amigos na dinâmica de seu tratamento, ratificado pela interação destes no caminhar das patologias destas mulheres.



Figura 1 – Mapa Falante M07.

Fonte: Dados da pesquisa.

Recebi apoio da minha mãe, meu pai, uma tia e um tio meu; então, assim, o pessoal da família foi bem acolhedor. As minhas irmãs, graças a elas também. E meu esposo me apoia muito também (M07).

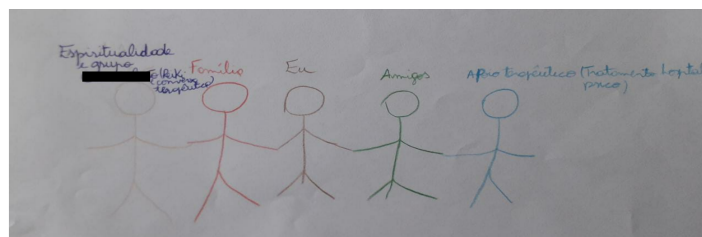


Figura 2 – Mapa Falante M10.

Fonte: Dados da pesquisa.

Todo mundo, até querendo se fazer mais presente, até para dar um apoio e tudo. Família vem mais direto porque vivencia mais o processo de perto, e amigos. E essa questão dessas buscas pelo bem-estar, através do grupo, questão do apoio terapêutico e do atendimento em si das meninas aqui. E

botei junto a questão da psicologia que não é dessa mesma linha holística [...] e indiretamente é uma corrente. Talvez esse não conhece esse, que não conhece esse, que não conhece esse, mas que indiretamente eles se ligam (M10).

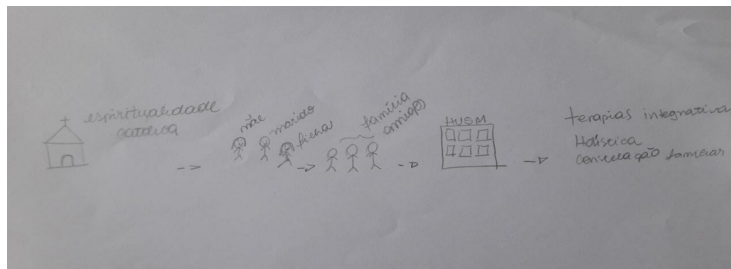


Figura 3 – Mapa Falante M13.

Fonte: Dados da pesquisa.

Eu tinha a minha mãe que me cuidava e que ficava comigo, porque meu marido trabalhava, minha filha estuda fora, então para eu não ficar muito sozinha, ela vinha [...] a minha religião, a minha espiritualidade, minha família [...] o hospital, porque é o lugar onde eu vivi tudo isso, que eu fui bem assistida, acolhida. E, por último, eu vou colocar as terapias integrativas que eu estou fazendo (M13).

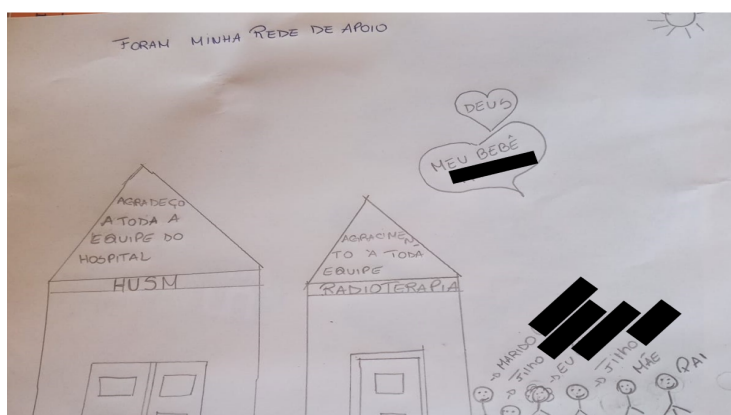


Figura 4 – Mapa Falante M14.

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos meus pais a gente teve bastante ajuda assim, da família do meu marido, a minha sobrinha que mora aqui do lado, a minha outra cunhada [...] mas eu tive muito apoio também do meu marido, esse foi o principal de tudo, desde o início que eu descobri, foi dele e dos meus filhos [...] eu tenho muita fé em Deus e em Nossa Senhora e eu fiquei com mais fé [...] O tratamento, o jeito que elas [enfermeiras] tratam a gente, o carinho (M14).

Destaca-se que as mulheres elencaram, também, como pontos de apoio, a busca por terapias alternativas, a participação em grupos (presencial e *on-line*) e a assistência em saúde prestada pelos profissionais do hospital em que o estudo foi desenvolvido.

## DISCUSSÃO

A transformação na vida da mulher com câncer é mais acentuada quando prova restrições na vida social, a exemplo da inversão de papéis, em que aquele ser que antes cuidava de todos à sua volta neste momento precisa ser cuidado<sup>25</sup>. Como consequência da enfermidade, essa mulher deixa seu

emprego, limita suas atividades domésticas e sociais, contribuindo para o desenvolvimento de sentimentos como depressão e isolamento social<sup>25</sup>.

O apoio fornecido pela família e amigos é essencial na superação do medo, ansiedade e depressão, e pode propiciar à mulher formas opcionais de viver mesmo com limitações, de modo a contribuir na luta contra a doença, suprimindo carências e ajudando a mulher a alcançar uma maior aceitação e estabilidade comportamental<sup>26</sup>. A família surge como principal fonte de apoio para a mulher durante o tratamento oncológico, pois pode oferecer cuidados diretos ou apoio indireto. Assim, esses sujeitos não dispõem apenas de conforto emocional à mulher, mas, também, ajudam em sua prática cotidiana em atividades diárias, assumindo suas tarefas na casa e no cuidado com os filhos, enquanto a mulher se encontra debilitada física e psicologicamente<sup>26</sup>.

Quando a doença acontece na vida da família é necessário rever sua estrutura e funcionamento para construir um lugar para a doença em sua vida. Diante deste contexto, novas demandas vão surgindo e outras tarefas vão sendo acrescentadas ao dia a dia da família e do enfermo<sup>26</sup>. Concomitantemente ao adoecimento de um dos membros, acompanha-se uma necessária mudança nas rotinas para que os papéis funcionais sejam realocados, tendo, assim, a reorganização como foco do bem-estar da paciente em tratamento oncológico. Diante disso, durante o adoecimento a PNH traz que uma questão sempre presente corresponde ao questionamento de se é possível “voltar atrás”, retornar ao que era, tendo em vista que o sujeito doente entende a reabilitação como problemática, pois a sua bagagem de experiências, relações e condições históricas pode tornar esse processo de mudança ainda mais desafiador<sup>11</sup>.

Percebe-se que o adoecimento não acomete isoladamente uma pessoa, pois acarreta mudança na vida de todos, o que influencia igualmente na condição financeira deste grupo. De acordo com a PNH, a rede das pessoas acometidas por doenças é caracterizada pela participação ativa e criativa de uma série de atores, os quais unem-se para enfrentar os problemas que surgem, além de articular essa nova realidade<sup>11</sup>. Na maioria dos casos os familiares mais próximos não podem trabalhar, pois necessitam demandar a maior parte do tempo para os cuidados disponibilizado ao paciente oncológico, fazendo com que ocorra uma diminuição dos recursos financeiros<sup>27</sup>.

Durante a trajetória da terapêutica oncológica muitos são os desafios que surgem e, para um melhor discernimento das condutas a serem realizadas, faz-se necessário uma rede de apoio sólida e que auxilie dia após dia nesse processo. A família foi figura central da rede de apoio das mulheres jovens em tratamento oncológico deste estudo, em que corresponderam à fortaleza e ao refúgio das participantes muitas vezes. A notícia do diagnóstico do câncer e o vivenciar da terapêutica, quando compartilhados com pessoas de confiança, propicia que o sofrimento seja suportado e que o processo como um todo seja menos doloroso a partir do cuidado afetivo direcionado mutuamente<sup>13</sup>.

Estudos com mulheres com câncer de mama e que passaram pelo procedimento de mastectomia, por exemplo, retratam que o auxílio emocional de pessoas com relações confiáveis são importantes fatores para encarar a realidade de vivenciar um processo de mutilação e de manter hábitos relacionados à manutenção da saúde<sup>28</sup>. Tais relações dispõem de fatores de proteção em âmbitos psicológico e social para os pacientes com câncer, em que o aumento da proximidade, a melhora na qualidade das relações e a necessidade de adaptação e flexibilização dos núcleos de apoio contribuem para a união nos momentos de dificuldade<sup>29</sup>.

O fato de que o apoio de amigos foi retratado substancialmente quando essas relações já eram extremamente solidificadas antes do diagnóstico, vai ao encontro de estudos que relatam que as amizades que permanecem e se intensificam no decorrer da nova realidade desafiadora destas mulheres auxiliam no enfrentamento das emoções, dificuldades e superações<sup>30</sup>. Em contrapartida, quando esses laços de amizade se desfazem durante a caminhada da terapêutica este processo torna-se ainda mais doloroso para as mulheres com câncer<sup>30</sup>.

A religiosidade e a espiritualidade nas suas diferentes formas de expressão também foram apontadas como elos fundamentais da rede de apoio das mulheres jovens. Por essa intensa influência da religiosidade e espiritualidade, as evidências científicas reforçam a importância de incentivar e de compreender as crenças de cada paciente, uma vez que isso contribui para o entendimento das adaptações psicossociais ante o diagnóstico e tratamento para o câncer<sup>29,31</sup>. Ainda, a procura por Deus ou outras vertentes religiosas/espirituais são corroboradas pela literatura, e, muitas vezes, configuram-se em um primeiro contato e principal refúgio diante das adversidades impostas pelo tratamento; outras correspondem ao fortalecimento mais intenso da fé<sup>30</sup>.

Neste sentido, faz-se necessário que ocorram a identificação e o reconhecimento das redes de apoio do paciente durante o tratamento, pois estas podem instrumentalizar os profissionais de saúde para que direcionem, de maneira mais adequada, as ações e cuidados destinados à família e ao paciente hospitalizado<sup>32</sup>. Assim, ao garantir voz à paciente e àqueles que são reconhecidos como integrantes da sua rede de apoio, e dispor de uma escuta sensível, possibilita-se o compartilhamento dos medos, anseios e expectativas sobre sua condição clínica, fazendo com que a subjetividade envolva essa mulher no seu plano de cuidado e visualize o profissional enfermeiro como parte da sua rede de apoio social.

A atuação da equipe de enfermagem foi apontada como elemento fundamental da rede de apoio das mulheres jovens em tratamento oncológico, pois as participantes tinham como referência estes profissionais quando precisavam questionar e explanar suas dúvidas. O enfermeiro atua nos diferentes níveis relativos ao diagnóstico de câncer, e, apesar de ser um processo prolongado e debilitante para a pessoa acometida, as informações e orientações, quando realizadas de forma horizontal, e o fornecimento de apoio para além do conhecimento científico, promovem uma aproximação entre esses sujeitos e, conseqüentemente, uma assistência eficaz e que promova maior qualidade de vida<sup>33</sup>.

Um trabalho pautado na humanização do cuidado e holisticamente efetuado, proporciona que as mulheres se sintam seguras e com uma maior motivação para encarar os obstáculos da caminhada do tratamento oncológico, pois o suporte emocional vindo dos cuidadores da saúde faz a diferença no seu dia a dia. Isso permite que as mudanças psicológicas e limitações físicas e sociais sejam amenizadas a partir do amparo recebido<sup>33</sup>.

A postura do profissional em possibilitar uma comunicação baseada em uma dinâmica multivetorializada em rede, quando se pode expressar os processos de produção de saúde e de subjetividade, permite que a mulher jovem consiga compartilhar seus anseios e experiências<sup>11</sup>. A criação deste vínculo, por sua vez, pode e deve ser iniciada desde o primeiro contato e em diferentes momentos da assistência, em que é possível realizar um acolhimento de qualidade, de forma a reconhecer as queixas como reais e legítimas necessidades em saúde. Assim, a comunicação é evidenciada dentro da diretriz do acolhimento da PNH, pois permite reconhecer as singularidades e ofertar um cuidado oportuno, direcionado e efetivo<sup>11</sup>.

Percebe-se, assim, que o apoio psicossocial para adultos jovens, sobretudo, é imprescindível neste contexto, em que, com apoio dos companheiros, filhos, família, fé e equipe multidisciplinar, é possível prover uma menor comorbidade conjunta e uma melhor qualidade de vida<sup>34</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres jovens em tratamento oncológico caracterizaram sua rede de apoio esboçando sua família como importante e indispensável elo de cuidado, atenção e suporte. Com isso, houve a constatação de que os vínculos familiares se tornaram mais efetivos e fortalecidos a partir do impacto em relação ao recebimento do diagnóstico.

A questão da procura da fé e da religiosidade foi relatada com ênfase no estudo, principalmente no sentido de otimizar a rede de apoio e auxiliar na superação pelo diagnóstico e tratamento da doença, minimizando o impacto nas vivências e sentimentos de uma pessoa com câncer. Os profissionais de enfermagem, por sua vez, foram citados pelas mulheres como norteadores do processo terapêutico, por meio da sua constante empatia, atendimento humanizado e prestação de orientações claras, de forma a considerar o entendimento e as indagações das pacientes. Neste contexto, observa-se a importância da utilização dos princípios e diretrizes da PNH, principalmente em relação ao acolhimento que deve ser preconizado durante a assistência prestada ao paciente. Os enfermeiros também foram considerados importantes peças da rede de suporte das participantes durante o processo do tratamento oncológico.

Como limitações, considera-se que este estudo foi desenvolvido durante a pandemia da Covid-19, o que, de certa forma, dificultou o acesso a essas mulheres. Ademais, falar sobre a vivência do câncer e a existência ou não de uma rede de apoio também é um desafio para as mulheres jovens, ocasionando, muitas vezes, desconforto e/ou vergonha em expor a sua realidade.

Para a Enfermagem, este estudo vem para contribuir no despertar da realização de um cuidado sempre humanizado, empático e que atente para a observação integral destas pacientes, contribuindo de forma significativa na condução e no sucesso do tratamento oncológico. Acredita-se, também, que os resultados obtidos possam contribuir para a construção do conhecimento no âmbito da assistência e da pesquisa em Enfermagem, de forma a instrumentalizar esta ciência sobre as redes de apoio de mulheres jovens que realizam tratamento para o câncer.

A partir disso, instiga-se o desenvolvimento de pesquisas que objetivam conhecer os sentimentos vivenciados e a realidade das pessoas que compõem a rede de apoio das mulheres jovens em tratamento oncológico, tendo em vista que tais percepções também podem auxiliar no enfrentamento dos desafios impostos pela doença e pela terapêutica ao considerar aqueles e aquilo que inspiram força e coragem.

## REFERÊNCIAS

- 1 Baş Y, Hassan HA, Adigüzel C, Bulur O, Ibrahim İA, Soydan S. The distribution of cancer cases in Somalia. *Seminars in oncology*. 2017;44(3):178-186.
- 2 Instituto Nacional de Câncer. Como se comportam as células cancerosas? Rio de Janeiro: INCA, 2020. [acesso 21 nov 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-se-comportam-celulas-cancerosas>
- 3 Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(4):313.
- 4 Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2022. [acesso 10 nov 2022]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/inca-lanca-a-estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil/#:~:text=S%C3%A3o%20esperados%20704%20mil%20casos,Nacional%20de%20C%C3%A2ncer%20\(INCA\)](https://bvsmis.saude.gov.br/inca-lanca-a-estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil/#:~:text=S%C3%A3o%20esperados%20704%20mil%20casos,Nacional%20de%20C%C3%A2ncer%20(INCA))
- 5 Martins AM, Nascimento ARA. Representações sociais de corpo após o adoecimento por câncer na próstata. *Psicologia em Estudo*. 2017;22(3):371-381.
- 6 Dib RV, Gomes AMT, Ramos RS, França LCM, Marques SC. Cancer and its social representations for cancer patients. *Research, Society and Development*. 2020; 9(9):e187997134.
- 7 Erić I, Petek Erić A, Kristek J, Koprivčić I, Babić M. Breast cancer in young women: pathologic and immunohistochemical features. *Acta Clin Croat*. 2018;57(3):497-502.
- 8 Fernández FXA, Pino-Juste M, Pérez JJN. Benefits of a non-pharmacological treatment group program in coping with cancer in Spanish women. A qualitative synthesis. *Saúde e Sociedade*. 2020;29(3):e181001.
- 9 Formigosa JAD, Costa LSD, Vasconcelos EV. Representações sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço frente à alteração da imagem corporal. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, on-line*. 2018;10(1):180-189.
- 10 Silva J, Marinho VR, Imbiriba TCO. Câncer de mama: o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem ao paciente oncológico. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2021;7(11).
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS, política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: MS; 2010.

- <sup>12</sup> França AFO, Silva RMM da, Monroe AA, Mairink APAR, Nunes LC, Panobianco MS. Therapeutic itinerary of breast cancer women in a border municipality. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(6):e20200936.
- <sup>13</sup> Bard BA, Cano DS. O papel da rede social de apoio no tratamento de adultos com câncer. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2018;26(1):23-33.
- <sup>14</sup> Araújo I, Jesus R, Araújo N, Ribeiro O. Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enfermería Universitaria*. 2017;14:97-103.
- <sup>15</sup> Borges MS, Anjos ACY, Campos CS. Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do câncer de mama: Revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(1):1002-1021.
- <sup>16</sup> Figueiredo T, et al. Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. *ABCS Health Sci*. 2017;42(1):34-39.
- <sup>17</sup> Koh B, Tan DJH, Ng CH, et al. Padrões de incidência de câncer entre pessoas com menos de 50 anos nos EUA, 2010 a 2019. *Jama Netw Open*. 2023;6(8):e2328171.
- <sup>18</sup> Araújo JS, Conceição VM, Zago MMF. Transitory masculinities in the context of being sick with prostate cancer. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 2019;27:e3224.
- <sup>19</sup> Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2018.
- <sup>20</sup> Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-357.
- <sup>21</sup> Universidade Federal de Santa Maria. *Manual de Biossegurança para a Comunidade Acadêmica durante a Pandemia de COVID-19*. Santa Maria; 2020.
- <sup>22</sup> Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
- <sup>23</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União; 12 dez 2012.
- <sup>24</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. Brasília: Diário Oficial da União; 7 abr 2016.
- <sup>25</sup> Magalhães PAP, Loyola EAC, Dupas G, Borges ML, Paterra TSV, Panobianco MS. The meaning of labor activities for young women with breast neoplasms. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2020;29:e20180422.
- <sup>26</sup> Figueiredo T, Silva AP, Silva RMR, Silva JJ, Silva CSO, Alcântara DDF, et al. Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. *ABCS Health Sciences*. 2017;42(1):34-39.
- <sup>27</sup> Silva DKV, Pessoa ET, Veloso HH. Dificuldades financeiras e seus impactos no tratamento de pacientes com câncer: uma realidade vivenciada no Projeto Ero. *Revista Saúde e Ciência on-line*. 2018;7(2).
- <sup>28</sup> Dias LV, Muniz RM, Viegas AC, Cardoso DH, Amaral DE, Pinto BK. Mastectomized woman in breast cancer: experience of everyday activities. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, on-line*. 2017;9(4):1074-1080.
- <sup>29</sup> Souza FM, Boing E. As repercussões do tratamento de leucemia aguda na dinâmica familiar: um estudo de casos múltiplos. *Contextos Clínicos*. 2018;11(2):217-231.
- <sup>30</sup> Urio A, Souza JB, Manorov M, Soares RBS. O caminho do diagnóstico à reabilitação: os sentimentos e rede de apoio das mulheres que vivenciam o câncer e a mastectomia. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, on-line*. 2019;11(4):1031-1037.
- <sup>31</sup> Jimenez-Fonseca P, Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ, Carmona-Bayonas A, Beato C, García T, et al. The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2018;26(5):1411-1418.
- <sup>32</sup> Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemporary Nurse*. 2017;53(1):48-59.
- <sup>33</sup> Pontes DS, Carvalho JSM, Rocha LS, Batista MHJ. Ações do enfermeiro para prevenção e detecção precoce do câncer de mama. *Saúde Coletiva*. 2021;11(65):6090-6099.
- <sup>34</sup> Vargas GS, Ferreira CLL, Vacht CL, Dornelles CS, Silveira VN, Pereira AD. Rede de apoio social à mulher com câncer de mama. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, on-line*. 2020;12:73-78.

Submetido em: 25/10/2023

Aceito em: 11/11/2024

Publicado em: 19/5/2025

| Contribuições dos autores                           |   |
|---|---|
| <b>Amanda Suélen Monteiro:</b>                      | Conceituação, curadoria dos dados, análise formal, investigação, metodologia, administração do projeto, supervisão, design e apresentação de dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição. |
| <b>Graciela Dutra Sehnem:</b>                       | Conceituação, curadoria dos dados, análise formal, investigação, metodologia, administração do projeto, supervisão, design e apresentação de dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição. |
| <b>Francielle Morais de Paula:</b>                  | Conceituação, curadoria dos dados, metodologia, design e apresentação de dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição.   |
| <b>Silvana Bastos Cogo:</b>                         | Conceituação, curadoria dos dados, design e apresentação de dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição.  |
| <b>Eliane Tatsch Neves:</b>                         | Conceituação, curadoria dos dados, design e apresentação de dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição.  |
| <b>Cíntia Vanuza Monteiro Bugs:</b>                 | Conceituação, curadoria dos dados, design e apresentação de dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição.  |
| <b>Mariana Oriques Bittencourt:</b>                 | Conceituação, curadoria dos dados, design e apresentação de dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição.  |
| <b>Fernanda Duarte Siqueira:</b>                    | Conceituação, curadoria dos dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição.  |
| <b>Giovana Batistella de Mello:</b>                 | Conceituação, curadoria dos dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição.  |
| Todos os autores aprovaram a versão final do texto. |   |
| <b>Conflito de interesse:</b>                       | Não há conflito de interesse.   |
| <b>Financiamento:</b>                               | Não possui financiamento.   |
| <b>Autor correspondente:</b>                        | Amanda Suélen Monteiro<br>Universidade Franciscana – UFN<br>Rua dos Andradas, 1250 – Centro, Santa Maria – RS, Brasil.<br>CEP 97010-030.<br>amandasuelenmonteiro@hotmail.com                                    |
| <b>Editora chefe:</b>                               | Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz   |

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

