ReGeo ISSN: 2177-3246

O PESO DAS EMOÇÕES: O IMPACTO DO ESTRESSE PSICOSSOCIAL NO CANCER DE MAMA

THE WEIGHT OF EMOTIONS: THE IMPACT OF PSYCHOSOCIAL STRESS ON BREAST CANCER

EL PESO DE LAS EMOCIONES: EL IMPACTO DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL EM EL CÁNCER DE MAMA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-157

Data de submissão: 08/08/2026 **Data de publicação:** 22/09/2026

Lara Vasconcelos Holanda
Graduada em Psicologia
Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)
E-mail: exemplo@ufpr.br

Vanessa Maria Gondim Augusto
Doutoranda em Psicologia
Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)
E-mail: vanessagondim@unifor.br

Beatriz Pinheiro Bezerra
Mestranda em Psicologia
Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
E-mail: psibeatrizpb@gmail.com

Maíra Maia de Moura
Doutora em Educação
Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
E-mail: mairamaiademoura@gmail.com

RESUMO
Este estudo investiga a relação entre estresse psicossocial e câncer de mama, abordando os processos imunopatológicos que favorecem a carcinogênese e os impactos emocionais decorrentes do diagnóstico e tratamento. Objetivo: Analisar os principais estressores psicossociais vivenciados por mulheres com câncer de mama e compreender como esses fatores influenciam sua saúde mental, física e estratégias de enfrentamento. Método: Pesquisa qualitativa e exploratória, realizada com cinco pacientes em tratamento oncológico no Hospital Universitário Walter Cantídio, utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo. Resultados: Foram identificados estressores significativos, como conflitos familiares, luto contínuo, estresse ocupacional, negligência do autocuidado, transtornos psicológicos e vulnerabilidade emocional. Outros achados incluem estratégias de enfrentamento, resiliência e religiosidade, que emergiram como recursos relevantes para lidar com os desafios do tratamento. Conclusão: Reforça-se a importância da Psico-Oncologia no suporte psicológico contínuo, promovendo estratégias adaptativas que melhoram a qualidade de vida e favorecem respostas mais resilientes diante da doença.

Palavras-chave: Psico-oncologia. Câncer de Mama. Imunopatologia Estresse Psicossocial. Saúde Mental.

ABSTRACT
This study investigates the relationship between psychosocial stress and breast cancer, addressing the immunopathological processes that favor carcinogenesis and the emotional impacts arising from diagnosis and treatment. Objective: To analyze the main psychosocial stressors experienced by women with breast cancer and understand how these factors influence their mental health, physical health, and coping strategies. Method: Qualitative and exploratory research conducted with five patients undergoing cancer treatment at Walter Cantídio University Hospital, using semi-structured interviews and content analysis. Results: Significant stressors were identified, such as family conflicts, continuous grief, occupational stress, self-care neglect, psychological disorders, and emotional vulnerability. Other findings include coping strategies, resilience, and religiosity, which emerged as relevant resources for dealing with treatment challenges. Conclusion: The importance of Psycho-Oncology in ongoing psychological support is reinforced, promoting adaptive strategies that improve quality of life and foster more resilient responses in the face of disease.

Keywords: Psycho-Oncology. Breast Cancer. Immunopathology. Psychosocial Stress. Mental Health.

RESUMEN
Este estudio investiga la relación entre estrés psicosocial y cáncer de mama, abordando los procesos inmunop atológicos que favorecen la carcinogénesis y los impactos emocionales derivados del diagnóstico y tratamiento. Objetivo: Analizar los principales factores estresantes psicosociales experimentados por mujeres con cáncer de mama y comprender cómo estos factores influyen en su salud mental, física y estrategias de afrontamiento. Método: Investigación cualitativa y exploratoria, realizada con cinco pacientes en tratamiento oncológico en el Hospital Universitario Walter Cantídio, utilizando entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido. Resultados: Se identificaron factores estresantes significativos, como conflictos familiares, duelo continuo, estrés ocupacional, negligencia del autocuidado, trastornos psicológicos y vulnerabilidad emocional. Otros hallazgos incluyen estrategias de afrontamiento, resiliencia y religiosidad, que emergieron como recursos relevantes para afrontar los desafíos del tratamiento. Conclusión: Se refuerza la importancia de la Psicooncología en el apoyo psicológico continuo, promoviendo estrategias adaptativas que mejoran la calidad de vida y favorecen respuestas más resilientes ante la enfermedad.

Palabras clave: Psicooncología. Cáncer de Mama. Inmunopatología. Estrés Psicosocial. Salud Mental.

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um trabalho de conclusão do curso de Psicologia do Centro de Ciências da Saúde- CCS, da Universidade de Fortaleza- UNIFOR, que tem por objetivo geral: analisar a correlação entre estresse psicossocial e a ocorrência de câncer mamário em mulheres. Quanto aos objetivos específicos, almeja-se: descrever os processos imunopatológicos decorrentes do estresse que favorecem a carcinogênese; entender a Importância da saúde mental e seu impacto em processos fisiológicos da paciente acometida por neoplasia mamária; e conceber a importância do psicólogo no acompanhamento de mulheres diagnosticadas com câncer mamário.

O câncer mamário é o neoplasma maligno mais comum entre mulheres em várias regiões do mundo, sendo sua terapêutica amplamente conhecida por causar impactos profundos na saúde física e emocional das pacientes. Diversas pesquisas investigam a associação entre estresse psicossocial e câncer mamário, revelando como o estresse crônico pode influenciar negativamente o desenvolvimento e a progressão da doença (Eckerling *et al.*, 2021; Cormanique *et al.*, 2015). Portanto, compreender esses mecanismos é essencial para a criação de estratégias efetivas de intervenção psicológica e suporte às pacientes ao longo do tratamento e possível remissão.

Segundo pesquisas realizadas por Antoni e Dhabhar (2019), o estresse psicossocial, quando prolongado, pode desencadear alterações significativas no Sistema Nervoso Simpático (SNS) e no eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA). Essas alterações podem prejudicar a resposta imunológica do organismo, criando condições que favorecem a carcinogênese. Estes estudos têm demonstrado que o estresse crônico pode desencadear mecanismos imunopatológicos que comprometem a resposta imune, contribuindo para o desenvolvimento e a progressão do câncer (Antoni; Dhabhar, 2019).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o estresse é uma reação natural diante de desafios, mas torna-se patológico quando prolongado, afetando negativamente diversos sistemas corporais (Brasil, 2022; American Psychological Association, 2018).

Diante da progressão de estudos sobre os efeitos negativos do estresse, o termo carga alostática foi desenvolvido para descrever o efeito cumulativo do estresse. Diante disso, é fundamental compreender como o estresse prolongado sobrecarrega a capacidade do organismo de lidar com desafios. Essa sobrecarga resulta em respostas neurais e hormonais intensificadas e prolongadas que podem exacerbar o risco de doenças (Obeng-Gyasi *et al.*, 2021; Guidi *et al.*, 2020). No caso da neoplasia mamária, o estresse crônico relaciona-se a uma imunidade reduzida e a um prognóstico desfavorável, evidenciando a relevância do apoio psicológico para aprimorar a qualidade de vida e os desfechos do tratamento (Sephton *et al.*, 2009; Jassim *et al.*, 2023).

O impacto emocional do diagnóstico e tratamento do câncer mamário pode ser extremamente difícil, trazendo mudanças profundas na vida da paciente, o que também afeta suas relações sociais, familiares e profissionais (Sales *et al.*, 2001). A vivência do câncer é, muitas vezes, marcada por estigmas e preconceitos que podem agravar o sofrimento psicológico e aumentar o peso emocional sobre as pacientes e seus familiares (Venancio; Leal, 2004). O tratamento do câncer mamário, geralmente, inclui procedimentos invasivos, como quimioterapia e intervenções cirúrgicas, podendo ocasionar efeitos colaterais intensos e transformações significativas na qualidade de vida, como queda de cabelo, náuseas e alterações nas funções sexual e reprodutiva (Netto, 1997).

A Psico-Oncologia surgiu como um campo essencial para abordar o sofrimento psicológico associado ao câncer. Desenvolvida na década de 1970, oferece suporte psicoterapêutico e psicossocial, ajudando pacientes a enfrentarem os desafios da doença e a melhorarem sua qualidade de vida (Scannavino *et al.*, 2013). Estudos demonstram que intervenções psicossociais têm um impacto positivo significativo por meio de técnicas como psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental, terapia de apoio e técnicas de relaxamento, resultando em uma redução da angústia emocional e melhoria do ajuste psicológico (Zimmermann; Heinrichs; Baucom, 2007). Intervenções lideradas por psicólogos tendem a ser mais eficazes do que aquelas conduzidas por profissionais não psicólogos, ressaltando a importância da especialização na eficácia das intervenções (Zimmermann; Heinrichs; Baucom, 2007).

A medicina psicossomática, que explora as relações entre mente e corpo, é relevante para compreender como o estresse e as experiências emocionais podem afetar a saúde física. Pierre Marty (1993, 1998) argumenta que experiências emocionais não resolvidas podem gerar excitações que precisam ser descarregadas, e a falta de meios para essa descarga pode levar a manifestações patológicas no corpo. Desse modo, a abordagem psicossomática auxilia no entendimento dos meios pelos quais o estresse pode impactar o desenvolvimento de condições como o tumor mamário (Eksterman, 1992 apud Cerchiari, 2000).

No Brasil, o campo da Psico-Oncologia tem progredido amplamente, com eventos e congressos que impulsionam seu crescimento desde 1980. A fundação da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, em 1994, e a obrigatoriedade da presença do psicólogo no Sistema Único de Saúde (SUS) para suporte oncológico ressaltam a importância crescente dessa área (Carvalho, 2002; Brasil, 1998). Esses progressos evidenciam o papel essencial dos psicólogos na gestão do câncer e na promoção da qualidade de vida das pacientes.

Mediante o exposto, este estudo busca investigar a influência do estresse psicológico crônico na incidência do câncer mamário, com foco em apontar os principais estressores psicossociais

vivenciados por mulheres com câncer mamário e compreender a causalidade atribuída ao diagnóstico. A análise será baseada em relatos semiestruturados, visando fornecer uma perspectiva abrangente sobre os fatores psicossociais envolvidos. A importância deste trabalho reside na necessidade de uma compreensão mais profunda do impacto do estresse na saúde física e na eficácia das intervenções psicológicas, contribuindo para a melhoria das práticas de suporte psicológico no contexto oncológico.

2 METODOLOGIA

2.1 MATERIAL E MÉTODOS

A investigação conduzida utiliza uma metodologia descritiva, qualitativa, empírica e exploratória, com o intuito de fornecer uma exposição minuciosa e detalhada de um cenário social particular. Inicialmente, foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados Medline e BVS, utilizando descritores controlados e não controlados, combinados com operadores booleanos. Os estudos selecionados foram analisados em duas etapas: inicialmente, para apresentar e discutir a temática central; e, posteriormente, para embasar e aprofundar a interpretação qualitativa dos dados coletados. Posteriormente, foi desenvolvida a pesquisa de campo, almejando coletar dados e conhecimento sobre a problemática específica, testar uma hipótese, ou até mesmo identificar novos fenômenos e suas inter-relações. Essa estratégia inclui a observação direta de acontecimentos e processos em seu curso natural, por meio da coleta sistemática de informações pertinentes e do registro de variáveis consideradas significativas para a análise (Lakatos; Marconi, 2003).

2.2 PARTICIPANTES

A amostra da investigação foi formada por mulheres cisgêneros em tratamento de carcinoma mamário, com idade mínima de 18 anos. Essa escolha se justifica pela relevância do tema e pela necessidade de compreender as experiências e percepções dessas mulheres durante o processo de tratamento. Para o desenvolvimento da pesquisa, estimou-se a participação de 5 pacientes. Essa estimativa foi baseada em considerações sobre a diversidade de experiências dentro da população-alvo, a profundidade desejada nas análises qualitativas e a viabilidade logística e temporal da pesquisa. Com um número adequado de participantes, é possível obter vislumbres significativos e representativos, contribuindo para a robustez dos resultados e a validação das conclusões, potencialmente relevantes para pesquisas posteriores.

Como critérios de inclusão, adotou-se: 1. Mulheres cisgênero; 2. Ter pelo menos 18 anos de idade; 3. Estar sob tratamento para carcinoma mamário; 4. Ser paciente oncológica do Hospital Universitário Walter Cantídio; 5. Concordar em participar da pesquisa. Como critérios de exclusão,

tem-se: 1. Pacientes em condição de fim de vida; e 2. Pacientes com alguma condição que impeça a completa compreensão do TCLE.

Esses critérios de inclusão foram definidos de forma ampla para garantir a representatividade da amostra e a diversidade de experiências entre as participantes. Mulheres cisgênero foram especificadas para focar na experiência específica destas no contexto do tratamento de câncer mamário. A idade mínima de 18 anos foi estabelecida para garantir que as participantes tenham maturidade suficiente para consentir voluntariamente em participar da pesquisa e compreender os objetivos do estudo. Salienta-se que a inclusão de mulheres sob tratamento para carcinoma mamário é essencial para o propósito da pesquisa, que visa compreender as experiências das pacientes durante esse processo de enfrentamento da doença. A seleção de pacientes oncológicas do Hospital Universitário Walter Cantídio como parte dos critérios de inclusão pode ser justificada pela facilidade de acesso aos participantes e pela importância do ambiente hospitalar para a pesquisa. A participação das entrevistadas foi voluntária e exigiu consentimento explícito, assegurado pela condição de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.3 INSTRUMENTOS

A pesquisa proposta adotou uma abordagem qualitativa, combinando elementos de pesquisa bibliográfica e de campo, com um caráter exploratório que visou compreender as experiências e percepções de mulheres cisgênero em acompanhamento oncológico para câncer mamário. Os instrumentos utilizados incluem entrevistas em profundidade semiestruturadas, um questionário sociodemográfico e estudo bibliográfico. A natureza dessa pesquisa é qualitativa, baseada em métodos interpretativos que buscam captar a complexidade e a subjetividade dos fenômenos estudados (Martins, 2004). Portanto, a pesquisa é centrada na compreensão profunda e contextualizada das experiências, percepções e significados atribuídos pelas mulheres em terapia para carcinoma mamário.

2.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA

A obtenção dos dados ocorreu no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) ao longo de novembro de 2024. Essa instituição, reconhecida por sua excelência em assistência e pesquisa na área da saúde, oferece um cenário ideal para a condução de estudos científicos in loco. A obtenção dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas e da aplicação de um questionário sociodemográfico. As entrevistas permitiram que as participantes expressassem suas vivências de maneira espontânea e aprofundada, o que favoreceu uma compreensão mais ampla de suas percepções, emoções e dificuldades enfrentadas durante o tratamento (Minayo, 2010). O questionário

sociodemográfico, por sua vez, teve o objetivo de coletar informações sobre características pessoais, como idade, estado civil, escolaridade, ocupação, e aspectos relacionados ao contexto social das participantes. Esse instrumento permitiu contextualizar os dados qualitativos das entrevistas e contribuiu para uma análise mais rica.

Antes do início das entrevistas, no primeiro encontro, foi entregue às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com os princípios éticos estabelecidos. A participação só foi efetivada após a assinatura do TCLE pelas entrevistadas, indicando sua concordância. As entrevistas foram conduzidas em um espaço tranquilo e acolhedor, preferencialmente nas dependências do próprio hospital onde as participantes estavam sendo atendidas, sob a orientação de um entrevistador em formação na área de Psicologia. Com a autorização das entrevistadas, as conversas foram registradas em áudio e, posteriormente, transcritas integralmente para análise.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na avaliação dos dados coletados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo delineada por Bardin. Essa abordagem permite uma compreensão aprofundada e sistemática do conteúdo das entrevistas, identificando padrões, temas e significados subjacentes aos relatos das participantes (Bardin, 2016). A análise qualitativa do material transforma os dados brutos em descobertas finais. O objetivo é identificar os elementos centrais de significado que estruturam uma comunicação, cujas manifestações ou recorrências são relevantes para a finalidade da análise (Minayo, 2010).

Os dados coletados por meio do questionário sociodemográfico são apresentados na Tabela 1. Esses dados permitem contextualizar as entrevistas qualitativas, fornecendo informações essenciais sobre o perfil das participantes.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos das Participantes.

Participante	Idade	Estado civil	Grau de instrução	Ocupação	Renda familiar	FIlhos
P1	41	Casada	Fundamental Incompleto	Agricultora	Menos de um salário mínimo	3 filhos
P2	70	Divorciada	Fundamental Completo	Aposentada	2 a 3 salários mínimos	4 filhos
P3	48	Divorciada	Superior Completo	Recebe Auxílio	1 a 2 salários mínimos	2 filhos
P4	54	Solteira	Ensino Médio Completo	Desempregada	1 a 2 salários mínimos	Sem filhos
P5	56	Em união Estável	Médio Completo	Dona de Casa	1 a 2 salários mínimos	1 filho

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado em conformidade com as normativas éticas vigentes, respeitando os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob o parecer nº 7.177.378 e CAAE nº 83040224.7.0000.5052, bem como pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC), sob o parecer nº 7.315.679.

Além disso, garantiu a obtenção do consentimento livre, esclarecido e voluntário das participantes. Ao longo de todas as etapas, incluindo a condução das entrevistas e as fases subsequentes, os procedimentos adotados seguiram estritamente os princípios do Código de Ética do Profissional Psicólogo (CEPP). Ao final da pesquisa, os resultados foram disponibilizados tanto às participantes quanto à instituição UNIFOR.

Cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo informações detalhadas sobre os aspectos essenciais do estudo, tais como, metodologia, objetivos, critérios de inclusão e exclusão, potenciais benefícios e riscos, caráter voluntário da participação e liberdade para recusar ou interromper sua colaboração; além de garantias de sigilo, confidencialidade e medidas protetivas. Apenas as participantes que concordaram com os termos e assinaram o documento foram incluídas no estudo. Uma cópia do termo foi entregue a cada participante, e os termos assinados serão arquivados pela pesquisadora por, pelo menos, cinco anos.

Conforme a Resolução nº 466/12, toda investigação que envolve indivíduos humanos apresenta riscos potenciais. No contexto deste estudo, identificou-se risco mínimo de danos físicos, já que não foram realizadas intervenções farmacológicas, radiológicas ou cirúrgicas. No entanto, foi considerada a possibilidade de prejuízos emocionais, culturais, éticos, espirituais, sociais e/ou cognitivos, devido à evocação de memórias ou reflexões 17 dolorosas associadas ao tema investigado. Para mitigar tais riscos e oferecer suporte adequado, foi previsto o encaminhamento de qualquer participante que necessitasse de apoio psicológico ao Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), realizado no NAMI da UNIFOR. Esse encaminhamento foi formalizado por meio de uma carta de anuência devidamente elaborada e assinada, assegurando a disponibilidade de atendimento especializado e seguro.

Participar da pesquisa envolve tanto riscos quanto benefícios significativos. Em relação aos riscos, é importante considerar que as participantes podem vivenciar desconforto emocional ao rememorar experiências pessoais desafiadoras ligadas ao diagnóstico e ao tratamento da neoplasia mamária. Essas recordações podem desencadear sentimentos de ansiedade, tristeza ou estresse. Além disso, há risco mínimo, porém potencial, de violação da confidencialidade e privacidade das

participantes, uma vez que as informações fornecidas durante as entrevistas podem ser sensíveis e pessoais. No entanto, foram implementadas medidas rigorosas para proteger a identidade e a privacidade das participantes, como a remoção de informações identificáveis dos dados coletados. Também é importante reconhecer que participar das entrevistas pode causar desconforto físico em virtude da duração da sessão ou desconforto psicológico ao discutir experiências desafiadoras. No entanto, a entrevistadora esteve atenta ao bem-estar das participantes e apta a interromper ou pausar a entrevista conforme necessário.

Por outro lado, as vantagens da pesquisa são igualmente relevantes. Ao se engajar no estudo, as participantes colaboram para o progresso do saber científico no campo da psicologia e do câncer mamário. Suas experiências podem fornecer insights valiosos que ajudam a impactar futuras práticas clínicas e intervenções psicossociais. Ademais, a participação nas entrevistas oferece às mulheres uma oportunidade de expressar suas experiências, pensamentos e sentimentos relacionados ao câncer mamário, o que pode ser terapeuticamente benéfico, permitindo-lhes compartilhar suas histórias e sentir-se ouvidas e compreendidas.

Ao longo da pesquisa, as participantes puderam obter informações e recursos de apoio que as auxiliarão em seu processo de enfrentamento contra o carcinoma mamário. Vale mencionar que a pesquisadora forneceu informações sobre serviços de suporte psicológico, grupos de apoio ou outras formas de assistência disponíveis na comunidade. Portanto, os benefícios potenciais da pesquisa superam os riscos identificados. Além disso, todas as medidas foram tomadas para proteger o bem-estar e a segurança das participantes durante todo o processo de pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões de um artigo devem ser apresentados de maneira clara e organizada, com base nos dados coletados e nas análises realizadas durante o estudo. Inicialmente, os resultados devem ser apresentados de forma objetiva e concisa, utilizando tabelas, gráficos e estatísticas, se aplicável, para destacar as principais descobertas. Em seguida, na seção de discussão, os resultados são interpretados à luz da literatura existente, destacando semelhanças, diferenças e implicações para a teoria e prática.

3.1 PROCESSOS IMUNOPATOLÓGICOS DECORRENTES DO ESTRESSE QUE FAVORECEM A CARCINOGÊNESE

A relação entre estresse crônico e câncer tem sido tema predominante no discurso leigo por décadas. No entanto, nos últimos anos, pesquisas têm se aprofundado na análise da possível

contribuição do estresse psicossocial crônico para o desdobramento e progressão de certos tipos de carcinoma (Eckerling *et al.*, 2021; Cormanique *et al.*, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, o carcinoma mamário surge da multiplicação desregulada das células mamárias, resultando na formação de tumores. Trata-se de uma condição de natureza multifatorial, influenciada por diversos fatores, como a idade da paciente, histórico reprodutivo, fatores comportamentais e ambientais, além de antecedentes familiares e predisposição genética (Brasil, 2022).

Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer mamário compreende uma diversidade de condições caracterizadas por distintas manifestações clínicas, morfológicas e perfis genéticos, as quais influenciam diretamente a eficácia das abordagens terapêuticas. Dentre as alterações celulares proliferativas que afetam os lóbulos e ductos mamários, destacam-se: a hiperplasia, a hiperplasia atípica, o carcinoma in situ e o carcinoma invasivo.

O estágio da doença e as características individuais de cada paciente exercem um impacto relevante sobre o desfecho e as perspectivas de recuperação. O tratamento pode incluir uma combinação de estratégias terapêuticas, como procedimentos cirúrgicos, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal e imunoterapia (Brasil, 2022).

Pacientes diagnosticadas com câncer mamário enfrentam mudanças profundas em suas vidas, especialmente no âmbito do trabalho, das relações familiares, sociais e de lazer (Sales *et al.*, 2001). A perspectiva de futuro pode se tornar angustiante, já que os tratamentos, frequentemente, envolvem a possibilidade de mutilação e apresentam efeitos adversos, como náuseas, vômitos, alopecia e alterações significativas nas funções sexuais e reprodutivas, incluindo a menopausa precoce (Netto, 1997).

Embora haja progressos contínuos na medicina e um aumento da conscientização pública sobre a doença, o câncer ainda carrega um estigma social, sendo, geralmente, associado ao sofrimento e à morte (Venancio; Leal, 2004). Tanto o diagnóstico quanto o processo de adoecimento são vividos com grande sofrimento e angústia, afetando não apenas 20 as pacientes, mas também suas famílias. Nesse contexto, o câncer mamário é a forma mais frequente entre as mulheres, e seu diagnóstico e tratamento estão intimamente relacionados a um aumento do risco de depressão, ansiedade, estresse e deterioração da qualidade de vida (Jassim *et al.*, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o estresse é classificado como um estado de inquietação e/ou tensão psicológica diante de circunstâncias adversas, constituindo uma resposta natural do ser humano aos desafios e ameaças da vida cotidiana. Embora todos possam experimentar algum nível de estresse, a maneira como cada pessoa responde é o que diferencia uma resposta

saudável de uma patológica (Brasil, 2022). O estresse prolongado e/ou crônico pode afetar diversos sistemas do organismo, incluindo o musculoesquelético, respiratório, cardiovascular, nervoso, gastrintestinal, reprodutor e endócrino (American Psychological Association, 2018).

No campo das pesquisas sobre câncer e fatores de estresse psicossocial (como estresse crônico, sofrimento emocional, enfrentamento de situações adversas e dificuldades sociais), tem sido investigada a relação entre essas variáveis e o impacto do estresse na imunologia do câncer (Antoni; Dhabhar, 2019).

Uma pesquisa conduzida com 72 mulheres diagnosticadas com câncer mamário metastático demonstrou que pacientes que apresentavam uma menor imunidade mediada por células (CMI) possuem concentrações médias mais elevadas de cortisol diurno concomitante a sintomas depressivos, logo, um nível mais elevado de estresse crônico (Sephton *et al.*, 2009). Esses resultados indicam que fatores estressores podem influenciar negativamente o diagnóstico e a progressão do câncer, devido à redução das respostas imunológicas.

Diversos mecanismos foram propostos para explicar a imunopatologia da carcinogênese. Esses processos incluem a diminuição da imunidade protetora, o aumento da inflamação crônica e a intensificação de mecanismos de imunossupressão. A resposta ao estresse crônico, mediada pelo sistema límbico, afeta as vias neuroendócrinas, aumentando a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e do sistema nervoso simpático (SNS). Esse desequilíbrio resulta em uma superprodução de cortisol e catecolaminas, prejudicando a homeostase do organismo (Antoni; Dhabhar, 2019).

Os efeitos dessa desregulação incluem a redução da expressão de receptores de quimiocinas (como a CCL27), a diminuição da infiltração de linfócitos T CD4+ e CD8+, e a inibição das citocinas de linfócitos Th1, como a IL-2 e a gama-interferona. A combinação 21 desses fatores leva à queda da imunidade protetora e compromete a imunovigilância, favorecendo a carcinogênese (Antoni; Dhabhar, 2019).

Nos últimos anos, o conceito de carga alostática tem sido utilizado para compreender como o estresse psicossocial crônico afeta a saúde física ao longo do tempo (Obeng-Gyasi *et al.*, 2021). A carga alostática se refere ao efeito cumulativo de eventos estressantes, como problemas psicossociais e comportamentos prejudiciais à saúde. Quando esses desafios são persistentes, sobrecarregam a capacidade de adaptação do organismo, ativando repetidamente os sistemas de resposta ao estresse, sem uma compensação adequada. Isto resulta em respostas neurais e hormonais exacerbadas diante de desafios ambientais contínuos (Guidi *et al.*, 2020). Nesse processo, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal desempenha um papel fundamental.

Dessa forma, acredita-se que o estresse psicológico afeta o sistema imunológico por meio de vias comportamentais e neuroendócrinas (Antoni; Dhabhar, 2019). Em situações de estresse prolongado, a qualidade do sono costuma deteriorar-se, e as pessoas podem recorrer a estratégias prejudiciais de enfrentamento, como alimentação inadequada, ganho de peso, consumo de álcool e tabagismo (Sominsky; Spencer, 2014; Hall *et al.*, 1998; Hipson; Fisher, 2016).

3.2 A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE MENTAL E SEU IMPACTO EM PROCESSOS FISIOLÓGICOS DA PACIENTE ACOMETIDA POR CÂNCER DE MAMA

Considera-se aqui a perspectiva de que o estresse psicossocial, vinculado às modificações no eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA) e ao Sistema Nervoso Simpático (SNS) pode afetar de maneira adversa os processos biológicos relacionados ao desenvolvimento e à progressão do câncer mamário. Nesse sentido, estudos com pacientes sobreviventes de câncer mamário frequentemente atribuem o surgimento da doença a experiências de sofrimento emocional, entre outros fatores (Dumalaon-Canaria *et al.*, 2014). Assim, torna-se fundamental que os profissionais de psicologia compreendam os determinantes desse estresse e adotem intervenções efetivas para acompanhar as pacientes ao longo do desenvolvimento e do curso da doença, bem como no tratamento e possível remissão.

Ao observar o impacto psicológico que o diagnóstico e o tratamento oncológico geram nas pacientes e em suas famílias, um estudo revisou a eficácia de intervenções 22 psicossociais em mulheres com neoplasias mamárias. A pesquisa analisou 56 ensaios clínicos randomizados que avaliaram a eficácia dessas intervenções, classificando-as em quatro categorias principais: psicoeducacional, terapia cognitivo-comportamental, terapia de apoio e técnicas de relaxamento. Além disso, o estudo comparou intervenções conduzidas por psicólogos e por não-psicólogos, com o objetivo de verificar o impacto do tipo de profissional na eficácia dos tratamentos. Os achados indicaram um impacto positivo significativo na redução da angústia emocional e na promoção do bem-estar psicológico das pacientes. Ademais, demonstrou que intervenções lideradas por psicólogos apresentaram maior eficácia em comparação às realizadas por não-psicólogos (Zimmermann; Heinrichs; Baucom, 2007). Esses achados fornecem insights importantes sobre a eficácia das intervenções psicossociais e destacam a relevância de considerar múltiplos fatores ao planejar e implementar tais práticas.

De acordo com Pierre Marty (1993, 1998), experiências vividas pelo indivíduo podem desencadear excitações que precisam ser descarregadas ou expressas. Esse descarregamento pode acontecer através da elaboração mental ou da ação motora. Entretanto, quando a pessoa não consegue

empregar esses recursos, as tensões se acumulam, afetando de maneira patológica os sistemas somáticos. A medicina psicossomática, em sua perspectiva epistemológica, investiga as interações mente-corpo, ressaltando o quanto é fundamental compreender as doenças somáticas. Essa abordagem propõe um cuidado integral e uma interpretação psicológica dos sintomas físicos, promovendo um entendimento mais amplo das relações psicofisiológicas (Eksterman, 1992 apud Cerchiari, 2000).

A Psico-Oncologia, por sua vez, surge da necessidade de integrar a Psicologia e a Oncologia, oferecendo suporte tanto aos pacientes oncológicos quanto aos seus familiares. Nesse campo, o psicólogo atua por meio de intervenções psicoterapêuticas e psicossociais, auxiliando no enfrentamento das adversidades da doença e promovendo a qualidade de vida dos envolvidos (Scannavino *et al.*, 2013).

Em um estudo com 27 mulheres diagnosticadas com câncer mamário, divididas nas etapas de pós-diagnóstico, pós-cirúrgico e quimioterapia, observou-se variações significativas nos sintomas de ansiedade e depressão, conforme cada fase do tratamento. O sofrimento psicológico esteve presente em todas as etapas, o que reforça a relevância de intervenções personalizadas e de um apoio psicológico contínuo desde o início do tratamento, estendendo-se também aos familiares, que vivenciam o impacto emocional da doença (Santichi *et al.*, 2012)

A atuação da psicologia na oncologia começou na década de 1970, no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, sob a orientação da psiquiatra Jimmie Holland. A psiquiatra desenvolveu pesquisas e atendimentos voltados a identificar respostas emocionais que poderiam interferir no tratamento oncológico, além de investigar a frequência de problemas psicológicos que demandavam psicoterapia e desenvolver intervenções para minimizar o sofrimento dos pacientes. Sua atuação resultou na fundação da Psico-Oncologia como área de estudo e prática clínica, oficializada com a criação da Associação Internacional de Psico-Oncologia (Carvalho, 2002). A Psico-Oncologia, no Brasil, ganhou força com eventos científicos e com a criação de um curso de extensão em 1993. Em 1994, foi fundada a Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia e, em 1998, tornou-se obrigatória a presença de psicólogos no suporte oncológico do SUS (Brasil, 1998).

3.3 A RELAÇÃO ENTRE ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS E O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE DE RELATOS DE MULHERES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A exposição a eventos de vida estressantes e suas consequências emocionais podem desencadear reações fisiológicas negativas, incluindo desequilíbrios hormonais e imunossupressão (Antoni; Dhabhar, 2019). Além desses mecanismos biológicos diretos, Lillberg *et al.* (2003)

argumentam que eventos estressores e as reações psicológicas subsequentes também podem aumentar o risco de câncer mamário através de mudanças comportamentais associadas à etiologia da doença. Ademais, segundo os autores, o impacto dos eventos de vida estressores ocorre de forma independente de alguns fatores, tais como, índice de massa corporal (IMC), variação de peso, consumo de álcool, tabagismo e atividade física.

Essa abordagem indica que o estresse e os acontecimentos da vida impactam o surgimento do câncer por vias além das tradicionalmente compreendidas, evidenciando a complexidade das interações entre fatores psicossociais e biológicos na progressão da doença.

Com base nesses achados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres diagnosticadas com câncer mamário, o que permitiu identificar os principais estressores psicossociais enfrentados por elas e explorar suas percepções sobre a relação entre o estresse crônico e o desenvolvimento da doença. A análise dos relatos forneceu uma compreensão aprofundada da interação entre saúde mental e física no contexto do câncer, evidenciando a complexidade desse vínculo e suas implicações para o bem-estar das pacientes. As pacientes associaram o desenvolvimento da doença a uma combinação de fatores, incluindo histórico familiar, aspectos ambientais, estilo de vida e estresse. A paciente 3, por exemplo, relacionou reações físicas em sua mama diretamente aos eventos estressores que vivenciou. Em seu relato, ela expressa:

> Mas eu posso te falar que esse negócio de estresse é capaz de ser. Porque eu, mesmo quando estava fazendo o tratamento... no início, era muito horrível. E quando eu estava bem, sem preocupação, sem estresse, ela (a mama) não inchava, ficava normal. A doutora até dizia: "Poxa, que coisa maravilhosa!", Mas quando eu me estressava, piorava. Aí eu pensava: "será que é isso?" Eu não sei. A gente fica juntando as coisas. A gente quer ser médica, né? Mas eu pensava assim e, às vezes, ainda penso. Mas tô aqui, contando história. (Paciente 3)

Outras entrevistadas, como as pacientes 4 e 5, também relataram o impacto cumulativo de estressores na saúde física e mental. A paciente 5, por exemplo, descreveu o impacto do estresse contínuo e da sobrecarga emocional ao longo dos anos, detalhando uma trajetória de sofrimento psíquico:

> Eu já tive muito sofrimento, assim, porque eu sou muito emotiva, né? Então, acho que eu guardo muito essas coisas. Eu fico guardando para mim. Então, eu já tive síndrome do pânico antes. Com 27 anos, tive síndrome do pânico. Foi muito grave para mim sair. Fiquei uns dois anos dentro de casa. Aí, depois que eu procurei a saúde mental, né, que aí eu comecei a sair. Aí pronto, aí eu, mas sempre com medo de voltar, sempre com medo, com medo dessas coisas. Agora, não sei se isso influenciou as coisas, porque eu guardava, sei lá. Muito medrosa. Sempre tive muito medo. Desde pequena. A síndrome do pânico foi com 27 anos que desenvolveu mesmo. Mas sempre fui muito medrosa para dormir, essas coisas tudo. Eu acho que isso tudo influenciou, né? Sou muito ansiosa. (Paciente 5)

Pesquisas confirmam essas observações. Em um estudo conduzido com 10.808 mulheres do Finnish Twin Cohort, Lillberg *et al.* (2003) identificaram uma associação significativa entre a exposição a eventos estressantes nos cinco anos que precederam a avaliação e o aumento do risco de câncer mamário ao longo de um acompanhamento de 15 anos. Eventos como divórcio, morte de cônjuge ou perda de um parente próximo foram identificados como fatores que, por meio de alterações hormonais e psicológicas, podem influenciar o surgimento da doença.

Reconhecer a influência do estresse, em conjunto com outros determinantes, é essencial para entender a complexidade da doença e suas implicações para o cuidado com a saúde.

3.4 CONFLITOS FAMILIARES E RELACIONAMENTOS DISFUNCIONAIS

Problemas familiares, como conflitos com parentes ou cônjuges, foram relatados pelas entrevistadas como fatores que aumentaram significativamente o estresse. Aproximadamente três das cinco entrevistadas mencionaram experiências de conflitos familiares intensos como fontes de sofrimento. Relataram também o impacto emocional causado por esses conflitos, que resultaram em prejuízos tanto físicos quanto psicológicos.

O estudo de Kiecolt-Glaser *et al.* (1987) aponta que a separação e o divórcio podem representar riscos à saúde ainda maiores que o luto. Em síntese, o estudo sugere que mulheres recentemente separadas apresentam uma função imunológica enfraquecida, evidenciada pela menor atividade celular e pela diminuição de células de defesa importantes, como as células NK e T auxiliares. Esses achados indicam que a separação pode afetar negativamente o sistema imunológico.

A Paciente 3, por exemplo, compartilhou que seu divórcio, ocorrido durante a pandemia, foi um dos momentos mais estressantes de sua vida. Ela mencionou ter sido retirada de casa, passando a morar sozinha com os filhos, e por conta disso, enfrentou uma situação de extrema necessidade financeira. Sentimentos de abandono, isolamento e frustração foram descritos, os quais, segundo ela, desempenharam um papel importante no desenvolvimento do câncer de mama. Esses conflitos familiares prolongados geraram um desgaste emocional significativo. Pesquisas indicam que situações de tensão emocional contínua, como divórcios ou conflitos conjugais, aumentam o risco de adoecimento (Lillberg *et al.*, 2003). Segue o relato da entrevistada:

> Foi triste. Foi horrível, porque eu não trabalhava. Eu trabalhava com ele, junto com ele. Eu não tinha uma renda certa. Fiquei com duas crianças, sem nada, sem nada. Eu mesma dizia: "será que essa doença veio dessa tristeza horrorosa?" Eu mesma pensei nisso. Pensei que fiquei muito mal, porque gostava muito dele. Não esperava. (Paciente 3)

Segundo Bloom, Asher e White (1978), o divórcio e a separação são descritos como eventos estressantes que afetam profundamente a saúde mental das mulheres, causando altos níveis de ansiedade, depressão e sentimentos de rejeição. Esses efeitos são particularmente intensos logo após a separação e, em muitos casos, podem ser prolongados.

Outro estressor mencionado pelas entrevistadas foi a sobrecarga de cuidado familiar. O papel de cuidadora, frequentemente assumido por muitas mulheres, trouxe um nível elevado de estresse crônico. A paciente 2, após um divórcio contra a sua vontade, assumiu a responsabilidade de cuidar dos filhos e de sua mãe, que estava acamada há seis anos. Durante esse período e, após o falecimento da mãe, a entrevistada não priorizou seu próprio autocuidado, o que acredita ter contribuído para o desenvolvimento do câncer mamário

Teve separação, né? Eu não queria, mas aconteceu. E então fiquei com meus filhos, minha mãe. Minha mãe, eu cuidei dela seis anos, prostadinha. E aí, quando ela faleceu, eu não tive aquela... Até aí eu não sentia nada, fazia tudo dentro da minha casa, cuidava dela, às vezes, cuidava até a noite, porque tinha noite que dormia, tinha noite que não dormia, né? E minha rotina era essa, trabalhando dentro de casa, cuidando da minha mãe, dos meus filhos, né? Que tudo mora comigo, e hoje ainda mora comigo…

> Aí minha mãe faleceu, depois que ela faleceu eu não fui procurar logo me cuidar, fazer um check-up, porque antes eu não podia fazer, né? Porque tinha ela para cuidar. E quando ela faleceu, eu não me preocupei em fazer aquele check-up e me cuidar. Aí passou o tempo, foi passando, eu só cuidando de casa e dos filhos. Quando foi um belo dia, eu estava tomando banho, né? Eu comecei do nada, veio aquela vontade de pegar assim nas mama e tudo. Aí eu notei um carocinho na mama esquerda. (Paciente 2).

Esse padrão de sobrecarga também foi observado na paciente 1, que relatou que seu filho adquiriu comportamentos nocivos enquanto estudava em uma escola, onde aprendeu a fumar e beber. Ela narrou um episódio traumático de automutilação que ele vivenciou e que a deixou profundamente abalada emocionalmente, levando-a quase à depressão.

> Primeiro foi a história do meu menino. Ele foi estudar numa escola onde tinha de tudo. Aprendeu a usar brinco, beber, fumar. Um menino empurrou ele, e ele enforcou o garoto até desmaiar. Quando cheguei em casa, fui no quarto dele e vi o short todo sujo de sangue. No celular dele, havia imagens dele se cortando. Eu quase entrei em depressão.' (Paciente 1)

A filha da entrevistada relatou que, nesse período, a mãe perdeu muito peso e passou por episódios de dissociação, não reconhecendo os filhos ou o marido. Além disso, a mãe não tinha forças para realizar atividades diárias, como comer ou tomar banho, passando seis meses deitada na cama, um período que ela pouco se recorda.

Essas experiências refletem a literatura existente, a qual destaca a sobrecarga do cuidado familiar como um estressor significativo. Desse modo, percebe-se que o estresse prolongado decorrente do papel de cuidador pode impactar negativamente a saúde física e mental (Schulz; Sherwood, 2008).

3.5 ESTRESSORES RELACIONADOS A PERDAS E LUTO

Lillberg *et al.* (2003) destacaram o impacto significativo do luto e das perdas familiares. A paciente 2, por exemplo, mencionou que perdeu três irmãos e sua mãe em um curto período, vivenciando um luto contínuo e não resolvido. Ela acredita que essa sequência de perdas fragilizou sua saúde física, o que está em conformidade com a literatura, que sugere que o luto crônico pode desencadear desequilíbrios hormonais e imunológicos, criando condições propícias para o surgimento de neoplasias (Reiche; Nunes; Morimoto, 2004). Na narrativa da Paciente 2, o luto constante e a sensação de perda afetaram profundamente sua vida emocional e física:

> Eu já tinha perdido minha mãe, meu pai. Meu pai eu perdi... Eu tinha 13 para 14 anos. E perdi meus irmãos. Perdi irmã. Perdi sobrinhos. Perdi uma sobrinha com 39 anos também de câncer. Aí vem tudo à tona, né? Muita coisa. A preocupação afeta a gente em tudo. (Paciente 2)

Este relato ilustra o impacto do luto prolongado e reforça a análise de Lillberg *et al.* (2003), os quais associam eventos estressores significativos, como a perda de um cônjuge ou de um parente/amigo próximo, ao aumento significativo do risco de câncer. Mesmo após ajustes para variáveis como idade, classe social e fatores psicossociais, essas perdas mostram-se importantes, indicando que o estresse crônico decorrente do luto pode desencadear mecanismos hormonais e imunológicos que contribuem para a carcinogênese. Ademais, também foram incluídas variáveis como índice de massa corporal, tabagismo, uso de anticoncepcionais, nível de atividade física e aspectos da vida cotidiana, destacando a complexidade das interações entre fatores psicossociais e biológicos na progressão do câncer (Lillberg *et al.*, 2003).

3.6 ESTRESSE OCUPACIONAL E PRESSÕES DO TRABALHO

O estresse ocupacional foi outro fator relevante identificado pelas entrevistadas. Muitas descreveram experiências de trabalho altamente estressantes, o que contribuiu para o desgaste emocional e físico. A paciente 4, por exemplo, trabalhou por mais de 20 anos em uma empresa e, nos últimos três, começou a sentir-se aprisionada em um ambiente que não lhe proporcionava mais satisfação. Essa insatisfação foi considerada por ela um fator crucial para o seu estresse contínuo. Ela relatou que o ambiente de trabalho se tornou cada vez mais tóxico e exigente, afetando diretamente

sua saúde mental. Sendo assim, acredita que este fator tenha contribuído para o desenvolvimento do câncer.

> Eu trabalhei mais de 20 anos numa empresa e os últimos anos foram bastante estressantes. Na verdade, eu só continuava lá por causa das condições financeiras. Eu já não gostava mais. Foi uma época muito estressante, eu estava sempre com o emocional abalado. Você faz uma coisa que você não gosta mais, todos os dias, de segunda a sábado. Quando finalmente consegui sair da empresa, fiquei mais tranquila. (Paciente 4)

Segundo Chida *et al.* (2008), há uma associação significativa entre a exposição prolongada ao estresse e o aumento na incidência de câncer, destacando que respostas emocionais negativas desempenham um papel relevante nesse processo. Esses fatores psicossociais adversos não apenas afetam a saúde mental dos indivíduos, mas também podem contribuir para o surgimento e a progressão de doenças oncológicas.

3.7 ANSIEDADE, SÍNDROME DO PÂNICO E VULNERABILIDADE EMOCIONAL

Vários relatos destacaram a presença de transtornos de ansiedade e vulnerabilidade emocional como estressores de longa data. A paciente 5 citou um histórico de síndrome do pânico que se manifestou aos 27 anos e que continua impactando sua vida. Ela descreveu-se como uma pessoa ansiosa e medrosa, o que acredita ter contribuído para o seu adoecimento.

> Começou do nada naquela época, né? Todo mundo falava que era frescura, que eu não sabia o que era. Hoje em dia não. Já muita gente tem. Todo mundo tá sabendo sobre isso. E eu fui me isolando, isolando. Cada vez tendo mais fobia, fobia, fobia de tudo. E não conseguia mais sair de casa. Aí foi isso. Foi punk, viu? Agora esse negócio em relação ao câncer eu não sei te dizer se isso é emocional, porque eu fui a primeira dentro de casa. Muitas pessoas falam que é muito emocional. (Paciente 5)

Ao analisar os relatos de ansiedade, pânico e vulnerabilidade emocional das entrevistadas, é possível associar esses dados ao estudo de Reiche, Nunes e Morimoto (2004), que explora o efeito do estresse crônico e da depressão sobre o sistema imunológico e o desenvolvimento do câncer. O estudo aponta que o estresse psicológico persistente pode causar imunossupressão e desequilíbrios hormonais, condições que favorecem o surgimento de neoplasias.

Embora não trate diretamente de ansiedade ou pânico, o artigo evidencia que condições psicológicas prolongadas, como depressão e estresse, impactam a imunidade e aumentam a predisposição para doenças como o câncer. Dessa forma, os relatos de ansiedade duradoura e medo intenso das participantes, especialmente da paciente 5, que mencionou a síndrome do pânico, podem

ser vistos como expressões de vulnerabilidade emocional que, conforme descrito por Reiche, Nunes e Morimoto (2004), prejudicam a saúde física ao enfraquecer o sistema imunológico.

3.8 RELAÇÃO COM A SAÚDE E AUTOCUIDADO NEGLIGENCIADO

A negligência do autocuidado configura-se como um fenômeno recorrente entre as pacientes, as quais, frequentemente, relatam fatores emocionais e contextuais como determinantes para o adiamento de práticas preventivas e de cuidado pessoal. Dentre esses fatores, destacam-se sentimentos de sobrecarga emocional, falta de apoio social e dificuldades em conciliar rotinas pessoais e profissionais. Essa dinâmica evidencia como o estresse e as pressões do cotidiano comprometem a atenção à própria saúde, reforçando a necessidade de intervenções voltadas ao equilíbrio entre bem-estar físico e emocional.

Conforme observado nos relatos, uma das manifestações mais evidentes da negligência no autocuidado é a interrupção ou não realização de exames preventivos. Essa situação surge repetidamente entre as entrevistadas, revelando o impacto de fatores sociais, emocionais e estruturais.

A Paciente 1, por exemplo, apesar de perceber mudanças físicas preocupantes, como secreções anormais e feridas, demorou a buscar ajuda médica. Durante esse período, enfrentou estigma tanto na esfera social quanto no ambiente de saúde. Em uma consulta, teve seus sintomas minimizados por uma enfermeira, que sugeriu que ela estivesse "querendo adquirir uma doença". Esse descrédito profissional contribuiu para que a paciente evitasse compartilhar sua condição com a família, levando à progressão silenciosa da doença até um estágio mais avançado.

> Eu não queria. Não sei explicar porque eu não queria. Tinha pessoas que diziam que eu não... Eu não tinha nada, né? Que isso eu ia. Eu ia sair, mas era um momento de raiva da pessoa, né? diziam que essa saidinha minha era para ir atrás de outras coisas, que eu não tinha nada. É que eu fazia isso para as pessoas sentir pena de mim…
> A enfermeira lá, que já é velha, dizia: "Mas tu tá querendo adquirir doença? Porque faz dias que eu vejo tu aqui nesse posto e todo mundo querendo ficar bom, e tu querendo uma doença dessas, perigosa. Eu sei o que é que tu quer, tu tá querendo que nós diga que tu tá com câncer." (Paciente 1)

De forma similar, a Paciente 5 enfrentou dificuldades no cuidado preventivo, apesar de manter uma rotina regular de mamografias desde os 35 anos. Nos dois anos anteriores ao diagnóstico, no entanto, interrompeu a realização do exame. A busca por atendimento foi retomada somente após detectar um caroço na mama, momento em que a doença já se encontrava em estágio mais avançado:

> Sabe como eu sempre fiz exame, né? Desde os 35 anos sempre fiz mamografia, porque eu quis, né? Prevenção. E nesses dois últimos anos eu não fui, né? Aí eu senti um caroço. Aí

> passei a mão. Isso aqui é um caroço. Aí eu comecei a procurar um médico, né? Aí foi isso. Meu mundo desabou. (Paciente 5)

Esse relato exemplifica como a interrupção do acompanhamento preventivo pode ocorrer devido a uma combinação de sobrecarga emocional e exigências cotidianas, que desviam a atenção do autocuidado.

Os dados obtidos revelam ainda que eventos emocionais intensos, como luto e estresse crônico, contribuem significativamente para o afastamento das práticas preventivas. A paciente 2, por exemplo, mencionou que a jornada dos cuidados destinados à casa, aos filhos e a sua mãe foi um marco importante para a interrupção de seu autocuidado:

> Aí minha mãe faleceu, e depois que ela faleceu eu não fui procurar logo me cuidar, fazer um check-up, porque antes eu não podia, né? Tinha ela para cuidar. E depois que ela faleceu, eu não me preocupei em fazer aquele check-up e me cuidar. Aí o tempo foi passando, só cuidando de casa e dos filhos. Quando foi um belo dia, tomando banho, veio aquela vontade de apalpar a mama, e eu notei um carocinho na mama esquerda. (Paciente 2)

Os relatos mostram também que, em muitos casos, a conscientização sobre a importância de hábitos saudáveis surge apenas após o diagnóstico de uma doença grave. Isso indica que a negligência com a alimentação e outros aspectos do autocuidado é uma realidade comum entre as pacientes antes de enfrentarem situações críticas de saúde. A Paciente 4 relatou “Passei a me alimentar bem quando fui diagnosticada com câncer. Antes, eu comia só o que gostava, não levava essa questão da alimentação muito a sério”.

Além disso, a sobrecarga emocional e as exigências diárias, muitas vezes, prejudicam a manutenção de uma alimentação equilibrada, conforme revela a Paciente 2:

> Eu peguei muito peso depois que minha mãe faleceu, porque fiquei mais calma em casa. Antes era muita luta, fazer almoço, janta, cuidar dela, levar para o médico. Aí, quando essa rotina parou, eu acredito que ganhei peso.
> Teve uma época que eu estava tão preocupada com as coisas do dia a dia, principalmente com a vida financeira, que eu fiquei bem magrinha. Depois, consegui recuperar meu peso normal. (Paciente 2)

Esses depoimentos demonstram que, sob condições de estresse e rotina intensa, a atenção à alimentação e à saúde, em geral, torna-se secundária. Assim, o descuido com o autocuidado não se limita à ausência de exames preventivos, mas também se manifesta na falta de uma dieta equilibrada e na desregulação do peso corporal.

Algumas entrevistadas mencionaram consumo ocasional de álcool e contato com o tabaco. Uma delas relatou que, embora não se considerasse fumante, costumava acender cigarros para amigos

e familiares, o que indica um comportamento de exposição indireta ao tabaco. O relato sugere uma subestimação do impacto do consumo esporádico de substâncias como álcool e tabaco, que são conhecidos fatores de risco para doenças graves, incluindo o câncer

> Eu acho que fumar mesmo é quem é viciado, né? Mas eu. Tipo assim, eu trabalhei oito anos num colégio e as minhas amigas tudo era fumante. Aí, elas tinham uma moda de mandar a gente acender, né? Aí eu ia acender esse negócio, um pé duro. Aí nessa arrumação de acender, eu tava querendo. Seguir elas só porque era assim, era. Só me dava vontade quando eu chegava lá perto delas no período da noite. (Paciente 1)

O consumo de álcool e o tabagismo também apareceram em outras entrevistas:

> Eu bebia e fumava. Já fui fumante. Assim, nos finais de semana. Mas Fumar eu fumei muitos anos atrás. Já tinha 20 anos que eu tinha parado de fumar. Ah, sim. Mas isso é. Mas isso pode ter sido também por causa do cigarro, né? (Paciente 5)

Pesquisas apontam que a falta de autocuidado está ligada ao surgimento de doenças graves, como o câncer, especialmente quando associada a fatores estressores. Segundo Kruk (2014), a falta de práticas regulares de autocuidado eleva a vulnerabilidade do indivíduo, ressaltando a necessidade de estratégias que promovam tanto a saúde física quanto o bem-estar emocional.

3.9 ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIA

No contexto do enfrentamento e da resiliência diante do diagnóstico de câncer, as pacientes relatam que o apoio social e emocional são fundamentais para lidar com as adversidades. Estudos indicam que o câncer é uma das principais fontes de estresse emocional, podendo desencadear ansiedade, depressão e até transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) (Dinapoli *et al.*, 2021). O apoio familiar e a espiritualidade emergem como elementos essenciais que ajudam as pacientes a encontrarem equilíbrio e enfrentarem os desafios emocionais impostos pela doença e pelo tratamento (Dinapoli *et al.*, 2021).

Os depoimentos das pacientes reforçam a importância desse suporte social. A Paciente 2, por exemplo, descreveu o apoio de seus filhos, marido e profissionais de saúde como uma base de segurança:

> Tive apoio demais, tive apoio demais dos meus filhos, né? Do meu marido, depois que ele voltou. Depois que foi descoberto, ele foi mudando e ficou mais ao meu lado. E também os médicos aqui, os enfermeiros, foi tudo muito bom comigo. Foi muito legal. (Paciente 2)

Esse relato exemplifica a importância do apoio contínuo na resiliência e na manutenção da saúde mental, ajudando a paciente a enfrentar as dificuldades do tratamento (Dinapoli *et al.*, 2021).

Por outro lado, Dev *et al.* (2024) exploram como as estratégias de enfrentamento adaptativas, como a aceitação e o apoio emocional e religioso, são as mais utilizadas por pacientes com câncer avançado, proporcionando redução na ansiedade e depressão. A Paciente 4, por exemplo, descreve uma sensação de estar "num despenhadeiro", carregando consigo o medo constante de "cair" sem ter ninguém para ampará-la. No entanto, ela encontra força no apoio de familiares e amigos:

> Mas sensação sabe qual é? É aquela sensação de que você está num despenhadeiro. Sim, você está caminhando com o máximo de cuidado, mas que a qualquer momento pode cair. Quando você cair, não tem ninguém nem nada para te amparar. Essa é a sensação. Quando eu soube que tinha se estendido para o fígado e para o pulmão. É essa sensação que eu tô vivendo, né? É essa sensação. Eu estou sendo muito bem atendida pela doutora, pelos médicos, pelas enfermeiras. O pessoal aqui é nota 1000. A minha família está ali comigo, sabe? De braços estendidos, de mão dada. Os meus amigos. Meu Deus, tem tanta gente orando por mim. Eu nunca pensei que eu fosse tão amada, tão querida. Mas essa é a sensação. (Paciente 4)

Esse suporte contínuo ajuda a paciente a enfrentar cada dia de forma mais leve, o que, conforme Dev *et al.* (2024), representa uma estratégia adaptativa eficaz para reduzir o sofrimento psicológico (Dev *et al.*, 2024).

> E eu procuro viver o hoje. Aí eu procuro, aí isso me ajuda, porque aí eu não fico deprimida, eu não fico triste, eu não fico cabisbaixa, eu procuro me cuidar nesse sentido, fazendo coisas que eu gosto. O doutor, ele disse uma coisa muito interessante: "faça o que você gosta, não deixe de fazer e nem de comer as coisas que você gosta". É isso que eu tô fazendo. (Paciente 4)

Para a Paciente 3, a aceitação prática das limitações impostas pelo câncer também surge como uma forma relevante de resiliência. Ela ajusta suas atividades diárias, realizando tarefas aos poucos e aceitando as limitações impostas pela doença. Esse tipo de adaptação, segundo Dev *et al.* (2024), é uma estratégia emocionalmente adaptativa que permite às pacientes manterem uma sensação de normalidade, o que promove equilíbrio psicológico durante o tratamento.

> Não sinto nada. Eu nem sei quando alguém diz assim "Ah, você tem câncer ou não?" Eu não sinto que tenho. Não me afetou assim. Afetou. Não tá dentro de uma sala de aula. Só isso me atrapalhou. Ah, eu quero varrer a casa. Eu arrumo pedacinho por pedacinho. Me proibiu de sair muito, mas já não saía mesmo. Não me afetou nada, só em relação ao trabalho, porque eu gosto de trabalhar. É muito bom, né? Você ganha 1000, não é? Não tô falando que 1500, 1400 não é muito mais o salário do professor melhor. (Paciente 3)

Embora o câncer tenha impactado sua vida profissional e a impossibilitado de trabalhar como professora, ela reorganiza suas atividades diárias, demonstrando um forte senso de adaptação e

normalidade em meio ao tratamento. Segundo Dev *et al.* (2024), essa postura de aceitação e o ajuste diário se constituem como uma estratégia emocionalmente saudável que permite às pacientes manterem o equilíbrio psicológico e uma sensação de controle, mesmo em situações adversas (Dev *et al.*, 2024).

Além das estratégias de enfrentamento adaptativas, é importante considerar os riscos das estratégias desadaptativas, como a negação e a ventilação excessiva de emoções. Dev *et al.* (2024) apontam que tais estratégias podem agravar sintomas como dor e depressão, impactando negativamente a qualidade de vida. Neste contexto, a atuação dos profissionais de saúde é essencial, pois eles podem identificar pacientes que adotam mecanismos de enfrentamento prejudiciais e orientá-las a desenvolver estratégias mais saudáveis, ajudando-as a fortalecer a resiliência e a lidar melhor com o tratamento e com os desafios emocionais impostos pela doença (Dev *et al.*, 2024).

4 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

A espiritualidade e a fé são componentes centrais no enfrentamento emocional para pacientes diagnosticadas com câncer de mama, oferecendo suporte em momentos de estresse, incerteza e dor. Segundo Silva (2020), a espiritualidade torna-se ainda mais significativa após o diagnóstico, proporcionando aos pacientes uma sensação de propósito e alívio que facilita a gestão das adversidades físicas e emocionais impostas pela doença. Esse suporte não é apenas momentâneo, pois ele fortalece a resiliência e a saúde mental das pacientes, ajudando-as a manter a serenidade e a força psicológica durante o tratamento (Silva, 2020).

Nas entrevistas realizadas, observou-se que as pacientes 2, 3 e 4 enfatizam o papel da fé e da oração como recursos essenciais para lidar com o estresse do diagnóstico e tratamento. A paciente 2, ao relatar a descoberta do câncer, descreve o impacto da fé em sua vida:

> Aí eu fiz a mamografia, na mamografia também não deu logo, né? Aí sugeriram que eu fizesse um ultrassom. No ultrassom foi que descobriu. A doutora não me enganou. Ela disse, olha, a senhora tem um nódulo, não é bom. Naquele momento, claro, a gente tem aquele choque, mas depois eu entreguei a Deus, me entreguei mesmo a Deus. Eu disse: “Senhor, está nas tuas mãos, seja feita a tua vontade na minha vida. Só peço que me dê força”. É claro que aqui e por lá a gente tinha aquelas tristezas, chorava, mas, graças a Deus, eu venci. Estou aqui. A gente se emociona, porque quando a gente recebe aquela notícia, todo mundo... Tem muita gente que nem aguenta o tratamento, porque se impressiona, fica: “Ai, vou morrer, ai, vou morrer.” Só se impressiona naquilo. Não lembra que tem aquele Deus maravilhoso que pode tudo. Mas, graças a Deus, eu tive força. Tive uma força, nunca fiquei muito triste. Às vezes, eu vinha com aquela tristeza, eu chorava, mas pronto, passava. Normal. (Paciente 2)

Esse relato revela como a entrega espiritual e a prática da oração se tornam fontes de conforto e força, auxiliando-a a lidar com a tristeza e a incerteza de forma mais equilibrada. Ela ainda enfatiza a importância de manter uma rotina de oração:

> Tem que ter muita fé mesmo. Eu rezo demais, faço oração. Meus meninos dizem assim, "aí a senhora reza demais." Melhor tá aqui rezando do que tá lá na porta da rua falando dos outros[...] Mas, né? Deus está aí. A gente tem que agradecer a Deus todo dia. Levantar da cama. Todo dia eu faço isso. Eu boto meu pezinho no chão e já agradeço. Eu vou para a minha televisão e rezo o terço às seis horas. Todo dia eu acordo cinco horas da manhã. (Paciente 2)

Essas práticas espirituais, descritas pelas pacientes, encontram respaldo nos achados de Hulett *et al.* (2018), que indicam que a espiritualidade pode influenciar diretamente a resiliência física e mental dos pacientes. O estudo demonstrou que crenças espirituais positivas estão associadas a uma resposta mais regulada do cortisol, o hormônio do estresse, sugerindo que a fé pode impactar positivamente a adaptação fisiológica ao estresse (Hulett *et al.*, 2018). Assim, ao encontrarem consolo na oração, as pacientes entrevistadas relatam uma sensação de paz e resiliência, o que contribui para o enfrentamento do tratamento. A paciente 3, por exemplo, destaca a confiança de estar "nas mãos de Deus" como fator que fortalece seu espírito:

> E eu via. Quando eu orava. A fé fortalece mesmo o corpo e o espírito. É uma coisa que só sabe quem passa. Olha só, a minha irmã dizia: "Como é que tu não fica chorando? Por que é que tu não tá reclamando?" Eu não. Porque eu estou nas mãos de Deus e Ele tá cuidando de mim. Vamos lá, vou envergonhar meu senhor. Se ele botou, Ele sabe que ele me sustenta. (Paciente 3)
>
> Deus escolhe as pessoas para apoiar a gente. Tudo. Se a gente prestar bem atenção, tem a mão de Deus. Então, as pessoas que tinham que me apoiar, Deus botou ali, pronto, ao meu lado. Não tive, porque na verdade é Ele mesmo que cuida da gente. Na hora de uma cirurgia, quem está com a gente é Ele. (Paciente 3)

A espiritualidade também age como um "refúgio" para essas pacientes, oferecendo um sentido de proteção e segurança em meio ao sofrimento, como observado por Silva (2020). Esse apoio contínuo é especialmente valioso para enfrentar o longo processo de recuperação, ajudando as pacientes a não apenas suportar, mas também encontrar forças para seguir em frente com confiança (Silva, 2020) A paciente 4, que ainda se encontra em tratamento, ilustra essa postura ao relatar que mantém sua fé de forma constante, sem expectativas específicas de cura, mas com aceitação:

> Ainda estou em fase de tratamento, mas a gente vai vencendo as batalhas, né? E é tudo isso que eu lhe falei. Tem a questão de conversar com Deus, né? Também, que é a oração, não aquela oração que as pessoas acham que tem que ser de joelho, sabe? Não. Aí eu sentado em qualquer lugar e eu começo a conversar. Vou dar pra mim conversar assim verbalmente. Eu converso como eu só converso na mente e vai dando tudo certo. Você sempre foi religioso ou ficou mais religioso? Não. Sempre fui. Continua da mesma forma. Entende, né? Eu estou sendo

> assim, bem sincera. Porque tem pessoas que quando descobre uma doença, aí busca a Deus assim, desesperadamente, coisa que eu estou da mesma forma buscou ele da forma como eu buscava antes. Entende? Sabe assim. Se Ele quiser me curar, se Ele não quiser, Ele não me cura. Ele é o mesmo Deus. Eu não tenho medo. Tem pessoas que se decepcionam com Deus. Não existe isso para mim, sabe? Se Ele quiser me curar, vai ser maravilhoso. Mas se Ele quiser que eu viva o restante da minha vida só fazendo o tratamento, eu aceito de boa, sabe? Eu não posso mudar essa situação. Eu sou impotente diante da situação. Mas eu vou fazer o meu melhor. Eu vou fazer o meu melhor, da melhor forma que tiver ao alcance das minhas mãos. Eu não posso me entregar à tristeza, me entregar ao desespero. Quero isso para mim não, sabe ficar ansiosa. Não quero ter ansiedade não, é horrível. Vejo pessoas com ansiedade. Meu Deus, que estou presenciando uma pessoa que eu conheço, que a pessoa tá ficando paranoica. Eu não quero isso pra mim. Aí eu quero fazer o melhor que diante dessa situação, né? (Paciente 4)

Sua espiritualidade, nesse caso, é uma fonte de calma que a protege contra sentimentos de ansiedade e desespero, contribuindo para que possa viver com tranquilidade e propósito.

Essas experiências reforçam a importância de incluir a dimensão espiritual no atendimento aos pacientes oncológicos, oferecendo um suporte que transcende o cuidado físico. Conforme observado por Hulett *et al.* (2018), uma abordagem que integra o suporte espiritual no tratamento de sobreviventes de câncer pode promover uma melhor percepção de bem-estar e fornecer um recurso adicional de apoio emocional, fortalecendo a resiliência e o enfrentamento das adversidades (Hulett *et al.*, 2018).

4.1 IMPORTÂNCIA DO SUPORTE PSICOLÓGICO NO CÂNCER DE MAMA

O acompanhamento psicológico tem se mostrado um recurso essencial para auxiliar pacientes com câncer de mama em virtude do impacto emocional da doença e do tratamento. Estudos apontam que aproximadamente 20% a 30% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama apresentam sintomas consideráveis de ansiedade e/ou depressão no primeiro ano após o diagnóstico. Além disso, há uma necessidade de suporte contínuo para essas pacientes, que frequentemente demandam assistência emocional prolongada ao longo dos anos após o diagnóstico inicial (Knobf, 2007 apud Björneklett *et al.*, 2013).

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, as entrevistas revelaram o papel central do suporte psicológico, relatado pelas participantes de forma direta ou indireta, como fundamental para lidar com a carga emocional associada ao diagnóstico e com os desafios cotidianos que surgem ao longo do tratamento. Uma paciente afirmou que o estresse emocional intensificava seus sintomas físicos, levando a uma piora considerável do seu quadro em períodos de ansiedade intensa. Mencionou, em contrapartida, uma leve melhora quando conseguia se manter calma. Esse relato é emblemático, pois destaca a interdependência entre o estado psicológico e a experiência física dos sintomas.

Autores como Venâncio e Leal (2004) ressaltam que o papel do psicólogo oncológico é o de facilitar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, ajudando as pacientes a se ajustarem

emocionalmente, minimizando, assim, sintomas de ansiedade e depressão. Esse suporte permite que essas mulheres ressignifiquem suas experiências e enfrentem as transformações em sua identidade e nas relações sociais. Outro relato desta pesquisa mencionou que, sem o apoio psicológico constante, os medos e inseguranças sobre o futuro tornavam o processo de tratamento mais difícil, apontando para a necessidade de um suporte emocional contínuo para atenuar o sofrimento e favorecer a adesão ao tratamento.

Khajoei *et al.* (2023) corroboram essa visão identificando que as necessidades emocionais são constantes entre pacientes com câncer, abrangendo desde o medo da progressão da doença até as inseguranças relacionadas às mudanças corporais. A presença de um psicólogo no contexto oncológico oferece às pacientes um espaço seguro para explorar essas angústias e construir uma resiliência essencial para o enfrentamento das fases mais difíceis do tratamento. Dessa forma, o acompanhamento psicológico melhora o ajustamento emocional, assim como auxilia no entendimento das orientações médicas, reforçando a confiança e promovendo a participação ativa das pacientes no tratamento (Venâncio; Leal, 2004).

A partir dos resultados obtidos, torna-se evidente a necessidade de desenvolver e implementar estratégias de saúde pública que visam ao tratamento do câncer e que também enfoquem a prevenção e a promoção do bem-estar psicológico como forma de reduzir fatores de risco associados a doenças crônicas. Além disso, políticas públicas que integrem o acompanhamento psicológico no tratamento oncológico não só contribuiriam para a redução do sofrimento emocional das pacientes, mas também para uma melhor adesão e resposta ao tratamento, evidenciando a relevância da Psico-Oncologia no suporte ao paciente oncológico.

Em suma, o suporte psicológico emerge nesta pesquisa como um pilar fundamental para a qualidade de vida e a resiliência das mulheres com câncer de mama, proporcionando-lhes ferramentas para navegar pelos impactos emocionais e físicos da doença, incentivando, desse modo, um enfrentamento mais saudável e consciente ao longo do tratamento.

5 CONCLUSÃO

A conclusão de um artigo deve sintetizar os principais achados do estudo de forma sucinta, destacando as contribuições significativas para o campo de pesquisa. Deve reiterar os objetivos do estudo e resumir as descobertas mais importantes, enfatizando sua relevância e implicação prática ou teórica.

Diante do que foi abordado esse estudo, constata-se a importância de voltar o olhar sobre o impacto do estresse psicossocial na incidência e progressão do câncer de mama em mulheres,

especialmente no que diz respeito aos processos imunopatológicos e aos desafios emocionais associados ao diagnóstico e ao tratamento. Logo, ao explorar as interações entre fatores emocionais, sociais e biológicos, coloca-se em evidência a relevância de uma abordagem integrativa para o cuidado oncológico, sugerindo que o câncer de mama não deve ser compreendido apenas como uma patologia física, mas também como uma condição que afeta intensamente a saúde mental e emocional das pacientes.

Por meio de entrevistas com mulheres em tratamento oncológico, foi possível aprofundar-se nas experiências subjetivas dessas pacientes, revelando a prevalência de estressores emocionais anteriores ao diagnóstico, como conflitos familiares, eventos de luto, sobrecarga de cuidado e estresse ocupacional. Estes fatores, conforme apontado no decorrer da discussão, parecem intensificar o risco de desenvolvimento do câncer de mama ao afetarem a regulação imunológica e hormonal, o que sugere que o estresse crônico poderia facilitar a carcinogênese. Além disso, a negligência do autocuidado entre as participantes reforça a necessidade de intervenções preventivas que incentivem práticas de bem-estar físico e mental desde fases precoces da vida.

A contribuição da Psico-Oncologia, como discutido ao longo do artigo, surge como um dos pontos centrais desta pesquisa, destacando o papel dos psicólogos na oferta de suporte emocional e psicoeducacional às pacientes e suas famílias. Os achados nas entrevistas, concomitantes aos estudos anteriores, mostram que o suporte psicológico não só ameniza o sofrimento emocional, mas também pode fortalecer a resiliência das pacientes, promovendo estratégias de enfrentamento mais saudáveis e uma melhor qualidade de vida. Ao lidar com as questões emocionais que acompanham o câncer, a Psico-Oncologia integra-se como um campo essencial para o tratamento oncológico, oferecendo perspectivas que complementam os cuidados médicos convencionais, podendo resultar em prognósticos mais positivos.

Portanto, enfatiza-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para o cuidado com o câncer de mama, considerando o bem-estar psicológico e social como parte essencial do tratamento. Esse estudo reafirma a importância de criar estratégias de saúde pública e programas de prevenção que abordem o estresse psicossocial e promovam a saúde mental como fatores de proteção contra o câncer e outras doenças crônicas, sugerindo a inclusão de políticas de saúde que integrem o acompanhamento psicológico no tratamento oncológico. Desse modo, é possível proporcionar às pacientes um suporte integral que pode contribuir para resultados terapêuticos mais eficazes e para o fortalecimento da qualidade de vida durante e após o tratamento.

Em síntese, reforça a importância e o impacto da psicologia no cuidado oncológico ao destacar que a superação do câncer de mama exige, além do enfrentamento físico, um suporte emocional e

psicológico que acolha a totalidade da experiência vivida pelas pacientes. Por se tratar de um trabalho de conclusão de curso a nível de graduação, este tema requer posteriores aprofundamentos em fase de mestrado e doutorado.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Stress Effects on the Body. Disponível em: https://www.apa.org/topics/stress/body. Acesso em: 10 mar. 2024.

ANTONI, M. H.; DHABHAR, F. S. The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. Cancer, v. 125, n. 9, p. 1417-1431, 15 fev. 2019.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2017.

BJÖRNEKLETT, H. G.; ROSENBLAD, A.; LINDEMALM, C.; OJUTKANGAS, M. L.; LETOCHA, H.; STRANG, P.; BERGKVIST, L. Long-term follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer. Journal of Psychosomatic Research, v. 74, n. 4, p. 346-353, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.11.005. Acesso em: 10 mar. 2024.

BLOOM, B. L.; ASHER, S. J.; WHITE, S. W. Marital disruption as a stressor: A review and analysis. Psychological Bulletin, v. 85, n. 4, p. 867-894, 1978. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.4.867. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tratamento do câncer de mama. Rio de Janeiro, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 set. 1998. Seção 1, p. 17.

BRASIL. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. Psicologia USP, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000100008. Acesso em: 10 mar. 2024.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática: um estudo histórico e epistemológico. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 20, p. 64-79, 1 dez. 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008. Acesso em:

CHIDA, Y.; HAMER, M.; WARDLE, J.; STEPTOE, A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? Nature Clinical Practice Oncology, v. 5, n. 8, p. 466-475, 20 maio 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1038/ncponc1134. Acesso em: 10 mar. 2024.

CORMANIQUE, T. F.; ALMEIDA, L. E. D. F. DE; RECH, C. A.; RECH, D.; HERRERA, A. C. S. A.; PANIS, C. Estresse psicológico crônico e seu impacto no desenvolvimento de neoplasia mamária agressiva. Einstein (São Paulo), v. 13, n. 3, p. 352-356, set. 2015.

DEV, R. *et al.* Coping Strategies and Associated Symptom Burden Among Patients With Advanced Cancer. Oncologist, v. 29, n. 2, p. 5, 2024.

DEV, R.; AGOSTA, M.; FELLMAN, B.; REDDY, A.; BALDWIN, S.; ARTHUR, J.; HAIDER, A.; CARMACK, C.; HUI, D.; BRUERA, E. Coping Strategies and Associated Symptom Burden Among Patients With Advanced Cancer. The oncologist, v. 29, n. 2, p. 166-175. Disponível em: https://doi.org/10.1093/oncolo/oyad253. Acesso em: 10 mar. 2024.

DINAPOLI, L. *et al.* Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. Current Oncology Reports, v. 23, n. 3, mar. 2021.

DUMALAON-CANARIA, J. A.; HUTCHINSON, A. D.; PRICHARD, I.; WILSON, C. What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. Cancer Causes & Control, v. 25, n. 7, p. 771-785, 27 abr. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10552-014-0377-3. Acesso em: 10 mar. 2024.

ECKERLING, A.; RICON-BECKER, I.; SORSKI, L.; SANDBANK, E.; BEN-ELIYAHU, S. Stress and cancer: mechanisms, significance and future directions. Nature Reviews Cancer, v. 21, n. 12, p. 767-785, 2021. https://doi.org/10.1038/s41568-021-00395-5. Acesso em: 10 mar. 2024.

GUIDI, J. *et al.* Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. Psychotherapy and Psychosomatics, v. 90, n. 1, p. 1-17, 14 ago. 2020.

HALL, M. *et al.* Sleep as a Mediator of the Stress-Immune Relationship. Psychosomatic Medicine, v. 60, n. 1, p. 48–51, 1998.

HIPSON, W. E.; FISHER, D. J. The association between acute stress-related insomnia and alcohol use. Sleep Health, v. 2, n. 3, p. 246–252, set. 2016.

HULETT, J. M. *et al.* Religiousness, spirituality, and salivary cortisol in breast cancer survivorship: a pilot study. Cancer Nursing, v. 41, n. 2, p. 166-175, 2018.

JASSIM, A.; RAHRMANN, E. P.; SIMONS, B. D.; GILBERTSON, R. J. Cancers make their own luck: theories of cancer origins. Nat Rev Cancer, v. 23, n. 10, p. 710-724, out. 2023.

KHAJOEI, R.; ILKHANI, M.; AZADEH, P.; ZOHARI ANBOOHI, S.; HESHMATI NABAVI, F. Breast cancer survivors-supportive care needs: systematic review. BMJ supportive & palliative care, v. 13, n. 2, p. 143-153, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003931. Acesso em: 10 mar. 2024.

KIECOLT-GLASER, J. K.; FISHER, L. D.; OGROCKI, P.; STOUT, J. C.; SPEICHER, C. E.; GLASER, R. Marital quality, marital disruption, and immune function. Psychosomatic medicine, v. 49, n. 1, p. 13-34, 1987. Disponível em: https://doi.org/10.1097/00006842-198701000-00002. Acesso em: 10 mar. 2024.

KNOBF, M. T. Psychosocial responses in breast cancer survivors. Semin Oncol Nurs, v. 23, p. 71-83, 2007.

KRUK, J. Lifestyle components and primary breast cancer prevention. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 15, n. 24, p. 10543-10555, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.24.10543. Acesso em: 10 mar. 2024.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LETOCHA, H.; STRANG, P.; BERGKVIST, L. Long-term follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer. Journal of psychosomatic research, v. 74, n. 4, p. 346-353, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.11.005. Acesso em: 10 mar. 2024.

LILLBERG, K.; VERKASALO, P. K.; KAPRIO, J.; TEPPO, L.; HELENIUS, H.; KOSKENVUO, M. Stressful Life Events and Risk of Breast Cancer in 10,808 Women: A Cohort Study. American Journal of Epidemiology, v. 157, n. 5, p. 415-423, 1 mar. 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1093/aje/kwg002. Acesso em: 10 mar. 2024.

MARTINS, H. H. T. DE S. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e Pesquisa, v. 30, n. 2, p. 289-300, ago. 2004.

MARTY, P. A Psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTY, P. Mentalização e psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MCGREGOR, B. A.; ANTONI, M. H. Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: A review of stress pathways and biological mediators. Brain, Behavior, and Immunity, v. 23, n. 2, p. 159-166, fev. 2009.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Técnicas que fazem uso da palavra do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia, 2019.

NETTO, M. O tratamento do câncer de mama e a psicologia: um foco multidisciplinar. Psyche, v. 1, n. 1, p. 165-169, 1997.

OBENG-GYASI, S. *et al.* Allostatic load: a framework to understand breast cancer outcomes in Black women. npj Breast Cancer, v. 7, n. 1, 30 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Stress. Disponível em: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress. Acesso em: 6 mar. 2024.

PENBERTHY, J. K. *et al.* Psychological Aspects of Breast Cancer. The Psychiatric Clinics of North America, v. 46, n. 3, p. 551-570, 1 set. 2023.

REICHE, E. M. V.; NUNES, S. O. V.; MORIMOTO, H. K. Stress, depression, the immune system, and cancer. The Lancet Oncology, v. 5, n. 10, p. 617-625, 2004.

SALES, C.A.C.C.; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D.; ANJOS, A.C.Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 47, n. 3, p. 263-72, 2001.

SANTICHI, E. C. *et al.* Rastreio de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. Psicologia Hospitalar, v. 10, n. 1, p. 42-67, 1 jan. 2012.

SCANNAVINO, C. S. S. *et al.* Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. Psicologia USP, v. 24, n. 1, p. 35-53, abr. 2013.

SCHULZ, R.; SHERWOOD, P. R. Physical and mental health effects of family caregiving. The American journal of nursing, v. 108, n. 9, p. 23-27, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c. Acesso em: 10 mar. 2024.

SEPHTON, S. E. *et al.* Depression, cortisol, and suppressed cell-mediated immunity in metastatic breast cancer. Brain Behav Immun, v. 23, n. 8, p. 1148-1155, nov. 2009.

SILVA, D. A. O paciente com câncer e a espiritualidade: revisão integrativa. Revista Cuidarte, v. 11, n. 3, p. e1107, 2020.

SOMINSKY, L.; SPENCER, S. J. Eating behavior and stress: a pathway to obesity. Frontiers in Psychology, v. 5, n. 434, 13 maio 2014.

VENÂNCIO, J. L.; LEAL, V. M. S. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 50, n. 1, p. 55-63, 31 mar. 2004.

YIN, R. K. Case Study Research and Applications: Design and Methods. Thousand Oaks: Sage Publications, 2017.

ZIMMERMANN, T.; HEINRICHS, N.; BAUCOM, D. H. "Does one size fit all?" Moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: A meta-analysis. Annals of Behavioral Medicine, v. 34, p. 225-239, 2007.