

SOFRIMENTO PSICOLÓGICO EM MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER: IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL

**PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN WOMEN UNDERGOING CANCER
TREATMENT: IMPACTS ON MENTAL HEALTH**

Ciências da Saúde • 25/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/787588344](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/787588344)

Eloiza de Sousa Lima¹

Giovani Amado Rivera²

Raquel de Melo Dantas³

Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima⁴

José Mateus Bezerra da Graça⁵

Ana Priscylla Medeiros da Silva⁶

Livya Kelly Medeiros da Silva⁶

Bárbara Dalila dos Santos Texeira⁷

RESUMO

A presente revisão científica analisa os impactos do sofrimento psicológico em mulheres em tratamento de câncer de mama, com ênfase na relação entre ansiedade, depressão, apoio social, espiritualidade e satisfação com o cuidado profissional. Trata-se de um estudo de campo, de abordagem quantitativa, exploratório, descritivo e transversal, realizado com 46 mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento oncológico em um hospital público de referência. Os resultados indicam predominância de mulheres com idade média de 60,76 anos, casadas ou em união estável, com baixa escolaridade, aposentadas e com renda familiar entre um e três salários mínimos. O apoio social apresentou escores elevados, especialmente nas dimensões emocional/informacional, material, afetiva e de interação social positiva. Os achados evidenciam-se que o câncer de mama e seu tratamento produzem importantes repercussões emocionais, sociais e espirituais na vida das mulheres. O apoio social, familiar, espiritual e o cuidado humanizado da equipe de saúde, especialmente da enfermagem, constituem recursos fundamentais para o enfrentamento da doença, redução do sofrimento psicológico e fortalecimento da qualidade de vida.

Palavras-chave: Câncer de mama; Saúde mental; Enfermagem oncológica; Apoio social; Espiritualidade; Qualidade de vida.

ABSTRACT

This study examines the impact of psychological distress on women undergoing treatment for breast cancer, with a particular focus on the relationship among anxiety, depression, social support, spirituality, and satisfaction with professional healthcare. This was a quantitative, exploratory, descriptive, and cross-sectional field study conducted with 46 women diagnosed with breast cancer and

receiving oncological treatment at a public referral hospital. The findings revealed a predominance of participants with a mean age of 60.76 years who were married or living in a stable relationship, had low educational attainment, were retired, and reported a monthly family income ranging from one to three minimum wages. High levels of perceived social support were observed, particularly in the emotional/informational, tangible, affectionate, and positive social interaction dimensions. The results indicate that breast cancer and its treatment have substantial emotional, social, and spiritual repercussions on women's lives. Family, social, and spiritual support, together with patient-centered and humanized healthcare—especially nursing care—play a crucial role in helping women cope with the disease, alleviating psychological distress, and improving their quality of life.

Keywords: Breast cancer; Mental health; Oncology nursing; Social support; Spirituality; Quality of life.

INTRODUÇÃO

No contexto da saúde pública contemporânea, o câncer de mama destaca-se como uma das doenças que mais afetam mulheres em todo o mundo, representando um importante problema de saúde devido às elevadas taxas de incidência, mortalidade e impactos biopsicossociais associados ao adoecimento. Caracterizado pelo crescimento desordenado de células malignas nas mamas, esse tipo de câncer ultrapassa as dimensões estritamente biológicas da doença, alcançando aspectos emocionais, sociais e psicológicos da vida da mulher. No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2024), estima-se a ocorrência de mais de 73 mil novos casos de câncer de mama até 2025, evidenciando a relevância da

temática no cenário da saúde feminina e a necessidade de estratégias assistenciais cada vez mais integradas e humanizadas.

Nesse contexto, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama configuram-se como experiências profundamente marcadas por sofrimento emocional e mudanças significativas na vida das pacientes. Procedimentos como quimioterapia, radioterapia e mastectomia frequentemente provocam alterações na autoimagem, sentimento de insegurança, medo da morte e perda simbólica da feminilidade, fatores que podem desencadear transtornos psicológicos como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Silva; Sousa; Almeida, 2023). Dessa forma, o sofrimento psíquico associado ao câncer de mama não deve ser compreendido apenas como uma consequência secundária da doença, mas como um fenômeno complexo, influenciado por fatores emocionais, físicos e sociais que interferem diretamente na qualidade de vida e no enfrentamento do tratamento oncológico (Guimarães; Brambatti, 2023). A partir dessa perspectiva, observa-se um crescente interesse da literatura científica por abordagens interdisciplinares que integrem o suporte emocional ao cuidado oncológico, especialmente no âmbito da enfermagem, considerando a proximidade do enfermeiro com a paciente ao longo de todas as etapas do tratamento. Estudos de (Lopes *et al.*, 2022) apontam que estratégias como acolhimento, escuta qualificada, apoio psicológico e práticas humanizadas contribuem significativamente para a redução do sofrimento emocional, fortalecimento da adesão terapêutica e promoção do bem-estar das mulheres em tratamento de câncer de mama. Entretanto, apesar dos avanços nas discussões sobre saúde mental no contexto oncológico, ainda existem lacunas na implementação sistematizada dessas práticas nos serviços de saúde, o que evidencia a necessidade de ampliar investigações

sobre a atuação da enfermagem no cuidado emocional às pacientes (Lopes *et al.*, 2022).

Diante disso, o problema de pesquisa que orienta este estudo pode ser sintetizado na seguinte questão: *de que maneira o suporte emocional promovido pela enfermagem pode contribuir para a minimização dos impactos psicológicos do câncer de mama e para a melhoria da qualidade de vida das mulheres em tratamento oncológico?* A investigação dessa problemática possibilita compreender a relevância do cuidado emocional como parte integrante da assistência à mulher com câncer de mama, além de favorecer a identificação de estratégias que fortaleçam uma prática assistencial mais humanizada e integral.

A relevância desta pesquisa fundamenta-se na necessidade de ampliar a compreensão acerca dos impactos psicológicos do câncer de mama e da importância do enfermeiro na promoção da saúde mental das pacientes. Considerando que o processo de adoecimento envolve não apenas alterações físicas, mas também profundas repercussões emocionais e sociais, torna-se essencial desenvolver práticas de cuidado que contemplem a mulher em sua integralidade. Nesse sentido, o estudo apresenta relevância acadêmica, ao contribuir para o aprofundamento das discussões sobre saúde mental e enfermagem oncológica, e relevância social, ao subsidiar estratégias de acolhimento e suporte emocional capazes de promover melhor qualidade de vida às mulheres em tratamento.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar os impactos do sofrimento psicológico em mulheres em tratamento de câncer de mama, com ênfase no papel do enfermeiro na promoção

da saúde mental e na melhoria da qualidade de vida dessas pacientes. Especificamente, busca-se identificar os principais transtornos psíquicos associados ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, compreender como fatores emocionais, físicos e sociais influenciam o enfrentamento da doença e discutir estratégias de cuidado emocional no fazer da enfermagem, como acolhimento, escuta qualificada e práticas humanizadas voltadas ao suporte psicológico da mulher em tratamento oncológico.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa de campo, de abordagem quantitativa, com delineamento exploratório, descritivo e transversal, realizada em um hospital público de referência no tratamento oncológico localizado na cidade de Patos, Paraíba, envolvendo mulheres diagnosticadas com câncer de mama em acompanhamento terapêutico. A amostra foi composta por 46 mulheres, selecionadas por conveniência, conforme critérios de elegibilidade e disponibilidade para participação na pesquisa.

Participaram do estudo mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama, em tratamento há pelo menos três meses na instituição pesquisada. Foram incluídas participantes com idade igual ou superior a 18 anos, em condições físicas e cognitivas adequadas para responder às entrevistas, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas mulheres que apresentavam dificuldades de comunicação e compreensão, aquelas em cuidados paliativos ou que possuíam limitações físicas e emocionais que inviabilizassem a participação no momento da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico e clínico, da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), da escala *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS), versão brasileira, e de instrumento para avaliação da satisfação com o profissional de saúde. A aplicação ocorreu de forma individual, em ambiente reservado na instituição, assegurando privacidade, acolhimento e conforto às participantes.

A coleta ocorreu presencialmente, em horários previamente definidos conforme a disponibilidade das participantes e da instituição. Inicialmente, as mulheres foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos e os aspectos éticos envolvidos no estudo. Após a assinatura do TCLE, as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, respeitando os princípios de humanização, escuta qualificada e sigilo das informações fornecidas.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27. Foram realizadas análises descritivas (médias, desvios-padrão, frequências e percentuais) e inferenciais, incluindo correlação de Pearson, regressão linear simples e análise de variância (ANOVA). Adotou-se nível de significância de 5%.

O estudo atendeu aos princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 510/16 e nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição responsável. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados o anonimato, a confidencialidade

das informações e o direito de desistência da pesquisa em qualquer etapa, sem prejuízo ao tratamento médico realizado.

A pesquisa apresentou risco mínimo, relacionado principalmente ao possível desconforto emocional durante a abordagem de questões sensíveis envolvendo o sofrimento psicológico e as experiências associadas ao câncer de mama. Nesses casos, as participantes foram orientadas a procurar apoio psicológico disponibilizado pela própria instituição hospitalar. Como benefício, o estudo contribuiu para ampliar a compreensão sobre os impactos emocionais do câncer de mama e sobre a importância do suporte emocional oferecido pela enfermagem, subsidiando o desenvolvimento de práticas assistenciais mais humanizadas e integradas à saúde mental das mulheres em tratamento oncológico.

Os procedimentos metodológicos adotados possibilitaram a coleta e a análise sistemática das informações, conferindo maior consistência aos resultados do estudo. A partir dessas etapas, foi possível compreender indicadores de sofrimento psicológico, apoio social, espiritualidade e satisfação com o cuidado profissional entre mulheres em tratamento oncológico.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 46 mulheres em tratamento oncológico, com idade média de 60,76 anos (DP = 13,30), variando entre 18 e 89 anos. A maior parte era casada ou vivia em união estável (63,0%), enquanto 8,7% eram solteiras. Em relação à escolaridade, 52,2% possuíam ensino fundamental e 2,2% pós-graduação.

Quanto à situação ocupacional, 67,4% eram aposentadas e 17,4% estavam empregadas. Em relação ao número de filhos, 50,0% da

amostra tinham três ou mais filhos. A renda familiar concentrou-se entre um e três salários mínimos (47,8%), seguida por até um salário mínimo (37,0%). A maioria residia em área urbana (65,2%) e vivia com a família nuclear (45,7%) ou com o cônjuge/companheiro (34,8%).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra (N = 46)

Variável	Categoria	n	%
Estado civil	Solteira	4	8,7
	Casada/união estável	29	63,0
	Separada/divorciada	6	13,0
	Viúva	7	15,2
Escolaridade	Fundamental	24	52,2
	Médio	12	26,1
	Superior	9	19,6
	Pós-graduação	1	2,2
Situação ocupacional	Empregada	8	17,4
	Autônoma	2	4,3
	Aposentada	31	67,4
	Estudante	1	2,2
	Outra	4	8,7
Número de filhos	Nenhum	3	6,5
	1 filho	6	13,0
	2 filhos	14	30,4

	3 ou mais	23	50,0
Renda familiar	Até 1 salário	17	37,0
	1 a 3 salários	22	47,8
	3 a 5 salários	6	13,0
	Acima de 5 salários	1	2,2
Local de residência	Urbano	30	65,2
	Rural	16	34,8
Com quem mora	Sozinha	6	13,0
	Cônjuge/companheiro	16	34,8
	Família nuclear	21	45,7
	Família extensa	3	6,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Dados clínicos e do tratamento

Quanto ao tempo desde o diagnóstico, 34,8% conviviam com a doença há mais de três anos, enquanto 19,6% haviam sido diagnosticadas há menos de seis meses. Em relação ao estágio da doença, 84,8% das participantes informaram não saber essa informação.

Tabela 2. Tempo desde o diagnóstico e estágio da doença (N = 46)

Variável	Categoria	n	%
Tempo desde o diagnóstico	< 6 meses	9	19,6

	6 a 12 meses	8	17,4
	1 a 3 anos	13	28,3
	> 3 anos	16	34,8
Estágio da doença	Não sei	39	84,8
	II	5	10,9
	III	1	2,2
	IV	1	2,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Tratamentos realizados

A maioria das mulheres havia realizado quimioterapia (91,3%), seguida por radioterapia (60,9%) e cirurgia (56,5%). Além disso, 19,6% receberam imunoterapia ou terapia-alvo, e 4,3% estavam em cuidados paliativos. No momento da coleta, 95,7% estavam com o tratamento em curso. O tempo de deslocamento até o serviço de saúde variou entre menos de 30 minutos (30,4%) e mais de duas horas (17,4%).

Tabela 3. Tratamentos realizados e situação atual (N = 46)

Variável	Categoria	n	%
Cirurgia	Sim	26	56,5
	Não	20	43,5
Quimioterapia	Sim	42	91,3
	Não	4	8,7

Radioterapia	Sim	28	60,9
	Não	18	39,1
Imunoterapia/Terapia alvo	Sim	9	19,6
	Não	37	80,4
Cuidados paliativos	Sim	2	4,3
	Não	44	95,7
Situação atual do tratamento	Em curso	44	95,7
	Em andamento	2	4,3
Tempo de deslocamento	< 30 min	14	30,4
	30–60 min	11	23,9
	1–2 horas	13	28,3
	> 2 horas	8	17,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Religiosidade e espiritualidade

Quanto à religiosidade, 76,1% das participantes eram católicas e 17,4% evangélicas. Entre as participantes, 95,7% se consideravam espiritualizadas. A espiritualidade foi classificada como moderada, alta ou muito alta por 100% da amostra.

A família foi identificada como principal rede de apoio espiritual por 76,1% das participantes, seguida por grupos de oração (21,7%). Todas as participantes (100%) afirmaram aceitar apoio espiritual durante o cuidado em saúde.

Tabela 4. Características de religiosidade e espiritualidade (N = 46)

Variável	Categoria	n	%
Religião/afiliação	Católica	35	76,1
	Evangélica	8	17,4
	Outra	3	6,5
Considera-se espiritualizada	Sim	44	95,7
	Não	2	4,3
Importância da espiritualidade	Moderada	26	56,5
	Alta	9	19,6
	Muito alta	11	23,9
Rede de apoio espiritual	Família	35	76,1
	Grupo de oração	10	21,7
	Comunidade/tem plo	1	2,2
Aceita apoio espiritual	Sim	46	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Apoio Social e Contexto Psicossocial

Quanto ao apoio social percebido, 89,1% das mulheres tinham um cuidador principal familiar. A percepção de apoio familiar foi classificada como moderada por 89,1% das participantes e alta por 10,9%. Em relação ao apoio da equipe de saúde, 84,8% o classificaram como moderado e 15,2% como alto.

Tabela 5. Apoio social e contexto psicossocial (N = 46)

Variável	Categoria	n	%
Cuidador principal	Familiar	41	89,1
	Amigo	3	6,5
	Profissional	2	4,3
Percepção de apoio da família	Moderado	41	89,1
	Alto	5	10,9
Percepção de apoio da equipe de saúde	Moderado	39	84,8
	Alto	7	15,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Experiências relacionadas ao tratamento

A adesão ao tratamento foi considerada moderada por 95,7% da amostra. A principal dificuldade relatada foram os efeitos colaterais (50,0%), seguidos por transporte (17,4%) e questões financeiras (15,2%).

A principal mudança percebida após o diagnóstico ocorreu na rotina (73,9%). Também foram mencionadas mudanças no trabalho, na vida espiritual, nas relações familiares e na saúde mental.

Tabela 6. Experiências relacionadas ao tratamento (N = 46)

Variável	Categoria	n	%
----------	-----------	---	---

Adesão ao tratamento	Moderada	44	95,7
	Alta	2	4,3
Principal dificuldade	Efeitos colaterais	23	50,0
	Transporte	8	17,4
	Financeiras	7	15,2
	Outra	8	17,4
Principal mudança após diagnóstico	Rotina	34	73,9
	Trabalho	4	8,7
	Vida espiritual	2	4,3
	Relações familiares	1	2,2
	Saúde mental	1	2,2
	Outra	4	8,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Dimensões Psicológicas, Psicossociais e de Apoio Avaliadas no Estudo

As variáveis centrais desta pesquisa foram avaliadas por instrumentos padronizados, contemplando ansiedade, depressão, apoio social percebido e satisfação com o profissional de saúde. A Tabela 7 apresenta as estatísticas descritivas das dimensões investigadas.

Os escores médios observados foram: ansiedade (M = 9,28; DP = 2,82), depressão (M

= 9,04; DP = 3,50), apoio emocional/informacional (M = 37,35; DP = 4,37), apoio material/tangível (M = 28,50; DP = 2,50), apoio afetivo (M = 9,37; DP = 1,18), interação social positiva (M = 14,06; DP = 1,91), escore global de apoio social (M = 89,28; DP = 9,42) e satisfação com o profissional de saúde (M = 24,32; DP = 2,12).

Tabela 7. Estatísticas descritivas das dimensões psicológicas, sociais e de satisfação (N = 46)

Dimensão	Média	DP	Mínimo	Máximo
Ansiedade	9,28	2,82	2	18
Depressão	9,04	3,50	2	18
Apoio emocional/informacional	37,35	4,37	19	40
Apoio material (tangível)	28,50	2,50	21	30
Apoio afetivo	9,37	1,18	4	10
Interação social positiva	14,06	1,91	6	15
Escore global de apoio social	89,28	9,42	55	95
Satisfação com o profissional de saúde	24,32	2,12	13	25

Fonte: Dados da pesquisa.

A hipótese 1 buscou verificar se ansiedade e depressão seriam positivamente correlacionadas, considerando que ambas representam dimensões centrais do sofrimento psicológico. Os resultados confirmaram essa relação, revelando uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ($r = 0,650$; $p < 0,001$). Assim, a hipótese 1 foi confirmada.

A hipótese 2 buscou avaliar se maiores níveis de ansiedade estariam associados a menores níveis de apoio social, especialmente nas dimensões afetivas e de interação social. Os resultados mostraram correlações negativas e significativas entre ansiedade e apoio afetivo ($r = -0,318$; $p = 0,032$), bem como entre ansiedade e interação social positiva ($r = -0,303$; $p = 0,042$). Dessa forma, a hipótese 2 foi confirmada.

A hipótese 3 buscou investigar se maiores níveis de depressão estariam associados a menores níveis de apoio social, especialmente no apoio afetivo. Os resultados indicaram correlação negativa significativa entre depressão e apoio afetivo ($r = -0,345$; $p = 0,019$), confirmando que mulheres com menor suporte afetivo tendem a apresentar mais sintomas depressivos. Assim, a hipótese 3 foi confirmada.

A hipótese 4 buscou examinar se maiores níveis de apoio social estariam associados a maior satisfação com o profissional de saúde. Os achados mostraram correlações positivas e significativas entre satisfação profissional e apoio emocional/informacional ($r = 0,311$; $p = 0,037$), apoio material ($r = 0,302$; $p = 0,043$) e escore global de apoio social ($r = 0,303$; $p = 0,042$). Portanto, a hipótese 4 foi confirmada.

A hipótese 5 buscou avaliar se maiores níveis de ansiedade estariam associados a menor satisfação com o profissional de saúde. No entanto, a correlação entre essas variáveis não foi significativa ($r = -0,067$; $p > 0,05$). Assim, a hipótese 5 foi rejeitada.

Por fim, a hipótese 6 buscou verificar se maiores níveis de depressão estariam associados a menor satisfação com o profissional de saúde. Os resultados também não mostraram significância ($r = -0,083$; $p > 0,05$), levando à conclusão de que a hipótese 6 foi rejeitada.

Tabela 8. Matriz de correlação entre ansiedade, depressão, apoio social e satisfação (N = 46)

Variáveis	Ansiedade	Depressão	Apoio Emocional	Apoio Material	Apoio Afetivo
Ansiedade	—	0,650**	-0,247	-0,118	-0,31
Depressão	0,650**	—	-0,166	-0,056	-0,34
Apoio emocional	-0,247	-0,166	—	0,686**	0,886
Apoio material	-0,118	0,056	0,686**	—	0,686

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/sofrimento-psicologico-em-mulheres-em-tratamento-de-cancer-impactos-na-saude-mental?noblockage>

Nota: $p < 0,05$; $p < 0,01$.

A Hipótese 7 buscou verificar se o escore global de apoio social seria um preditor significativo da satisfação com o profissional de saúde,

assumindo que mulheres que percebem maior apoio social tenderiam a avaliar de forma mais positiva o cuidado recebido.

Para testar essa hipótese, foi realizada uma regressão linear simples, tendo como variável dependente a *satisfação com o profissional de saúde* e como variável independente o *escore global de apoio social*. O modelo apresentou ajuste significativo, com coeficiente de determinação $R^2 = 0,383$, indicando que 38,3% da variabilidade na satisfação com o profissional de saúde é explicada pelo apoio social global.

A análise de variância (ANOVA) confirmou que o modelo é estatisticamente significativo ($F = 27,296$; $p < 0,001$), demonstrando que o escore global de apoio social contribui de forma relevante para explicar a satisfação com o profissional. O coeficiente padronizado ($\beta = 0,619$; $p < 0,001$) indica que quanto maior o apoio social percebido, maior a satisfação com o profissional de saúde.

Assim, os resultados demonstram que a Hipótese 7 foi confirmada, evidenciando que o apoio social desempenha papel importante na forma como as mulheres em tratamento oncológico avaliam a atuação da equipe de saúde.

A Hipótese 8 buscou verificar se mulheres que moram com família nuclear apresentam maiores níveis de apoio social global do que aquelas que moram sozinhas. Para isso, foi conduzida uma ANOVA de um fator comparando o escore global de apoio social entre os diferentes arranjos domiciliares.

Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F = 4,868$; $p = 0,005$), demonstrando que o tipo de convivência influencia diretamente a percepção de apoio social. As

mulheres que moravam sozinhas apresentaram o menor nível de apoio social ($M = 77,33$; $DP = 15,83$), enquanto aquelas que residiam com família nuclear (pais e filhos) apresentaram um dos maiores níveis ($M = 91,43$; $DP = 7,39$). Valores semelhantes foram observados entre mulheres que moravam com cônjuge/companheiro ($M = 91,31$; $DP = 5,27$), reforçando que a presença de familiares próximos está associada a maior suporte percebido.

Esses achados confirmam a Hipótese 8, indicando que viver acompanhada — especialmente em arranjos familiares nucleares — está associado a níveis significativamente mais elevados de apoio social global, enquanto morar sozinha representa um fator de vulnerabilidade social no contexto do tratamento oncológico.

Tabela 9. Escore Global de Apoio Social segundo com quem a participante mora ($N = 46$)

	Sozinha	Família Nuclear	Família extensa		
	Cônjuge companh eiro				
	M (DP) M (DP)	M (DP)	M (DP)	F	p
Apoio Social	77,33 (15,83) 91,31 (5,27)	91,43 (7,39)	87,33 (10,02)	4,868	0,00

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/sofrimento-psicologico-em-mulheres-em-tratamento-de-cancer-impactos-na-saude-mental?noblockage>

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que as mulheres em tratamento oncológico apresentaram importantes demandas emocionais, sociais e espirituais, reforçando a complexidade do cuidado em oncologia. Observou-se predominância de mulheres idosas, casadas e com baixa escolaridade e renda, perfil semelhante ao encontrado em pesquisas nacionais sobre câncer de mama e vulnerabilidade social. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, o câncer de mama permanece como uma das neoplasias mais incidentes entre mulheres brasileiras, afetando especialmente populações em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica.

A predominância de mulheres aposentadas e com baixa escolaridade pode influenciar diretamente o acesso à informação em saúde, aspecto observado no presente estudo pelo elevado percentual de participantes que desconheciam o estágio da doença. Esse achado corrobora Martins *et al.* (2021), ao destacarem que falhas na educação em saúde comprometem a compreensão do tratamento e dificultam a autonomia da paciente durante o processo terapêutico. Nesse contexto, o enfermeiro assume papel essencial como mediador das informações e articulador do cuidado interdisciplinar, promovendo acolhimento e orientação adequada às necessidades individuais (Lima; Soares, 2020).

Os dados relacionados ao sofrimento psicológico revelaram níveis moderados de ansiedade e depressão, confirmando que o adoecimento oncológico repercute significativamente na saúde mental das mulheres. Estudos de Lopes *et al.* (2022) e Silva, Sousa e Almeida (2023) demonstram que o diagnóstico de câncer de mama frequentemente desencadeia sentimentos de medo, insegurança,

tristeza e incerteza quanto ao futuro, fatores que favorecem sintomas ansiosos e depressivos. De forma semelhante, Santos e Oliveira (2022) apontam que as alterações físicas e emocionais decorrentes do tratamento impactam diretamente a autoestima e o equilíbrio emocional das pacientes.

A forte correlação positiva entre ansiedade e depressão encontrada neste estudo reforça que essas dimensões psicológicas tendem a coexistir em mulheres em tratamento oncológico. Tal resultado também foi identificado por Sousa e Santos (2022), que descrevem o câncer como um evento potencialmente traumático, capaz de gerar sofrimento psíquico persistente ao longo do tratamento. Além disso, Guimarães e Brambatti (2023) ressaltam que procedimentos invasivos, como a mastectomia, podem intensificar sentimentos de perda, fragilidade e alterações na identidade feminina.

Outro aspecto relevante refere-se ao apoio social percebido. As participantes apresentaram elevados escores de apoio emocional, afetivo e interação social positiva, indicando que as redes de suporte exercem papel fundamental no enfrentamento da doença. Esses resultados corroboram Almeida e Souza (2023) e Freitas e Silva (2021), que destacam o apoio emocional familiar como importante fator de proteção psicológica e promoção da qualidade de vida durante o tratamento oncológico.

As correlações negativas entre ansiedade e apoio afetivo, bem como entre depressão e apoio afetivo, demonstram que mulheres com menor suporte emocional tendem a apresentar maiores níveis de sofrimento psicológico. Tais achados estão em consonância com Lopes, Martins e Santos (2022), que evidenciam que o suporte emocional favorece sentimentos de segurança, esperança e

fortalecimento emocional diante do adoecimento. Da mesma forma, Oliveira *et al.* (2022) ressaltam que pacientes que percebem maior acolhimento familiar e social apresentam melhor adaptação ao tratamento e menor sofrimento emocional.

No presente estudo, a família foi identificada como principal rede de apoio espiritual e cuidador principal da maioria das participantes. Esse dado reforça a importância da convivência familiar no processo terapêutico, especialmente considerando que mulheres que moravam sozinhas apresentaram menores níveis de apoio social global. Tal resultado confirma os achados de Silva *et al.* (2020), os quais demonstram que a vulnerabilidade social e o isolamento podem comprometer o enfrentamento da doença e dificultar o acesso ao cuidado integral.

A espiritualidade também se mostrou fortemente presente entre as participantes, sendo considerada importante ou muito importante pela totalidade da amostra. Esses resultados corroboram estudos que apontam a espiritualidade como estratégia de enfrentamento frequentemente utilizada por mulheres com câncer, proporcionando esperança, conforto emocional e fortalecimento psicológico diante das adversidades do tratamento (Santos *et al.*, 2023). Além disso, a aceitação universal do apoio espiritual evidencia a necessidade de inclusão dessa dimensão no cuidado integral e humanizado em saúde.

Em relação à satisfação com os profissionais de saúde, observou-se avaliação positiva por parte das participantes. Contudo, a associação significativa entre apoio social e satisfação profissional sugere que o cuidado em saúde é percebido de maneira mais favorável quando a mulher dispõe de suporte emocional e social consistente. Esse

resultado reforça princípios presentes na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, que enfatiza a importância do acolhimento, da escuta qualificada e do cuidado centrado na pessoa.

A regressão linear evidenciou que o apoio social global foi um importante preditor da satisfação com o profissional de saúde, explicando parcela significativa da variabilidade dessa percepção. Tal achado confirma que o suporte social exerce influência direta na experiência do cuidado e fortalece a necessidade de práticas assistenciais integradas e humanizadas. Conforme Lopes (2021), o cuidado centrado na pessoa depende não apenas da competência técnica, mas também da construção de vínculos, empatia e valorização das dimensões subjetivas do adoecimento.

Os resultados também evidenciam a necessidade de fortalecimento das ações em saúde mental na oncologia. Andrade e Barreto (2021) ressaltam que muitos profissionais ainda apresentam dificuldades na identificação do sofrimento emocional de pacientes oncológicos, o que pode comprometer intervenções precoces e estratégias de cuidado integral. Nesse sentido, Oliveira e Batista (2021) e Nascimento *et al.* (2023) defendem maior investimento na formação em saúde mental durante a graduação e na educação permanente das equipes multiprofissionais.

Além disso, os efeitos colaterais, as dificuldades financeiras e o tempo de deslocamento até os serviços de saúde foram apontados como importantes obstáculos durante o tratamento. Esses fatores refletem desigualdades sociais e estruturais que impactam diretamente a adesão terapêutica e a qualidade de vida das pacientes, conforme discutido por Costa *et al.* (2022) e Silva *et al.*

(2020). Assim, torna-se indispensável ampliar estratégias de suporte social, psicológico e assistencial para minimizar os impactos do tratamento oncológico.

Diante desses achados, destaca-se a importância da atuação interdisciplinar no cuidado às mulheres em tratamento oncológico. A integração entre enfermagem, psicologia, serviço social e demais profissionais da saúde favorece abordagens mais humanizadas e capazes de atender às múltiplas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais das pacientes, conforme defendem Taveira, Oliveira e Pereira (2022) e Costa *et al.* (2022).

Por fim, os resultados deste estudo reforçam que o enfrentamento do câncer ultrapassa os aspectos biológicos da doença, envolvendo dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam diretamente a experiência do tratamento. Assim, o fortalecimento das redes de apoio, da humanização da assistência e das estratégias de acolhimento psicológico mostra-se essencial para a promoção da saúde mental e a melhoria da qualidade de vida de mulheres em tratamento oncológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu compreender que o tratamento oncológico produz impactos significativos na saúde emocional, social e psicossocial das mulheres, evidenciando que o enfrentamento do câncer ultrapassa os aspectos físicos da doença. Os resultados demonstraram níveis moderados de ansiedade e depressão, associados às mudanças na rotina, aos efeitos colaterais do tratamento e às dificuldades enfrentadas durante o processo terapêutico. Além disso, observou-se que fatores como baixa renda,

baixa escolaridade, dificuldades de deslocamento e vulnerabilidade social podem influenciar negativamente a experiência do tratamento e a qualidade de vida dessas mulheres.

Os achados também evidenciaram a importância do apoio social, familiar e espiritual no enfrentamento do adoecimento. Mulheres com maiores níveis de apoio afetivo e interação social positiva apresentaram menores níveis de sofrimento psicológico, reforçando o papel das redes de suporte emocional na redução da ansiedade e da depressão. A espiritualidade mostrou-se fortemente presente entre as participantes, sendo considerada importante ou muito importante pela maioria da amostra. Além disso, o apoio social global esteve associado à maior satisfação com os profissionais de saúde, demonstrando que relações interpessoais acolhedoras e suporte emocional adequado contribuem para uma percepção mais positiva do cuidado recebido.

Dessa forma, conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados, ao possibilitar a análise das relações entre sofrimento psicológico, apoio social, espiritualidade e satisfação com o cuidado profissional em mulheres em tratamento oncológico. Destaca-se a importância da atuação da enfermagem e da equipe multiprofissional no desenvolvimento de práticas humanizadas, centradas na escuta qualificada, no acolhimento emocional e no cuidado integral. Sugere-se que estudos futuros investiguem intervenções voltadas ao fortalecimento do apoio emocional, espiritual e psicossocial durante o tratamento oncológico, bem como avaliem estratégias de humanização da assistência e acompanhamento longitudinal da saúde mental dessas mulheres em diferentes fases do tratamento. Além disso, recomenda-se a realização de pesquisas com amostras maiores e em diferentes

contextos institucionais e sociais, a fim de ampliar a compreensão sobre os fatores que influenciam o sofrimento psicológico, a percepção de apoio social e a satisfação com o cuidado em oncologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. R.; SOUZA, N. M. A vivência do câncer de mama e o papel do apoio emocional no enfrentamento da doença. **Revista Brasileira de Enfermagem Oncológica**, v. 18, n. 2, p. 45–52, 2023.

Disponível em:

[https://www.scielo.br/j/rlae/a/LTncTVX4v6knbtMfJGJ7Znf/?](https://www.scielo.br/j/rlae/a/LTncTVX4v6knbtMfJGJ7Znf/?format=pdf&lang=pt)

[format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/rlae/a/LTncTVX4v6knbtMfJGJ7Znf/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 9 abr. 2025.

ANDRADE, M. L.; BARRETO, A. C. A atuação da enfermagem frente ao sofrimento emocional em mulheres com câncer de mama.

Revista Brasileira de Enfermagem Oncológica, v. 10, n. 1, p. 58–65, 2021. Disponível em:

<https://www1.urisantiago.br/multicienciaonline/adm/upload/>. Acesso

em: 9 abr. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

Disponível em: [https://madmunifacs.wordpress.com/wp-](https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/-laurence-bardin.pdf)

[content/uploads/2016/08/-laurence-bardin.pdf](https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/-laurence-bardin.pdf). Acesso em: 9

abril.2025.

BARRETO, J. T. et al. Cuidado integral e saúde mental em oncologia: um olhar para além da doença. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, v. 12, n. 3, p. 101–110, 2023. Disponível em:

<https://downloads.editoracientifica.com.br/books.pdf>. Acesso em: 9

abril.2025.

BARRETO, J. T. et al. Cuidado integral e saúde mental em oncologia: um olhar para além da doença. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, v. 12, n. 3, p. 101-110, 2023. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/books.pdf>. Acesso em: 9 abri.2025.

BARROS, J. P.; SILVA, M. A.; FERREIRA, T. R. Suporte psicológico no tratamento oncológico: a atuação da enfermagem na promoção do bem-estar emocional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 215-229, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/?lang=pt>. Acesso em: 9 abri 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf-br/atos>. Acesso em: 9 abr. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama: documento de referência para o controle do câncer de mama**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/controlebrasil-bamerospd-br/atos>. Acesso em 10 abri. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/hospitais-universitarios/regiao-sudestepolitica-nacional-de-humanizacao-2>. Acesso em: 10 abri 2025.

COSTA, B. R. et al. Condições de trabalho e humanização da assistência em enfermagem oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 3, p. e20210284, 2022. Disponível em: <https://www.grupounibra.com/repositorio/ENFMA/2022/assistencia-de-enfermagem-humanizada-na-oncologia.pdf>. Acesso em: 10 abril 2025.

COSTA, P. S. et al. Abordagem interdisciplinar em oncologia: desafios e possibilidades no cuidado integral. **Revista de Saúde Coletiva e Humanização**, v. 4, n. 2, p. 78–86, 2022. Disponível em: <https://books.google.com.br/Abordagem> interdisciplinar em oncologia: desafios e possibilidades no cuidado integral. Acesso em: 10 abril 2025

¹ Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7594-8416>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Docente do Curso Superior do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7773-3543>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Docente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1887-705X>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Docente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002->

0401-2987. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Docente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6408-2829>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Docente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6217-7800>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Docente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5835-9185>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)