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

ELOIZA DE SOUSA LIMA

ORIENTADOR: GIOVANI AMADO RIVERA

PATOS – PB

2026.1

ELOIZA DE SOUSA LIMA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário de Patos – UNIFIP, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Giovani Amado Rivera

PATOS – PB

2026

ELOIZA DE SOUSA LIMA

SOFRIMENTO PSICOLOGICO EM MULHERES EM TRATAMENTOS DE CANCÊR

Artigo científico apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário de Patos – UNIFIP, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. **Orientador**: Prof. Me. Giovani Amado Rivera.

Aprovado em 26 de 05 de 2026.

BANCA EXAMINADORA:

Examinador 1 Prof. Me. Giovani Amado Rivera (Examinador interno) Centro Universitário de Patos – UNIFIP

Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima

Examinador 2 Prof. Me Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima (Examinador interno) Centro Universitário de Patos – UNIFIP

José Mateus Bezerra da Graça

Examinador 3 Prof. José Mateus Bezerra da Graça (Examinador interno) Centro Universitário de Patos – UNIFIP

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Lima, Eloiza de Sousa.
L732s Sofrimento psicológico em mulheres em tratamento de câncer: impactos na saúde mental: sofrimento psicológico em mulheres em tratamento de câncer: impactos na saúde mental / Eloiza de Sousa Lima. – Patos – PB: UNIFIP, 2026.
37 f.

Orientador: Prof. Me. Giovani Amado Rivera.
Artigo (Graduação) – Bacharelado em Enfermagem – Centro Universitário de Patos – UNIFIP.

1. Câncer de mama. 2. Saúde mental. 3. Enfermagem oncológica. 4. Apoio social. 5. Espiritualidade. 6. Qualidade de vida. I. Rivera, Giovani Amado. II. Título.

UNIFIP/BC CDU: 616-083
Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

Dedico este trabalho a Deus, por ser minha força e guia em todos os momentos. À toda minha família, em especial aos meus pais, que fizeram o possível e o impossível para que esse sonho fosse realizado, por serem meu porto seguro e minha base em tudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, toda honra e gratidão, por ter sido meu sustento e guia ao longo desses cinco anos de caminhada. Em cada desafio, dificuldade, medo e conquista, senti Sua presença me fortalecendo e mostrando que eu nunca estive sozinha. Foi a fé que me manteve firme até aqui.

Também agradeço pela graça da vida e da cura. A Enfermagem nasceu em mim através da admiração profunda que criei pela enfermeira que cuidou de mim durante cinco anos de tratamento contra o câncer. Mais do que uma profissional, ela foi amiga, companheira e luz nos momentos mais difíceis da minha vida. Sua dedicação, cuidado e humanidade despertaram em mim o desejo de seguir essa profissão tão linda e transformadora. Hoje, com a graça de Deus, posso dizer que alcancei a cura e também realizei o sonho de me tornar enfermeira, carregando comigo a missão de cuidar de pessoas da mesma forma acolhedora que um dia cuidaram de mim.

À minha família, meu agradecimento mais profundo, porque esta conquista nunca foi somente minha. Em especial ao meu pai, que foi meu maior apoio financeiro e nunca mediu esforços para que eu pudesse continuar meus estudos e realizar esse sonho. À minha mãe, por todo amor colocado nos detalhes mais simples e mais importantes da minha rotina: pelas roupas sempre limpas, pelas refeições preparadas com tanto cuidado e pelas incontáveis noites acordada esperando minha mensagem dizendo que eu havia chegado em paz. Seu amor esteve presente em cada passo dessa trajetória.

Ao meu irmão, que jamais hesitou em me levar e buscar sempre que necessário, enfrentando longas distâncias e estradas, já que moramos a mais de 100 km de Patos, no sítio. Sua ajuda e dedicação fizeram toda diferença nessa caminhada.

À minha prima Eduarda e ao meu tio Juradir, que tantas vezes me ajudaram para que eu pudesse pegar o ônibus e seguir minha rotina acadêmica. À minha tia Neinha, por todo cuidado, acolhimento e carinho comigo durante essa jornada. Ao meu primo Felipe, que também foi um grande apoio em diversos momentos.

Às minhas amigas Vanessa, Wellen, Hyasmin e Querzia, que estiveram ao meu lado em Patos e transformaram a saudade de casa em acolhimento. Vocês se tornaram minha segunda família, compartilharam comigo medos, alegrias, noites cansativas, inseguranças e sonhos. Levo cada momento vivido com muito carinho no coração.

Ao meu namorado, que esteve ao meu lado especialmente nessa reta final do curso, sendo meu apoio nos dias mais difíceis do estágio, nas inseguranças sobre o futuro e nos momentos em que pensei não conseguir. Obrigada por me acalmar, me ouvir e me lembrar da minha força quando eu mesma esquecia.

E, por fim, ao meu orientador Giovani, por toda paciência, dedicação e apoio durante a construção deste trabalho. Além de um excelente professor, foi também um amigo e um grande ouvinte. Tenho enorme carinho e admiração por sua forma humana de ensinar e acolher.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte dessa trajetória, meu mais sincero obrigada. Essa conquista carrega um pouco de cada um de vocês.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (N = 46).....16
Tabela 2 – Tempo desde o diagnóstico e estágio da doença (N = 46).....17
Tabela 3 – Tratamentos realizados e situação atual (N = 46).....17
Tabela 4 – Características de religiosidade e espiritualidade (N = 46).....18
Tabela 5 – Apoio social e contexto psicossocial (N = 46).....18
Tabela 6 – Experiências relacionadas ao tratamento (N = 46).....19
Tabela 7 – Estatísticas descritivas das dimensões psicológicas, sociais e de satisfação (N = 46).....20
Tabela 8 – Matriz de correlação entre ansiedade, depressão, apoio social e satisfação (N = 46).....21

Tabela 9 – Escore Global de Apoio Social segundo com quem a participante mora (N = 46).....22

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA – Análise de Variância

DP – Desvio-Padrão

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

INCA – Instituto Nacional de Câncer

MOS-SSS – Medical Outcomes Study Social Support Survey

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

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

Eloiza de Sousa Lima [1]
Giovani Amado Rivera [2]

RESUMO

Objetivo: Analisar 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. **Método:** Tratou-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. A coleta de dados ocorreu 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. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, incluindo correlações, regressão linear simples e análise de variância. **Resultados:** Observou-se 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. A maioria encontrava-se em tratamento oncológico em curso, principalmente por quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Foram identificados níveis moderados de ansiedade e depressão, com correlação positiva forte e significativa entre essas variáveis, indicando coexistência do sofrimento psicológico. O apoio social apresentou escores elevados, especialmente nas dimensões emocional/informacional, material, afetiva e de interação social positiva. Verificou-se que maiores níveis de apoio afetivo e interação social positiva estiveram associados a menores níveis de ansiedade e depressão. O apoio social global também se mostrou positivamente associado à satisfação com o profissional de saúde, sendo preditor significativo dessa satisfação. Além disso, mulheres que moravam sozinhas apresentaram menor apoio social global quando comparadas àquelas que residiam com cônjuge ou família nuclear. A espiritualidade mostrou-se fortemente presente entre as participantes, sendo aceita por todas como forma de apoio durante o cuidado em saúde. **Considerações finais:** Os achados evidenciam 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. Destaca-se a necessidade de ampliar práticas assistenciais integradas, com ênfase na escuta qualificada, no acolhimento emocional, na educação em saúde e no fortalecimento das redes de apoio às mulheres em tratamento oncológico.

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

Artigo apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Paraíba, Brasil.

[1] Discente Concluinte em Enfermagem pelo Centro Universitário de Patos, Paraíba, Brasil. E-mail:

[2] Psicólogo. Mestre. Docente do curso de bacharelado em enfermagem do Centro Universitário de Patos, Paraíba, Brasil. Email: giovanirivera@fiponline.edu.br

ABSTRACT

Objective: To analyze the impacts of psychological distress in women undergoing breast cancer treatment, with emphasis on the relationship between anxiety, depression, social support, spirituality, and satisfaction with professional care. **Method:** This was a field study with a quantitative, exploratory, descriptive, and cross-sectional approach, conducted with 46 women diagnosed with breast cancer undergoing oncological treatment at a public referral hospital. Data collection was carried out through a sociodemographic and clinical questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Brazilian version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS), and an instrument to assess satisfaction with healthcare professionals. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including correlations, simple linear regression, and analysis of variance. **Results:** There was a predominance of women with a mean age of 60.76 years, married or in a stable relationship, with low educational levels, retired, and with family income between one and three minimum wages. Most participants were undergoing ongoing oncological treatment, mainly chemotherapy, radiotherapy, and surgery. Moderate levels of anxiety and depression were identified, with a strong and significant positive correlation between these variables, indicating the coexistence of psychological distress. Social support showed high scores, especially in the emotional/informational, material, affective, and positive social interaction dimensions. Higher levels of affective support and positive social interaction were associated with lower levels of anxiety and depression. Overall social support was also positively associated with satisfaction with healthcare professionals and was a significant predictor of such satisfaction. In addition, women living alone presented lower overall social support when compared to those living with a spouse or nuclear family. Spirituality was strongly present among participants and was accepted by all as a form of support during healthcare. **Final Considerations:** The findings demonstrate that breast cancer and its treatment produce important emotional, social, and spiritual repercussions in women's lives. Social, family, and spiritual support, as well as humanized care provided by the healthcare team, especially nursing professionals, constitute essential resources for coping with the disease, reducing psychological distress, and strengthening quality of life. The need to expand integrated care practices is highlighted, with emphasis on qualified listening, emotional support, health education, and strengthening support networks for women undergoing oncological treatment.

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/templo	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

Variável	Categoria	n	%
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	Interação Social	Apoio Global	Satisfação Profissional
Ansiedade	—	*0,650***	–0,247	–0,118	*–0,318*	*–0,303*	–0,260	–0,067
Depressão	*0,650***	—	–0,166	–0,056	*–0,345*	–0,259	–0,228	–0,083
Apoio emocional	–0,247	–0,166	—	*0,686***	*0,886***	*0,850***	*0,973***	*0,311*
Apoio material	–0,118	–0,056	*0,686***	—	*0,686***	*0,686***	*0,829***	*0,302*
Apoio afetivo	*–0,318*	*–0,345*	*0,886***	*0,686***	—	*0,786***	*0,885***	0,227
Interação social	*–0,303*	–0,259	*0,850***	*0,686***	*0,786***	—	*0,888***	0,259
Apoio global	–0,260	–0,228	*0,973***	*0,829***	*0,885***	*0,888***	—	*0,303*
Satisfação profissional	–0,067	–0,083	*0,311*	*0,302*	0,227	0,259	*0,303*	—

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	**Cônjuge companheiro**	**Família Nuclear**	**Família extensa**		
	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	0,005

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

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.

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.

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

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.

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.

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.

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. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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.

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.

FREITAS, M. A; SILVA, F. R. O papel do suporte emocional na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, p. e20200654, 2021.

GUIMARÃES, A. C.; BRAMBATTI, C. Repercussões psíquicas da mastectomia em mulheres com câncer de mama: revisão integrativa. **Revista de Saúde e Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 23–30, 2023.

GUIMARÃES, L. R.; BRAMBATTI, L. C. Impacto emocional do câncer de mama em mulheres: desafios e estratégias de enfrentamento. **Jornal de Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 58-73, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2024: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: https://www.inca.gov.br. Acesso em: 01 abr. 2025.

LIMA, A. F. et al. Alterações na imagem corporal e autoestima de mulheres com câncer de mama. **Revista Psicologia & Saúde**, v. 13, n. 4, p. 78–87, 2021.

LIMA, D. M.; SOARES, F. L. O enfermeiro como articulador do cuidado interdisciplinar no tratamento oncológico. **Revista de Saúde e Desenvolvimento**, v. 16, n. 2, p. 59–67, 2020.

LOPES, C. M. Cuidado centrado na pessoa e práticas colaborativas: caminhos para a humanização da saúde. **Revista Humanidades e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15–24, 2021.

LOPES, M. G. et al. Transtornos emocionais em mulheres com câncer de mama: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Psicologia da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 215–225, 2022.

LOPES, R. T.; MARTINS, P. F.; SANTOS, A. B. A influência do suporte emocional no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista de Oncologia Clínica**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 112-127, 2022.

MARTINS, C. S. et al. Educação em saúde na oncologia: o papel do enfermeiro na orientação da paciente com câncer de mama. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 34–41, 2021.

NASCIMENTO, J. P. et al. Formação em saúde mental na graduação em enfermagem: lacunas e perspectivas. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 14, n. 2, p. 87–94, 2023.

OLIVEIRA, A. C. et al. A atuação do enfermeiro no apoio emocional de pacientes com câncer: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, p. e-092257, 2022.

OLIVEIRA, A. P. de et al. Enfrentamento do câncer de mama e suporte emocional: perspectivas de mulheres em tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 3, p. e-102324, 2022.

OLIVEIRA, C. P.; BATISTA, L. M. O papel do enfermeiro na identificação do sofrimento emocional em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Enfermagem Oncológica**, v. 9, n. 2, p. 41–48, 2021.

SANTOS, F. R.; OLIVEIRA, B. M. Impactos emocionais do diagnóstico de câncer de mama: um olhar da enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 12, e4496, 2022.

SANTOS, L. A. et al. Práticas integrativas no cuidado a mulheres com câncer: a construção da integralidade na atenção básica. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 21, n. 1, p. 94–102, 2023.

SILVA, C. R.; SOUSA, F. M.; ALMEIDA, T. S. Transtornos emocionais em mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa. **Saúde Mental & Oncologia**, Recife, v. 8, n. 3, p. 97-115, 2023.

SILVA, L. P.; AMARAL, J. C. Suporte emocional na atenção oncológica: o papel da equipe multidisciplinar. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 68–75, 2020.

SILVA, R. P. et al. Vulnerabilidade social e acesso ao cuidado oncológico: um olhar interdisciplinar. **Revista de Saúde Pública e Cidadania**, v. 18, n. 3, p. 201–209, 2020.

SOUSA, A. R.; ARAÚJO, M. L. O cuidado emocional na prática da enfermagem oncológica: percepções e estratégias. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, p. e4523, 2021.

SOUSA, C. L. de; SANTOS, M. C. R. dos. Impactos psicológicos do diagnóstico de câncer de mama: revisão integrativa. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 14, n. 1, p. 44-53, 2022.

TAVEIRA, G. F.; OLIVEIRA, D. S.; PEREIRA, J. C. Abordagens interdisciplinares no cuidado psicológico de pacientes oncológicas: a atuação da enfermagem. **Ciências da Saúde em Revista**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 200-218, 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: Sofrimento Psicológico em Mulheres em Tratamento de Câncer: Impactos na Saúde Mental

Pesquisadores Responsáveis: Eloiza de Sousa Lima

Informações sobre a pesquisa:

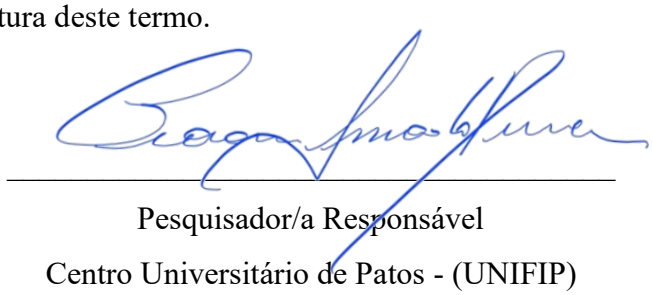
Você está sendo convidado/a para participar de um estudo, cujo título é: Sofrimento Psicológico em Mulheres em Tratamento de Câncer: Impactos na Saúde Mental, tendo como objetivo Analisar como as estratégias de suporte emocional podem minimizar os impactos psicológicos do câncer de mama e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres em tratamento. Para conseguirmos realizar o estudo, será necessária a sua participação em entrevistas semiestruturadas, que serão conduzidas de forma individual e presencial, em ambiente reservado dentro do hospital. As entrevistas terão como objetivo compreender as suas experiências emocionais durante o tratamento do câncer de mama, bem como a sua percepção sobre o suporte emocional recebido. As perguntas abordarão aspectos relacionados aos sentimentos após o diagnóstico, estratégias de enfrentamento adotadas e fontes de apoio emocional.

A participação será voluntária e todas as informações fornecidas serão tratadas com sigilo e confidencialidade. Diante do ponto de vista social e institucional, esta pesquisa servirá para ampliar a compreensão sobre as necessidades emocionais das mulheres em tratamento de câncer de mama, contribuindo para a promoção de práticas assistenciais mais humanizadas e integradas. Espera-se que os resultados subsidiem a formulação de estratégias de acolhimento e suporte emocional mais eficazes, fortalecendo as políticas públicas de saúde e aprimorando a qualidade do atendimento oferecido nos serviços oncológicos. Além disso, a pesquisa poderá sensibilizar profissionais e gestores de saúde sobre a importância do cuidado integral, que valorize não apenas os aspectos físicos, mas também as dimensões psicológicas e sociais do processo de adoecimento.

Quanto aos riscos de participação nesta pesquisa, destacamos que os principais riscos são de natureza emocional, relacionados à possibilidade de desconforto ao abordar temas sensíveis, como o sofrimento psicológico e as experiências vividas durante o tratamento do câncer de mama. Esses riscos são classificados como mínimos a pequenos, uma vez que não envolvem procedimentos invasivos ou que possam comprometer a integridade física das participantes. Para atenuar, evitar e reverter tais riscos, as entrevistas serão conduzidas em ambiente reservado, garantindo conforto, privacidade e acolhimento. Além disso, será disponibilizado suporte psicológico às participantes que manifestarem necessidade de acompanhamento após a realização das entrevistas, assegurando o cuidado com sua integridade emocional e mental. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, sendo garantidos o absoluto sigilo e a confidencialidade das informações repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

O estudo proposto terá como benefícios a contribuição para o avanço do conhecimento científico sobre os aspectos emocionais do câncer de mama, promovendo a melhoria das práticas assistenciais e incentivando a implementação de estratégias de suporte emocional que favoreçam a qualidade de vida das mulheres em tratamento.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizações que não considere convenientes e, até mesmo, abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, em seu Capítulo IV, inciso IV.I. Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Centro Universitário de Patos/UNIFIP (Rua Horácio Nóbrega s/n, Bairro Belo Horizonte, Patos – PB, 58.7004-200), através do telefone: 0.xx.83.3471.7300 – ramal 266 ou pelo e-mail cep@fiponline.edu.br. Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com a assinatura deste termo.



Pesquisador/a Responsável

Centro Universitário de Patos - (UNIFIP)
Telefone: (83) 99653-5200
E-mail: giovanirivera@fiponline.edu.br

Contato com o/a Pesquisador/a responsável:

UNIFIP - Rua Horácio Nóbrega, Nº 0, Belo Horizonte, Patos – PB, CEP 58704-000,
Telefone para contato: (83) 3421-7300 ou (83) 3421-8100 (Contatos Institucionais)
Email:

Eu, _____, portador do RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei, de acordo com a com as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, Capítulo IV, Inciso IV.I, todos os meus direitos abaixo relacionados:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento, se assim o desejar, bem como ter assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.
- A segurança de que não serei identificado/a, mantendo o caráter oficial da informação, assim como, será assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.
- Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa, caso venha a ocorrer, nos termos da lei, e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.
- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.
- A garantia de que todas e quaisquer responsabilidades, nas diferentes fases da pesquisa, são dos pesquisadores, bem como fica assegurado que poderá haver exposição dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
- A garantia de que todo material resultante será utilizado exclusivamente para construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a qualquer momento. Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos, Paraíba, _____ de _____ de_____.

_____
Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B – TERMOS DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Título do Projeto: Sofrimento Psicológico em Mulheres em Tratamento de Câncer: Impactos na Saúde Mental

Pesquisador Responsável: Eloiza de Sousa Lima

Instituição: Centro Universitário de Patos - UNIFIP

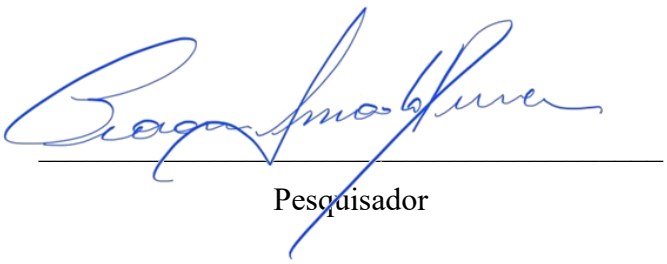
Telefone para Contato: (83) 998585012

Local da Coleta de Dados:
Hospital Oncológico de Patos - PB

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientador(a) da pesquisa, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas das Resoluções nº 466/2012, 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/MS e seus complementares, outorgada pelo Decreto 12 de dezembro de 2012, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco anos) após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Centro Universitário de Patos - UNIFIP), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), um relatório sobre o andamento da pesquisa.

Patos - PB, ____ de _____ de _____.



_____

Pesquisador

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), AUTORIZO Elaine de Souza Lima, assistente de enfermagem, para a realização do Projeto de Pesquisa SOFRIMENTO PSICOLÓGICO EM MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER: IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL que tem por objetivo primário investigar a relação entre o estresse emocional e o estigma de enfrentamento utilizados por pacientes oncológicos.

O pesquisador acima qualificado se compromete a:

1. Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

2. Obedecer as disposições éticas de proteger os participantes de pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de danos.

3. Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais a(s) contactar diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando desse modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 510/2016 e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20. Patos – PB, 13 de janeiro de 2025.

4. Este projeto irá respeitar a resolução 580/2018

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA
Autorizo Direção Assistencial
Pesquisa Humanos
[assinatura ilegível]

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____

2. Estado civil:

( ) Solteira
( ) Casada / União estável / relacionamento
( ) Separada / Divorciada
( ) Viúva

3. Escolaridade:

( ) Ensino Fundamental
( ) Ensino Médio
( ) Ensino Superior
( ) Pós-graduação

4. Situação ocupacional:

( ) Empregada
( ) Autônoma
( ) Desempregada
( ) Aposentada
( ) Estudante
( ) Outro: _____

5. Número de filhos/dependentes:

( ) Nenhum
( ) 1
( ) 2
( ) 3 ou mais

6. Renda familiar mensal:

( ) Sem renda
( ) Até 1 salário mínimo
( ) 1 a 3 salários mínimos
( ) 3 a 5 salários mínimos
( ) Acima de 5 salários mínimos

7. Local de residência:

( ) Urbano
( ) Rural

8. Com quem mora:

( ) Sozinha
( ) Cônjuge/companheiro
( ) Família nuclear
( ) Família extensa
( ) Amigos
( ) Outro: _____

DADOS CLÍNICOS E TRATAMENTO

9. Tempo desde o diagnóstico:

( ) Menos de 6 meses
( ) 6 a 12 meses
( ) 1 a 3 anos
( ) Mais de 3 anos

10. Estágio da doença:

( ) Não sei
( ) I
( ) II
( ) III
( ) IV

11. Tratamentos realizados:

- Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não
- Quimioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Radioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Imunoterapia / terapia alvo: ( ) Sim ( ) Não
- Cuidados paliativos: ( ) Sim ( ) Não

12. Situação atual do tratamento:

( ) Em curso
( ) Concluído
( ) Em acompanhamento
( ) Em pausa

13. Tempo de deslocamento até o serviço de saúde:

( ) Menos de 30 minutos
( ) 30 a 60 minutos
( ) 1 a 2 horas
( ) Mais de 2 horas

RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

14. Religião/afiliação:

( ) Católica
( ) Evangélica
( ) Espírita
( ) Umbanda/Candomblé
( ) Sem religião
( ) Outra: _____

15. Caso sem religião, você se considera espiritualizado?

( ) Sim ( ) Não

16. Importância da espiritualidade na sua vida:

( ) Nenhuma
( ) Baixa
( ) Moderada
( ) Alta
( ) Muito alta

17. Principal rede de apoio espiritual:

( ) Líder religioso
( ) Grupo de oração
( ) Família
( ) Amigos
( ) Comunidade/templo
( ) Nenhum

18. Deseja apoio espiritual durante o cuidado de saúde?

( ) Sim ( ) Não ( ) Indiferente

APOIO SOCIAL E CONTEXTO PSICOSSOCIAL

19. Cuidador principal:

( ) Nenhum (autocuidado)
( ) Familiar
( ) Amigo
( ) Profissional
( ) Outro: _____

20. Percepção de apoio da família:
( ) Nenhum
( ) Baixo
( ) Moderado
( ) Alto
( ) Muito alto

21. Percepção de apoio da equipe de saúde:
( ) Nenhum
( ) Baixo
( ) Moderado
( ) Alto
( ) Muito alto

EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS AO TRATAMENTO

22. Adesão ao tratamento (autoavaliação):
( ) Baixa
( ) Moderada
( ) Alta

23. Principal dificuldade enfrentada:
( ) Financeiras
( ) Transporte
( ) Efeitos colaterais
( ) Medo / ansiedade
( ) Comunicação com equipe
( ) Falta de apoio
( ) Outra: _____

24. Principal mudança após o diagnóstico:
( ) Rotina
( ) Trabalho
( ) Relações familiares
( ) Vida espiritual
( ) Saúde mental
( ) Outra: _____

ESCALA HADS (Ansiedade e Depressão)

Marque a alternativa que melhor descreve sua resposta.

1. Eu me sinto tensa ou contraída
   ( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Boa parte do tempo ( ) A maior parte do tempo
2. Ainda sinto prazer nas coisas
   ( ) Igual antes ( ) Menos ( ) Pouco ( ) Não sinto mais
3. Sinto medo de que algo ruim aconteça
   ( ) Não ( ) Pouco ( ) Moderado ( ) Muito
4. Dou risada e me divirto
   ( ) Igual antes ( ) Menos ( ) Muito menos ( ) Não consigo
5. Estou preocupada

( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

6. Me sinto alegre
   ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Poucas vezes ( ) Nunca
7. Consigo relaxar
   ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Pouco ( ) Nunca
8. Estou lenta para pensar
   ( ) Nunca ( ) Pouco ( ) Frequentemente ( ) Sempre
9. Sensação de medo físico
   ( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Muitas vezes ( ) Sempre
10. Cuido da aparência
    ( ) Igual antes ( ) Menos ( ) Pouco ( ) Não cuido
11. Me sinto inquieta
    ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Bastante ( ) Muito
12. Espero coisas boas
    ( ) Igual antes ( ) Menos ( ) Pouco ( ) Nunca
13. Sinto pânico
    ( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Muitas vezes ( ) Sempre
14. Sinto prazer em atividades
    ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Pouco ( ) Nunca

ESCALA DE APOIO SOCIAL (MOS-SSS)

Marque a frequência:

1 = Nunca
2 = Raramente
3 = Às vezes
4 = Frequentemente
5 = Sempre

(Repita escala para todos os itens)

- Alguém que escute você
- Alguém que ajude se ficar de cama
- Alguém que demonstre afeto
- Alguém que leve ao médico
- Alguém que dê conselhos
- Alguém que compreenda
- Alguém para lazer
- Alguém que ajude nas tarefas
- Alguém para compartilhar sentimentos
- Alguém para suporte em emergências
- Alguém que ajude decisões

SOBRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Marque:

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

- Os profissionais escutam suas emoções?
- Demonstram empatia?
- Fornecem informações claras?
- Estão disponíveis para conversar?
- Oferecem cuidado humanizado?

Instruções para Aplicação e Pontuação

- O instrumento deve ser aplicado pela pesquisadora em ambiente reservado, respeitando o conforto e a privacidade da participante.
- As respostas da entrevista semiestruturada devem ser gravadas, com autorização prévia, para posterior transcrição e análise qualitativa.
- A Escala HADS deve ser pontuada de 0 a 3 para cada item; somar itens de ansiedade e depressão separadamente; escores 0–7 indicam normalidade, 8–10 possível caso, >11 caso provável.
- A Escala de Resiliência é avaliada com valores de 1 a 4 conforme concordância; escores mais altos indicam maior resiliência.
- Garantir o sigilo absoluto e o acolhimento emocional da participante durante e após a aplicação.