



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ANTÔNIA BEATRIZ CARVALHO RODRIGUES
PATRÍCIA LORRAYNE LINO OLIVEIRA**

**PSICOLOGIA HOSPITALAR E PSICO-ONCOLOGIA: ATUAÇÃO DO/A
PSICÓLOGO/A ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2025

Antônia Beatriz Carvalho Rodrigues

Patrícia Lorryne Lino Oliveira

Psicologia Hospitalar e Psico-Oncologia:

Atuação do/a Psicólogo/a às Mulheres com câncer de mama

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da professora Dra. Jamile Luz Morais Monteiro.

Miracema do Tocantins, TO

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- R696p Rodrigues, Antônia Beatriz Carvalho. Oliveira, Patrícia Lorryne Lino
 Psicologia hospitalar e psico-oncologia:: atuação do/a psicólogo/a às
 mulheres com câncer de mama. / Antônia Beatriz Carvalho Rodrigues. Patrícia
 Lorryne Lino Oliveira – Miracema, TO, 2025.
 49 f.
- Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
 Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2025.
 Orientadora : Jamile Luz Morais Monteiro
1. Psico-oncologia. 2. Psicologia Hospitalar. 3. Mulheres. 4. Câncer de
 mama. I. Título

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo s is tema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ANTÔNIA BEATRIZ CARVALHO RODRIGUES
PATRÍCIA LORRAYNE LINO OLIVEIRA

PSICOLOGIA HOSPITALAR E PSICO-ONCOLOGIA:
ATUAÇÃO DO/A PSICÓLOGO/A ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da professora Dra. Jamile Luz Moraes Monteiro.

Data de Aprovação: 05/12/2025

Banca Examinadora:

Prof.(a) Dra. Jamile Luz Moraes Monteiro, Orientador(a), UFT

Prof. Dra. Juliana Biazze Feitosa, Examinadora, UFT

Psicóloga Esp. Júlia Ruffo Aires de Sena, Examinadora, HMDR

AGRADECIMENTOS

(Antônia Beatriz)

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus e Nossa Senhora, a qual coloco a minha fé, por ter me sustentado e ser fonte de proteção durante esses cinco anos de graduação.

Agradeço de forma especial à minha família, à minha mãe Rita Gabriela, ao meu pai Edson Rodrigues, que durante esses anos foram fonte de amor, cuidado, carinho e incentivo. Com muito suor, esforço e sacrifício, permitiram-me vivenciar a graduação, com todo suporte e estrutura necessária. Obrigada por me apresentarem a educação como uma forma de transformação de vidas, “estude, porque a única coisa que ninguém pode tirar de você, é os estudos”, essa frase ecoa em toda a minha existência, por ser falada por meus pais desde da minha infância, como uma forma de incentivo. Aos meus irmãos Maria Clara e Murilo, por todo amor, zelo e incentivo, e se fazerem família mesmo com a distância.

Agradeço às minhas amigas que tive o prazer de conhecer, Nariana, Manuela e Natália companheiras de jornada, que fizeram essa caminhada ser mais leve, onde dividimos os prazeres e desprazeres do processo universitário, os bons momentos juntas seguirão comigo até a eternidade.

Agradeço de forma especial a minha amiga Patrícia, com quem escrevo esse trabalho, foi um enorme prazer dividir esse percurso com você, serei eternamente grata pelo seu companheirismo e parceria, que fizeram essa caminhada ser mais tranquila e agradável. Sua generosidade, lealdade e acolhimento são marcas que carregarei comigo. Seguiremos juntas compartilhando sonhos, desejos e conquistas.

A professora e orientadora Dra. Jamile, que desde do início da graduação sua sensibilidade, afeto e luz se fizeram presente. Obrigada pela paciência, ensinamentos e compreensão durante a elaboração desse trabalho, bem como todas as oportunidades dadas ao longo da graduação. Saiba que és fonte de inspiração.

Agradeço ao colegiado do curso de Psicologia, que contribuiu de forma significativa a minha formação, com ensinamento crítico e ético. A banca examinadora pelas contribuições e sugestões, que tornaram esse trabalho possível.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para que esse sonho se tornasse possível, com certeza essa é uma conquista conjunta.

AGRADECIMENTOS

(Patrícia Lorrayne)

Primeiramente gostaria de agradecer a minha fé em Deus, que me sustentou ao longo dessa minha caminhada nos dias difíceis e nos bons.

Agradeço imensamente a minha mãe Evany e o meu pai Edson que desde pequena me ensinou a importância da educação, mesmo vocês não tendo a oportunidade de ter acesso a ela e que fez o possível para eu terminar o ensino médio e hoje concluir o ensino superior. Foram vocês que me mostraram que com a educação eu poderia ter uma vida muito melhor do que a de vocês, obrigada por apostarem na educação e em mim e fazerem dos meus sonhos seus sonhos. Agradeço às minhas irmãs, que são os melhores presentes que meu pais poderiam ter me dado, que me sustentaram durante esse caminho fazendo-se presente por meio de ligações e mensagens, apesar da distância. Eu agradeço a Dalvi, por fazer-se presente e ter se tornado família nesses últimos anos, sou muito grata pelo apoio e carinho que tem comigo, obrigada por ter contribuído pelo meu sonho e da minha família.

Agradeço a mim por persistir mesmo nos piores dias e momentos, acreditando que seria possível terminar o ensino superior e conquistar tudo que eu sonho, a caminhada até aqui não foi fácil e nem será, mas continuarei persistindo e acreditando.

Agradeço também às minhas amigas Manuela, Nariana e Natália que se tornaram minha rede de apoio em Miracema, me ouvindo, acolhendo e tornando possível essa caminhada mais leve. Não importa qual caminho seguiremos, tudo que vivi com vocês ficarão guardados para sempre em minhas memórias. Agradeço pela amizade da Natália que no meio do caminho se tornou uma amizade a distância, mas se fez sempre presente mesmo assim.

Um agradecimento especial a minha amiga e minha dupla deste trabalho Antônia, obrigada por fazer parte desse mundo da Psicologia Hospitalar junto comigo, pelo companheirismo, pelo apoio, pelo acolhimento e por me escutar e fazer presente nos momentos bons e ruins, foi um enorme prazer dividir meu percurso com você. Sou muito grata pela nossa amizade e parceria.

Agradeço também à professora e orientadora Dr. Jamile Luz pelo apoio, pela paciência, pela confiança e pelo vínculo criado entre nós e fazer-se presente durante o percurso da graduação. Por nos orientar e fazer possível a conclusão desse lindo trabalho. Obrigada por ser uma pessoa com um coração enorme e essa profissional incrível.

Agradeço aos professores do colegiado de Psicologia da UFT pelo ensino de qualidade e crítico e pelo acolhimento comigo durante esse percurso.

“E nessa de viver nosso último dia todo dia, percebemos o quanto tudo tem um sabor especial. Acreditem, entender que a vida acaba é a ferramenta de empoderamento e autoconhecimento mais incrível de todas (e ninguém precisa de câncer pra isso”

(Ana Michelle Soares, 2019)

RESUMO

O câncer é uma doença que nos desafia enquanto humanos, e desde seus primórdios a sua existência foi colocada sobre a estigmatização. No que diz respeito ao câncer de mama e sua relação com as mulheres, o cuidado a partir da perspectiva psicológica tem muito a contribuir. Nesse sentido, pensando o câncer de mama como presente em nossa realidade e seus desdobramentos, faz-se pertinente discorrer sobre a atuação da psicologia no contexto hospitalar, no que tange a psico-oncologia. Dessa maneira, este trabalho teve como objetivo geral investigar a atuação da psicologia hospitalar, no campo da psico-oncologia, com mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Além disso, procurou discorrer sobre as experiências femininas de ter que conviver com o câncer de mama na contemporaneidade. A pesquisa foi baseada na metodologia da revisão narrativa de literatura, na qual consiste em um processo sistemático de busca, análise e descrição de um conjunto de conhecimentos previamente produzidos, com o objetivo de responder a uma questão de pesquisa, especificamente. Concluiu-se que a atuação do/a psicólogo/a hospitalar no campo da psico-oncologia é imprescindível para pensar novas formas de cuidado pautado no acolhimento e escuta do paciente. Sua atuação pode acontecer a partir de várias possibilidades, como o atendimento individualizado/psicoterapia breve, psicoeducação, grupos de apoio, bem como o trabalho com a família e equipe de saúde. A questão que envolve o luto colocou-se como fundamental para pensar a atuação do/a psicólogo/a às mulheres com câncer de mama, a considerar a perda ocasionada pela mastectomia e pelos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Tais perdas foram diretamente relacionadas aos significados do “ser mulher” na contemporaneidade.

Palavras-chave: Psico-oncologia. Psicologia Hospitalar. Mulheres. Câncer de mama.

ABSTRACT

Cancer is a disease that challenges us as humans, and since its beginnings, its existence has been stigmatized. Regarding breast cancer and its relationship with women, care from a psychological perspective has much to contribute. In this sense, considering breast cancer as a present reality and its consequences, it is pertinent to discuss the role of psychology in the hospital setting, specifically in psycho-oncology. Therefore, this work aimed to investigate the role of hospital psychology in the field of psycho-oncology with women diagnosed with breast cancer. Furthermore, it sought to discuss the experiences of women living with breast cancer in contemporary society. The research was based on the methodology of narrative literature review, which consists of a systematic process of searching, analyzing, and describing a body of previously produced knowledge, with the objective of answering a specific research question. It was concluded that the role of the hospital psychologist in the field of psycho-oncology is essential for developing new forms of care based on welcoming and listening to the patient. Their work can take place in several ways, such as individualized care/brief psychotherapy, psychoeducation, support groups, as well as working with the family and healthcare team. The issue of grief has become fundamental to considering the role of the psychologist with women with breast cancer, taking into account the loss caused by mastectomy and chemotherapy and radiotherapy treatments. These losses were directly related to the meanings of “being a woman” in contemporary society.

Keywords: Psycho-oncology. Hospital Psychology. Women. Breast cancer.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
3	OBJETIVO GERAL.....	14
3.1	Objetivos Específicos	14
4	METODOLOGIA	15
5	A PSICOLOGIA DA SAÚDE, A PSICOLOGIA HOSPITALAR E A PSICO-ONCOLOGIA	17
5.1	A Psicologia da Saúde.....	17
5.1.1	A Psicologia Hospitalar	19
5.1.2	A Psico-oncologia.....	23
5.2	O “ ser mulher” com câncer de mama na contemporaneidade.....	25
5.3	O câncer de mama, o processo de morte e morrer e o luto.....	31
5.4	A atuação do/a psicólogo/a hospitalar junto às mulheres com câncer de mama ..	36
5.4.1	Grupos de Apoio com Mulheres com Câncer de Mama.....	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objetivo investigar como acontece a atuação da psicologia hospitalar, no contexto da psico-oncologia, em relação às mulheres com câncer de mama. O interesse pela temática surge a partir do desejo em realizar um estudo para melhor compreensão das bases epistemológicas da psicologia hospitalar bem como da psico-oncologia, vislumbrando também uma possibilidade de atuação.

Dito isto, para que seja possível avistar a atuação da psicologia, especificamente, às mulheres com câncer de mama, faz-se necessário, antes, discorrer sobre a psicologia hospitalar enquanto um campo de atuação, bem como a função do/a psicólogo/a hospitalar.

A inserção de psicólogos/as no contexto hospitalar tem se intensificado nas últimas décadas, sobretudo, a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que promoveu uma mudança significativa no modelo de atenção à saúde, adotando o paradigma biopsicossocial, o qual compreende a saúde não apenas como a ausência de enfermidades, mas considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo. Tal concepção favoreceu a ampliação dos campos de atuação da Psicologia, possibilitando sua presença em espaços institucionais antes pouco comuns à prática psicológica, para além do espaço clínico tradicional, como o consultório particular. De acordo com as “Referências Técnicas para a atuação dos psicólogos nos serviços hospitalares no SUS”:

A presença do(a) psicólogo na área da saúde vem crescendo gradativamente ao longo dos anos, sendo que, atualmente, passam a ser pré-requisito da maioria das instituições hospitalares que este profissional tenha uma titulação de especialista [...] Apesar de haver uma abertura nas instituições de saúde para a inclusão do psicólogo nas equipes médicas [...] estas muitas vezes não sabem o que exigir do psicólogo(a), na medida em que não tem objetivos claros e definidos ao atendimento voltado à saúde mental (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 43).

Este fato convoca a presença de estudos que explicitem as verdadeiras atribuições do/a psicólogo/a no hospital. Embora existam diversos os/as autores/as que se debruçam a evidenciar o papel do/a profissional de psicologia nos hospitais (SIMONETTI, 2016; ROMANO, 1999; ANGERAMI-CAMON, 2010; MORETTO, 2001), a literatura sobre o tema não é suficiente

A psicologia hospitalar, no panorama da psico-oncologia, tem um papel fundamental, pois atua com o/a o paciente, a família e a equipe de saúde, motivo pelo qual estudar sobre o seu papel neste espaço é fundamental, na medida em que proporciona uma ampliação da temática para a sociedade de modo geral.

Já a psico-oncologia vem ganhando espaço no contexto hospitalar, levando em conta sua atuação para com o/a paciente que vivencia uma variedade de sentimentos, desde o

diagnóstico do câncer. Pensar o cuidado voltado às mulheres que vivenciam a experiência do câncer de mama é pensar em humanizar, acolher e escutar, a partir da perspectiva da psicologia, essa paciente, o que ela tem a falar, expressar sobre esse processo que, na maioria das vezes, pode ser doloroso devido ao estigma do câncer, suas consequentes cirurgias e tratamentos tanto quimioterápico, quanto radioterápico

Ao analisar os casos de incidência do câncer de mama em mulheres no Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022) para os anos de 2023, 2024 e 2025, apresentando estimativas de caráter trienal, a estimativa foi de 73.610 casos, correspondendo a um risco estimado de 66,54 casos novos a cada 100 mil mulheres. Suas taxas de incidência evidenciam que o câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente no Brasil e em todas regiões do país, depois do câncer de pele. Outrossim, as taxas de incidência em câncer de mama vêm aumentando principalmente nos países de baixo e médio desenvolvimento, como na América do Sul. A considerar que o Brasil é um país em desenvolvimento, é nítido pelos dados obtidos, que pensar o cuidado da psicologia às mulheres com o diagnóstico do câncer de mama é urgente e necessário, bem como a importância desse trabalho para a ampliação de estudos acerca da temática.

Deve-se levar em conta a devida importância de pensar o câncer não apenas como uma doença incurável, visto o imaginário social em torno dela, ou seja, urge pensar no impacto do diagnóstico, para além de uma doença considerada sem cura, é preciso pensar a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento, ou seja, desmistificar o câncer. Em torno disso, os números elevados de casos de mulheres diagnosticadas com câncer refletem a realidade brasileira, na qual muitas vezes a população feminina recebe o diagnóstico tardio, afetando o processo do tratamento e chances de cura. Para tanto, medidas de prevenção permitem que casos de incidência possam ser evitados, por exemplo, a redução da exposição aos fatores de risco, como consumo de álcool e terapia de reposição hormonal, falta de atividades físicas, alimentação não saudável e não fumar de forma ativa ou passiva. Da mesma forma, é importante procurar realizar exames de rastreamento, o autoexame de mama e consultar um médico ginecologista regularmente (INCA, 2022).

Quando formas de prevenção são pensadas e levadas a população, é possível reduzir o risco de casos novos de diagnósticos ou de ter um tratamento com maior potencial curativo, pois a doença é diagnosticada no início (INCA, 2022). O tratamento é um processo que tem a necessidade de ser realizado para além de cirurgias. Assim, é importante que o cuidado se apresente para além do que a medicina é capaz de proporcionar, possibilitando que a paciente seja atendida no âmbito social, físico e psicológico. Por esta razão, o trabalho de pesquisa em

torno de como a psico-oncologia pode contribuir para a saúde mental de mulheres com câncer de mama é de suma importância.

Susan Sontag (1984) apresenta que o câncer, para a sociedade, é colocado no papel de uma enfermidade cruel e furtiva, e que tal papel permanecerá vigente até que um dia a etiologia passe a ser objetiva e seu tratamento eficaz. Logo, é pertinente que o trabalho desenvolvido englobe, dentre uns dos seus aspectos, a contribuição de ajudar na desmistificação do câncer de mama em mulheres e pensando possibilidades que não se restrinjam à doença naturalizada sem cura, tal como é visto ainda, a saber: como uma sentença de morte.

Esse trabalho permite pensar o que pode a psicologia oferecer para essas mulheres, suas famílias e a equipe de saúde no contexto hospitalar. Considera-se que este trabalho pode contribuir para a desmistificação da doença, oportunizando informações para a prevenção de agravos, o cuidado e promoção da saúde para a população acadêmica e a sociedade em geral.

A temática aqui presente também se faz relevante somando-se às discussões que acontecem, inclusive fora do ambiente acadêmico, denotando a necessidade de reflexão e pesquisas na área. A quantidade de páginas nas redes sociais que abordam o tema relacionado ao câncer de mama é considerável, o *Instagram*. Os perfis vêm utilizando da internet e dos inúmeros seguidores com o intuito de ampliar, divulgar e levar informação e educação com diálogo para a população sobre formas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos para o câncer de mama. Muitas dessas páginas são Organizações Não Governamentais (ONGs), associações civis sem fins lucrativos que contam e buscam recursos para ajudar mulheres em vulnerabilidade social no seu tratamento, por exemplo, @institutoprotea e a @femana.brasil.

Outras tem o objetivo de demonstrar vivências e experiências de mulheres que recebem o diagnóstico, para ajudá-las nesse processo, como @fevereirorosa e @paliativas, que hoje se transformou em muito mais do que uma página que fala sobre câncer. Trata-se do Instituto Ana Michelle Soares, que surgiu com a finalidade de acolher pacientes que estão passando por esse processo. Já o @borafalardecancer é um projeto colaborativo de associação de pacientes e a Pfizer, para ampliar o diálogo do câncer de mama e fortalecer quem enfrenta. A @oncoguia é uma ONG para apoiar, informar e defender os direitos das pessoas com câncer. Existe também @oncoclinicas, @oncologiabrasil, @ummasmulheres, só para citar mais alguns. Essas páginas são algumas das várias que hoje se fazem presentes no mundo digital, visando contribuir para a informação acerca do câncer.

Diante do exposto, acredita-se que o trabalho em questão possui relevância para a comunidade acadêmica e a população em geral, buscando apresentar como a Psicologia pode

transcender os moldes tradicionais da clínica e estendendo sua atuação para outras áreas como no contexto hospitalar, apresentando alternativas para vislumbrar o cuidado às mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

- Como acontece a atuação da psicologia hospitalar, no panorama da psico-oncologia, em relação às mulheres com câncer de mama?

3 OBJETIVO GERAL

- Investigar a atuação da psicologia hospitalar, no campo da psico-oncologia, em referência às mulheres com câncer de mama.

3.1 Objetivos Específicos

- Identificar os dispositivos clínicos de atuação da psico-oncologia, no contexto hospitalar, no cuidado às mulheres com câncer de mama.
- Discorrer sobre o ser mulher com câncer de mama na contemporaneidade.
- Apontar os principais desafios enfrentados pelas mulheres com câncer de mama no processo que vai desde a descoberta do diagnóstico até o tratamento.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o presente trabalho foi a revisão narrativa de literatura. A revisão de literatura consiste em um processo sistemático de busca, análise e descrição de um conjunto de conhecimentos previamente produzidos, com o objetivo de responder a uma questão de pesquisa específica. O termo literatura refere-se a todo material relevante já publicado sobre o tema em estudo, incluindo livros, artigos de periódicos científicos, reportagens de jornais, documentos históricos, relatórios institucionais ou governamentais, teses, dissertações, entre outros tipos de publicações (UNESP, 2015).

Existem distintas categorias de revisão de trabalhos científicos encontrados na literatura: a revisão sistemática, a revisão integrativa e a revisão narrativa. Embora tenham a mesma denominação de revisão, cada uma possui características e objetivos diferentes. A revisão narrativa pode ser compreendida como:

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para a busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise de literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007 p.1).

Desta forma, diferentemente, a revisão sistemática distingue-se das revisões narrativas por sua estrutura metodológica rigorosa e planejada, voltada para responder a uma pergunta de pesquisa claramente definida. Esse tipo de revisão utiliza procedimentos explícitos, sistemáticos e reprodutíveis. Em razão desse rigor metodológico, as revisões sistemáticas são reconhecidas como pesquisas originais, uma vez que não apenas sintetizam a literatura existente sobre um tema, mas também produzem novos conhecimentos por meio da análise criteriosa das evidências disponíveis (ROTHER, 2007). Já a revisão narrativa permite maior flexibilidade na seleção, análise e interpretação dos estudos incluídos. Essa característica favorece uma abordagem mais reflexiva e interpretativa, possibilitando ao/à pesquisador/a estabelecer conexões entre diferentes perspectivas teóricas e identificar tendências, contradições e avanços nas produções acadêmicas.

Em contraste, a revisão integrativa combina características tanto da revisão narrativa quanto da revisão sistemática, sendo considerada uma metodologia mais estruturada e abrangente. Seu propósito é sintetizar os resultados de pesquisas empíricas ou teóricas sobre um tema específico, permitindo uma compreensão mais profunda e fundamentada do fenômeno investigado. Para isso, a revisão integrativa exige a definição clara da pergunta de pesquisa, o

uso sistemático de critérios de inclusão e exclusão, bem como a descrição dos métodos utilizados para busca, seleção e análise dos dados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Essa abordagem proporciona maior transparência e reprodutibilidade ao processo de revisão, o que fortalece sua credibilidade científica.

Conclui-se que, embora a revisão narrativa não adote os moldes rigorosos característicos das revisões integrativas ou sistemáticas, ela pode ser legitimamente considerada uma metodologia científica de relevante potencial. Sua aplicação contribui de maneira significativa para a promoção de reflexões teóricas, atualização de conhecimentos e direcionamentos críticos nas diversas vertentes da produção científica contemporânea. Este tipo de revisão assume um papel relevante na fundamentação teórica de pesquisas, especialmente em campos onde o conhecimento encontra-se em constante transformação ou carece de sistematizações mais robustas (ROTHER, 2007; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Isto posto, os resultados e discussão deste estudo foram desenvolvidos a partir de capítulos temáticos como forma de organizar o que foi reunido na literatura:

No capítulo 1, intitulado “Psicologia da Saúde, Psicologia Hospitalar e a Psico-oncologia”, foram abordadas as semelhanças e diferenças entre elas, com destaque para suas principais características. No Capítulo 2, “O Ser Mulher com Câncer de Mama na Contemporaneidade”, foram apresentadas as nuances que envolvem a experiência do ser mulher com câncer, a sua complexidade, que é permeada por dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais.

No capítulo 3, “O Câncer de Mama, o Processo de Morte e Morrer e o Luto”, discutiu-se as perdas simbólicas vivenciadas por mulheres com câncer de mama, bem como apresentou-se os cinco estágios vivenciados diante do diagnóstico, por Elisabeth Kübler-Ross. E, por fim, no capítulo 4, “A Atuação do/a Psicólogo/a Junto às mulheres com câncer de mama” foram lançadas as possibilidades de trabalho do psicólogo/a às mulheres com CA, como os atendimentos individuais ou grupais e acolhimento.

5 A PSICOLOGIA DA SAÚDE, A PSICOLOGIA HOSPITALAR E A PSICO-ONCOLOGIA

Neste capítulo, será abordado as semelhanças e diferenças entre a Psicologia da saúde, a Psicologia hospitalar e a Psico-oncologia, destacando suas características principais, a considerar o surgimento delas e como se colocam no território brasileiro, como também suas formas de atuação.

5.1 A Psicologia da Saúde

Historicamente, a Psicologia da Saúde tem início na década de 1970, com a *American Psychological Association* (APA) e a divisão 38, chamada de *Health Psychology*, que surge com o objetivo principal de aprofundar o estudo da Psicologia enquanto campo que entende a saúde e a doença por meio da pesquisa, além de promover a integração entre os conhecimentos da biomedicina e da psicologia, incentivando o desenvolvimento e a divulgação da área (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

No Brasil, é uma área que está em processo de consolidação, e que vem ganhando seu espaço, cada vez mais, com o avanço da elaboração científica, mesmo não tendo uma diversidade de temas e nem uma grande quantidade de artigos significativos para a formação adequada de profissionais e para a propagação de conhecimento na área da Psicologia da Saúde (GORAYEB, 2010).

O termo “Psicologia da Saúde”, usado para cobrir áreas diversas, tem sido confundido com outros termos de uso frequente, como a Psicologia Clínica e a Psicologia Hospitalar, assim, é necessário fazer uma distinção. A Psicologia Clínica, presente desde os primórdios da ciência psicológica, pode ser compreendida em termos amplos, como a utilização dos conhecimentos psicológicos para a compreensão e resolução de questões de ordem individual ou grupal. De modo geral, essa área está voltada ao atendimento e ao tratamento psicoterapêutico de pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico (GORAYEB, 2010).

Já a Psicologia Hospitalar é uma área importante dentro da Psicologia da Saúde, a qual apresenta a necessidade de uma intervenção precisa e adequada em um ambiente acostumado a raciocinar com base em evidências, tendo sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando distintas atividades (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

No que refere à Psicologia Hospitalar no Brasil, é preciso lembrar que o termo “Psicologia Hospitalar” é inexistente em outros países além do Brasil, pois a Psicologia Hospitalar remete a referência do local para determinar a área de atuação e não às atividades que são desenvolvidas, haja visto que em outros países a identidade do psicólogo está associado à sua prática e não ao local de atuação (YAMAMOTO; TRINDADE; OLIVEIRA, 2002; CHIATTONE, 2000 apud CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

Consoante (CHIATTONE, 2000), a Psicologia Hospitalar seria uma estratégia de atuação na Psicologia da Saúde, e que, portanto, deveria ser denominada Psicologia no contexto hospitalar, uma vez que o cenário hospitalar seria uns dos possíveis locais em que o/a psicólogo/a da saúde poderia atuar.

Devido a controvérsias quanto à sua denominação, a Psicologia Hospitalar vem causando algumas discussões, ou seja, no sentido de como denominar uma área que utiliza princípios de Psicologia a problemas de saúde e doença, desta forma, é recorrente a confusão de terminologias. Para Stratton e Hayes (1984 apud ANGERAMI-CAMON, 2014), a variação de denominação se dá pelas tendências dos/as pesquisadores/as no momento em que a definição foi formulada, onde o definem como o estudo da mente, do comportamento, da experiência humana e animal.

Matarazzo (1980) elabora uma das definições de Psicologia da Saúde que é fortemente conhecida até os dias atuais:

P.S. é o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas públicas (MATARAZZO, 1980, p. 185).

Para Angerami-Camon (2014), a Psicologia da Saúde seria a prática de levar o indivíduo/paciente à busca do bem-estar físico, mental e social, englobando, assim, a performance de uma abordagem que teria de incluir a participação de outros profissionais da área. Deste modo, a sua definição considera o indivíduo em sua inserção no contexto social, o que converge com as perspectivas dentro da Psicologia que defendem a construção de teorias que reconheçam o ser humano como um sujeito histórico, situado no tempo e marcado pelas condições socioculturais de sua época.

Essa concepção reforça a relevância de uma abordagem integral, que compreenda todos os aspectos que compõem a experiência de vida do sujeito de forma ampla e contextualizada. Os campos de atuação da Psicologia da Saúde são vastos, abrangendo todas as etapas do cuidado ao paciente, estando presente na atenção primária, secundária e terciária, ultrapassando

os limites das práticas clínicas e médicas tradicionais. Sua aplicação estende-se, portanto, à dimensão social, contemplando intervenções voltadas ao bem-estar e à qualidade de vida dos indivíduos em seus diferentes contextos de existência (ANGERAMI-CAMON; 2014).

Sendo assim, umas das características da Psicologia da Saúde, além de focar o seu interesse nos aspectos da saúde, é o deslocamento do foco pólo doença para o pólo saúde, considerando este pólo como um objeto epistemológico diferente das doenças, possuindo definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos (RIBEIRO, 2011).

Portanto, para que o/a psicólogo/a exerça de forma eficaz a função de psicólogo/a da saúde, é essencial que ele compreenda profundamente o contexto em que irá atuar, seja em hospitais, ambulatorios, unidades básicas de saúde, comunidades ou ambientes de trabalho. O espaço de atuação influencia diretamente as estratégias e os métodos que poderão ser empregados, além de impactar os padrões comportamentais relacionados ao adoecimento, à manutenção da saúde e à melhoria da qualidade de vida (GORAYEB, 2010).

Na Psicologia da Saúde, a intervenção ocorre, em geral, no próprio ambiente onde os comportamentos se manifestam, exigindo do/a profissional habilidades específicas e uma análise minuciosa das condições ambientais, culturais, psicológicas e emocionais que podem predispor ao surgimento de doenças. Dessa forma, o domínio de conhecimentos sobre epidemiologia e fatores psicossociais de risco é indispensável para uma atuação qualificada. Além disso, destaca-se a importância do desenvolvimento de competências interpessoais, uma vez que o trabalho do/a psicólogo/a da saúde é frequentemente realizado em equipes multiprofissionais (GORAYEB, 2010).

Contudo, é importante destacar que dentro da Psicologia da Saúde, é fundamental a relevância das ações voltadas à promoção da saúde, as quais não se restringem aos ambientes hospitalares ou ambulatoriais. Essas práticas podem e devem ser desenvolvidas em diversos contextos, como escolas, espaços de trabalho, comunidades e domicílios, ampliando o alcance das intervenções psicológicas e favorecendo a construção de ambientes que estimulem o bem-estar e a qualidade de vida (GORAYEB; 2010).

5.1.1 A Psicologia Hospitalar

Fongaro e Sebastiani (2003) relatam que a psicologia hospitalar é uma área da Psicologia que ainda está em fase de estruturação, pois é uma especialidade que por muito tempo utilizou e ainda continua a utilizar de recursos técnicos e metodologias de distintas áreas do saber psicológico, como a clínica, organizacional, social e a educacional, ressaltando que o

trabalho do/a psicólogo/a hospitalar está ligado a qualidade e dignidade de vida no momento em que se tem a presença de doença e/ou internação hospitalar.

Simonetti (2016) afirma que a psicologia hospitalar pode ser compreendida como um campo de atuação voltado para o entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno de um determinado adoecimento. Desta maneira, o sujeito em adoecimento se esbarra no real de uma doença, que produz uma infinidade de aspectos psicológicos, pois toda enfermidade deve ser compreendida como um fenômeno complexo com distintas dimensões: biológica, psicológica e cultural.

Os aspectos psicológicos em torno do adoecimento podem fazer-se presentes tanto no paciente quanto na família, assim como na equipe de saúde. Tais aspectos surgem porque o sujeito, ao ficar doente, vê-se diante de uma realidade nova que ele não estava habituado e, então, o modo como cada indivíduo lida, reage diante dessa nova situação, é singular. Os aspectos psicológicos manifestam-se através da subjetividade humana, na qual comparecem no desejo, na fala, nas crenças, na perda de um estilo de vida e no próprio estilo de adoecer, nas lembranças, nas fantasias. Nesse sentido, entende-se que toda doença pode apresentar aspectos psicológicos, posto que ela manifesta diferentes subjetividades (SIMONETTI, 2016).

Além disso, o trabalho da psicologia hospitalar é dedicado e focado não só no paciente, mas buscando olhar para além dele, pois também faz a ponte entre a família e equipe de saúde. Simonetti (2016, p.18) afirma que “a psicologia hospitalar define como objeto de trabalho não só a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos”. Para ele, os aspectos psicológicos estão por todos em volta e passam a envolver a doença, mas que também podem aparecer sendo a causa da doença, o desencadeador do processo patogênico, como fator de manutenção do adoecimento e sua consequência.

O fator desencadeante é quando o indivíduo tem uma vivência psicológica que seja consciente ou inconsciente e que ele reconheça ou não como ligada ao adoecimento, mas que tenha a possibilidade de vir a antecipar o processo patogênico. Entretanto, quando a vivência psicológica afeta não o início do processo da doença, mas sim durante quadro clínico já presente, dificultando e influenciando negativamente o processo de tratamento, essa vivência passa a receber o nome de um fator psicológico agravante (SIMONETTI, 2016).

Outro ponto importante é a consequência do adoecimento presente nas perdas reais ou imaginárias que todo processo de adoecimento gera, uma vez que o sujeito doente passa a vivenciar uma nova realidade, perdendo muitas vezes, por exemplo, seu estilo de vida, sua liberdade, autonomia, dinheiro e trabalho. Na contramão, ganha-se também em um processo de

adoecimento, o ganho a partir de um cuidado, de mais atenção, mais carinho, entre outros, sendo que esses ganhos podem fazer com que o paciente queira permanecer nessa realidade, fazendo com isso seja um fator de manutenção do adoecimento (SIMONETTI, 2016).

O que acontece é que quando um sujeito adoece ele esbarra em um real, no qual ele desconhece. É a partir disso que a subjetividade desse indivíduo passar a se expressar, voltada para esse adoecimento, logo, a psicologia hospitalar passar a exercer seu papel com esse paciente no hospital, escutando o que este indivíduo tem dizer sobre essa nova realidade, como se sente, o que pensa, o que entende, como a doença ou o seu adoecimento afeta a sua vida. O importante, no final, é que ele fale, pois é por meio da fala que a psicologia escuta a subjetividade desse sujeito, e o que permite, como coloca Moretto (2001), a oportunidade de devolvê-lo ao lugar dele, de modo que ele possa falar como se sente nesse processo, lugar que muitas vezes a medicina acaba afastando. Por isso, dizemos que o objetivo da psicologia hospitalar é a subjetividade, escutando a subjetividade daquele que está doente naquele momento.

Angerami-Camon (2010) diz que o objetivo do/a psicólogo/a é a minimização do sofrimento, sequelas e decorrências emocionais geradas pelo processo de hospitalização, deixando claro que esse trabalho se diferencia da psicoterapia realizada nos moldes tradicionais do setting terapêutico, desta forma, é importante que o/a psicólogo/a tenha claro os limites de sua atuação dentro da instituição hospitalar. Ademais, o/a psicólogo/a hospitalar desempenha um papel crucial na humanização das práticas hospitalares, intervindo junto à equipe multiprofissional para promover uma comunicação mais empática entre profissionais e pacientes, bem como para o manejo de conflitos e questões emocionais que surgem no cotidiano hospitalar. Sua presença reforça a importância de um cuidado centrado na pessoa e não apenas na patologia.

Na Psicologia Hospitalar, o/a psicólogo/a se compromete em escutar não só a doença em si, mas o quê estar doente implica, como a pessoa se sente com isso, buscando entender a relação do paciente com seu sintoma, visto que:

Para a psicologia todo sintoma além de doer e fazer sofrer carrega em si uma dimensão de mensagem, comporta informações sobre a subjetividade do paciente, havendo mesmo noção de que o sujeito fala por meio de seus sintomas, ou é falado por eles (SIMONETTI, 2016, p. 22).

É nesse processo de escuta, que o sujeito doente tem muito a dizer sobre seus desejos, suas emoções, fantasias e sentimentos, que podem atravessar o seu adoecimento. Dessa maneira, é por meio das palavras ditas e pela sua escuta que o/a psicólogo/a vai realizar seu

trabalho, tratando os aspectos psicológicos em torno do adoecimento. Isso significa que a psicologia hospitalar utiliza e trabalha com o corpo simbólico (SIMONETTI, 2016).

Para os casos em que o paciente possa encontrar-se impossibilitado de falar por alguma razão, seja por causa da doença ou outro fator, a psicologia pode fazer uso dos gestos, da escrita, do próprio silêncio e de olhares do paciente. Nessa escuta, a psicologia hospitalar permite escutar e sustentar a angústia do paciente para que assim ele possa vir a fazer a elaboração simbólica do seu sofrimento ou sintoma.

Para Romano (1999, p.18): “O psicólogo transforma-se em um observador qualificado, um porta voz dos anseios do paciente e da família e um intérprete flexível das normas da instituição”. Desse modo, a escuta e o olhar do/a psicólogo/a são imprescindíveis e devem sempre estar ao lado do paciente hospitalizado, para que se crie a possibilidade do surgimento de um novo ser a partir do processo de hospitalização. O/A psicólogo/a também intermedia a relação equipe/paciente, sendo o porta voz das necessidades, desejos, de modo a intervir visando que as informações sejam transmitidas de forma simples e eficaz. De maneira didática, a autora discorre que a atuação de psicólogos/as em hospitais existe em três níveis: psicopedagógico, psicoprofilático e psicoterapêutico.

Para Rodriguez-Marín (2003 apud BORNHOLDT; CASTRO, 2004), a psicologia hospitalar é um conjunto de atribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para dar melhor assistência aos pacientes no hospital e nessa perspectiva existem seis tarefas básicas do psicólogo no hospital:

- 1) função de coordenação: relativa às atividades com os funcionários do hospital; 2) função de ajuda à adaptação: em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado; 3) função de interconsulta: atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente; 4) função de enlace: intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes; 5) função assistencial direta: atua diretamente com o paciente, e 6) função de gestão de recursos humanos: para aprimorar os serviços dos profissionais (RODRÍGUEZ-MARÍN, 2003, p.4 apud BORNHOLDT; CASTRO, 2004).

Segundo Angerami-Camon (2010), quando o paciente é hospitalizado, ele sofre um processo de total despersonalização, no qual seu nome passa a ser substituído por um número de leito ou com o nome de uma determinada patologia. No processo de hospitalização, podem emergir situações invasivas e abusivas, uma vez que não respeitam os limites e imposições da pessoa hospitalizada. E mesmo que o paciente esteja vivendo um processo de despersonalização, algumas práticas são consideradas ainda mais agressivas que a despersonalização pela maneira em como são conduzidas no âmbito hospitalar.

No que tange ao atendimento psicoterápico, no hospital a psicologia não possui setting terapêutico tão definido e tão preciso igual nos moldes da clínica tradicional. Por exemplo, em casos de atendimentos realizados em enfermarias, o atendimento psicológico é interrompido pelo pessoal de base do hospital para fazer prescrição medicamentosa, aplicação de injeções ou para o processo de limpeza e assepsia hospitalar, ou seja, o atendimento terá de ser realizado levando em consideração diversas variáveis que podem interromper o atendimento (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Outro ponto relevante sobre a atuação do/a psicólogo/a hospitalar é que o/a próprio/a psicólogo/a terá de ir ao leito à procura do paciente, contrariamente ao que acontece no consultório particular. Em alguns casos, é preciso levar em conta que o paciente possa não entender o papel do/a psicólogo/a no seu momento de hospitalização (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Além disso, nas atividades que são atribuições do/a psicólogo/a hospitalar estão a preparação psicológica de pacientes para cirurgias, assistência aos familiares dos pacientes hospitalizados, acompanhamentos de pacientes com doenças crônicas e de pacientes que serão submetidos aos procedimentos invasivos (AMORIM, 2006 *et al.* apud AZEVEDO; CREPALDI, 2016).

Assim, o/a psicólogo/a chega ao hospital com um sem número de tarefas delimitadas possíveis a serem realizadas, cabendo a ele saber a sua função para que possa emprestar seu saber de modo eficiente e eficaz (ROMANO, 1999).

5.1.2 A Psico-oncologia

A psico-oncologia, (GIMENES, 1994 apud NEME, 2010), assim como a psicologia hospitalar, é definida como sendo uma subespecialidade da psicologia da saúde, que permite ampliar as possibilidades de intervenções para além da clínica tradicional, utilizando conhecimentos psicossociais.

Seu surgimento se deu por conta da necessidade de articular conhecimentos e estudos e interesses da oncologia com a psicologia. Nesse sentido, seu aparecimento surgiu a partir do momento em que percebeu-se a necessidade de compreender o câncer para além do modelo biomédico-mecanicista tradicional, procurando, desse modo, esclarecer como os fatores biológicos, sociais e psicológicos estão relacionados com o câncer, compreendendo como os elementos psicológicos influenciam nesse processo e os impactos nas famílias e nos profissionais de saúde (GIMENES, 1994 apud NEME, 2010).

Bezerra, Alvarenga e Prebianchi (2022 apud DECAT; ARAÚJO, 2010) entendem a psico-oncologia como sendo uma área que intersecciona a Oncologia e a Psicologia, para buscar o bem-estar e mais qualidade de vida para o paciente. Os/As profissionais também oferecem cuidado aos familiares e a equipe de saúde que estão envolvidos nesse processo da doença na prevenção, diagnóstico, tratamento, cura e cuidados paliativos. Para eles, a psico-oncologia também faz uso dos conhecimentos da Psicologia da Saúde para a pesquisa e para o estudo de variáveis que são psicológicas e sociais, que podem influenciar na incidência, recuperação e permanência dos pacientes com câncer.

Gimenes (1994) formalizou a definição da Psico-oncologia apontando o conceito oficial atribuído pela Sociedade Brasileira de Psico-oncologia. Trata-se de uma subespecialidade da Psicologia da Saúde, ressaltando que sua aplicação acontece por meio do cuidado ao paciente oncológico, à sua família e aos profissionais de saúde que estão envolvidos na prevenção, tratamento, reabilitação e na fase terminal.

Em 1970, com vários estudos sendo desenvolvidos nessa área e com a demonstração de que os fatores psicossociais impactaram na incidência, evolução e a remissão do câncer, a Psicologia começou a ganhar espaço nesse contexto, além de os médicos oncológicos passarem a solicitar a presença do/a psicólogo/a no momento de comunicação do diagnóstico ao seu paciente, juntamente com a família (BEZERRA; ALVARENGA; PREBIANCHI, 2022 apud DECAT; ARAÚJO, 2010).

Com a portaria nº 3.535/ GM, do Ministério da Saúde, passou-se a tornar obrigatório a presença do/a psicólogo/a nos centros de oncologia e incluir o/a psicólogo/a como um dos profissionais que deve atuar na psico-oncologia com atendimento em todos os momentos da trajetória do paciente e seus familiares nos serviços de saúde.

É importante lembrar que a atuação da psico-oncologia não se restringe somente ao contexto hospitalar, podendo atuar nos três níveis de atenção: atenção primária, secundária e terciária. Contudo, este trabalho se debruça especificamente sobre a psico-oncologia no campo da psicologia hospitalar. Na atenção primária, a psico-oncologia pode se fazer presente em ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, trabalhando com educação em saúde utilizando grupos de reflexão, roda de conversa e psicoeducação. Já na atenção secundária, a psico-oncologia está nos ambulatórios especializados, geralmente quando a mulher, no caso do câncer de mama, já foi diagnosticada, estando recebendo tratamento. Por fim, na atenção terciária, ela se coloca nos hospitais gerais ou especializados. O/A psicólogo/a trabalha a minimização do sofrimento por conta da hospitalização, acompanha a família e dá suporte a equipe multiprofissional.

Apesar dos desafios no seu início e que ainda hoje se fazem presente, em quantidade menores, atualmente a psico-oncologia vem se constituindo como uma ferramenta que é vista como fundamental para promover condições de qualidade de vida ao paciente e seus familiares (JÚNIOR, 2001).

5.2 O “ser mulher” com câncer de mama na contemporaneidade

O câncer de mama é considerado o mais comum entre os cânceres femininos, sendo que no Brasil ele é a segunda causa de mortes em mulheres, acarretando consequências físicas e psíquicas em relação a autoestima, a autoimagem e à sexualidade, o que gera sofrimento biopsicossocial (GOMES, 2000; RUIZ FLORES *et al.*, 2001 apud NEME, 2010, p.149). Estudos na área de câncer de mama afirmam este é experienciado pelas mulheres como amedrontador, uma vez que o diagnóstico possibilita o surgimento de sentimentos de vergonha, raiva e medo, podendo ameaçar a integridade física e psicossocial (DUARTE; ANDRADE, 2003; KOVACS *et al.*, 1998 apud SILVA, 2008).

Quando se fala em câncer de mama, é imprescindível remeter ao “ser mulher” na contemporaneidade. Trata-se de uma experiência marcada por avanços significativos em termos de direitos, autonomia e participação social, mas que ainda carrega desafios estruturais decorrentes das desigualdades de gênero. A mulher contemporânea vivencia um processo de resignificação de seu papel, transitando entre conquistas históricas no campo educacional, político e profissional e, ao mesmo tempo, enfrentando os resquícios de uma sociedade patriarcal que, mesmo diante das transformações sociais, continuam submetidas a formas de opressão estrutural que se expressam na violência de gênero. Esse paradoxo evidencia que a contemporaneidade não elimina o patriarcado, mas o reinscreve em novas formas, exigindo resistência e reinvenção por parte das mulheres (TEIXEIRA *et al.*, 2024).

Na contemporaneidade, observa-se uma valorização excessiva do corpo como forma de inserção social e até como símbolo de prestígio e poder. A incessante busca pelo chamado corpo perfeito, intensamente reforçada pela mídia e pela indústria da beleza, tem levado muitas pessoas a atitudes extremas. Nesse cenário, multiplicam-se as cirurgias plásticas, o uso de anabolizantes, os implantes de silicone e as dietas restritivas, em um verdadeiro culto à aparência e ao narcisismo. Indivíduos que não correspondem aos padrões estéticos vigentes frequentemente se tornam alvos de estigmas e discriminação. Essa situação se mostra ainda mais complexa quando a perda da imagem corporal idealizada está relacionada a um processo

de adoecimento, como ocorre no caso do câncer de mama (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012).

Consoante a isso, o corpo da mulher, frequentemente associado à beleza, maternidade e sexualidade, torna-se alvo de cobranças sociais marcadas pelo ideal de perfeição. Nesse panorama, o câncer de mama adquire um simbolismo ainda mais doloroso, uma vez que a mutilação corporal decorrente da mastectomia pode ser interpretada socialmente como perda da feminilidade (PEREIRA; SILVA, 2025). Assim, o tratamento pode trazer repercussões para a identidade feminina, pois além da perda da mama ou parte dela, os tratamentos podem acarretar a perda dos cabelos, a parada ou irregularidade da menstruação e a infertilidade, questões que estão inteiramente ligadas à identidade da mulher. Além disso, a vivência da dor, de mutilações desfigurantes e a ameaça de morte, continuam presentes mesmo com a retirada do tumor, pois há sempre o imaginário da metástase e da recorrência (WANDERLEY, 1994 apud SILVA 2008).

O ser mulher com câncer de mama, na atualidade, envolve uma experiência complexa, permeada por dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. A doença ultrapassa o campo biomédico, atingindo aspectos identitários, relacionais e subjetivos. Para além do impacto físico, o câncer de mama convoca uma resignificação da feminilidade, uma vez que o corpo feminino, historicamente marcado por representações sociais, é atravessado por procedimentos cirúrgicos e terapêuticos que frequentemente afetam a autoimagem e a sexualidade (PEREIRA; SILVA, 2025).

Na perspectiva de Sontag (1984), o câncer, historicamente carregado de metáforas estigmatizantes, continua a ser interpretado na cultura contemporânea como uma doença que imprime marcas no corpo e na subjetividade. As mulheres acometidas não enfrentam apenas os efeitos físicos da patologia, mas também a carga simbólica e social que recai sobre o diagnóstico.

Embora os avanços quanto ao câncer de mama tenham ampliado as possibilidades diagnósticas e terapêuticas, o câncer de mama ainda está fortemente associado à desesperança. Para muitas mulheres, receber a confirmação da doença pode representar, simbolicamente, uma sentença de morte (FERREIRA *et al.*, 2015 apud PEREIRA; SILVA, 2025). Nessa condição, emergem sentimentos de insegurança, tristeza e sofrimento, aos quais se somam limitações físicas decorrentes dos tratamentos. Tais fatores repercutem diretamente no exercício dos papéis sociais, familiares e profissionais. Independentemente da idade ou da posição socioeconômica, o câncer mobiliza uma sensação de perda, medo e incerteza quanto ao futuro, resultando em desequilíbrios emocionais e psíquicos (PEREIRA; SILVA, 2025).

As reações diante do diagnóstico variam de acordo com a singularidade de cada mulher. Não é incomum que, mesmo após a confirmação da neoplasia maligna, algumas busquem a opinião de diferentes profissionais, movidas pela esperança de um resultado negativo. Esse momento inaugura um sofrimento que atravessa todas as esferas da vida, marcado pela ameaça de mutilação corporal e pelo comprometimento da identidade social e familiar (PEREIRA; SILVA, 2025).

O câncer de mama confronta a mulher com a perda de controle sobre um corpo antes saudável e sobre sua própria trajetória de vida, desencadeando um processo de luto (MENEZES *et al.*, 2012; PEREIRA; SILVA, 2025). Embora tradicionalmente associado à morte, o luto também pode decorrer de transformações impostas que alteram profundamente a experiência do sujeito (PARKES, 1998 apud PEREIRA; SILVA, 2025). Nesse contexto, o acometimento do seio tem um impacto simbólico ainda maior, pois essa região é culturalmente vinculada à sexualidade, à emancipação feminina, à maternidade e até mesmo à produção artística.

Ademais, devem ser levados em consideração os significados da mama na existência da mulher, pois o “seio” ocupa um lugar de representações culturais de feminilidade, sexualidade e maternidade, abalando a identidade feminina. Por esta razão, compreender a partir desta teia de significados é importante. Socialmente, o significado do seio da mulher em relação a maternidade é atribuído à nutrição física que a mãe proporciona ao seu filho, a troca simbólica e afetiva, prazer e acolhimento, isso de acordo com bases teóricas e práticas em psicologia e psicanálise, portanto, ter o seio mutilado pode significar para as mulheres a impossibilidade de ser acolhedora e nutridora de seus entes (SILVA, 2008).

Se antes o seio era mais valorizado por seu papel ligado à maternidade, hoje, em nossa sociedade, essa valorização se concentra principalmente em seu simbolismo relacionado à feminilidade. Ele é frequentemente apresentado como um símbolo de apelo sexual, algo amplamente reforçado pelos meios de comunicação. A mulher que enfrenta o câncer de mama permanece vulnerável a impactos negativos em sua vivência do ser mulher, já que o seio, atingido pela doença e submetido à mutilação durante o tratamento, representa uma parte significativa dessa identidade (SILVA, 2008).

O câncer de mama impõe alterações significativas à identidade feminina, uma vez que os seios, socialmente entendidos como fonte de prazer e feminilidade, não são imaginados como alvo de procedimentos tão invasivos quanto a mastectomia. Nesse sentido, o processo de luto da mulher pode iniciar-se já com a perda simbólica de sua identidade pessoal e social, colocando-a, muitas vezes, em uma posição de se sentir “menos mulher” em virtude da retirada da mama (PEREIRA; SILVA, 2025).

No que concerne às vivências experienciadas pelas mulheres afetadas com câncer de mama, conforme González Rey (2010), o câncer é doença que afeta não o corpo biológico, mas também afeta o sujeito em seu todo. Assim, pensar nas vivências de mulheres com câncer de mama, é pensar em como suas vidas são afetadas não só na esfera biológica, mas na esfera social e psicológica. Em concordância, Guimarães e Bramatti (2022) afirmam que as mulheres experimentam, ao longo do processo do tratamento, mudanças que são físicas, psicológicas e biológicas. Essas mudanças afetam a forma como elas vão se relacionar com os outros e consigo e com os modos que elas exercem seus papéis sociais.

Desta forma, as mulheres enfrentam e lidam com incertezas, medos, angústias e as próprias limitações que são ocasionadas pelo tratamento, interferindo os seus papéis familiares, sociais e profissionais (GUIMARÃES; BRAMATI, 2022); ocasionando nas mesmas o sentimento de perda, falta e preocupação com o futuro, tendo que lidar com a onipotência e desamparo diante de uma realidade nova.

De acordo com Menezes *et al* (2012), o sofrimento relacionado ao comprometimento no desempenho dos papéis sociais, familiares e sociais surge no momento do diagnóstico e é para além da mutilação de um membro do corpo, sendo assim, um sofrimento para além do biológico. Em face disso, cabe pensar nas experiências do ser mulher diante da realidade social na qual elas são atravessadas.

Para Guimarães e Bramatti (2022), as mulheres vivenciam a experiência de, muitas vezes, não terem o reconhecimento do diagnóstico de câncer de mama ou mesmo a minimização do seu sofrimento no que tange às mudanças corporais acompanham o diagnóstico. Diante disso, é importante pensar em como o corpo, uma vez ocupando lugar de beleza na atualidade, passa a ser visto quando passa a sofrer intervenções em função do tratamento para o câncer de mama. O corpo passa a ter uma rejeição imaginária, pois não se coloca como um corpo perfeito, mas sim faltante concreto, imaginária e simbolicamente.

De acordo com Pereira e Silva (2025), a cobrança que se tem hoje para um corpo ideal já vem de longa data, porém, com o surgimento da internet e das redes sociais, a idealização do corpo ideal aumentou. Dessa maneira, mulheres com câncer de mama e que tem ou urge a necessidade de fazer procedimentos e cirurgias, podem vir a considerar que o corpo dela não é bonito, posto que este não segue os padrões esperados e idealizados pela sociedade, vivenciando sentimentos de inferioridade.

Outro aspecto que impacta na autoestima das mulheres com câncer de mama é o cabelo. Nos moldes da sociedade, o cabelo é tido como um componente do corpo, sendo essencial para a mulher e fazendo parte da sua subjetividade. Pereira e Silva (2025) apontam que as mulheres

relatam como se irritam quando outras pessoas dizem que é só cabelo e que não tem importância (porque vai crescer), invalidando seu sofrimento.

As mulheres com câncer de mama experienciam a perda de um controle sobre seu corpo e a vida, no qual levam-nas a vivenciar o sentimento de luto por um corpo que não é igual ao que era antes, após o recebimento do diagnóstico (GRZYBOWSKI *et al.*, 2008 apud PEREIRA; SILVA, 2025). As mudanças na identidade feminina vivenciadas e a perda da identidade feminina pessoal e social faz com que elas passem a vivenciar o sentimento de ser menos mulheres, principalmente por causa da simbologia do seio e da mastectomia (GUIMARÃES; BRAMATTI, 2022).

Algumas mulheres, ao receberem o diagnóstico de câncer de mama, são atravessadas pelo o sentimento de desesperança, medo, solidão e morte além do sentimento de não terem mais tempo para aproveitar a vida, enquanto para outras o sentimento é de serem gratas pela possibilidades de viverem mais anos (RIBEIRO *et al.*, 2020); demonstrando que a forma como cada mulher lida com o diagnóstico é singular.

Segundo Ramos e Lustosa (2009 apud REGIS; SIMÕES, 2005) ocorrem diversas alterações que são significativas nas esferas da vida da mulher, nas atividades sexuais, vida social e na vida laborativa, além disso, a mulher acometida pelo câncer se esbarra na convivência de um corpo que foi marcado por uma nova imagem e manifestando insatisfação. Desse modo, as alterações que são vivenciadas por essas mulheres incorporam pensar novas formas de viver diante de uma realidade em que se desconhece o caminho do ser mulher com câncer de mama.

Nessa perspectiva, é indubitável pensar em como a rede de apoio social pode contribuir para o bem-estar da mulher diante do percurso e fases do tratamento, permitindo que as mulheres possam trilhar um caminho mais leve diante de situações adversas (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Ao ser diagnosticada com câncer de mama, a mulher passa a ser uma pessoa atingida física, socialmente e psicologicamente pela doença e pelo tratamento. Dessa maneira, aceitar sua condição nova e adaptar-se à sua nova imagem do corpo, demanda esforço grande, no qual nem todas estão preparadas.

De acordo com Ramos e Lustosa (2009), diante do adoecimento, e aqui especificamente nos casos do câncer de mama, esse adoecimento, muitas vezes é vivenciado como uma crise, pode representar a oportunidade de reflexão com possibilidades de mudanças existenciais, que venham a culminar em reavaliação da vida das mulheres.

Ainda no que tange a pensar o ser mulher com câncer de mama é pertinente refletir que, devido estigmatização do câncer de mama, algumas mulheres mantêm segredo a respeito da doença, prorrogando a procura ao tratamento necessário e prejudicando o seu prognóstico, por isso, é importante pensar em como a estigmatização pode contribuir para o sofrimento dessas mulheres (RAMOS; LUSTOSA, 2009). Segundo Vieira, Lopes e Shimo (2005), a forma como a mulher compreende e percebe os significados, as emoções, representações e significações é muito individual, indicando que cada mulher vai passar pelo processo do tratamento de formas diferentes.

Sendo assim, existe um modo de como cada mulher vai lidar com o câncer de mama, que está relacionado a história da paciente, dos valores pessoais, da sua concepção de saúde e doença e das suas relações interpessoais (JUNQUEIRA; SANTOS, 2020).

Nesse sentido, as mulheres elaboram sua representação mental do corpo, na qual está vinculada à percepção de si no mundo e de suas relações que são de aberturas e fechamento existencial, sendo que a imagem que se faz do corpo é construída e desconstruída ao longo da vida (JUNQUEIRA; SANTOS, 2020). Portanto, é perceptível que a relação que a mulher desenvolve com o processo do diagnóstico e tratamento do câncer de mama possui influência de suas particularidades, existindo diversos modos de ser mulher com câncer de mama.

Para algumas mulheres, a perda de um membro do corpo que possui simbolização afeta a sua vida de forma significativa. Conforme (GASPARELO *et al.*, 2010) as mulheres, quando são submetidas ao processo de mastectomia, sentem-se como se fossem mutiladas sexualmente, fazendo com que passem a ser ver longe do ideal de beleza, sentindo-se incapaz de satisfazer sexualmente seus/suas parceiros/as.

O processo da mastectomia é um processo que envolve a manifestação de diversos sentimentos como a tristeza, o medo, a raiva, a frustração. Nesse processo, as mulheres que passam pela amputação de um membro não têm tempo para se acostumar com a ideia de a perda desse membro, o que dificulta mais a adaptação à nova realidade (GASPARELO *et al.*, 2010).

Lima *et al* (2020) apresentam, por meios dos relatos presente em seu estudo, como a perda do seio afeta a identidade feminina e seus relacionamentos, no qual, para algumas mulheres, o sentimento de vergonha faz-se presente, outras são abandonadas pelo marido, enquanto algumas passam a ter a percepção de que não serão mais mulheres.

Outrossim, Gasparelo *et al* (2010) apontam, através de um estudo que realizaram, que umas das participantes, relatou como as vestimentas impactam na sua autoestima, pois a cirurgia não permite mais que ela use blusas de alcinhas, uma vez que deixaria visível a cicatriz da

cirurgia de mama. Para algumas mulheres, o sentimento de não aceitação é existente e persistente, mesmo em casos em que existe acompanhamento psicológico.

É possível dizer, então, que no processo do tratamento as mudanças proporcionadas pela mastectomia ocasiona nas mulheres com câncer sentimentos de insegurança, visto que a mulher sente-se inferiorizada por causa da mudança da imagem corporal e da interferência na vida afetiva e sexual; sendo constatado que, para os companheiros, as mudanças ocorridas referente à falta de desejo sexual e vergonha não acarretaram problema para eles, haja visto que eles souberam lidar com a situação nova das esposas. Contudo, não são todos os casos que são assim, existindo casos em que esse percurso é bem solitário para a mulher que não recebe o apoio do companheiro (GASPARELO *et al*, 2010).

5.3 O câncer de mama, o processo de morte e morrer e o luto

Não se pode falar, como vem sendo mencionado, das questões subjetivas relacionadas às mulheres com câncer de mama, sem falar do processo que envolve a morte, o morrer e o luto, a partir das contribuições da médica suíça Elisabeth Kübler-Ross, principalmente através do seu livro intitulado “Sobre o processo de morte e morrer”, de 1987. Seu legado até hoje é levado em consideração quando se trata de sujeitos que recebem um diagnóstico, especialmente terminal, isto é, com previsão de sobrevida inferior a seis meses (FERREIRA, 2004), ou que requerem cuidados maiores, como o câncer. A médica identificou 5 estágios que o paciente, na terminalidade ou quando recebe um diagnóstico inesperado, vive, a saber: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação.

No caso da terminalidade, trata-se do momento em que o paciente não apresenta mais possibilidades terapêuticas de cura. Entretanto, mesmo que não vislumbre mais essa possibilidade, isso não significa que o paciente não possa viver dignamente, com uma qualidade de vida que o proporcione estar com seus entes queridos, muitas vezes, até fora do hospital, quando recebe os cuidados paliativos. Cabe ainda ressaltar que a concepção do que é um paciente terminal ainda é ambígua:

A identificação do paciente terminal na prática, considerado sem esperança de cura terapêutica, ou com morte inevitável, é complexa e não envolve unicamente um raciocínio lógico. Ainda que se tente chegar a identificar este diagnóstico através de uma avaliação crítica, neutra e extinta de preconceitos, a falta de parâmetros definitivos sobre o assunto leva a equipe de saúde a apresentar receio de considerar um paciente como terminal. Isso se deve ao fato de que o limite entre o terminal e o paciente com perspectivas de cura é sempre arbitrário no sentido de não existir uma linha divisória, bem definida, entre ambos (QUINTANA; KEGLER; SANTOS; LIMA, 2006 apud MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009, p. 154).

No que concerne ao câncer de mama, sabe-se que não são todos os casos que levam a terminalidade, principalmente quando descoberto no início, mas isto não nos leva a pensar que a mulher que recebe um diagnóstico dessa ordem não passe por todas essas fases, inclusive de experienciar a doença como terminal, sem de fato se configurar como tal. Por esta razão, em conformidade com os autores supracitados, é muito complexo designar o que se caracteriza como terminalidade, pois é uma vivência singular.

Neste sentido, abaixo circunscrevemos os estágios aludidos por Elisabeth Kübler-Ross, considerando que qualquer pessoa, independente da doença ou estadiamento, no caso do câncer, pode passar. Trata-se de uma travessia, onde o paciente não necessariamente passará pelos estágios nesta ordem que será explicada, podendo, inclusive, sentir dois deles ao mesmo tempo. Desta feita, concordamos com Susaki, Silva e Possari (2006, p. 145), quando afirmam que “não há uma ordem para a ocorrência dessas manifestações, tão pouco uma cronologia, sendo que o paciente pode vivenciar mais de uma destas fases, concomitantemente, num mesmo período ou até mesmo não vivenciar algumas delas”.

O primeiro é a negação, um mecanismo de defesa que surge a partir da comunicação de um diagnóstico, sendo usada a partir dos primeiros estágios da doença, ou ao longo da constatação ou em uma fase posterior. O sujeito tende a reagir com a seguinte frase: “Não, eu não, não pode ser verdade”. Assim, a negação pode ser encarada como uma forma de lidar com a situação dolorosa e desagradável, na qual o indivíduo procura provar de todas as formas que houve um engano, necessitando de tempo para absorção da ideia. É muito comum, nessa fase, o paciente e sua família recorrerem a várias opiniões médicas antes de sair deste estágio, nutrindo a esperança de não ter aquele diagnóstico. O paciente também pode desconfiar de troca de exames ou da competência da equipe de saúde (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006). Isto posto, a negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais (KÜBLER-ROSS, 1987). Para Castro-Arantes (2016), a negação é um mecanismo neurótico do sujeito para lidar com a sua irrepresentável “condição de imortal” (p. 641).

Em seguida, a raiva surge quando o sujeito não se mantém mais firme no primeiro estágio, emergindo assim sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimentos para com aqueles que estão saudáveis. O sujeito reage com a seguinte frase: “Porque eu?”. Esses sentimentos são propagados e projetados para as pessoas que estão ao seu redor, como a família, o médico e enfermeiros que, na maioria das vezes, não compreende que esses sentimentos fazem parte da nova condição e do processo em curso, e tendem a evitar e isolar o sujeito (KÜBLER-ROSS, 1987).

No terceiro estágio, o da barganha, há uma tentativa de adiar a morte como um prêmio por bom comportamento, com promessas de novas atitudes e de mudanças de estilo de vida, na esperança de prolongar um pouco mais a sobrevivência. A maioria das barganhas são feitas com Deus, e são mantidas em segredo, tendo então promessas de “uma vida dedicada a Deus” ou “uma vida a serviço da Igreja”, em troca de um pouco mais de tempo de vida. Sentimentos de arrependimento, seja por experiências concretas ou por situações imaginadas e interpretadas como pecados, podem levar o paciente a compreender o processo de adoecimento como uma forma de punição ou castigo (KÜBLER-ROSS, 1987).

No quarto estágio, a depressão, o paciente não pode mais negar e esconder a sua doença e sua revolta e raiva e dão lugar ao sentimento de perda. A manifestação da depressão, não está relacionada apenas às repercussões da doença sobre o indivíduo, mas também às transformações e perdas vivenciadas. Entre essas alterações, destacam-se o comprometimento da estabilidade financeira, a necessidade de o cônjuge assumir atividades laborais adicionais e o distanciamento dos filhos que, em alguns casos, passam a ser cuidados por outros parentes (KÜBLER-ROSS, 1987).

A autora (KÜBLER-ROSS, 1987) distingue dois tipos de depressão neste processo: a reativa e a preparatória. A depressão reativa caracteriza-se como uma resposta emocional imediata diante das dificuldades impostas pela doença e pelas mudanças sociais e familiares, exigindo, portanto, uma abordagem multidisciplinar que envolva não apenas o suporte psicológico, mas também a orientação e o amparo social, visando minimizar os impactos no cotidiano do paciente e de seus familiares. Já a depressão preparatória emerge quando o indivíduo toma consciência de sua condição de finitude, antecipando de forma dolorosa a perda de tudo aquilo que lhe é significativo e amado.

No quinto estágio, o da aceitação, o indivíduo não terá mais depressão ou raiva quanto ao seu processo de finitude. Nele, contempla seu fim próximo com tranquilidade, terá sono, mas não um sono de fuga como na depressão, deseja que o deixem só, e que não o perturbem com notícias do mundo exterior. Não se pode confundir a aceitação como felicidade, é como se a dor tivesse desaparecido, a luta tivesse cessado e estivesse chegado o momento de “repouso”. Nele, parece ser mais difícil viver do que morrer e os sentimentos desvanecem. É um período em que o paciente pode querer falar sobre seus sentimentos, mas precisa que haja pessoas disponíveis e preparadas internamente para esse contato, bem como também é um período que geralmente a família necessita de ajuda, compreensão e apoio mais do que o próprio indivíduo, à medida que ele encontre uma paz e aceitação (KÜBLER-ROSS, 1987).

Existem pacientes que permanecem em constante resistência diante da enfermidade, sustentando-se pela esperança e recusando-se a aceitar a possibilidade da morte. Essa postura de enfrentamento prolongado dificulta o alcance do estágio de aceitação, uma vez que há luta incessante contra a realidade da finitude humana. Em determinado momento, porém, o indivíduo pode reconhecer seus limites, expressando frases como: “Não consigo mais resistir”. É nesse instante que a resistência cede lugar à rendição, e a luta chega ao fim. Em outras palavras, quanto mais o sujeito se agarra à negação da morte inevitável e investe esforços em evitá-la, mais árduo se torna o processo de chegar à aceitação, entendida como uma condição de reconciliação com a própria finitude, possibilitando viver os últimos momentos com serenidade e dignidade (KÜBLER-ROSS, 1987).

Outro ponto importante é que, Simonetti (2016), ao falar sobre o processo de enfrentamento da doença, discorre que este se caracteriza pela oscilação de posturas de luta e luto em relação à doença, cabendo ao psicólogo/a hospitalar realizar intervenções no sentido de facilitar o movimento entre a luta e luto. Nesse sentido, o enfrentamento acontece por meio de luta e luto juntos, e não ocorrendo de uma hora um para outra hora outro.

Existe ainda a possibilidade de algumas pessoas já possuírem personalidade mais direcionada ao luto ou à luta, necessitando assim do auxílio do/a psicólogo/a para desenvolver o pólo que se faz ausente. Logo, se o paciente está em muita luta, o/a psicólogo/a deve estar ao seu lado, testemunhar sua dor e prover condições para a elaboração do luto (SIMONETTI, 2016).

Seguindo na proposta de refletir sobre o processo de morte e morrer e do luto, faz-se necessário fazer uma incursão teórica, ainda que brevemente, sobre as perdas e lutos que uma mulher vivendo com câncer de mama experiencia, já que ela é convocada a ter que elaborar algumas castrações e frustrações, seja por conta da auto-imagem em função da mastectomia ou queda do cabelo, sejam pelos papéis sociais que deixou de assumir, seja pela perda de suas atividades laborais. Para tanto, é importante adentrarmos na obra freudiana que concerne à sua teorização sobre o luto, intitulada “Luto e Melancolia”, de 1917.

Para Freud (1917/1996) o luto é um processo no qual há uma perda de uma pessoa ou uma abstração que esteja no lugar dela, podendo ser um ideal, uma liberdade, uma pátria, por exemplo. Segundo o autor, no processo do luto, ocorre um estado doloroso em que há perda de um interesse pelo mundo externo, pois o mundo se tornou pobre e vazio, ocorrendo, dessa maneira, uma incapacidade de escolher um novo objeto em substituição ao que foi perdido, afastando-se, assim, de toda atividade que não tiver relação com este objeto. Compreende-se que a inibição, o estreitamento do ego e o afastamento de toda outra atividade que não seja o

objeto de antes é uma dedicação exclusiva ao luto, não restando nenhum interesse e propósitos para os outros.

Além disso, no luto, sabe-se o que foi perdido, logo o indivíduo reconhece de forma consciente o que é perdido. Freud (1917/1996) destaca a importância de não considerar o luto como estado patológico, no sentido médico do termo, visto que mesmo que o luto ocasione desafios, é possível que este processo seja superado.

O luto caracteriza-se, então, como um trabalho que consiste em que o objeto amado não existe mais, no qual exige que a libido seja retirada da ligação que existia com esse objeto para um outro novo objeto. Contudo, o processamento de investimento da libido em outro objeto é um percurso lento, no qual o sujeito acaba não abandonando de bom agrado a posição da libido antiga, fazendo com essa oposição seja intensa demais e resulte em um afastamento da realidade. Desse modo, pouco a pouco, as lembranças e expectativas pela qual a libido fazia parte do objeto perdido serão focalizadas e superinvestidas e nelas será realizado o desligamento da libido, existindo assim um processo de superação depois do trabalho realizado (FREUD, 1917/1996). Portanto, diante do exposto, entende-se que o luto, está para além do conceito que é colocado pela sociedade em geral, que o atrela simbolicamente à morte.

Quando aludimos às mulheres em tratamento por conta do câncer de mama, têm-se que elas acabam tendo que elaborar o luto pelo objeto do seu corpo perdido, o seio, que agrega não só significados sociais, mas também significantes que tem a ver com a história de vida pessoal de cada uma, ou seja, dos papéis sociais que desempenham e no que esses papéis impactam em suas subjetividades. A perda do seio traz à tona a perda de um ideal feminilidade e empoderamento e a re-significação dessa perda passa pela jornada de uma elaboração de um luto, onde o primeiro estágio é reconhecer que esta perda existe, ela é concreta, e impacta diretamente na auto-imagem da mulher. Portanto, é esperado que a mulher trate essa perda de maneira super-investida e, narcisicamente, fique presa a essa nova imagem. Porém, essa atitude é esperada no processo de elaboração do luto. A queda dos pêlos do corpo também é um real que arrebatou e coloca as mulheres diante de uma realidade quase que irrepresentável. São perdas que devem ser legitimadas na escuta dessas mulheres. Cabe ao/à psicólogo acolher tais queixas entendendo que elas fazem parte do processo, ou seja, o luto deve ser reconhecido e escutado. Ferreira e Arantes (2014) referem que a doença, sendo da ordem do traumático, por conta das modificações corporais, por si só, já posicionam o sujeito diante de sua finitude e que o trabalho do “lado psi” vai na direção de um tratamento que leve em conta esse limite que o próprio corpo coloca, no sentido de dar vazão a experiência de perda e luto dessas mulheres, visando uma elaboração.

5.4 A atuação do/a psicólogo/a hospitalar junto às mulheres com câncer de mama

Segundo Rezende e Botega (1998), o/a psicólogo/a no contexto hospitalar precisa articular conhecimentos teóricos de acordo com a realidade específica, propondo ajustes e estratégias que sejam capazes de atender a demanda psicológica das pacientes (nível de ansiedade, temores, defesas). Para Kunrath et. al. (2022) o/a psicólogo/a, na psico-oncologia, deve trabalhar no sentido de possibilitar a qualidade de vida enquanto o sofrimento e os possíveis percalços na vida cotidiana acontecem, sendo que o sofrimento do câncer não deve ser medido ou comparado. Dessa forma, o/a psicólogo/a deve tratar cada caso como único, pois cada sentimento é subjetivo, respeitando o direito de sigilo daquele que é acolhido, e tornando, desse modo, a psico-oncologia um serviço essencial no ambiente hospitalar.

Para isso, Azevedo et. al. (2016 apud KUNRATH *et al*, 2022) afirmam que é fundamental que o/a psicólogo/a desenvolva uma postura participativa e ativa junto ao paciente no decorrer do tratamento e no enfrentamento de perdas e alterações físicas no corpo, bem como a possibilidade da morte.

Por isso, é importante que o/a psicólogo/a esteja atento às queixas que são trazidas pela paciente, para que seja possível detectar as desordens psíquicas que geram sofrimento e estresse tal como perceber o uso de mecanismos de defesa negativos, favorecendo a reorganização da vivência de doença e o uso de recursos que são adaptativos para manter o paciente participativo no processo. Com uma intervenção técnica, empatia e escuta acolhedora da comunicação verbal e não verbal por parte do/a psicólogo/a, isso proporciona à paciente o confronto com os seus conteúdos internos, suas angústias e os sentimentos em geral, de modo que a paciente possa dar início ao processo de aceitação e elaboração (COSTA; OTHERO, 2007).

Conforme Venâncio e Leal (2004), o espaço de acolhimento e escuta do/a psicólogo/a deve se pautar na realidade. Nesse sentido, quanto mais informado o paciente estiver de sua doença, maior será a sua capacidade de enfrentar o processo de adoecer, desse modo, o/a psicólogo/a deve falar em uma linguagem acessível com a paciente e sempre checar se as informações e orientações são dadas pela equipe foram compreendidas.

Para Caracio et. al. (2025), as mulheres, ao receberem a informação sobre o diagnóstico de câncer de mama, ocorre uma ruptura ao todo ao seu redor, e é nesse momento que o/a psicólogo/a vem-se a tornar um “alicerce” em meio ao nevoeiro emocional que se forma, pois neste momento a paciente torna-se vulnerável ao diagnóstico, consequentemente, a possibilidade de intervenção do/a psicólogo/a pode gerar um impacto positivo, contribuindo para tornar essa jornada com maior significado.

No que se refere ao atendimento do/a psicólogo/a no campo da oncologia:

No caso da psico-oncologia, o atendimento profissional, independente da abordagem teórico-filosófica do psicólogo, deve ultrapassar os limites do consultório e da prática psicoterápica, inadequada e insuficiente para o cumprimento dos objetivos da psico-oncologia, indo buscar e trabalhar com o paciente onde quer que ele se encontre (na sala de espera do hospital, na enfermaria, na sala de procedimentos invasivos, em casa, ou em qualquer outro local) e incluindo a participação ativa de diferentes profissionais (JÚNIOR, 2001, p 04).

Conforme Carvalho (2002), o trabalho psicológico na oncologia, no que concerne ao apoio, reabilitação ou psicoterapia individual e grupal, tem facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos das cirurgias e medicamentos e a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no paciente terminal, de uma melhor qualidade no processo de morte e do morrer. Para tanto, na busca de amenizar esse sofrimento o/a psicólogo/a, em uns dos seus eixos de atuação, pode ajudar o/a paciente na capacidade dele/a se adaptar ao seu processo de adoecimento e tratamento, auxiliando no tratamento do estresse, dos procedimentos invasivos, no relacionamento com a rede de apoio, na adaptação durante e pós tratamento e na reinserção da vida social ou no fim da vida.

O/a Psicólogo/a, no atendimento de pacientes oncológicos, pode oferecer suporte por meio de atendimentos individuais ou grupais. No que tange ao atendimento individual, este busca oferecer mais privacidade na escuta, acolhimento e espaço ao paciente, permitindo que ele apresente suas demandas. É bom lembrar que esse atendimento não é igual a psicoterapia, mas sim um atendimento clínico em saúde. Logo, também o espaço terapêutico não é o mesmo que se é esperado para o atendimento psicoterapêutico em clínicas e consultórios psicoterápicos, pois pode ocorrer imprevistos como interrupção de outros/as pacientes e da própria equipe de saúde (BEZERRA; ALVARENGA; PREBIANCHI apud BARATTO *et al.*, 2011).

Nos casos da psicoterapia breve, o/a psicólogo/a busca realizar atendimento no qual o tratamento com pacientes e familiares possui objetivos limitados e o tempo é o mais breve possível para trabalhar com foco na condição atual da pessoa doente (NEME, 2010, p. 40).

Para auxiliar no manejo de quadros dolorosos, as intervenções são realizadas de forma pontual, com o objetivo de auxiliar e ir acalmando o paciente que apresente crises de ansiedade, bem como fazendo apontamentos e sugestões que podem facilitar a resolução de dificuldades emocionais ou concretas relacionadas com a família, equipe ou no processo de hospitalização (NEME, 2010, p. 40).

Já nos atendimentos em grupos, este possibilita a orientação, escuta e acolhimento de pacientes e familiares, tendo sua função terapêutica e psicoeducacional. De acordo com

Bezerra, Alvarenga e Prebianchi (2022 apud BACKES *et al.*, 2014) tal tipo de atendimento é fundamental na promoção da qualidade de vida dos pacientes e ajuda para enfrentamento e adaptação no processo. De acordo com Spiegel *et. al.* (1989 apud REZENDE; BOTEAGA, 1998), a psicoterapia em grupos permite encorajar discussões, expressar as emoções sobre como enfrentar o câncer, a doença e o efeito dela sobre suas vidas, além de falar sobre os problemas que surgem em decorrência da quimioterapia ou radioterapia.

Para Ramos e Lustosa (2009), o atendimento psicológico mais empregado como forma de intervenção terapêutica é aquele que se inicia logo após o diagnóstico e a definição da conduta oncológica. Nesse contexto, realiza-se uma avaliação psicológica individual, que possibilita o adequado planejamento dos atendimentos subsequentes, os quais podem ocorrer de forma individual ou em grupo, conforme o estado emocional e as necessidades específicas da paciente. Evidências científicas apontam para a eficácia da metodologia grupal no atendimento a pessoas com câncer, uma vez que contribui significativamente para o aprimoramento do ajustamento psicossocial diante da enfermidade.

De acordo com Bergamasco e Angelo (apud RAMOS; LUSTOSA, 2009), pacientes oncológicos que participam de treinamentos voltados ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento apresentam resultados positivos em diversos aspectos, como satisfação com o desempenho no trabalho, engajamento em atividades sociais, percepção da aparência física, intimidade sexual, comunicação interpessoal e enfrentamento dos procedimentos médicos.

Para as autoras, em casos cirúrgicos, a modalidade de trabalho para os/as psicólogos/as é a Psicoprofilaxia Cirúrgica. Destacam que toda intervenção cirúrgica representa uma complexa interação entre diversos agentes, incluindo o paciente, sua família, os profissionais médicos de diferentes especialidades, o/a psicólogo/a, a equipe assistencial e a própria instituição de saúde. Diante dessa complexidade, torna-se fundamental abordar o tema sob uma perspectiva interdisciplinar, de modo a contemplar os múltiplos aspectos envolvidos no contexto cirúrgico, que implicam impactos significativos tanto de ordem física quanto emocional para todos os participantes do processo (RAMOS, LUSTOSA; 2009).

Além disso, Simonetti (2016), apresenta três técnicas em que o/a psicólogo/a hospitalar pode utilizar no seu campo de trabalho: a entrevista, a associação livre e o silêncio. Na associação livre, o/a psicólogo/a explica para o paciente que ele pode falar sobre o que lhe vem à mente. Esse convite para uma fala livre deve ser feito por parte do psicólogo com uma escuta livre; para o psicólogo/a hospitalar isso significa que deve escutar livremente, sem valorizar *a priori* temas relacionados à doença. O/a psicólogo/a deve escutar o que o paciente fala como

um todo, e não sobre a doença, pois a tentativa de direcionar a fala para o adoecimento pode fazer com que o paciente fale somente dos seus sintomas.

Na entrevista, o/a psicólogo/a faz perguntas objetivas, sobre assuntos que parecem mais acessíveis, como onde mora, a doença, a internação, profissão, estado civil, o que gosta, medicamentos, etc. É interessante que para o/a paciente a entrevista pareça uma conversa, um bate-papo. O importante é colocar em andamento a fala do/a paciente. A entrevista e associação livre é uma tentativa de estabelecer vínculo com o paciente e estimular a elaboração psíquica por meio da fala (SIMONETTI, 2016).

O silêncio funciona como um espaço vazio que atrai as palavras e pode ser ocupado. No contexto da psicologia hospitalar, esse espaço deve ser preferencialmente preenchido pela fala do/a paciente. Em determinadas situações, o psicólogo pode intervir verbalmente, mas essa fala deve ter como objetivo favorecer a retomada do discurso do paciente, e não se configurar como um fim em si mesma (SIMONETTI, 2016).

Simonetti (2016) coloca também a atuação do psicólogo frente às 4 posições do sujeito quando acometido por uma doença, baseando-se em Kübler-Ross, partindo daquilo já mencionado neste trabalho, a saber: a negação, a revolta, a depressão e o enfrentamento. O autor afirma que o/a psicólogo/a deve ser um facilitador da elaboração psíquica do paciente.

A negação é uma defesa psicológica, e costuma ser uma posição inicial, onde o paciente nega a existência da doença. Nela, o/a psicólogo/a deve se interessar pelos motivos da negação da doença e da recusa ao tratamento, fazendo com que o paciente fale, fale de si, da doença, do que quiser, abordando outros temas, e que o próprio paciente escolha os temas das conversas; assim, ao falar livremente, a negação se desvanece. Quando o paciente nega a doença, mas adere ao tratamento, o psicólogo não deve fazer nada (SIMONETTI, 2016).

Diante da posição da revolta o/a psicólogo/a hospitalar deve focar na verdade da pessoa, essa posição não é pra ser julgada e sim ultrapassada, o/a psicólogo/a não precisa concordar com os sentimentos presentes, mas pode reconhecer a autenticidade dos sentimentos do paciente. O paciente, nessa posição, encontra-se envolvido em conflitos com a equipe de enfermagem e médica, bem como a família. Ao intermediar essas situações, o/a psicólogo/a deve escutar as queixas mais como uma testemunha do que como um juiz (SIMONETTI, 2016).

A depressão, diante de uma doença, é uma resposta compreensível. Por isso, o psicólogo deve acolher o paciente, evitando qualquer forma de crítica em relação ao seu estado depressivo, oferecendo-lhe apoio durante esse período delicado. É importante destacar que, ao buscar estimular o paciente, o/a psicólogo/a deve fazê-lo com sensibilidade e vitalidade. Dessa forma,

sua atuação consiste essencialmente em oferecer suporte e acompanhamento por meio de uma escuta atenta e cuidadosa (SIMONETTI, 2016).

A posição de enfrentamento, geralmente, é um ponto de chegada, após uma longa jornada de elaboração diante da doença. Essa posição se caracteriza pela alternância entre o luto e a luta. O trabalho do/a psicólogo/a se dá no sentido de facilitar esse movimento entre a luta e o luto, em que o paciente seja ajudado a falar, tendo o/a psicólogo/a como um bom ouvinte (SIMONETTI, 2016).

5.4.1 Grupos de Apoio com Mulheres com Câncer de Mama

A literatura encontrada permitiu o contato com a existência de grupos de apoio voltados às mulheres com câncer de mama. Mesmo que esta intervenção não seja exclusiva da psicologia, ela se coloca como mais uma alternativa para a atuação da psicologia hospitalar com esse público. De acordo com Dias e Durá (2002 apud OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004), a terapia em grupo estimula a capacidade das pessoas discutirem os sentimentos, preocupações e seus problemas, sendo benéfico na redução do sofrimento psicológico dos indivíduos. Para muitas mulheres, ao participar dos encontros em grupos, o sentimento é de sair mais leve, pois ele permite a aprender a conviver melhor com a doença (DIAS; DURÁ; 2002 apud OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004).

Para Spiegel (2001 apud SANTOS; SOUZA, 2019) um dos instrumentos mais usados na atuação com mulheres que apresentam CA de mama são os grupos de apoio, a psicoterapia de grupo suportivo-expressivo e o grupo psicoeducativo (SPIEGEL, 2001 apud SANTOS; SOUZA, 2019). A utilização de grupos podem ser utilizados como potencial terapêutico, pois os grupos oferecem informações, reduzem o sentimento de isolamento, auxiliam a manter a esperança e ajuda as mulheres a desenvolverem habilidades de resolução de problemas (SANTOS; SOUZA, 2019).

De acordo com Santos e Santos (2024, p. 14) os grupos de apoio podem ser umas das estratégias para pensar o cuidado com mulheres diagnosticadas com câncer de mama, visto seus benefícios pessoais percebidos por causa da participação no grupo, por exemplo, a melhora física, favorecendo o retorno gradual às atividades diárias, ganhos emocionais e sociais, como o vínculo estabelecido com a equipe multidisciplinar e com as outras mulheres que também estão no tratamento e apoio psicológico.

Conforme Oliveira e Monteiro (2004), o grupo funciona como uma caixa de ressonância, no qual o problema de um indivíduo, na maioria das vezes, acaba se configurando

como problemas dos outros integrantes do grupo. Segundo Dias e Durá (2002 apud OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004), os pacientes podem servir como modelo de identificação para os demais integrantes do grupo e se beneficiar com a identificação, pois eles podem expandir o seu leque de formas de relacionar-se com a doença. Outrossim, os integrantes do grupo podem ajudar os outros integrantes e assim assumir uma posição ativa ao ajudar os outros.

Para as mulheres, os grupos permitem ouvir e partilhar com as outras mulheres, colegas de grupo, os problemas parecidos, auxiliando no enfrentamento das mesmas dificuldades. O grupo também permite, por meios de dramatizações, fazer com que as mulheres lembrem de suas histórias, possibilitando a expressão das suas emoções, e da auto-estima, aprendendo a ter mais coragem, de modo a enfrentar melhor os problemas (OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004).

Assim, em uma pesquisa feita por Pinheiro *et al* (2008), foram analisadas falas de entrevistas feitas com integrantes do grupo de apoio, onde para as mulheres o grupo significava troca de experiência, suporte social, sair da exclusão social, receber informações e atividades de lazer. A pesquisa revelou que o grupo é uma forma de partilhar experiências, de se sentirem incluídas e apoiadas, verbalizando assim: “a gente observa e vê que aquela amiga também teve e está ali forte, quer dizer, trocar ideias, você chora, você discute os problemas que são comuns, a gente se fortifica” (PINHEIRO *et al*, 2008, p.735).

O grupo foi considerado também como uma forma de suporte social, para dar continuidade ao processo de recuperação e adaptação à nova condição: “são pessoas que passaram pela mesma coisa que eu e que hoje eu estou convivendo, tem todo um suporte para lhe apoiar na hora em que você tiver querendo fraquejar” (ibid, p.735). Da mesma maneira, as mulheres relatam que o grupo possibilita aprendizagem, quanto aos seus direitos, ao acesso de serviços de saúde, e sobre ao processo de adoecimento: “[...] e a gente tinha várias perguntas que a gente não sabia, aí numa conversa esclareceu muitas coisas com os profissionais” (PINHEIRO *et al*, 2008, p.737).

Diante disso, o compartilhamento simbólico que emerge da convivência entre mulheres que vivenciam a mesma experiência do câncer de mama e dos tratamentos associados configura-se, em suas percepções, como uma realidade significativa construída nos grupos de apoio. Esses espaços favorecem a diminuição do sofrimento emocional e do isolamento social, como se observa na seguinte manifestação: “todas falam a mesma língua, o mesmo problema, as mesmas coisas, parece assim: quando a gente tá com uma dor, e a outra tem uma dor parecida, a gente fica mais calma” (PINHEIRO *et al*, 2008, p.736).

Dessa forma, os grupos de apoio oferecem um espaço onde existe a possibilidade de que as mulheres possam discutir as questões relacionadas ao enfrentamento do câncer de mama

(OTTO; VENDRUSCOLO; FRIGO, 2014). Ademais, os grupos de mastectomia oferecem um ambiente que favorece às participantes o diálogo livre sobre o câncer de mama, o que permite às mulheres compartilharem experiências, desenvolvimento de habilidades, informação e suas dúvidas sobre o enfrentamento das situações difíceis (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Por fim, a criação dos grupos surgiu para romper com os paradigmas presentes na sociedade acerca das pessoas que passam pelo processo de enfrentamento do câncer, pois oportunizam um ambiente para o compartilhamento de vivências e favorece o fortalecimento das integrantes, através da expressão de suas trajetórias desde a fase inicial até os diferentes tipos de tratamento (SOUSA *et al.*, 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo investigar como acontece a atuação da psicologia hospitalar, no contexto da psico-oncologia, com mulheres diagnosticadas com câncer de mama, visando entender os dispositivos clínicos usados nessa atuação, considerando-a tanto em relação à família quanto com a equipe multiprofissional. Considerou-se também bem os principais desafios enfrentados pelas mulheres com o câncer de mama, que vão desde o recebimento do diagnóstico até o tratamento.

Para isso, utilizamos a metodologia da literatura narrativa, que consiste em fazer uma análise e descrição de um conjunto de conhecimentos já produzidos para responder uma questão específica. Os materiais usados para a produção desse trabalho se deram por meio de artigos, livros, resoluções e portarias. A partir do que foi produzido até o momento, observou-se, de modo geral, que os objetivos e o problema da pesquisa foram alcançados.

Pensar o trabalho da Psicologia hospitalar, no seu encontro com a Psico-oncologia, com mulheres diagnosticadas com câncer de mama, é pensar o cuidado para que as dores, perdas e o sofrimento psíquico possa vir a ser falado e elaborado, com isso, percebeu-se que apesar do câncer ser uma doença que carrega a estigmatização, esta pode ser (re)significada, debatida, estudada, o que pode possibilitar em uma mudança na forma de atuação do/a psicólogo/a, seja na promoção de saúde, na prevenção de agravos ou no tratamento/reabilitação. Isto, por sua vez, promoveu um ganho de espaço da Psicologia nos serviços de saúde, especialmente no que tange à escuta, ao acolhimento e na sua intermediação na tríade paciente, família e equipe de saúde.

Com o trabalho, também foi possível observar como câncer de mama afeta a vidas das mulheres, pois a trajetória da doença, geralmente, acarreta perdas, perdas de uma função exercida, de um corpo ideal, do cabelo, da mama, de um estilo de vida, ou seja, são muitas as repercussões do câncer de mama na identidade feminina da mulher, principalmente no que tange à auto-imagem com relação ao seio.

Ademais, foram abordadas as estratégias do/a psicólogo/a diante de situações relacionadas ao câncer de mama em estado terminal, ressaltando que durante esse processo a paciente poderá reagir de diferentes formas até a aceitação da doença. Foi evidenciado que durante tal processo, o/a psicólogo/a tem muito a contribuir em cada etapa, prestando seus serviços ao paciente, à família e à equipe de saúde.

Alguns desafios foram encontrados no fazer do/a Psicólogo/a hospitalar. Um deles diz respeito ao próprio campo de atuação que foge aos moldes do consultório privado, o que requer

do/a profissional de psicologia um olhar institucional, considerando que ele não trabalhará sozinho e sim inserido em uma equipe de saúde, tal como foi mencionado. A psicologia hospitalar, por ser um campo em construção, ainda vem delineando suas atribuições, particularmente em relação aos outros profissionais que atuam no hospital, os quais pouco sabem o papel do/a psicólogo/a no hospital. Outro aspecto desafiador reside na situação de que, muitas vezes, o/a psicólogo/o vai lidar com situações limite, entre a vida e a morte, o que convocará dele/a recursos psíquicos para trabalhar com essas questões, isto é, com a própria finitude.

O papel da psicologia se mostrou presente por meio do trabalho com grupos de apoio, pois eles ajudam a expressar as emoções, compartilhar os medos, anseios, dúvidas, permitindo que as diferentes experiências vividas pelas mulheres no processo saúde-doença do câncer de mama possam ser compartilhadas e vividas por mais de uma pessoa.

Portanto, a perspectiva trabalhada permitiu visualizar possibilidades de atuações da Psicologia no contexto hospitalar com mulheres com câncer de mama. Por outro lado, vale ressaltar que muitos estudos ainda se fazem necessários para a evolução deste campo de saber, que se coloca na intersecção da Psicologia hospitalar com a Psico-oncologia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Antonio dos Santos *et al.* Grupo de Apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. V.12, N.2, p.27-33, Jul-Dez, 2011. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702011000200004&script=sci_abstract. Acesso em: 16 Nov, 2025.
- ALMEIDA, Tatiana Rodrigues de; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; FILGUEIRAS, Maria Stella Tavares. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 22, p. 1003-1029, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7Zv4V8CxJ6Wdfdj6qmXZLrg/?lang=pt>. Acesso em: 17 Nov, 2025.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: TRUCHARTE, F. A. R; KNIJNIK, R. B; SEBASTIANI, R. W; ANGERAMI-CAMON, V. (Orgs). **Psicologia Hospitalar**. Teoria e Prática. São Paulo: Cengage Learning, 2010. Cap 1.
- BEZERRA, T. L; ALVARENGA, A. A; PREBIANCHI, H, B. Psico-oncologia. In: BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R; BAPTISTA, A. S. D. (Orgs.). **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. cap.4, p.39-50.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.535/ GM**, 02 de Setembro de 1988.
- CARACIO, Flávia Cristina Caracio *et al.* Atuação da Psicologia no tratamento de mulheres com câncer de mama. **REVISTA CADERNO PEDAGÓGICO** – Studies Publicações e Editora Ltda., Curitiba, v.22, n.8, p. 01-20. 2025. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/17378>. Acesso em: 17 Nov, 2025.
- CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**. v13, n.1, p. 151–166. 2002. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pusp/a/C9zDcZyWhfKMLqWykFhVfqQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 Nov 2025.
- CASTRO, E. K. & BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde X psicologia hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.24, p.48-57, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/MZB4WxpDB4gdNnSY4DBM8qq/?lang=pt>. Acesso em: 17 Nov, 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) no serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: CFP, 2019.
- COSTA JUNIOR, Áderson L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, p. 36–43, jun. 2001. Disponível em :<https://repositorio.unb.br/handle/10482/25801>. Acesso em: 16 Nov, 2025.

FERREIRA, Deborah Melo; CASTRO-ARANTES, Juliana Miranda. Câncer e corpo:: uma leitura a partir da psicanálise. **Analytica**, São João del Rei , v. 3, n. 5, p. 37-71, dez. 2014 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972014000200004&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 23 nov. 2025.

FONGARO, M. L. H ; SEBASTIANI, R. W. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: CHIATTONE, H. B. C; SEBASTIANI, R. W; FONGARO, M. L. H, SANTOS, C. T, ANGERAMI-CAMON, V. (Orgs). **E a Psicologia entrou no Hospital**. São Paulo: Cengage Learning, 2011. Cap 1.São Paulo: Cengage Learning, 2010. Cap 1.

FREUD, S. (1917). **Luto e melancolia**. Obras completas, ESB, v. XV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GASPARELO, C. *et al.* Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Ciência. Cuidados e Saúde**, v. 9, n.3, p.535-542, 2010. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12557>. Acesso em: 15 Nov, 2025.

GIMENES, Maria da Gonçalves Glória. **Definição, foco de estudo e intervenção**. 1994, p.35-56. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/40865980/definicao-foco-de-estudo-e-intervencao>. Acesso em: 08 Jun, 2025.

GORAYEB, Ricardo. Psicologia da Saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26 p. 115-122, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/FRYYPBbcthyCtqmjYM93SKj/?lang=pt>. Acesso em: 17 Nov, 2025.

GUIMARÃES, Karla Francisca de Araújo; BRAMBATTI, Larissa Polejack.Tornar-se Mulher com Câncer: Repercussões do Câncer de Mama no Papel de Mulher. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 3, jul./set. 2022, p. 147–162. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1947/1434>. Acesso em: 15 Nov, 2025.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br>. Acesso em: 08 Jun, 2025.

JUNQUEIRA, Lilian Cláudia Ulian; SANTOS, Manoel Antônio dos. Atravessando a tormenta: imagem corporal e sexualidade da mulher após o câncer de mama. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 1, p.562-574. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/download/4669/pdf>. Acesso em: 15 de Nov, 2025.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1987.

KUNRATH, Bruna Letícia *et al.* O Trabalho da Psico-Oncologia Frente ao Sofrimento da Mulher Acometida Pelo Câncer de Mama. In: XX Encontro Científico Cultural Interinstitucional, 2022. Disponível em:<https://www4.fag.edu.br/anais-2022/Anais-2022-129.pdf> . Acesso em: 15 Nov, 2025.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Claro Mello. Paciente terminal, família e Equipe de Saúde. **Revista Sociedade Brasileira da Psicologia**

Hospitalar, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.151-173, jun. 2009. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011. Acesso em: 15 Nov, 2025.

MENEZES, N. N. T. DE. ; SCHULZ, V. L.; PERES, R. S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 2, p. 233–240, maio 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/zxnPftpPJTbnrZYB3gTyfGc>. Acesso em 08 Jun, 2025.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

NEME, Carmen Maria Bueno. (Org.). **Psico-Oncologia: Caminhos e Perspectivas**. São Paulo: Summus, 2010.

OLIVEIRA, Maria Melo de; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Mulheres Mastectomizadas: Ressignificação da existência. **Texto e Contexto Enfermagem**, p.401- 408, Jul-Set, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YqPC9df5t7dF9HdNWjqt7bn/?lang=pt>. Acesso em: 17 Nov, 2025.

OTHERO, Maria Bense; COSTA, Debora Genezini. Propostas Desenvolvidas em Cuidados Paliativos em um Hospital Amparador- Terapia Ocupacional e Psicologia. **Prática Hospitalar**, n.52, 2007. Disponível em: <https://paliativo.org.br/biblioteca/proposta-desenvolvidas-cuidados-paliativos-em-um-hospital-amparador-terapia-ocupacional-psicologia.pdf>. Acesso em: 15 Nov, 2025.

OTTO, Carolina; VENDRUSCOLO, Carine; FRIGO, Jucimar. Mulheres Mastectomizadas: Relato de experiência educativa de um grupo e a sua luta por uma nova vida. **Revista Saúde Pública**. Santa Catarina, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 40-48, maio/ago. 2014. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1139930/mulheres-mastectomizadas_relato-de-experiencia-educativa-de-um_Mt47Efj.pdf. Acesso em: 16 Nov, 2025.

PEREIRA, Sula Ferrari; SILVA, Julia Cacio da. Câncer de mama e corpo feminino: um olhar sensível da Psicologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 28, p. 12, 2025. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582025000100303. Acesso em 15 Nov, 2025.

PINHEIRO, Cleoneide Paulo Oliveira, *et al.* Participação em grupos de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, v. 16, p. 733–738, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kLMt7dmtz3SdF8S8BGPqqRk/?lang=pt>. Acesso em: 17 Nov 2025.

QUEIROZ, A. K. M; SANTOS, L. S. DOS; PARRAGA, M. B. B. A atuação dos psicólogos junto a mulheres com câncer de mama. **Univag- Centro Universitário**, p. 1-27, 2020. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/623>. Acesso em: 08 Jun 2025.

RAMOS, Bianca Figueiredo; LUSTOSA, Maria Alice. Câncer de mama feminino e psicologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 12, n. 1, p. 85-97, 2009. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100007. Acesso em: 17 Nov, 2025.

REY, González. As Configurações Subjetivas do Câncer: Um Estudo de Casos em uma Perspectiva Construtivo-Interpretativa. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. p.328-345, 2010. Disponível em https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200009. Acesso em: 15 Nov, 2025.

REZENDE, Vera; BOTEGA, Neury José. Grupo de Apoio psicológico a mulheres com câncer de mama: principais fantasias inconscientes. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 15, n.1, p.39-48, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Sdff6KZfvgeW6X4RzNVCCgR/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 Nov, 2025.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Princípios para a prática clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática x revisão narrativa**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>. Acesso em 06, Jun 2025.

SILVA, Lucia Cecilia. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231–237, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/Nt9QhBh3Z6T9pY8hRTgQVjQ>. Acesso em 30 Mai, 2025.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016

SOARES, Ana Michelle. **Enquanto eu respirar**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. (Coleção Tendências, v. 6). Título original: *Illness as Metaphor*.

SOUZA, Antônia Márcia Macêdo de Souza *et al.* Grupo de Mulheres Mastectomizadas: Construindo Estratégias de Cuidado. **S A N A R E, Sobral**, V.14, n.02, p.91-97, jul./dez. - 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/831>. Acesso em: 16 Nov, 2025.

SOUZA, C. DE. ; SANTOS, M. A. DOS. Significados atribuídos por mulheres com câncer de mama ao grupo de apoio . **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 44, p.1-20, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/vZDsPy85KqYwpnxmzxzNMMw/>. Acesso em 08 Jun, 2025.

SOUZA, C. DE.; SANTOS, M. A. DOS. Intervenções grupais para mulheres com câncer de mama: desafios e possibilidades. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 35, p.1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/j8hnQ4ZkWMXGrnXsj7TLt8p/>. Acesso em 08 Jun, 2025.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa:** o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 6 Jun, 2025.

TEIXEIRA, Aline do Amaral *et al.* Representações sociais sobre ser mulher na sociedade contemporânea. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 44, p.1-17, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/FH3b98kP9XpTnWn5YGPYRkn/?format=html&lan>. Acesso em: 17 Nov, 2025

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Biblioteca da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Tipos de revisão de literatura**. Botucatu: UNESP, 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 17 Nov, 2025.

VENÂNCIO, Juliano Lima; LEAL, Vera Maria Stribler. **Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama**. Revista Brasileira de Cancerologia, p, 55-63, 2004. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2059>. Acesso em: 15 Nov, 2025.