



# Impacto do trauma emocional em mulheres com câncer de mama na atenção hospitalar

*Impact of emotional trauma on women with breast cancer in hospital care*

Virginia DRESCH<sup>1</sup>  

Vitória Ramos SANTANA<sup>1</sup>  

Livian Oliveira CORRÊA<sup>1</sup>  

Universidade Federal Fluminense – UFF, Departamento de Psicologia - GSI. Niterói, RJ, Brasil.

## Correspondência:

Virginia Dresch  
[virginiadresch@id.uff.br](mailto:virginiadresch@id.uff.br)

**Recebido:** 27 out. 2023

**Revisado:** 15 ago. 2024

**Aprovado:** 18 nov. 2024

## Como citar (APA):

Dresch, V., Santana, V. R., & Corrêa, L. O. (2025). Impacto do trauma emocional em mulheres com câncer de mama na atenção hospitalar. *Revista da SBPH*, 28, e006. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.591>.

## Financiamento:

Bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, da Universidade Federal Fluminense – UFF e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; e Bolsa de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ.

## Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



## Resumo

Atualmente, o câncer é uma das principais causas de morte e um grande obstáculo para o aumento da expectativa de vida em todos os países do mundo. A vivência de eventos estressantes pode alterar a homeostasia interna do organismo, afetando o sistema imunológico e tornando-o mais vulnerável ao surgimento de doenças, principalmente quando ocorre a não elaboração psíquica das emoções. O objetivo do presente estudo foi analisar o impacto do trauma emocional no surgimento e/ou piora do quadro clínico no tratamento de mulheres com câncer de mama na atenção terciária. Foram entrevistadas quatro pacientes do Serviço de Mastologia de um hospital do estado do Rio de Janeiro que relataram traumas emocionais associados ao diagnóstico e tratamento da doença. Foi realizada entrevista não-estruturada, orientada por um roteiro invisível. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática, que visa identificar núcleos de sentido que compõem um conjunto de referências e valores presentes no discurso dos sujeitos. Após a transcrição das entrevistas, foram identificadas três categorias de análise, a saber: (a) congelei meu coração: refere-se a não elaboração de sentimentos de um trauma emocional; (b) cuidado, logo não penso: refere-se a focar a atenção no cuidado do outro para não pensar no próprio sofrimento e adoecimento; e (c) está tudo bem: padrão de resposta usual que corresponde ao esforço de sustentar que está tudo bem, apesar das dores e efeitos colaterais do tratamento; sofrimento em solitário. Analisando os resultados à luz da perspectiva de gênero, podemos identificar que as três categorias de análise construídas tem relação direta com aspectos do papel social de gênero das mulheres, a saber: cuidado do outro (cuidado, logo não penso) e repressão das emoções negativas (congelei meu coração; está tudo bem).

**Descritores:** Trauma emocional; Neoplasias mamárias; Stress.

## Abstract

Currently, cancer is one of the leading causes of death and a major obstacle to increasing life expectancy in all countries of the world. Experiencing stressful events can alter the body's internal homeostasis, triggering various molecular and immunological responses, affecting the immune system and making it more vulnerable to the onset of diseases, especially when emotions are not psychically elaborated. The aim of this study was to analyze the impact of emotional trauma on the onset and/or worsening of the clinical picture in the treatment of women with breast cancer in tertiary care. Four patients from the Mastology Service of a hospital in the state of Rio de Janeiro who reported emotional trauma associated with the diagnosis and treatment of the disease were interviewed. A non-structured interview was conducted, guided by an invisible script. The collected data were subjected to thematic content analysis, which aims to identify core meanings that make up a set of references and values present in the subject's discourse. After transcribing the interviews, three categories of analysis were identified, namely: (a) I froze my heart: refers to not elaborating feelings of an emotional trauma; (b) I care, therefore I don't think: refers to focusing attention on caring for others so as not to think about one's own suffering and illness; e (c) everything is fine: usual response pattern that corresponds to the effort to maintain that everything is fine, despite the pain and side effects of the treatment; suffering in solitude. Analyzing the results from a gender perspective, we can identify that the three categories of analysis constructed have a direct relationship with aspects of women's gender social role, namely: caring for others (I care, therefore I don't think) and repression of negative emotions (I froze my heart; everything is fine).

**Descriptors:** Emotional trauma; Breast neoplasms; Stress.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o câncer é uma das principais causas de morte e um grande obstáculo para o aumento da expectativa de vida em todos os países do mundo (Sung et al., 2021). Tanto o surgimento do câncer como a sua evolução (prognóstico bom ou reservado), tem etiologia multifatorial, que pode ter causas externas e internas interagindo entre si. A interação entre os fatores de risco e os fatores de proteção pode resultar no progresso ou na redução das chances de piora do adoecimento.

Nesse sentido, a vivência de eventos estressores corrobora como fator de risco, uma vez que pode alterar a homeostasia interna do organismo, podendo desencadear diversas respostas moleculares e imunológicas, afetando o sistema imunológico e tornando-o mais vulnerável ao surgimento de doenças, principalmente quando ocorre a não elaboração psíquica das emoções (Amorim & Siqueira, 2014). Para Di Giuseppe et al. (2020)

mecanismos de defesa de supressão, repressão, dissociação, deslocamento e onipotência moderaram o diagnóstico de câncer, sugerindo que um funcionamento defensivo repressivo e aparentemente autoconfiante é característico de pessoas que desenvolveram tumores malignos (p.12).

Uma das reações fisiológicas, dependendo da vivência pela qual o sujeito está passando, pode ser ocasionada por estresse físico e psíquico, podendo desencadear efeitos no organismo tanto de forma aguda ou crônica. Há dois tipos de estresse: eustresse e distresse. O eustresse se manifesta de forma mais controlada no cotidiano das pessoas, as motivando a agir para tentar lidar com uma situação. Já o distresse se prolonga por mais tempo, fazendo com que a pessoa encontre dificuldades de enfrentamento às situações adversas (Albuquerque & Pimenta, 2014).

Os acontecimentos de vida associados ao estresse prolongado decorrente de problemas familiares, divórcio, problemas no trabalho, morte, acidentes, desentendimentos e brigas podem estar associados à diminuição do estado de saúde (Neme & Lipp, 2010). Narrativas relacionadas a estes tipos de acontecimentos aparecem no relato de pacientes oncológicos relacionadas ao descobrimento de um câncer, possibilitando que seja possível questionar a relação destes eventos estressores e traumas emocionais no surgimento de uma neoplasia maligna mamária (Dresch et al., 2024).

Alguns mecanismos fisiológicos podem ligar fatores emocionais e a progressão do câncer através do aumento do cortisol (hormônio do estresse), efeitos no eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) ou aumento de processos inflamatórios (Amorim & Siqueira, 2014; Fonseca et al., 2019; Lengacher et al., 2019; Giese-Davis et al., 2010; Maia, 2002; Sloan et al., 2010).

Giese-Davis et al. (2010) apontam para os fatores psicológicos, como a depressão, que influenciam diretamente na sobrevivência de pacientes com câncer de mama metastático, uma vez que, a depressão pode promover o câncer através da desregulação do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA). A resposta fisiológica ao estresse, pela ativação do eixo HPA, desencadeia a cascata de liberação do hormônio liberador de corticotrofina (CRH), no hipotálamo. Este estimula a hipófise à produção do

hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) que, por sua vez, ativa o córtex da glândula suprarrenal à produção de corticosteroides, principalmente o cortisol, que pode levar à imunossupressão (Amorim & Siqueira, 2014).

Fonseca et al. (2019) explicam que o cortisol é o hormônio do estresse primário humano e que seu efeito prolongado pode suscitar reações que contribuem para a danificação do DNA causando displasias e neoplasias com o aumento da proliferação celular. Além disso, o estresse crônico também pode aumentar a dilatação dos vasos linfáticos de um tumor, o que contribui para que uma célula cancerígena entre no sistema linfático, espalhando-se pelo corpo e favorecendo as metástases. O estudo de Sloan et al. (2010) demonstra que a ativação neuroendócrina induzida por estresse em ratos, para analisar modelos de câncer de mama, causa efeitos no crescimento do tumor primário e impulsiona o aumento de 30 vezes a metástase em tecidos distantes. O estresse persistente e contínuo ativa a secreção do hormônio de cortisol e citocinas pró-inflamatórias, que são moléculas que desempenham um papel importante na regulação do sistema imunológico, acelerando processos inflamatórios. Essas reações inflamatórias mediadas por citocinas influenciam nas taxas de cortisol associadas ao câncer de mama e sua progressão. No estudo feito por Lengacher et al. (2019), os níveis de cortisol e interleucinas-6 diminuíram após 6 semanas de sessões de meditação *mindfulness* para controle do estresse.

Cada indivíduo se adaptará de maneira singular aos acontecimentos de vida, tanto aos traumas emocionais prévios, quanto ao curso de uma doença crônica como é o câncer. Até o próprio diagnóstico e tratamento do câncer de mama provocam impactos emocionais significativos, desencadeando momentos de angústia, medo e tristeza (Medeiros et al., 2020), prejudicando a evolução do tratamento de cada paciente.

De fato, o tratamento não será uma trajetória linear e a adaptação aos recursos de enfrentamento psicológico vai depender da história de vida de cada um. Para Souza (2014), os pacientes oncológicos apresentam fatores de risco para o enfrentamento psicológico do câncer que irão envolver a história pessoal e familiar do paciente, o nível socioeconômico, gênero e contato com os estressores.

Os traumas emocionais tendem a integrar os fatores que podem ser compreendidos pelos pacientes como agravantes ou causadores do tumor, como uma resposta física a algo que foi reprimido por um longo tempo (Grzybowski et al., 2008). O estudo de Roberts et al. (2019) corrobora que o estresse crônico acelera o crescimento de tumores ovarianos, apontando para o risco de fatores emocionais no avanço do câncer.

Outrossim, observa-se que um fator de estresse, e, por conseguinte, de risco, está relacionado ao cuidado exercido pelas mulheres, que descuidam de si para cuidar do outro. Tronto (2013) elenca que, socialmente, a divisão do cuidado na sociedade contemporânea é demarcada enquanto uma questão de gênero, direcionado às mulheres, na qual se retira a prática do cuidado do discurso político, e associando-o à uma “natureza humana” ligada à mulher (Tronto, 2013, p. 30). Ademais, Guimarães e Vieira (2020) apontam que fatores como “amor” e “responsabilidade familiar” estruturam o reconhecimento social e a identidade subjetiva de quem performa o cuidado, e, desse modo, retiram o caráter de “trabalho”, direcionando ao cumprimento de uma “obrigação”. Em consoante ao papel de cuidar, Yavo e Campos (2016), apontam que cuidadores apresentam grande estresse emocional, com fatores físicos e emocionais relacionados à sobrecarga de trabalho e emocional.

Neme e Lipp (2010) destacam a importância do atendimento psicológico, com o objetivo de “estimular o desenvolvimento de recursos intra e interpessoais ou sociais identificados como agentes protetores do impacto do estresse e de riscos à saúde, especialmente quando se trata de uma doença grave como o câncer” (p. 481). Na análise feita por Giese-Davis et al. (2010), sugere-se que a redução de sintomas relacionados à depressão ao longo do primeiro ano de tratamento oncológico em pacientes com câncer de mama em estado metastático foi associada a maior sobrevivência dessas mulheres.

Face ao exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar o impacto do trauma emocional no surgimento e/ou piora do quadro clínico no tratamento de mulheres com câncer de mama na atenção terciária.

## METODOLOGIA

### PARTICIPANTES

Foram entrevistadas quatro mulheres em tratamento do câncer de mama, com idades entre 33 e 47 anos, que relataram algum trauma emocional associado à doença no momento do acolhimento psicológico após a sessão clínica do Serviço de Mastologia de um hospital do estado do Rio de Janeiro.

Uma quinta participante foi convidada a participar da pesquisa também, entretanto desmarcava e esquecia dos horários combinados para a entrevista. Ao longo deste ano de tentativas para realizar a entrevista, esta paciente perdeu uma grande amiga com câncer de mama que fazia o tratamento oncológico no mesmo hospital, configurando mais uma experiência traumática. Em respeito ao que estava passando, deixamos de insistir no agendamento da entrevista, entendendo que este processo doloroso de perda precisava ser respeitado. Uma sexta paciente, que também se encaixava nos critérios da pesquisa, foi convidada, porém o agravamento da doença, desencadeando fortes dores, impediu a realização da entrevista.

### INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

As participantes foram convidadas a participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que explicava cada etapa da pesquisa, os riscos e benefícios, assim como os direitos da participante. Cada participante ficou com uma via do TCLE. Foi garantido o anonimato e sigilo das informações coletadas na entrevista, realizada em um consultório do hospital, com duração aproximada de 1h e 30 min, entre julho/2022 e julho/2023. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro invisível que buscou aprofundar a relação entre sua história de vida e de adoecimento e o trauma emocional relatado, associado ao surgimento do câncer de mama ou piora do quadro, se já em tratamento da doença.

### ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática, que visa identificar núcleos de sentido que compõem um conjunto de referências e valores presentes no discurso dos sujeitos (Minayo, 1994). Ao utilizar esta técnica, buscou-se construir categorias de análise, a partir da organização de núcleos de sentido. Assim, após a transcrição das entrevistas, foram seguidos os seguintes passos: (a) leitura flutuante do material; (b) identificação de regularidades nos discursos; (c) organização a partir

de núcleos de sentido em comum; (d) construção de categorias de análise; e (e) análise propriamente dita.

### ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade e gerência de pesquisa do hospital (Parecer 5.246.054).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 é apresentada a descrição abreviada das quatro participantes. Para preservar a identidade das participantes, foram atribuídos nomes fictícios de deusas da mitologia grega que representassem alguma característica relacionada à história de vida de cada participante: Gaia (deusa da criação), Higeia (deusa da manutenção da saúde), Ártemis (deusa da caça) e Hera (deusa da maternidade).

**Tabela 1.** Descrição abreviada das participantes

Nome fictício	Idade	Ocupação	Estado Civil	Cor	Religião	Tempo decorrido do diagnóstico de câncer de mama até a entrevista	Tratamento
Gaia	33 anos	desempregada	divorciada	branca	espírita	9 anos	quimioterapia radioterapia mastectomia
Higeia	34 anos	desempregada	solteira	branca	sem religião	4 anos	quimioterapia mastectomia radioterapia
Ártemis	47 anos	autônoma	solteira	branca	espírita	5 meses	mastectomia
Hera	38 anos	autônoma	casada	branca	evangélica	1 ano	quimioterapia

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

A partir dos relatos das participantes, foram identificados denominadores comuns nas diferentes maneiras que as participantes vivenciaram traumas emocionais, em diferentes fases da doença e em diversos momentos da vida. Como resultado desta análise, foi possível construir três categorias de análise: (a) congelei meu coração; (b) cuido, logo não penso; e (c) está tudo bem.

#### a) Congelei meu coração

Esta categoria de análise refere-se a não elaboração de sentimentos de um trauma emocional. As participantes relataram precisar suprimir as emoções para terem forças para atravessar o trauma e seguirem com suas vidas, agindo como um mecanismo de defesa.

*Parece que eu congelei as emoções. Sabe, porque podia dar um tapa na minha cara que eu não ia... Eu não sei, acho que tanto o nervosismo da minha mãe, quanto o começo da minha quimioterapia por causa do... eu não sei se foi do remédio, ou se eu ficava muito tempo... porque eu ficava 2h30 no início, depois foi para 8 horas... aí parece que eu congelei as emoções... aí eu tirei o seio, eu não senti nada, nem dor física, nem psicológica, nem disso aqui (aponta para região), eu só fiquei triste porque não podia mais amamentar né? Porque eu fiz a quimioterapia, que eu escolhi fazer antes da cirurgia pra diminuir o máximo, e tirar o menos possível do seio, mas aí ele (o médico) falou que tinha que tirar tudo... aí eu falei: tá bom (Higeia).*

Carvalho (2003) aponta que os pacientes oncológicos possuem sentimentos reprimidos, principalmente a raiva, e suas ações são inibidas.

*Eu acho que eu já conversei isso muito com a minha psicóloga e eu acho que eu tenho essa tendência, sabe... quando o negócio tá muito difícil, eu passo que eu nem percebo, mas tem uma hora que essa conta vem, tem uma hora que essa conta vem (Gaia).*

Gaia conta que, durante o período de tratamento oncológico, descobriu que estava grávida e precisou decidir se iria abortar ou não, por ser uma gestação de risco. Depois de muito conversar com a equipe médica, Gaia opta por levar a gestação adiante, dizendo que precisou ser forte e que não transpareceu a doença aos demais a sua volta:

*Parece que depois que eu decidi ter, pelo menos durante a minha gravidez, eu tive uma força assim, absurda, absurda. Foi um negócio de louco. Acho que em nenhum período de tratamento, dos dois cânceres, eu tive um período tão forte quanto aquele. [...] Assim, foi um negócio... que olhava e não parecia que eu estava doente, sabe... (Gaia).*

Cada indivíduo irá se ajustar de maneira singular frente aos acontecimentos da vida, tanto aos traumas emocionais prévios, quanto ao curso de uma doença crônica como é o câncer; o funcionamento defensivo repressivo e aparente autoconfiante é característico de pessoas com câncer (Di Giuseppe et al., 2020).

#### **b) Cuido, logo não penso**

Esta categoria de análise refere-se ao estresse crônico proveniente do cuidado do outro para não pensar no próprio sofrimento. Como via de proteção, o cuidado do outro se apresenta como forma de não entrar em contato com os sentimentos decorrentes do seu próprio sofrimento. Ao ser solicitada a relatar a descoberta do câncer de mama, o fazem a partir do tratamento da doença de uma pessoa próxima a quem cuidam.

*Aí eu fiquei mais nervosa na verdade com ela (mãe) do que comigo. Todo mundo que eu conhecia de câncer, tinha morrido. Não tinha dado certo né, mas era antigamente. Eu fiquei nervosa, mas ela fez o tratamento tudo certinho. Quimioterapia, cirurgia, radioterapia. Ela tomou seis anos de remédio, aí apareceu em mim (Higeia cuidando da mãe com câncer de mama)*

*É, é. Eu falei assim: "Caramba, eu tão preocupada com ele, cuidando dele, indo pra hospital, correndo atrás com ele" e eu também tava (com câncer) (Ártemis cuidando do Pai-de-Santo com câncer)*

O estresse crônico prolongado proveniente do cuidado do outro aparece como resposta emocional aos traumas que as participantes vivenciaram ao longo da vida e durante o tratamento. Estar constantemente estressado, sobretudo com o tratamento do outro, com o cuidado do outro, é uma forma de não entrarem em contato com as próprias questões. Narrativas relacionadas a este estresse crônico aparecem no relato de pacientes oncológicas relacionadas ao descobrimento de um câncer, possibilitando que seja possível questionar a relação destes eventos estressores e traumas emocionais no surgimento de uma neoplasia maligna mamária (Dresch et al., 2024).

*Sim, e eu dava injeção na minha mãe de [inaudível]. Era muita coisa que a gente fazia, nossa! Trocar... ela tinha dois cateteres no pulmão porque ela teve derrame pleural. A gente tinha que saber manipular... nossa, e minha mãe era brigona! Sabe a luva estéril? Era cada grito que ela dava quando a gente colocava aquela luva estéril porque não pode encostar no negócio e tipo, é muito delicado né... porque é o pulmão! E às vezes a enfermeira... ela tinha home care, mas às vezes a enfermeira não tava final de semana e tal, então tinha situações que era a gente mesmo. E os meus irmãos já eram mais velhos, então eles meio que, Tártaro<sup>1</sup> já estava vivendo um tempo... o Eros<sup>2</sup> também... eu era mais adolescente, ficava mais em casa. É... então a minha mãe teve muita consequência. Sendo que eu não tinha consciência de que, por exemplo, meu ex foi a primeira pessoa que falou: "Não, Gaia! Isso aí é depressão!", quando ainda não se falava tanto nisso. (Gaia cuidando da mãe com câncer de mama).*

*[...] Então eu acabei esquecendo de mim, na verdade, desde que eu tenho filho eu já não lembrava tanto de mim, né? (Hera cuidando dos filhos durante a pandemia COVID-19) (Gaia cuidando da mãe com câncer de mama).*

Para Grzybowski et al. (2008), os problemas emocionais podem continuar afetando a saúde a longo prazo e, se não trabalhados, são oportunos para a recidiva da doença. A vivência de eventos estressantes pode alterar a homeostasia interna do organismo, podendo desencadear diversas respostas moleculares e imunológicas, afetando o sistema imunológico e tornando-o mais vulnerável ao surgimento de

doenças, principalmente quando ocorre a não elaboração psíquica de sentimentos (Amorim & Siqueira, 2014).

Segundo Tronto (2013), a construção da divisão do trabalho por gênero estabelece que meninas e mulheres são vistas como as “cuidadoras padrão”. Embora as mulheres possam reivindicar um cuidado condizente com sua posição, continuam assumindo o papel de cuidadoras em suas casas, seja prestando o cuidado diretamente ou sendo responsáveis por organizar esses serviços. Jaggar (1997), elucida que dentro da concepção da divisão sexual do trabalho, há, também, a construção da feminidade contemporânea impõe diretrizes, por vezes, contraditórias, na qual coloca-se a mulher como a:

principal nutridora emocional e física (. . .) exigem que as mulheres aprendam como alimentar outras pessoas, não a si próprias, e que considerem como voraz e excessivo qualquer desejo de auto-alimentação e cuidado consigo mesmas. Assim, exige-se das mulheres que desenvolvam uma economia emocional totalmente voltada para os outros (Bordo, 1997, p. 25).

Ademais, um fator elencado ao longo das narrativas das entrevistadas, somado ao cuidar do outro, estava ao contexto social no qual elas se encontravam. Guimarães e Vieira (2020) elencam que o cuidado, majoritariamente exercido por mulheres, envolve uma série de tensões e afetos, ainda mais acentuados em contextos de vulnerabilidade social. Outrossim, Hirata e Kergoat (2008), ressaltam que, dentro do cenário brasileiro, as mulheres acumulam além da função do cuidar, auxiliam, e por vezes, são as principais mantenedoras dos lares, resultando em uma sobrecarga de tarefas, e, por conseguinte, de estresse.

### **c) Está tudo bem**

Esta categoria de análise refere-se ao padrão de resposta usual das participantes, que corresponde ao esforço de sustentar que está tudo bem, apesar das dores e efeitos colaterais do tratamento e do sofrimento em solitário. Ao serem questionadas sobre como estão ou sobre como se veem depois de todos os traumas narrados, elas respondem que “está tudo bem”. Manter essa “fachada agradável” é uma forma de sustentar o mal-estar que atravessam.

*E outra coisa é que eu sentia uma dorzinha, tipo uma queimaçãozinha na área do seio. Minha avó falava, eu perguntava para minha avó, minha mãe já era falecida, minha avó ainda tava viva, ela (avó): “Ah, eu não sentia nada”, então eu meio que dei uma ignorada. Na época eu trabalhava, estava noiva, tinha dois filhos, estava pra casar e acabei deixando passar (Gaia).*

*E aí eu tirei ela, do conforto dela, porque ela tem a cama dela, o jeito dela, e aí eu sei que eu tirei ela do conforto dela. E quando eu me vi melhor, eu acabei falando que ela podia seguir a vida dela e me ajudasse quando eu precisasse, “ah mãe, quando eu ficar ruim, você vem”. Que graças a Deus até a quimioterapia eu tenho, até aqui*

*vim tudo bem. Eu estou com medo, estou preocupada, porque eu sei que quinta vai mudar a medicação, as últimas quatro, e eu sei que eu estou com medo (Hera).*

*Ela tava tão mal que eu lembro que eu não chorava em casa pra não deixar ela triste. Eu lembro que eu ia pra escola, eu chorava porque eu queria que a minha mãe morresse, porque eu não aguentava mais [Inaudível]... ver minha sofrer, sabe (Choro). E você querer que a sua mãe morra não é... a gente queria, sabe... descanso! (Gaia, contando sobre o adoecimento da mãe).*

As participantes apresentaram dificuldades em demonstrar sentimentos negativos ou de pedirem ajuda durante o tratamento oncológico. Precisam sustentar que estão fortes sempre para suas famílias e amigos e pedem desculpas quando choram durante as entrevistas. Reprimir os sentimentos com a intenção de apresentar uma fachada agradável e de harmonia afeta no prognóstico do indivíduo e na evolução desfavorável da doença. Para Grzybowski et al. (2008), os problemas emocionais podem continuar afetando a saúde a longo prazo e, se não trabalhados, são oportunos para a recidiva da doença.

De modo geral, no relato das participantes, aparece a dificuldade de demonstrar sentimentos negativos ou de pedirem ajuda durante o tratamento oncológico. Precisam sustentar que estão fortes sempre para suas famílias e amigos e pedem desculpas quando choram durante as entrevistas. Greer e Morris (1975) associam o risco de desenvolvimento de câncer de mama a pessoas focadas nos outros e com padrão de reação ao estresse tais como a supressão de emoções e a incapacidade de expressar sentimentos, aparentando uma fachada agradável e de harmonia.

#### À GUIA DE CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo verificar a influência da vivência de traumas emocionais e fatores estressantes e o surgimento e desenvolvimento do câncer de mama. A partir dos resultados obtidos nas entrevistas, foi possível construir categorias de análise que se inter cruzam e estão interrelacionadas sob um denominador comum. As pacientes entrevistadas que vivenciaram traumas psicológicos em várias fases da vida adotam como mecanismo de defesa o tamponamento de emoções negativas provenientes dessas vivências, acarretando a não elaboração desses traumas, o que pode contribuir para o desenvolvimento ou piora de quadro clínico do câncer de mama.

Assim, a análise das entrevistas permitiu a compreensão dos efeitos da vivência de fatores estressantes e o surgimento ou piora do quadro clínico do câncer de mama. Contudo, não se pode afirmar que o trauma emocional em si seja um fator desencadeante do câncer de mama, mas os resultados obtidos neste estudo concordam com a premissa de que a não expressividade de emoções negativas provenientes de uma situação traumática pode impactar no surgimento e evolução do câncer de mama. No decorrer das entrevistas, as participantes “dialogam” entre si através de seus relatos ao associarem diversos traumas emocionais, desde violências sofridas ao adoecimento de pessoas queridas, momentos de difícil elaboração, no decorrer da vida; entretanto, relatam permanecerem “fortes”, apesar das situações vivenciadas.

Analisando os resultados à luz da perspectiva de gênero, podemos identificar que as três categorias de análise construídas têm relação direta com aspectos do papel social de gênero das mulheres, a saber: cuidado do outro (cuido, logo não penso) e repressão das emoções negativas (congelei meu coração; está tudo bem). Valls-Llobet (2022) destaca que desde a infância se educam as mulheres para não se queixar e nunca expressar seus sentimentos com raiva. As categorias de análise dialogam entre si no sentido da vivência singular, e ao mesmo tempo coletivizada das mulheres, dos eventos traumáticos ligados ao diagnóstico e tratamento da doença, evidenciando o papel social de gênero como problematizador destes impactos.

Este estudo não teve a pretensão de abranger todas as situações possíveis e tampouco esgotar a temática abordada. Embora se trate de um estudo qualitativo que empregou o critério de saturação do número de participantes para a coleta de dados, futuros estudos poderiam ampliar o número de participantes e mensurar os marcadores biológicos de evolução desfavorável da doença (p. ex. níveis de cortisol, interleucinas e citocinas).

## AGRADECIMENTOS

Com o apoio da FAPERJ e do CNPq, através de bolsas de iniciação científica.

## CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

**Concepção do estudo:** VD, VRS, LOC; **coleta de dados:** VD, VRS, LOC; **análise dos dados:** VD, VRS, LOC; **redação do manuscrito:** VD, VRS, LOC; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** VD, VRS, LOC.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, K. A., & Pimenta, C. A. M. (2014). Distress do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 744-751. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670511>.
- Amorim, M. A. P., & Siqueira, K. Z. (2014). Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama. *Psicologia Argumento*, 32(79), 143-153. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.079.AO09>.
- Bordo (1997). O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In A. M. Jaggar & S. R. Bordo, *Gênero, corpo, conhecimento* (pp. 157-185). Rosa dos Tempos.
- Carvalho, M. (2003). Câncer como ponto de mutação. In M. Carvalho (Org.), *Introdução a psicooncologia* (pp. 280-285). Pleno Livro.
- Dresch, V., Santana, V.R., & Corrêa, L.O. (2024). Impacto do trauma emocional no surgimento e/ou piora do quadro clínico no tratamento de mulheres com câncer de mama na atenção hospitalar [Apresentação de trabalho]. *Anais do XIV Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar: atualidades da psicologia hospitalar: da gestão à interseccionalidade e à integralidade do cuidado: artigos científicos* (pp. 543-544). Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro.
- Di Giuseppe, M., Miniati, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Orrù, G., Lo Sterzo, R., Di Silvestre, & Conversano, C. (2020). Defensive responses to stressful life events associated with cancer diagnosis. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2384>.

- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M. S., Neri, E., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2010). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 29(4), 413-420. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.28.4455>.
- Greer, S., & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19(2), 147-153. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(75\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(75)90062-8).
- Grzybowski, M. A., Schmidt, C., & Borges, V. R. (2008). A percepção de pacientes com câncer de mama em relação ao trauma emocional e o aparecimento do tumor. *Psicologia hospitalar*, 6(1), 82-96. Recuperado de [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092008000100007](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100007).
- Guimarães, N. A., & Vieira, P. P. F. (2020). As "ajudas": o cuidado que não diz seu nome. *Estudos Avançados*, 34(98), 7-24. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.002>.
- Hirata, H., & Kergoat, D. (2008). Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França, Japão. In: A. O. Costa, B. Sorj, C. Bruschini & H. Hirata (Orgs.), *Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais* (pp. 263-278). FGV.
- Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Shelton, M., Shivers, S., Ramesar, S., Pleasant, M. L., Budhrani-Shani, P., Groer, M., Post-White, J., Johnson-Mallard, V., Kane, B., Cousin, L., Moscoso, M. S., Romershausen, T. A., & Park, J. Y. (2019). A large randomized trial: effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for breast cancer (BC) survivors on salivary cortisol and IL-6. *Biological Research for Nursing*, 21(1), 39-49. <https://doi.org/10.1177/1099800418789777>.
- Maia, Â. C. (2002). Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 207-225.
- Medeiros, W. A. S., Rego, I. T. P., Oliveira, R. R. A., Nóbrega, W. F. S., & Gomes K. A. L. (2020). Repercussões emocionais e sociais do diagnóstico e do tratamento de câncer de mama: um estudo transversal. *Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*, 7, 218-235. <https://doi.org/10.35621/23587490.v7.n1.p218-235>.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14a ed.). Hucitec.
- Neme, C. M. B., & Lipp, M. E. N. (2010). Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 475-483. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300010>.
- Fonseca, M. O., Silva, N. S., & Soares, C. P. (2019). Efeito do cortisol em células leucêmicas K562. *O Mundo da Saúde*, 43(4), 854-869. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20194304854869>.
- Roberts, A. L., Huang, T., Koenen, K. C., Kim, Y., Kubzansky, L. D., & Tworoger, S. S. (2019). Posttraumatic stress disorder is associated with increased risk of ovarian cancer: a prospective and retrospective longitudinal cohort study. *Cancer Research*, 79(19), 5113-5120. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-19-1222>.
- Sloan, E. K., Priceman, S. J., Cox, B. F., Yu, S., Pimentel, M. A., Tangkanangnukul, V., Arevalo, J. M., Morizono, K., Karanikolas, B. D., Wu, L., Sood, A. K., & Cole, S. W. (2010). The sympathetic nervous system induces a metastatic switch in primary breast cancer. *Cancer research*, 70(18), 7042-7052. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-10-0522>.
- Souza, J. R. (2014). Indicador de risco psicológico em oncologia (IRPO): construção e validação de um instrumento de triagem para pacientes com câncer [Tese de doutorado, Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/16804>.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: markets, equality, and justice*. New York University Press.
- Valls-Llobet, C. (2022). *Mujeres invisibles para la medicina*. Capitán Swing.

Yavo, I. S., & Campos, E. M. P. (2016). Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. *Psicologia: Teoria e Prática*, 18(1), 20–32. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p20-32>.

## NOTAS

- <sup>1</sup> Nome fictício para o irmão da participante. Na mitologia grega, Tártaro é o Deus do abismo, irmão de Gaia.
- <sup>2</sup> Nome fictício para o outro irmão da participante. Na mitologia grega, Eros é o Deus do amor, irmão de Gaia.

---

## FICHA TÉCNICA

**Editor-chefe:** Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

**Editor assistente:** Layla Raquel Silva Gomes

**Editor associado:** Leila Guimarães

**Secretaria editorial:** Monica Marchese

**Coordenação editorial:** Andrea Hespanha (CRB/8-8151)

**Consultoria e assessoria:** Oficina de Ideias

---