

EXPERIÊNCIAS DE SOLIDÃO EM MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

LONELINESS EXPERIENCES IN WOMEN UNDERGOING MAMMARY CANCER TREATMENT:
PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS

Pedro Henrique Alves da Silva¹, Bruna Laise Abreu Bezerra², Paulo Coelho Castelo Branco³

Resumo

O câncer de mama corresponde ao grupo de doenças que mais mata mulheres por neoplasia no Brasil. Os significados do seu diagnóstico e tratamento trazem impactos subjetivos, havendo alterações nas suas relações sociais e familiares. Esta pesquisa objetivou compreender a experiência de solidão de mulheres em tratamento do câncer de mama. Empregou-se o método fenomenológico empírico em cinco mulheres em um centro oncológico de Fortaleza. Foram elencados os seguintes eixos: significados de solidão e repercussões emocionais; percepções acerca do apoio sociofamiliar frente aos desafios do adoecimento e do tratamento; pensamentos de morte diante da experiência de solidão; estratégias de enfrentamento das pacientes em tratamento de câncer de mama. Conclui-se que a solidão assume múltiplos significados, porém os impactos psicoemocionais são marcantes nos relatos, pois a solidão intensifica o sofrimento relacionado ao diagnóstico oncológico.

Palavras-chave: Fenomenologia; Neoplasia; Neoplasias Mamárias; Psicologia Fenomenológica; Solidão.

Abstract

Breast cancer corresponds to the disease group that kills the most women due to neoplasms in Brazil. The meanings of your diagnosis and treatment have subjective impacts, with changes in your social and family relationships. This research aimed to understand the loneliness experiences of women undergoing mammary cancer treatment. The empirical phenomenological method was employed on five women at an oncology center in Fortaleza. The following axes were listed: meanings of loneliness and emotional repercussions; perceptions about socio-family support in the face of the illness challenges and treatment; death thoughts faced the loneliness experience; coping strategies for patients undergoing breast cancer treatment. It is concluded that loneliness takes on multiple meanings, but the psycho-emotional impacts are notable in the reports, as loneliness intensifies the suffering related to the oncological diagnosis.

Keywords: Phenomenology; Neoplasm; Breast Neoplasms; Phenomenological Psychology; Loneliness.

Editor-associado:

Recebido em: 29/03/2024

Aceito em: 24/06/2024

Publicado em: 23/12/2024

Citar: Silva, P. H. A. da, Bezerra, B. L. A., & Castelo Branco, P. C. (2024). Experiências de solidão em mulheres em tratamento de câncer de mama: Análise fenomenológica. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 12(1), 129-142.



INTRODUÇÃO

Entende-se a experiência de solidão como um sentimento subjetivo relacionado à perda ou à ausência de relações sociais que satisfaçam as necessidades do sujeito, tornando-se um fator negativo que afeta a paciente em tratamento oncológico. Assim, a experiência de solidão tem múltiplas dimensões: emocionais, sociais, cognitivas e comportamentais (Trindade, 2023).

O câncer é o termo utilizado para designar a proliferação descontrolada de células com capacidade de acometer outras estruturas orgânicas e representa o conjunto de mais de duzentos diferentes tipos de doenças, podendo surgir em diversos tecidos ou órgãos do corpo (Instituto Nacional de Câncer, 2020). É uma doença de alto impacto na sociedade, haja vista que, segundo projeções recentes do Instituto Nacional de Câncer (2022), a estimativa é de que ocorra cerca de 704 mil novos casos somente no Brasil entre os anos de 2023 e 2025. Desse montante, são esperados aproximadamente 74 mil novos diagnósticos de neoplasia maligna de mama, correspondendo a 10% do total.

Por sua vez, o câncer de mama é uma doença em que ocorre uma multiplicação atípica de células do tecido mamário, formando um tumor com possibilidade de invadir outros órgãos. É importante destacar que existem vários tipos de neoplasias mamárias, ou seja, esse é um grupo heterogêneo de doenças, o que impacta no tratamento e no prognóstico do sujeito acometido, pois alguns têm proliferação mais lenta, enquanto outros são mais agressivos e de rápido desenvolvimento (Kamal et al., 2022).

O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais comum no Brasil, excetuando-se os cânceres de pele, e é ainda o que mais mata mulheres por câncer no país. É estimado um total de 73.610 casos no triênio 2023-2025 em todo o Brasil (Santos et al., 2023). Já para o estado do Ceará, estima-se a ocorrência de 3.080 novos casos de câncer de mama em mulheres somente para o ano de 2023 (Barros et al., 2020). Quanto ao seu surgimento, urge pontuar a multiplicidade de fatores de riscos envolvidos, como a genética, os hábitos de vida, os aspectos ambientais e até mesmo a história reprodutiva da mulher. Por tratar-se de uma doença multifacetada, são vários os tratamentos disponíveis, sendo os principais a cirurgia e a radioterapia, de tratamentos locais, e a quimioterapia enquanto tratamento sistêmico (Kamal et al., 2022).

Geralmente, o tratamento proposto é a combinação de mais de um desses métodos, potencializando as chances de remissão da doença. Ainda é válido destacar que a quimioterapia e a radioterapia podem ser neoadjuvantes, quando realizadas antes do tratamento cirúrgico, objetivando redução de tumor para melhor abordagem cirúrgica; adjuvantes, quando administrados após a cirurgia, com objetivo de eliminar células remanescentes e diminuir chances de recidivas ou metástases; ou serem os tratamentos principais, em que não há combinação com outros procedimentos (Instituto Nacional de Câncer, 2020).

Nesse processo, ocorrem alterações corporais e funcionais que afetam a qualidade de vida das mulheres em tratamento. A queda de cabelo, por exemplo, é um dos efeitos mais temidos, pois promove mudanças na autoimagem, as quais impactam na autoestima. Fadiga e náuseas, além de outros sintomas, também podem impossibilitar que as mulheres continuem a realizar suas atividades cotidianas e, consequentemente, mudar o senso sobre si mesmas em virtude da necessária reorganização de papéis exercidos socialmente e em seu grupo familiar. Esses fatores, associados à descoberta do câncer e ao tratamento, promovem relevantes repercussões emocionais, com a ocorrência de depressão, ansiedade, medo

de abandono pela rede sociofamiliar e medo da morte (Lima et al., 2020).

Diante desse panorama (Santos et al., 2023; Kamal et al., 2022; Instituto Nacional de Câncer, 2020; Barros et al., 2020), o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, para as mulheres, trazem múltiplos impactos subjetivos, podendo ainda ser mencionadas as experiências de raiva, angústia, inquietação, sofrimento e incerteza em relação ao futuro. No caso do acometimento da mama, existem as representações simbólicas associadas a esse órgão, ocorrendo alteração do senso de sexualidade, feminilidade e maternidade (Lima et al., 2020).

Diante desse cenário, existe um potencial de que ocorram mudanças nas relações sociais e familiares dessas mulheres, fazendo com que o isolamento seja comum entre esses sujeitos (Fernandes et al., 2019). O suporte social aparece, assim, como fator fundamental no processo vivido pelas mulheres desde o diagnóstico até o tratamento, pois ao receberem palavras de encorajamento, apoio físico e emocional e participação ativa do grupo familiar nas decisões, elas sentem-se fortalecidas, facilitando a adesão às terapêuticas propostas (Lima et al., 2020).

Neste sentido, tem-se como foco a compreensão do fenômeno da solidão, comum nas experiências de mulheres diagnosticadas com neoplasia mamária, pois o preconceito sofrido por elas faz com que pessoas do seu ciclo social se afastem devido todo o estigma relacionado ao câncer, ou por não saberem lidar com um adoecimento diretamente vinculado à morte (Benossi & Chiarani, 2019). Portanto, o objetivo deste estudo foi compreender os significados presentes na experiência de solidão de mulheres em tratamento de câncer de mama.

METODOLOGIA

Delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento qualitativo de caráter descritivo, tendo em vista que seu objeto de estudo é de natureza complexa (experiência de solidão). Além disso, esta pesquisa também conta com a perspectiva de apreender as experiências singulares e comuns das mulheres em tratamento de câncer de mama. Dessa maneira, a organização da pesquisa ocorreu baseada nos aspectos indicados por Amedeo Giorgi (1997/2008) e organizado por Castelo Branco (2024a).

Procedimentos, local e participantes

O presente estudo recebeu parecer favorável (número 6.332.451) do Comitê de Ética do Instituto do Câncer do Ceará, e seguiu a Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo o anonimato das participantes. A pesquisa foi realizada no Hospital Haroldo Juaçaba, um centro oncológico de alta complexidade em Fortaleza que é referência Norte-Nordeste no tratamento a pacientes oncológicos, sendo uma instituição filantrópica de direito privado. As participantes da pesquisa foram mulheres em tratamento e/ou seguimento ambulatorial para o câncer de mama, e que tenham trazido como queixa a solidão durante algum atendimento com o serviço de Psicologia do Hospital.

Quando as pacientes com esse perfil foram identificadas, receberam encaminhamento ao pesquisador primeiro autor deste estudo, o qual contactou-as por telefone, e a elas fez o convite para participar da pesquisa. Em caso de aceite, foi agendado um horário com cada paciente para o mesmo dia de alguma consulta médica ou multiprofissional na instituição, momento em que a paciente passou por uma triagem para

identificar se realmente cumpre os critérios de participação. Estando de acordo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que a seleção das participantes foi do tipo intencional e por conveniência, em que elas foram selecionadas ancoradas no que o pesquisador julgou mais pertinente para o estudo – neste caso foram buscados por mulheres que já tenham abordado a questão da solidão em sua fala. Desse modo, contou-se com 5 sujeitas de pesquisa a partir dos seguintes critérios de inclusão: mulheres em tratamento ou em seguimento ambulatorial para o câncer de mama, acompanhadas no hospital, em idade igual ou superior a 18 anos, que tenham sido atendidas pelo menos uma vez pelo serviço de Psicologia e declarem ter vivido ou estar vivendo um estado de solidão durante o tratamento. Os critérios de exclusão foram: pacientes homens mesmo que apresentem câncer de mama, pacientes com dificuldade auditiva e/ou cognitiva que impossibilitem a coleta de dados

As cinco mulheres entrevistadas apresentaram as idades que variam na faixa de 41 a 58 anos, com média de idade de 54 anos. Destas, três se declararam solteiras, uma divorciada e outra casada. Já em relação a raça, três das entrevistadas se identificaram como pardas, enquanto as outras duas se autodeclararam brancas. Um dado que chama atenção é que quatro das mulheres possuem ensino superior completo, e somente uma tem ensino fundamental incompleto. Similarmente, quatro têm ao menos um filho.

Coleta dos dados

A suspensão fenomenológica (*Epoché*) do experienciado (pessoal e teoricamente) pelo pesquisador, com o intuito de aproximar-se da compreensão da vivência do sujeito da pesquisa. Em campo, buscou-se conseguir uma descrição concreta e detalhada da vivência das mulheres pesquisadas a partir do experienciado em seus cotidianos. Com esse intuito, foi realizada entrevista, tendo como facilitador um roteiro semi-estruturado de entrevista em que os tópicos facilitaram uma mínima direção ao fenômeno pleiteado e suscitararam a expressão de diversos aspectos relacionados a ele (Castelo Branco, 2024b). Foram realizadas as seguintes perguntas: Como você descobriu o seu diagnóstico de câncer de mama? Como você buscou o tratamento do seu câncer de mama? Como os seus familiares e amigos reagiram ao seu diagnóstico? Você poderia falar sobre a participação dos seus familiares/amigos na sua rotina de tratamento no hospital? Você poderia falar sobre a sua rotina de cuidado em casa e com os seus familiares? Como você tem percebido o apoio dos seus familiares e amigos? Você já se sentiu sozinha em algum momento desde que recebeu o diagnóstico e durante o tratamento? (Se sim, poderia compartilhar alguns exemplos/situações). Como você vive ou viveu essa solidão? Como você lida com a solidão quando ela lhe aparece? Como você se sente nos momentos em que fica sozinha? Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre isso?

Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas pelo primeiro autor deste estudo e que o tempo médio de duração das entrevistas foi de 15-20 minutos. As respostas foram gravadas e transcritas. Cada entrevistada foi nomeada por "S" e o número correspondente à ordem da entrevista.

Análise dos dados

Nas leituras das transcrições, realizou-se nova suspensão fenomenológica quanto ao que se é sabido acerca do fenômeno estudado, permitindo questioná-lo como se o acessasse pela primeira vez. A partir disso, realizou-se uma síntese geral daquilo que foi percebido sobre a experiência em tela. Depois, retomou-se o conteúdo transscrito, explorando-o com base na especificação de suas unidades de significação (US's), identificando os significados comuns entre as participantes, verificando suas relações. Por fim, tomou-se um

posicionamento teórico, o qual fez emergir tudo o que foi outrora suspendido fenomenologicamente para, assim, formular categorias temáticas à experiência pesquisada. Nesta etapa foi revelada a intencionalidade da consciência do pesquisador em relação ao fenômeno estudado, engendrando-se uma intelecção condizente à sua área de conhecimento (Castelo Branco, 2024b).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do que foi obtido pelas US's identificadas e relacionadas às experiências de solidão nas mulheres em tratamento de câncer de mama, foram organizados os seguintes eixos temáticos: significados de solidão e repercussões emocionais; percepções acerca do apoio sociofamiliar frente aos desafios do adoecimento e do tratamento; pensamentos de morte diante da experiência de solidão; estratégias de enfrentamento das pacientes em tratamento de câncer de mama. Estes estão expostos e discutidos a seguir.

Significados de solidão e repercussões emocionais

A solidão, embora seja um sentimento universal, é um fenômeno passível de múltiplas significações, sendo uma concepção inevitavelmente atravessada pelo contexto e pela historicidade do sujeito que a experimenta, isto é, conecta-se com o singular do humano. No entanto, é importante notar que as experiências de solidão vividas pelas pessoas resguardam entre si alguns aspectos em comum, os quais ajudam a compreender esse fenômeno (Trindade, 2023). Em acordo com esta perspectiva, a complexidade e singularidade relacionada à solidão aparece na seguinte fala:

"Às vezes o que é solidão pra mim, às vezes pra você não é. O que é pra você, pra mim talvez não seja. É tudo muito complexo, assim. A gente é único, né? Solidão. Antigamente eu achava que era porque [...] era viver só. Mas eu percebi que não é. Você pode estar com milhões de pessoas aqui. Eu posso estar com bastante gente aqui, posso estar me sentindo só..." (S1:US13).

Dessa maneira, ressalta-se o quanto as experiências de cada sujeito com o fenômeno da solidão são únicas, diferindo de pessoa para pessoa, mesmo que, de alguma forma, haja algo similar. Também é pontuado acerca do quanto o sentimento de solidão tem forte relação com a natureza do vínculo, pois mesmo a presença de muitas pessoas pode não ser condição suficiente para afastar a sensação de estar sozinho, algo que igualmente é apontado nos seguintes trechos:

"Eu gostaria de dizer que, pelo menos pra mim, que solidão não é quando a gente mora só. Solidão é quando a gente não tem com quem contar, é quando você não se sente acolhido" (S5:US15).

"Ah, a solidão é horrível! Porque uma coisa é você estar só e outra coisa é a solidão. A solidão é a coisa que incomoda [...] você se sentir só, sem uma amizade [...] porque é muito diferente você estar só ou você estar acompanhada e se sentir só. Porque é uma solidão horrível" (S4:US15).

Neste sentido, pode-se compreender a solidão enquanto uma experiência subjetiva, que não está necessariamente relacionada a um espaço físico não compartilhado, pois é muito mais uma vivência particular de espacialidade e interpessoalidade em uma significação atribuída pelo próprio sujeito que a vive e não uma condição externa ao indivíduo (Souza et al., 2020). Dessa forma, mesmo que uma pessoa tenha muitas relações em seu ciclo social, caso não sejam significativas ou que possibilitem o atendimento às suas necessidades, é possível que a solidão seja um sentimento presente, sendo vivido enquanto algo negativo e estressante (Trindade, 2023).

Logo, em suma, a solidão está relacionada à qualidade das relações, e não à quantidade. Ela refere-se

ao modo que a pessoa se sente em relação aos vínculos construídos e ao quanto se percebe conectada e em sintonia com essas relações. Isto é, não é sobre estar sozinho ou na presença de muitas pessoas; a solidão é algo que se concretiza na percepção de falta de suporte, de acolhimento e de auxílio em atividades corriqueiras, e que se tornam ainda mais importantes dado o contexto de adoecimento, pois esta vivência pode intensificar a experiência de vulnerabilidade e fragilidade.

Vale destacar que a solidão, em muitas situações, constitui sofrimento ao sujeito ao desvelar aspectos do próprio indivíduo que são dolorosos de serem percebidos e que se tornam mais evidentes em situações de sofrimento, como pode ser evidenciado na seguinte fala:

“Toda hora eu me sinto sozinha, porque, é como eu lhe disse, a gente fica muito vulnerável. Eu fico muito chorosa, eu fico muito sofrida, eu me questiono muito, porque que tem que acontecer comigo, o que foi que eu fiz, mas as pessoas costumam dizer que Deus só dá o fardo, o tamanho que a gente pode carregar” (S1:US9).

Uma parte importante da sensação desagradável relacionada à solidão está ligada ao fato de um ser experimentar a ausência de outro alguém que está inconciliável com a condição humana de se relacionar. Nesse sentido, embora não esteja em consonância, a solidão se insere enquanto possibilidade do existir, o que, inclusive, traz repercussões subjetivas que essa sensação somente é catalisada a partir do isolamento e introspecção profunda. Assim, do alto do sofrimento que promove, a solidão possibilita o sujeito dar-se conta de si mesmo. Entretanto, o desafio está em lidar com os aspectos que emergem desse defrontar-se consigo mesmo, em razão das dores e constatações que surgem a partir disso (Macedo, 2023).

A autora mencionada, ainda, aponta que a angústia relacionada à solidão tem a ver com o medo de que, ao ficar sozinho, terá de encarar as partes mais profundas de si mesmo. Se a pessoa está bem consigo, ela consegue vivenciar a solidão com mais fluidez, ao passo que é doloroso se olhar e perceber a distância entre o idealizado para si e a realidade vivida. Por isso, pode ocorrer uma tentativa de fugir da solidão como maneira de escapar do contato consigo relacionado ao medo de não sustentar uma percepção mais profunda de si, pois ela permite visualizar o que antes não era visto ou que não se queria ver (Macedo, 2023).

No contexto do adoecimento oncológico, em que a própria doença e os tratamentos promovem modificações corporais e de autoimagem, outras dimensões subjetivas do sujeito são afetadas, como a autoestima e o senso de identidade, tendo em vista que as limitações do corpo repercutem em uma série de impossibilidades e requerem adaptações a essa nova realidade de vida. Esses aspectos são potencializados na relação com o outro, como visto no seguinte exemplo:

“O meu maior medo hoje, vou dizer pra você, é os meus cabelos. O maior medo é porque eu moro numa cidade, é o interior, que as pessoas debocham quando vê você com o turbante, as pessoas ignoram [...] porque você sabe que tem um preconceito, o preconceito tá muito presente e as pessoas não sabem viver a dor do outro, eles só julgam, e eu vou dizer pra você que se eu encontrar alguém fazendo isso comigo, debochar, rir, eu vou atrás, e eu vou dizer pra ele que ali, ali é uma rocha que tá lutando pela vida[...].” (S3:US16).

Além das alterações relacionadas ao adoecimento, como a queda de cabelo e o uso de turbante como recurso adaptativo, aspectos que já trazem sofrimento para essas mulheres, o preconceito e o distanciamento social em virtude da incompreensão do adoecimento, do estigma e da dificuldade de lidar com essas mudanças são fatores que repercutem em experiências emocionais desagradáveis, como o medo e a tristeza.

Assim, observa-se que há uma corporeidade que está relacionada com a interpessoalidade (Souza et al., 2020), na elaboração da experiência de lidar com a solidão nas pacientes oncológicas entrevistadas. Apesar disso, a determinação de enfrentar todos esses desafios também merece destaque, como pode ser visto na fala de S3.

Algo comum a mulheres em tratamento de câncer de mama é a alteração relacionada à experiência de ser mulher, tendo em vista que a mama é um símbolo de feminilidade e sexualidade, o que geralmente é intensificado em virtude das muitas situações de abandono do cônjuge, aspecto demarcado por S2 no seguinte trecho:

"Até meu marido se afastou... porque depois que eu fiquei doente e tudo, ele foi se afastando. Aí eu também não era mais como era, mulher mesmo, né? Mas é muito ruim você ficar sozinha. É ruim demais, a solidão" (S2:US6).

A entrevistada relaciona o abandono de seu marido com a alteração acerca dos significados do ser mulher, apontando ainda o quanto essa experiência acentua a vivência da solidão. O abandono, neste sentido, corrobora com o lugar posto socialmente para a mulher quando de uma perspectiva machista, em que a função da mulher é dar prazer ao homem e, quando perde essa função, já não é mais útil sendo, portanto, descartada. Este não é um caso isolado, uma vez que ocorre com frequência nas trajetórias dessas pacientes que, além de enfrentar as angústias associadas ao diagnóstico oncológico e ao difícil percurso do tratamento, têm de se defrontar com o desamparo frente à ruptura de um vínculo importante, ampliando as perdas sofridas e a sensação de solidão.

Percepções acerca do apoio sociofamiliar frente aos desafios do adoecimento e dos tratamentos

O adoecimento por câncer de mama e os tratamentos preconizados promovem uma série de alterações corporais, emocionais e de autoimagem, as quais repercutem também nas relações sociais e familiares das pacientes. Isso ocorre em decorrência destas mudanças trazerem perdas, desencadeando o processo de luto que exige uma reorganização dos papéis sociais desempenhados por todos os sujeitos envolvidos nesse contexto (Lima et al., 2020).

Diante dessa experiência, pode ocorrer o estreitamento dos vínculos, o que atua como fator protetor frente aos desafios próprios do delicado momento de vida dessas mulheres, ou o rompimento das relações, em virtude do estigma ou de alguns membros da família encontrarem dificuldade de lidar com o diagnóstico.

Neste sentido, o suporte social e familiar se destaca na vivência das mulheres com câncer de mama desde o diagnóstico até o tratamento, pois atua como uma das principais fontes de fortalecimento diante do enfrentamento das adversidades surgidas nesse processo (Bergamasco & Angelo, 2001). De modo que a fragilidade ou a ausência de uma rede de suporte interfere na continuidade do tratamento, favorecendo, ainda, impactos emocionais importantes, como pode ser observado nesse trecho:

"Principalmente por não ter a participação da minha família. Fiquei com medo de interferir no meu tratamento. Eu tentava de todas as formas me acalmar com relação a isso, já com medo da interferência do meu estado emocional no tratamento" (S5:US7).

Percebe-se que a entrevistada aborda o quanto a ausência da família e a falta de efetivo envolvimento durante o processo do tratamento impactaram em vivências emocionais negativas e no medo desta

experiência prejudicar a eficácia e continuidade do tratamento. Tal preocupação é legítima, dado que pesquisas já demonstram a influência da rede sociofamiliar nos tratamentos e nos desfechos prognósticos, pois ela atua como uma relevante fonte de fortalecimento dos sujeitos diante de situações desafiadoras e estressantes ao proporcionarem encorajamento, acolhimento e segurança (Bergamasco & Angelo, 2001).

Durante o processo de tratamento, não somente o suporte afetivo e emocional tornam-se importantes, mas ocorre uma alteração significativa na rotina da mulher, em que o apoio na realização de atividades cotidianas se torna relevante. Quando não existem pessoas para auxiliar as pacientes nesses aspectos mais práticos da vida, isso pode acarretar prejuízos na recuperação, como observado na fala de S3: "Em casa eu faço tudo. Desde o primeiro tratamento, que foi o câncer de mama, eu não tive um pós-cirúrgico bom. Meus pontos se abriam, porque em casa eu não tinha quem fazer essas coisas, então eu fazia" (S3:US6).

A partir do expresso pela entrevistada, pode-se problematizar o quanto o ato de cuidar e a responsabilidade pela organização e manutenção da casa são papéis socialmente centrados na figura feminina. Quando fragilizadas pelo adoecimento oncológico, essas mulheres muitas vezes têm dificuldade em encontrar suporte na rotina de cuidados de si mesmas e do lar, o que pode prejudicar no tratamento e na recuperação da doença.

Assim, embora o grupo familiar seja relevante fonte de fortalecimento, a rede social ampliada, que inclui amigos e instituições de saúde, também constitui amparo fundamental às mulheres em tratamento de câncer. Quando essa rede de apoio é presente e engajada nos cuidados, a mesma promove senso de segurança e bem-estar, ao passo que, quando fragilizada, provoca repercussões negativas. Logo, é comum que ocorra o afastamento de pessoas quando do conhecimento do adoecimento oncológico, o que é expresso nas falas a seguir:

"Os amigos, eu percebi assim que, eu acho que a gente não tem amigo de verdade não, né? Porque uma hora dessa são poucas as pessoas que lhe dão apoio, poucas pessoas" (S1:US7).

"Assim, quando eu era sadia, eu tinha mais amizade. Logo também eu saía e tudo. Mas agora, só mesmo os familiares... amiga, essas coisas, se afastaram" (S2:US5).

As entrevistadas referem perceber que os amigos se distanciaram após o adoecimento, apontando a doença como fator determinante para esse comportamento. Consequentemente, os efeitos dessa experiência são danosos para as pacientes, uma vez que intensificam o senso de solidão e de desamparo, contexto que gera vulnerabilidade e deixa as mulheres com neoplasia mamária mais suscetíveis às adversidades enfrentadas no percurso de tratamento, haja vista a rede social funcionar como fator protetor da saúde dessas pacientes e possibilitar que o enfrentamento à doença seja mais positivo (Vargas et al., 2021).

Nesta perspectiva, quando há ausência de suporte familiar e social mais próximos, nota-se que, em muitas situações, são buscadas em outras fontes o amparo necessário para a lida com os fatores estressores surgidos no percurso de tratamento, como é mencionado no seguinte fragmento:

"A minha rede de apoio eu encontro, primeiramente, lá no posto, com os profissionais. Até a semana passada eu estive lá no posto de saúde do meu município" (S4:US6).

Com base no expresso por S4, vale destacar a importância da atuação desses profissionais junto aos usuários que chegam às instituições de saúde com receios, angústias e expectativas de que encontrarão ali o amparo e as respostas para os problemas que estão enfrentando. De modo que os trabalhadores da saúde

também desempenham papel fundamental no atendimento às necessidades dos sujeitos que o procuram, além de serem responsáveis por fortalecer o senso de segurança e de apoio tão importantes quando a pessoa se depara com o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, a exemplo do câncer. O que reitera a relevância de um fazer profissional pautado pela ética e preocupado com um cuidado humanizado e holístico.

Desta forma, vale destacar que o ser humano é essencialmente um ser em relação, e é por meio das relações que estabelece consigo mesmo, com o outro e com o mundo, que uma pessoa encontra as bases para seu processo de amadurecimento e de autorrealização. O que fica perceptível com os conceitos da Gestalt-terapia de autossuporte ou autoapoio - compreendendo os recursos internos desenvolvidos pelo sujeito ao longo de sua vida e que estão à disposição de si mesmo e do outro - e de heterossuporte ou apoio ambiental - recursos externos ao indivíduo que são utilizados para lidar com situações cotidianas. O heterossuporte é de extrema importância pois, é através do apoio ambiental, que a pessoa encontra a força e a segurança para explorar o mundo à sua volta e para se defrontar com aspectos de si mesmo, processo em que ocorrem aprendizados imprescindíveis para que o sujeito amplie seus recursos internos (Augustin & Bandeira, 2020).

Do contrário, quando não encontra o suporte necessário, como nos casos de experiências de solidão vivenciadas pelas mulheres entrevistadas, a tendência é que o indivíduo tenha dificuldade de continuar a fluir em seu processo de amadurecimento, podendo experimentar sentimentos e comportamentos disfuncionais, como ansiedade, insegurança e baixa autoestima. Por essa razão, essas mulheres buscam em seu ambiente algum amparo para se fortalecer diante de todos os desafios impostos pelo adoecimento, encontrando, por vezes, esse apoio em outras pacientes que estão vivenciando contexto similar.

Destarte, percebe-se que o adoecimento pelo câncer de mama é uma experiência perpassada pela corporeidade, em que diversas são as alterações e mutilações sofridas; pela temporalidade, haja vista o câncer apontar para a possibilidade da morte, de um tempo de vida que chega ao fim; pela espacialidade, pois o espaço vivido pelo sujeito sofre intensas alterações, tal qual sua existência no mundo; e pela relação com o outro, o que assume importância ímpar frente a tantas mudanças e incertezas (Souza et al., 2020).

Pensamentos de morte diante da experiência de solidão

O diagnóstico oncológico faz com que paciente e familiares se defrontem com a condição humana da finitude ao apontar a morte como possibilidade de desfecho, que, em muitas situações, traz sofrimento às mulheres em tratamento de câncer de mama em função do medo da morte, conforme pode ser percebido no seguinte trecho: "Eu tinha muito medo de morrer e deixar minha filha sozinha. Ela não tem pai, não tem mais ninguém, não tem avó. Eu só pensava em morrer e não ver mais minha filha, não cuidar mais dela" (S3:US5).

É importante perceber que o câncer ainda apresenta altas taxas de mortalidade, apesar dos avanços nos tratamentos (Instituto Nacional de Câncer, 2022), o que provoca intenso sofrimento e angústia em muitas pacientes, as quais, geralmente, fazem associação da doença com a morte. A finitude, por sua vez, é relacionada à impossibilidade de continuar acompanhando os momentos ao lado dos seus entes queridos ou a deixar seus familiares desamparados. Em última instância, essa angústia também está correlacionada com o medo do desconhecido frente às incertezas provocadas pelo adoecimento (Benossi & Chiarani, 2019).

Vale destacar que esse sentimento de medo geralmente é intensificado quando o sujeito não encontra uma rede de apoio estruturada, percebendo-se sozinho. De modo que a solidão, como já aludido

anteriormente, faz com que as pessoas fiquem mais fragilizadas face a todas as dificuldades enfrentadas, despontando sensação de impotência ou de esgotamento de recursos internos para lidar com os obstáculos.

No entanto, a relação com a morte ante o sofrimento do diagnóstico e da solidão não ocorre somente pela via do medo, mas também aparece, por vezes, enquanto um desejo de colocar fim ao sofrimento vivido, algo ilustrado pela fala seguinte:

"Porque é muito ruim você ficar assim com a mente desocupada, que você só fica pensando besteira. Já pensei até em pedir a Deus pra me levar, desde que eu fiquei doente. Porque, assim, você vê as pessoas que você gosta se afastando de você, que você achava que era uma coisa e não é, né? [...] De querer fazer besteira, querer fazer, tipo, se matar, às vezes eu fico pensando" (S2:US11).

Por essa via, pesquisas apontam um risco aumentado de ideação suicida entre pacientes oncológicos, associado a fatores como depressão, dor, recidiva da doença e relato de transtorno psiquiátrico. Ainda abordam que a elevação no risco de suicídio ocorre devido ao diagnóstico de câncer provocar sofrimento extremo e confrontar o indivíduo com sua condição de finitude, desencadeando questões existenciais (Macedo, 2023).

No entanto, chama atenção na fala de S2 como o significado atribuído ao pensamento de morte está relacionado ao afastamento de pessoas consideradas importantes. Esse dado acrescenta um novo fator às retrocitadas pesquisas sobre o tema, pois aponta a possibilidade da solidão como relevante na compreensão do comportamento suicida entre esses pacientes.

Outro ponto relevante é que a entrevistada aciona o divino ao desejar a morte no contexto de intenso sofrimento, trazendo a ideia cristã de que se Deus fez a vida, somente Ele pode tirar. Ainda pode-se pensar que esse recurso é utilizado como um meio simbólico de sustentar a angústia, pois Deus é visto como um ser bondoso e acolhedor, então ser levado por ele suaviza a ideia da morte enquanto um fim repleto de dor e de sofrimento. Sob esta ótica, a relação com a fé também pode ser utilizada como meio de fortalecimento e de distanciamento de pensamentos suicidas, o que é abordado na seguinte fala:

"Mas quando chega aquele pensamento mesmo que é aquelas loucuras que dá na cabeça, aí eu começo a rezar. Tenho medo que essas coisas negativas acabem me levando a fazer coisas piores... pensamento de morte, de tirar a vida" (S3:US9).

Assim, nota-se que, ao precisar enfrentar o medo do diagnóstico, da morte, das limitações e da solidão, o sujeito busca por fontes de amparo e segurança, ou ainda por respostas diante de tantas incertezas em relação ao futuro. Compreender as razões para o sofrimento e para a possível morte é um meio de buscar aliviar a tensão e a angústia.

Dessa maneira, a religião e a relação com uma figura divina trazem muitas respostas, mesmo que subjetivas, ainda ocorrendo uma promessa de eternidade após a morte, motivos pelos quais os pacientes estabelecem uma conexão mais forte com sua religiosidade nesses momentos de intenso sofrimento. Em outras palavras, ocorre um *coping* religioso positivo que trata de uma correlação entre uma conexão religiosa e/ou espiritual na mudança de comportamento ou da perspectiva (pensamento/percepção) sob uma situação estressante, de modo a enfrentá-la (Forti et al., 2020).

Nesse contexto, vale destacar que o pensamento de morte não significa, necessariamente, um alto risco de suicídio (Trindade, 2023), mas falas com esse teor podem apontar para um esgotamento de recursos internos de enfrentamento perante um sofrimento intenso e contínuo, como pode ser observado no trecho a

seguir: "Tem hora que eu peço a Deus pra me levar, não vou mentir. Não que eu tenha instinto suicida. Mas é porque eu tô passando por uma situação difícil que tem hora que eu acho que eu não vou suportar" (S1:US12).

O conteúdo expresso pela entrevistada em sua fala indica uma sensação de cansaço extremo e de esgotamento de recursos internos para enfrentar todos os obstáculos e dificuldades de sua rotina de adoecimento e de tratamento, apontando, ainda, para um desejo de ter um alívio desse sofrimento.

Por conseguinte, urge que os profissionais de saúde estejam atentos a esses aspectos e tenham a sensibilidade de saber escutar e acolher esses pacientes, para que, assim, possam lhes auxiliar no processo de fortalecimento do autossuporte ao estabelecer uma vinculação importante e necessária, especialmente dado o contexto de solidão e desamparo vividos (Augustin & Bandeira, 2020). Ressalta-se também o quanto o sofrimento psicoemocional influencia na qualidade de vida dessas pessoas, devendo ser tratado com a mesma importância nos cuidados ofertados quanto a dimensão física.

Estratégias de enfrentamento das pacientes em tratamento de câncer de mama

O adoecimento oncológico acarreta importantes alterações físicas e psicológicas, sendo considerado um estressor. Além disso, ele expõe o paciente a uma série de eventos complexos e dinâmicos ao longo das diversas etapas do tratamento, suscitando que o sujeito tenha comportamentos adaptativos na lida com esses eventos estressantes. Nesta perspectiva, são acionados recursos internos ou externos que estão à disposição ou, em muitos casos, é preciso que sejam construídos novos recursos para enfrentar a nova realidade de vida da pessoa (Fernandes et al., 2019).

Ainda de acordo com a mencionada autora, esse processo exige a mobilização de recursos emocionais, comportamentais e cognitivos. Como esses recursos são adquiridos ao longo de toda a vida do sujeito, cada indivíduo vai criando o seu próprio meio de lidar com as adversidades que encontra, de maneira que o recurso utilizado por uma pessoa pode não servir para outra; isto é, as estratégias de enfrentamento são contextuais. O que indica que não existe uma estratégia certa ou errada por si só, mas se deve buscar compreender a função de cada recurso dado o contexto em que está sendo utilizado, de maneira que seja possível avaliar se a resposta adaptativa é funcional ou disfuncional naquela situação.

Portanto, os recursos de enfrentamento são importantes na compreensão da vivência de mulheres em tratamento de câncer de mama, pois ajudam a compreender de que modo elas articulam o autossuporte e o heterossuporte como adaptação às mudanças ocorridas em suas vidas e na lida com a experiência da solidão. Ampliando essa compreensão, a Gestalt-terapia utiliza o conceito de ajustamento criativo que indica uma capacidade de o sujeito fluir e se adaptar ante às mudanças e aos desafios, imprimindo sua marca nos acontecimentos da vida, atualizando suas potencialidades e acionando-as na interação com o mundo. A partir do contato com a realidade, o sujeito aciona criativamente seus recursos existentes ou cria novos, preservando a capacidade humana de autorregulação, ou seja, há um reposicionamento criativo frente ao vivido no presente (Augustin & Bandeira, 2020).

Por esse viés, reações emocionais que acompanham o enfrentamento à doença e aos demais desafios relacionados, tais como a solidão, podem ser compreendidas como um ajustamento criativo diante dos fatores estressores, como pode ser observado na seguinte fala:

"Eu sinto que quando eu choro, eu alívio um pouco, assim, a alma, entendeu? É como se as minhas lágrimas lavassem alguma coisa que esteja precisando ser lavada, entendeu? Eu acredito que o choro

é talvez um subterfúgio que eu use pra sair de tudo isso, dessa situação de vulnerabilidade que eu estou me sentindo estar" (S1:US11).

É fato que o ato de chorar geralmente é visto como um comportamento a ser evitado, uma vez que as pessoas apresentam dificuldade de lidar com a expressão de emoções vistas como negativas. No entanto, a entrevistada coloca o choro como uma maneira de alívio da tensão relacionada à situação de vulnerabilidade em que se encontra, o que pode ser compreendido como um ajustamento criativo face a esta conjuntura.

O choro para S1 pode assumir uma estratégia de acolhimento, ao passo que para outras pessoas essa expressão emocional pode indicar um contexto doentio, o que deve ser apropriadamente avaliado pelos profissionais de saúde, possibilitando um manejo adequado em cada situação (Lejderman & Bezerra, 2014). Já para outras pacientes, a busca pelo outro é uma das principais estratégias utilizadas, a exemplo do que é falado no seguinte trecho:

"Em termos de amigas e familiares, eu não sou de esperar muito. Gosto muito de tomar as minhas providências. Quando me sinto só, e a pessoa não vem até a mim, eu procuro ir até ela para não ficar só" (S4:US7).

Por este viés, a busca pelo apoio social constitui relevante recurso utilizado pela entrevistada, que busca no outro o amparo e a segurança para lidar com as dificuldades de seu cotidiano, reconhecendo a importância do suporte social na resolução de problemas. Ademais, observa-se na postura de S4 uma forma que a mesma utiliza para evitar ficar sozinha, sendo uma estratégia que ela emprega para enfrentar a experiência de solidão.

No entanto, essa não é a única via de fortalecimento na relação das pacientes em tratamento do câncer de mama com seu ciclo social, uma vez que algumas delas compartilham o relato de suas experiências de adoecimento com as outras pessoas e encontram neste ato motivação e força para continuarem seus tratamentos, como pode ser observado nas falas abaixo:

"E eu não perco a oportunidade de dizer pra pessoas que se cuidem, que se auto-examinem... Eu quero deixar minha mensagem. Porque eu tenho muita sede de viver bem, bem melhor do que pra trás. Pra trás passou, mas agora eu quero viver bem" (S4:US12).

"Eu ligo pra pessoas que estão doentes, dou forças pra pessoas, mostro pra elas que eu tô em tratamento de câncer, pra pessoas verem que eu também sou uma pessoa que eu tenho um diagnóstico, mas nem por isso eu me deixo me abalar por essa situação... Eu começo a conversar com as pessoas e isso aí, pra mim, já é uma autoestima" (S3:US14).

Ao trazer suas experiências com o câncer de mama como forma de incentivar que as outras pessoas se cuidem, bem como deixar a mensagem de que, apesar do diagnóstico, são pessoas com potencialidades, essas mulheres encontram uma estratégia para fortalecer suas próprias convicções de que é possível lidar com todos os desafios oriundos do adoecimento oncológico. Resgatam a crença de que são úteis socialmente e de que têm algo a agregar ao contexto social em que vivem; ambos sendo valores que são postos à prova em virtude das perdas físicas e funcionais sofridas e conseguindo, dessa forma, aumentar a própria autoestima e encontrar a motivação para enfrentar as adversidades e a construção de novos vínculos sociais.

Como pôde ser visto, variadas são as estratégias adaptativas utilizadas pelas mulheres entrevistadas, porém a espiritualidade como recurso de enfrentamento foi unanimidade, sendo abordada por todas as

mulheres ouvidas nesta pesquisa. Cada uma ao seu modo, expressou o quanto a fé é uma fonte essencial de fortalecimento, como ilustrado pelos seguintes trechos:

“Quando eu estou nessa situação (de solidão), eu não deixo ela tomar conta de mim, né? Eu começo a rezar. Rezo, rezo, rezo. Aí vai acalmando meu coração. E aquilo vai saindo da minha cabeça. Vai saindo da minha vista. Vai saindo do meu psicológico” (S3:US10).

“Mas, em muitos momentos que eu me sentia sozinha, eu rezava, rezava, né? Pedia a Deus força e ele me dava a força dele. Eu encontro a minha melhora na minha fé, na minha vontade de vencer tudo isso, né?” (S5:US9).

Desta maneira, a religião e a espiritualidade são utilizadas por essas mulheres para enfrentarem os eventos estressores referentes ao câncer de mama, mas também como meio de lidar com a solidão, afinal, pesquisas (Forti et al., 2020) mostram a relação entre a espiritualidade e a adaptação ao diagnóstico e ao tratamento de câncer, promovendo bem-estar psicoemocional. Quando se deparam com a solidão, buscam na fé um amparo que lhes falta pela ausência de vínculos significativos.

Vale destacar que, diferentemente da relação com a fé referida no eixo anterior, aqui a espiritualidade é abordada pelas entrevistadas como um recurso marcadamente acionado no enfrentamento dos impactos subjetivos do diagnóstico oncológico e das experiências de solidão. Em ambas as situações, a relação com o divino funciona como fonte de amparo, sendo um alívio frente a situações angustiantes, porém se utilizam de aspectos simbólicos diferentes da religiosidade. Enquanto no exemplo dado anteriormente o divino é apresentado numa estreita relação com os pensamentos de morte, nesse contexto as pacientes trazem a fé como fonte de fortalecimento no sentido de continuidade da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou compreender as experiências de solidão de mulheres em tratamento de câncer de mama em um centro oncológico de Fortaleza, referência Norte-Nordeste. Para tanto, foi utilizado o método fenomenológico empírico, sendo formulados quatro eixos: significados de solidão e repercussões emocionais; percepções acerca do apoio sociofamiliar frente aos desafios do adoecimento e dos tratamentos; pensamentos de morte diante da experiência de solidão; estratégias de enfrentamento das pacientes em tratamento de câncer de mama.

Em síntese, os achados de cada eixo indicam que o significado de solidão atribuído pelas entrevistadas é marcado por suas biografias, conferindo um caráter singular e subjetivo ao fenômeno, no entanto, esse fator não impede que existam, também, similaridades em suas vivências. Nesta perspectiva, o sofrimento relacionado ao câncer pode ser intensificado em virtude das situações em que essas pacientes se percebem desamparadas, o que está associado aos impactos do adoecimento nas relações sociofamiliares.

Outrossim, a solidão pode deixar as mulheres em tratamento oncológico mais vulneráveis ao medo da morte, questão presente desde o diagnóstico. No entanto, é preciso destacar que a morte, por vezes, aparece como uma forma de pôr fim ao intenso sofrimento vivido, contexto em que a relação com o divino aparece com frequência. Dito isto, as entrevistadas relatam as estratégias que utilizam no enfrentamento aos diversos desafios surgidos ao longo do tratamento, em que o apoio social e a espiritualidade são os mais citados.

Como limites desta pesquisa, aponta-se que ela aconteceu com o público do gênero feminino, porém sem levar em consideração fatores como: outros marcadores sociais, tais quais sexualidade, nível educacional, raça e classe social e os familiares e acompanhantes que davam suporte às participantes do estudo. Logo, é importante pontuar a necessidade de que futuras pesquisas possam se debruçar sobre a temática deste estudo com foco nas questões raciais, tendo em vista que a raça produz atravessamentos significativos nas experiências de vida dos sujeitos. Também se sugere que a solidão seja pensada na perspectiva dos familiares dos pacientes e dos profissionais que os atendem, possibilitando uma compreensão mais ampliada do fenômeno.

Por fim, conclui-se que atravessar os desafios impostos pelo adoecimento oncológico e experimentar a solidão nesse caminhar lança essas mulheres no defrontar-se com seu corpo que padece pela doença, que é mutilado pelo tratamento e com sua temporalidade e existência que são ameaçadas pelo câncer. Em última instância, reflete para essas pessoas a sua própria condição de finitude e de falibilidade, em que a morte, assim como o nascimento são inevitavelmente uma passagem solitária. Disto, comprehende-se a quão dolorosa e agregadora de sofrimento é a experiência de solidão, especialmente para aquelas que, desde o diagnóstico, são projetadas às diversas incertezas do viver e do morrer.

REFERÊNCIAS

- Augustin, L., & Bandeira, C. (2020). Postura e intervenções do gestalt-terapeuta frente à violência psicológica contra a mulher por parceiro íntimo. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(spe), 449-459. <https://dx.doi.org/10.18065/2020v26ne.9>
- Barros, L., Menezes V., Jorge, A., Morais, S., & Silva, M. (2020). Mortalidade por Câncer de Mama: uma Análise da Tendência no Ceará, Nordeste e Brasil de 2005 a 2015. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(1), e-14740. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.740>
- Benossi, G., & Chiarani, M. (2019). A autoestima e as consequências físicas e emocionais decorrentes de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. *Rev. Cient. Comun., Gestão e Psicologia*, 1(2), 02-58. <http://revistas.fasipe.com.br:3000/index.php/RCCGestaoPsico/article/view/84>
- Bergamasco, R., & Angelo, M. (2001). O Sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o Diagnóstico é Experienciado pela Mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2001v47n3.2306>
- Castelo Branco, P. (2024a). Percursos históricos e metodológicos do método fenomenológico empírico. In P. Castelo Branco (Org.), *O método fenomenológico empírico: história, organização metodológica e estudos aplicados à formação em Psicologia* (pp. 17-34). Editora Fi.
- Castelo Branco, P. (2024b). Proposição de uma orientação de planejamento, condução e organização de pesquisa fenomenológica empírica. In P. Castelo Branco (Org.), *O método fenomenológico empírico: história, organização metodológica e estudos aplicados à formação em Psicologia* (pp. 35-54). Editora Fi.
- Fernandes, M., Carvalho, G., & Ferreira, C. (2019). Repercussões do diagnóstico de câncer para homens e mulheres: um estudo comparativo. *Revista da Spagesp*, 20(2), 68-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7213755>
- Forti, S., Serbena, C., & Scaduto, A. (2020). Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma

- revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1463–1474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>
- Giorgi, A. (2008). Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In J. Poupart (Org.), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (p. 386-409., A. Cristina, Trad.). Vozes. (Original publicado em 1997).
- Instituto Nacional de Câncer (2020). ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer (6a. ed.). <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer>
- Instituto Nacional de Câncer (2022). Câncer de Mama: vamos falar sobre isso? (7a. ed.). <https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/cancer-de-mama-vamos-falar-sobre-isso>
- Kamal, N. et al. (2022). Genesis and mechanism of some cancer types and an overview on the role of diet and nutrition in cancer prevention. *Molecules*, 27(6), e1794. <https://doi.org/10.3390/molecules27061794>
- Lejderman, B., & Bezerra, S. (2014). Choro: um complexo fenômeno humano. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 16(3), 44-53. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848065>
- Lima, C., Lacerda, G., Beltrão, I., Alves, D., & Albuquerque, G. (2020). Impacto do Diagnóstico e do Tratamento do Câncer de Mama em Mulheres Mastectomizadas. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*, 24(4), 426–430. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2020v24n4p426-430>
- Macedo, S. (2023). Possibilidades de ações clínicas fenomenológicas em Psicologia frente à solidão entre universitários na contemporaneidade. *Amazônica – Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, 16(2), 11-36, <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/12564/8515>
- Santos, M., Lima, F., Martins, L., Oliveira, J., Almeida, L., & Cancela, M. (2023). Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 69(1), e-213700. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>
- Souza, C., Bloc, L., & Moreira, V. (2020). Corpo, Tempo, Espaço e Outro como Condições de Possibilidade do Vívido (Psico)patológico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(4), 1253–1272. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.56660>
- Trindade, A. (2023). *A solidão existencial do doente com necessidades paliativas*. Lisbon International Press: Lisboa.
- Vargas, G., Ferreira, C., Vacht, C., Dornelles, C., Silveira, V., & Pereira, A. (2021). Social support network of women with breast cancer. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 1(3), 73–78. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7030>