

REVISTA FAROL

FACULDADE ROLIM DE MOURA

ISSN Eletrônico: **2525-5908**

www.revistafarol.com.br

Recursos de enfrentamento no percurso da doença oncológica

Karine da Fonseca Gomes
Alessandra Cardoso Siqueira
Antônio Carlos Zandonadi

Recursos de enfrentamento no percurso da doença oncológica

Karine da Fonseca Gomes¹

Alessandra Cardoso Siqueira²

Antônio Carlos Zandonadi³

RESUMO: Receber um diagnóstico oncológico é um momento complicado para o indivíduo, podendo apresentar diversos sentimentos e dúvidas que, eventualmente, o acompanharão ao longo de todo o seu tratamento. Este estudo buscou identificar, a partir dos indivíduos da ONG Mulheres de Lenço do município de Rolim de Moura – RO, quais os principais recursos de enfrentamento utilizados por uma pessoa que recebe o diagnóstico de câncer até o tratamento. Foi utilizado o método de pesquisa de campo de caráter descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi composta por 10 mulheres diagnosticadas com câncer, representando 40% da população cadastrada pela ONG. Os dados foram coletados por meio de um questionário composto por uma breve caracterização de perfil, seguido por perguntas fechadas com possibilidade de múltiplas respostas e perguntas abertas. Os resultados apontaram o suporte familiar, a fé e a espiritualidade como sendo os principais recursos de enfrentamento que transmitem segurança, mobilizando a esperança na cura. Além disso, outros recursos foram identificados como a busca por médico especializado, adesão ao tratamento, atividades de lazer, apoio social entre outros. Sobretudo, notou-se a ausência do atendimento psicológico, apesar da importância e benefício de tal assistência.

Palavras-chave: Recursos de enfrentamento. Câncer.

Coping resources when facing oncologic diseases

ASBTRACT: Receiving a cancer diagnosis is a complicated time for the individual, which may present various feelings and doubts possibly throughout one's treatment. This study aimed to identify, from the individuals of the NGO Mulheres de Lenço from the municipality of Rolim de Moura – RO, what are the main coping resources used by a person who is diagnosed with cancer until the treatment. The descriptive research method was conducted with quantitative and qualitative approaches. The sample consisted of 10 women diagnosed with cancer, accounting for 40% of the population registered by the NGO. Data were collected through a questionnaire with a brief characterization profile, followed by closed questions with the possibility of multiple answers and open questions. The results show family support, faith and spirituality as the main coping resources that transmit security, mobilizing the hope of a cure. In addition, other resources have been identified such as the search for specialized doctors, adherence for the treatment, leisure activities, and social support, among others. Above all, it was noted the absence of psychological care, despite the importance and benefit of such assistance.

Keywords: Coping Resources. Cancer.

1 INTRODUÇÃO

O aumento significativo da incidência de câncer mundial tem sido um assunto frequentemente discutido por cientistas e a população em geral. Receber um diagnóstico

¹ Discente do curso de Psicologia da Faculdade de Rolim de Moura – FAROL. E-mail: gf.karine@gmail.com.

² Docente no curso de Psicologia da FAROL – Faculdade de Rolim de Moura.

³ Docente no curso de Psicologia da FAROL – Faculdade de Rolim de Moura.

oncológico é um momento complicado para o indivíduo, podendo apresentar intensos sentimentos e dúvidas, que eventualmente o acompanharão ao longo de todo o seu tratamento. Comumente, esses sentimentos manifestos são angústia, medos, sofrimento, raiva, revolta, dor, perda de autonomia entre outros (INCA, 2015).

Neste ensejo, no estudo buscou-se identificar, a partir dos indivíduos com câncer da ONG Mulheres de Lenço do município de Rolim de Moura – RO, quais eram os recursos utilizados por uma pessoa que recebe o diagnóstico de câncer até o tratamento. O método de pesquisa utilizado foi pesquisa de campo, de caráter descritivo com abordagem quanti-qualitativa.

Os resultados do presente estudo estão descritos neste artigo, podendo servir como referência para estudos futuros, bem como, fonte de dados para estudantes de psicologia ou psicólogos atuantes e outros profissionais que trabalham na área da oncologia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O câncer e sua caracterização

O termo câncer é classificado como uma denominação genérica para nomear as alterações que ocorrem em estruturas celulares num modo geral, estas que resultam em formações tumorais (VEIT; CARVALHO, 2010; CORDEIRO; STABENOW, 2008).

Apesar de não existir câncer benigno, a malignidade e agressividade do câncer são relativas, sendo classificadas em diferentes graus. A gravidade e o prognóstico de cada caso são baseados em alguns critérios decisivos como o órgão inicial em que se instalou a mutação, a dimensão e natureza do tumor, e o grau de incursão do local de origem para outros órgãos. (VEIT; CARVALHO, 2010).

No entanto, houve uma época em que o câncer era irreversível e fatal. Os profissionais preocupados com a associação do câncer com a morte, informavam o diagnóstico apenas aos familiares, excluindo os pacientes das decisões tomadas sobre os procedimentos adotados. Deste modo, a associação do câncer com a morte foi crescendo, tornando-se um estigma popular (VEIT; CARVALHO, 2008; VEIT; CARVALHO, 2010).

Com a considerável evolução da medicina oncológica a respeito do tratamento dessa doença, por meio de métodos cirúrgicos aliados à quimioterapia e radioterapia, e outros tratamentos terapêuticos desenvolvidos com resultados positivos, os médicos começaram a informar ao próprio paciente sobre o diagnóstico. Em virtude dessa evolução, a medicina não

enxerga mais o câncer como morte inevitável. Entretanto, cabe ressaltar que o câncer é uma doença que provoca comportamentos distintos em cada paciente. O mesmo vem sendo acompanhado de muitos estigmas, como o medo da morte, e conceitos equivocados acerca de suas origens e causas (VEIT; CARVALHO, 2008). Ainda nos dias de hoje é possível encontrar pessoas com medo até de pronunciar a palavra câncer, ocorrendo principalmente com aqueles que não possuem conhecimento adequado sobre a doença (VEIT; CARVALHO, 2010).

2.2 O ciclo da doença

Tendo em vista a carga emocional que a doença envolve, é importante esclarecer algumas das respostas psicológicas ao diagnóstico do câncer, as quais podem ser identificadas como estágios percorridos pelo paciente antes de conseguir aceitar o fato de estar doente. Esses estágios se assemelham aos do paciente com estado terminal, descritos no modelo de Elizabeth Kubler-Ross, embora, nem todo diagnóstico de câncer venha findar-se no óbito (BLUMENFIELD; TIAMSON-KASSAB, 2010).

Citando as proposições de Kubler-Ross (1981) Alamy (2013) descreve em seus estudos cinco estágios da doença, os quais todos os pacientes tendem a vivenciar, são eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Estes, não necessariamente seguem uma ordem específica, visto que eles podem se alternar ou até mesmo repetir durante o percurso do tratamento. Contudo, é de extrema importância que cada um desses estágios seja elaborado pelo paciente, de modo que o mesmo seja tratado como um todo, e não apenas biologicamente.

A negação é um estágio que a maioria dos pacientes utiliza após o diagnóstico ou nas primeiras manifestações da doença. Ela surge como uma forma de "para-choque" do paciente, visto que o mesmo recebe notícias inesperadas e assustadoras que provocam reações emocionais adversas. Portanto, através da negação o paciente começa a elaborar essa situação e se preparar para tomar outras atitudes frente à doença. Cabe ressaltar que é comum a reação de negação ser aderida, principalmente em casos que o indivíduo recebe o diagnóstico abruptamente por profissionais, sem que seja feita uma preparação emocional, um diálogo preparatório, ou até mesmo sem ter realizado um diagnóstico preciso (KUBLER-ROSS, 1996).

Quando o estágio da negação não é mais cabível de ser sustentado pelo paciente, é substituído pelo estágio da raiva, ou seja, surge um sentimento de revolta no indivíduo e a

pergunta “por que eu?”. Diferente da negação, a raiva ou revolta é um sentimento mais delicado de lidar, visto que a raiva do paciente pode expandir-se em todas as direções, seja na equipe médica assistencial, na família, ou no ambiente em si. Neste estágio o paciente pode adotar um repertório comportamental agressivo e provocativo com tudo que ocorre no ambiente hospitalar, criticando todos os procedimentos médicos, insultando enfermeiras, recusando a realizar testes diagnósticos, questionando Deus sem que haja motivo concreto para suas atitudes. Em alguns casos é necessário que os psiquiatras sejam chamados para lidar com estes pacientes hostis, apesar dessa atitude ser uma resposta defensiva a um diagnóstico, como no caso do câncer (KUBLER-ROSS, 1996; BLUMENFIELD; TIAMSON-KASSAB, 2010).

Segundo Blumenfield; Tiamson-Kassab (2010), no terceiro estágio, o paciente adota a atitude de barganha. Visando sua melhora o indivíduo pode fazer promessas para Deus, em que se compromete em ser diferente caso sobreviva à doença. De acordo com Kubler-Ross (1996), a barganha é um estágio menos conhecido, porém, é um sentimento útil para o paciente aderir ao tratamento, mesmo que permaneça por um tempo curto neste estágio. Comumente os pacientes neste estágio da doença passam a super idealizar e ficar dependentes de seus especialistas. No caso dos oncologistas, os pacientes acreditam que o médico tem o poder de curá-lo, caso o tratamento não traga bons resultados, a relação médico-paciente pode ser rompida e o médico poderá receber a culpa pelo ocorrido (BLUMENFIELD; TIAMSON-KASSAB, 2010).

O quarto estágio descrito por Kubler-Ross, refere-se à depressão, a qual pode apresentar-se em duas formas: depressão reativa e depressão preparatória. Na depressão reativa o paciente apresenta comportamento de tristeza diante do sofrimento que a doença causa. A segunda forma, depressão preparatória está relacionada principalmente às perdas trazidas pela doença, sendo estabelecido um conceito de morte simbólica, além da morte física em si. Em alguns casos, o paciente pode adentrar no estágio de aceitação, visto que passa a se conformar com seu diagnóstico, e espera a doença alcançar sua fase final a morte, para a qual já se preparou (PEÇANHA, 2008).

O estágio da aceitação é abrangente, tendo significados diversificados em cada paciente. No caso do câncer, a aceitação do diagnóstico pode proporcionar ao paciente uma nova perspectiva da doença e mobilizá-lo a procurar diferentes formas de tratamento e apoio, prosseguindo a luta contra o agravamento da doença. Bem como, pode manifestar a aceitação de que não há mais solução, acreditando estar na fase terminal. A aceitação também pode ser

de modo parcial, onde o paciente aceita o diagnóstico do câncer, no entanto, para um prognóstico grave ainda não está preparado (BLUMENFIELD; TIAMSON-KASSAB, 2010).

O conhecimento desses estágios contribui muito para os profissionais da área na compreensão de complicações psicológicas resultantes do diagnóstico recente de um câncer. Cada comportamento manifesto pelo paciente deve ser compreendido e respeitado, visto que são recursos de enfrentamento encontrados pelo paciente para lidar com a doença (BLUMENFIELD; TIAMSON-KASSAB, 2010; PEÇANHA, 2008).

2.3 Recursos e estratégias de enfrentamento no percurso da doença oncológica

De acordo com Peçanha (2008), a doença oncológica traz consideráveis transformações físicas e psicológicas para quem a vivência, instituindo um estressor ambiental e psicofísico. O indivíduo acaba por ser exposto a uma rede complexa e condições instáveis ao longo das diversas etapas da enfermidade, fazendo com que o paciente reaja através de respostas adaptativas. Isso tudo ocorre dentro de um contexto social em que a doença oncológica é correlacionada ao sofrimento e à morte, ou seja, o sujeito com essa doença precisa agarrar-se a recursos psicossociais, atuando num esforço adaptativo constante para conseguir lidar com o estresse provocado pela enfermidade. Essa mobilização emocional, comportamental e cognitiva recebe o nome cientificamente de enfrentamento, uma vez que visa a adaptação a situações que se modificam em cada etapa da doença.

A capacidade de enfrentamento do doente oncológico também está relacionada à resiliência. Contudo, é importante ponderar a relatividade do conceito. A resiliência não é uma qualidade nata do sujeito, ela implica a necessidade do mesmo ser submetido a uma situação adversa considerável. Também devem ser considerados os aspectos de qualidades desse indivíduo, bem como o seu ambiente familiar e o contexto social em que está inserido (TELES; VALLE, 2010). Ainda na perspectiva do autor (2010, p. 69) “[...] o enfrentamento pode se mostrar como elemento de proteção ou de risco. No caso de proteção, o enfrentamento propicia uma adaptação positiva na situação doença, ou seja, a resiliência; funcionando como risco, torna o sujeito mais vulnerável à situação estressora”.

Quando a hipótese do adoecimento oncológico surge são despertados no indivíduo diversos tipos de sentimentos. A doença, de modo geral, acarreta muitas alterações na vida do paciente. Essas mudanças podem ser relacionadas a papéis sociais, à percepção em relação a si mesmo, alterações por possíveis desfigurações ou dificuldades de ordem funcional, efeitos

colaterais do tratamento, entre outros estressores que constituem em um quadro de estresse e ansiedade (CARVALHO, 2008).

Neste intuito, o enfrentamento da doença oncológica implica a construção de táticas eficazes, além da identificação das necessidades, limitações e recursos pessoais (LIBERATO; CARVALHO, 2008).

Segundo Peçanha (2008) nenhuma estratégia de enfrentamento apresenta supremacia a outra, ou seja, não podendo ser considerada melhor ou pior, mas entendida pela sua funcionalidade no percurso do evento estressor. Cada qual apresenta vantagens e desvantagens de acordo com o indivíduo, de seu grupo social, do tipo de câncer e da fase da enfermidade. Assim, a autora (2008, p. 211) supracitada, mencionando as ideias de Cohen e Lazarus (1979), categoriza as estratégias de enfrentamento através de cinco circunstâncias gerais:

1. *A busca de informação*, que visa à obtenção de subsídios relevantes para resolver o problema ou regular a emoção.
2. *A ação direta*, que objetiva resolver o problema propriamente dito.
3. *A inibição da ação*, que tem como propósito conter ações consideradas perigosas pela pessoa.
4. *Os esforços intrapsíquicos*, que permitem negar o problema ou esquivar-se dele tendo como objetivo a regulação das emoções diante da ameaça representada pela questão.
5. *A busca do outro*, uma estratégia que tem por objetivo utilizar o apoio social, reconhecendo sua importância para a resolução do problema. (Grifo do autor).

Já Vitalino (1985 apud Gimenes, 1997) expõe uma série de pensamentos e ações que indivíduos recorrem para enfrentar o estresse causado pela doença. O mesmo entende o enfrentamento como processo, que conta com estratégias como: focalização no problema, pensamento esperançoso, busca de apoio, esquiva, autculpa, culpabilização dos outros, religiosidade e focalização no positivo.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2015) que cita as ideias de Fornazari e Ferreira (2010) e Guerreiro *et al.* (2011) a maioria dos pacientes oncológicos atribui à fé e à espiritualidade a evolução positiva do tratamento. A fé é cultural e acompanha o indivíduo em distintas situações da vida. Sendo indispensável considerá-la como um recurso para adquirir esperança e apoio frente o câncer.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem de análise quanti-qualitativa, realizado em uma Organização não Governamental (ONG) Mulheres de Lenço do

interior do estado de Rondônia. A ONG oferece apoio aos indivíduos diagnosticados com câncer, bem como, realiza reuniões mensais, oferece atendimento psicológico, artesanatos, palestras entre outras atividades.

Compuseram a amostra dez (10) mulheres diagnosticadas com câncer, que estavam participando da ONG Mulheres de Lenço, tendo como critério de inclusão que todas as participantes deveriam ter 18 anos de idade ou mais e concordassem em participar da pesquisa mediante aceitação e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Adotou-se como critério de exclusão os que não se adequaram nestes quesitos. Na ocasião da coleta de dados, a população de mulheres com câncer cadastradas pela ONG era de vinte e cinco (25). Deste modo, a amostra utilizada nesta pesquisa representou 40% da população estudada.

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2016. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário elaborado pela autora do estudo, que apresentou quais os principais recursos de enfrentamento utilizados por uma pessoa que recebe o diagnóstico de câncer até o tratamento. O questionário foi composto por duas (2) partes. A primeira parte compôs-se por dados de caracterização de perfil dos sujeitos (idade, escolaridade, profissão/ocupação, estado civil e religião), seguido por um roteiro de quatorze (14) perguntas, das quais, dez (10) foram fechadas, com a possibilidade de respostas múltiplas, e quatro (04) perguntas abertas relacionadas à vivência das entrevistadas sobre o percurso da doença.

Com a resposta positiva das voluntárias para o estudo, foi estabelecido contato com as mulheres que aceitaram participar da pesquisa, para a definição de datas e horários para aplicação do instrumento, de acordo com a disponibilidade das participantes e pesquisadores. Deste modo, o questionário foi aplicado nas dependências da ONG, bem como na casa das voluntárias, onde as mesmas se sentiam mais à vontade. A pesquisadora deu opção para as entrevistadas responderem sozinhas o questionário ou responderem diretamente para a pesquisadora, sendo que eventuais dúvidas foram esclarecidas no momento da aplicação.

Os resultados obtidos através das perguntas abertas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2007). Sendo identificadas as unidades temáticas das respostas das entrevistadas, estas foram agrupadas por convergência dos significados, classificadas e agregadas em categorias semelhantes, com intuito de atingir os objetivos do estudo. Já os dados quantitativos, foram analisados e descritos através da frequência absoluta e porcentagem. Vale ressaltar que algumas perguntas permitiam respostas múltiplas, não sendo possível haver uma somatória total de cem por cento da amostra.

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Rolim de Moura (FAROL), com número de CAAE 53547716.9.0000.5605, garantindo assim o respaldo ético da pesquisa. Todos os sujeitos de pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma delas com o participante.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Participaram desse estudo 10 mulheres, com idade variando entre 39 e 64 anos (média=51,4). Na ocasião do estudo, a população de mulheres com câncer cadastradas pela ONG era de vinte e cinco (25). Deste modo, a amostra desta pesquisa representou 40% (n=10) da população estudada. Vale ressaltar, que a pesquisadora compareceu em dois (2) encontros mensais, para conseguir tal número de sujeitos. Contudo, houve limitações na disponibilidade das mulheres. Por se tratar de um problema de saúde, muitas estavam em tratamento, o que demandava tempo e viagens para outras cidades. Além disso, também houve indisponibilidade devido às próprias consequências da doença (por exemplo, mal estar físico, como enjoos e cefaleias).

Tabela 1- Caracterização de perfil das entrevistadas (n=10)

Caracterização de perfil	Porcentagem (%)
Escolaridade	
Não alfabetizado	10%
Ensino fundamental	20%
Ensino médio	50%
Ensino superior	20%
Profissão ou ocupação	
Do lar	70%
Doméstica encostada	10%
Vendedora	10%
Professora	10%
Estado civil	
Casada	50%
Divorciada	20%
União estável	30%
Religião	
Evangélica	60%
Católica	30%
Espírita	10%
Região do corpo que o câncer se manifestou	
Mama	60%
Útero	30%
Intestino	10%

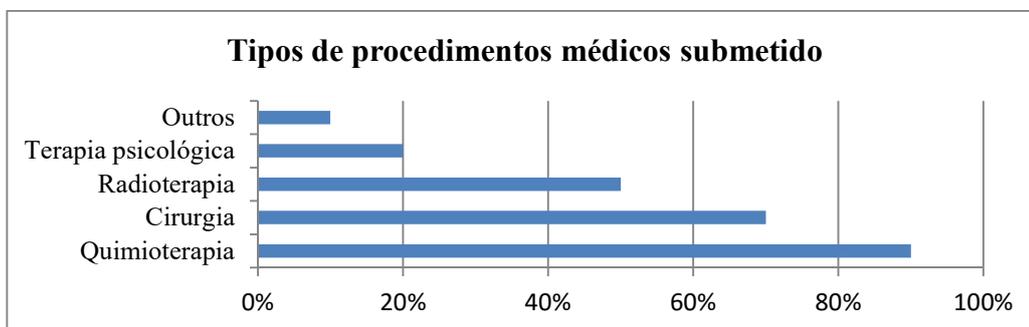
Fonte: Próprio autor (2016).

Dentre o total de mulheres entrevistadas, verificou-se reduzido percentual de mulheres não alfabetizadas, equivalente a 10% (n=1) da amostra; 20% (n=2) tinham ensino fundamental; enquanto 50% (n=5) tinham ensino médio completo e 20% (n=2), nível superior. Quanto à *situação empregatícia*, 70% (n=7) referiram exercer atividades do lar, sem remuneração salarial; 10% (n=1) referiu exercer atividades do lar com remuneração salarial; assim como 20% (n=2) exercem atividade laboral remunerada, fora do contexto do lar, sendo uma participante vendedora e outra professora. No que se refere à *situação conjugal*, 50% (n=5) declararam-se casadas; 30% (n=3) viviam com companheiros em união estável e 20% (n=2) eram divorciadas. Em relação à *religião* 60% (n=6) referiu-se como evangélica; 30% denominou-se (n=3) católica e 10% (n=1) espírita. A *localização primária que o câncer se manifestou* foi predominante na mama, equivalente à 60% (n=6) da amostra; seguido pelo útero 30% (n=3) e intestino 10% (n=1).

Em relação ao *tipo de atitude tomada a partir da detecção do câncer*, 100% (n=10) das entrevistadas afirmaram ter procurado um médico especialista como forma de resolução para o problema. Além disso, 10% (n=1) da amostra, também referiu ter procurado opinião familiar.

Referente os *tipos de procedimentos médicos submetido*, o gráfico 1 ilustra os percentuais obtidos através de respostas múltiplas das participantes. 90% (n=9) referiu ter se submetido à quimioterapia; 70% (n=7) passou por algum tipo de cirurgia; 50% (n=5) referiu ter realizado radioterapia; 20% (n=2) referiu ter recebido atendimento psicológico durante o tratamento e 10% (n=1) relatou ter realizado outros procedimentos, como braquiterapia.

Quadro 1: Tipos de procedimento médicos submetidos



Fonte: Próprio autor (2016).

Dentre os *sentimentos mais frequentes no percurso da doença oncológica*, descreve-se abaixo na tabela 2 os resultados da pesquisa em percentuais com frequência absoluta.

Tabela 2 – Sentimentos mais frequentes no percurso da doença oncológica

Sentimentos mais frequentes	Porcentagem (%)
Como você lidou com os sentimentos após o diagnóstico do câncer?	
Procurei guardar para mim mesma os meus sentimentos	20%
De alguma forma extravasei meus sentimentos	20%
Procurei fugir dos problemas e das pessoas em geral	10%
Falei com alguém sobre como estava me sentindo	50%
Magnitude do sentimento de esperança no percurso da doença (escala de 0 a 5)	
04	10%
05	90%

Fonte: Próprio autor (2016).

Em relação à pergunta *como você lidou com os sentimentos após o diagnóstico do câncer*, ilustrada acima na tabela 2, percebe-se que 20% (n=2) das participantes do estudo referiram ter guardado para si os próprios sentimentos; 20% (n=2) referiu ter de alguma forma extravasado os próprios sentimentos; 10% (n=1) referiu ter fugido dos problemas e das pessoas em geral, em nota destaca-se que esta mesma participante relatou ter apresentado depressão e estresse. Já a maioria da amostra, 50% (n=5) referiu ter compartilhado com alguém seus sentimentos. Quanto à *magnitude do sentimento de esperança presente no percurso da doença*, as participantes assinalaram apenas duas alternativas em uma escala de 0 à 5. Deste modo, 10% (n=1) indicou nível 4 de esperança, enquanto que 90% (n=9) da população estudada referiu nível 5, representando o máximo de esperança na cura.

Referente às *estratégias de enfrentamento* utilizadas pelas participantes, 70% (n=7) referiu ter utilizado estratégias espirituais; 60% (n=6) utilizou estratégias sociais (frequentar clube, grupo de apoio, conversar com amigos); 30% (n=3) utilizou exercícios físico e técnicas de relaxamento. Vale ressaltar que os sujeitos da pesquisa relataram mais de uma estratégia de enfrentamento e, desta forma, os percentuais acima descritos refletem múltiplas estratégias utilizadas pelos sujeitos da pesquisa.

Dentre os *recursos de enfrentamento* com respostas múltiplas, segue a tabela 3 a seguir:

Tabela 3 – Recursos de enfrentamento

Recursos de enfrentamento	Porcentagem (%)
Tratamentos procurados como recurso de enfrentamento	
Grupo de apoio	20%
Atividade de lazer como válvula de escape	20%
Atendimento psicológico	10%
Homeopatia	10%

Entidades religiosas	80%
Outros	20%
Tipo de apoio/suporte mais frequente e significativo para o enfrentamento da doença	
Familiar	100%
Grupo de apoio	20%
Amigos	60%
Equipe médica	70%
Diante do sentimento de insegurança, medo, vulnerabilidade o que à fez tranquilizar-se e enfrentar a doença?	
Fé ou espiritualidade	100%
Família	70%
Lazer	10%
Remédio	20%
Apoio social/grupo de apoio	20%

Fonte: Próprio autor (2016).

Quanto ao *tipo de tratamento procurado como recurso de enfrentamento*, 20% (n=2) das participantes referiu ter utilizado grupo de apoio; também 20% (n=2) referiu ter aderido alguma atividade de lazer como válvula de escape; apenas 10% (n=1) utilizou do recurso de atendimento psicológico; assim como, 10% (n=1), utilizou de homeopatia. Contudo, 80% (8 pessoas em cada 10), utilizou alguma entidade religiosa como recurso de enfrentamento. 20% (n=2) ainda utilizou algum outro recurso. Referente ao *tipo de apoio/suporte mais frequente e significativo para o enfrentamento da doença* 100% (n=10) referiu ter sido o apoio familiar; 20% (n=2) revelou ter sido grupo de apoio; 60% (n=6) classificou os amigos como suporte e 70% referiu ter sido equipe médica. Acerca da pergunta *Diante do sentimento de insegurança, medo, vulnerabilidade o que à fez tranquilizar-se e enfrentar a doença*, 100% (n=10) referiu ter sido a fé ou espiritualidade que à tranquilizou; bem como 70% (n=7) referiu ter sido a família; 10% (n=1) citou ter sido o lazer; 20% (n=2) mencionou o remédio; também 20% (n=2) referiu o apoio social/grupo de apoio.

Em relação a importância da espiritualidade frente ao diagnóstico do câncer, todas as entrevistadas referiram ter sido esta a principal motivação e fonte de esperança na cura.

Quando questionadas se já tinham passado por algum tipo de situação inesperada parecida, 60% (n=6) referiram ter sido essa a primeira vez que enfrentaram tal situação. Os demais sujeitos da amostra, 40% (n=4) referiram ter vivenciado outros problemas de saúde, como perda de filhos e cirurgia.

Em relação a reação frente aos procedimentos médicos, 80% da amostra (n=8) referiram tranquilidade, acreditando na cura. 10% (n=1) referiu um medo inicial, porém logo em seguida houve aceitação. Outros 10% (n=1) relataram ter tido dificuldade com os enjoos provocados pelo procedimento de quimioterapia.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base nos resultados apresentados, pode-se, em primeiro lugar, afirmar que a pesquisa contemplou satisfatoriamente o objetivo de identificar as principais estratégias de enfrentamento apresentadas pela população em estudo. Observou que, conforme dados da literatura, entre as formas de negação que os pacientes podem manifestar, destaca-se o otimismo exacerbado, ou seja, quando mesmo com o diagnóstico da doença o paciente não considera a possibilidade de um prognóstico grave (BLUMENFIELD; TIAMSON-KASSAB, 2010). Contudo, é comum que a negação seja uma defesa temporária, e até mesmo adaptativa, seguida de uma aceitação parcial, desde que não interfira em o paciente receber atendimento profissional apropriado (KUBLER-ROSS, 1996; BLUMENFIELD; TIAMSON-KASSAB, 2010).

Apesar do impacto causado pelo diagnóstico da doença, e a inevitável associação com a morte, foi identificado em todas as entrevistadas que a primeira forma de enfrentamento da doença se fez por meio da procura por um médico especialista, e adesão à diversos tipo de tratamento, corroborando com o estudo de Panobianco *et al.* (2012), que considera tal atitude como mobilização para obter a cura. Pode ainda ser correlacionada à duas (2) circunstâncias gerais de categorização de estratégia de enfrentamento, sendo a busca de informação e a ação direta (PEÇANHA, 2008 apud COHEN e LAZARUS, 1979).

Referente ao tipo de apoio e suporte mais frequente e significativo para o enfrentamento, percebeu-se o suporte familiar como um dos mais importantes, presente em todas as entrevistadas, além da equipe médica e amigos, identificados como suportes secundários. Dados semelhantes foram apresentados no estudo de Panobianco *et al.* (2012), em que o apoio familiar representou para as mulheres estudadas segurança e força para enfrentar o tratamento.

Citando as ideias de Valle (1997) Teles e Valle (2010), descrevem que quando o sujeito se depara com essa doença grave, começa a refletir acerca do sentido da vida, o seu papel familiar, os limites sobre o que é tolerável em seu corpo, além é claro do conceito da morte. A capacidade de enfrentamento do doente oncológico também está relacionada à resiliência, que é visto por Rutter (1987 apud TELES; VALLE, 2010, p. 63) como uma capacidade pessoal de superar as adversidades, sendo constituída pela habilidade do sujeito “[...] em lidar com mudanças, por sua confiança na auto eficácia e pelo repertório de estratégias e habilidades de que dispõe para enfrentar os problemas com os quais se depara”.

No presente estudo foi possível observar a resiliência das mulheres entrevistadas, citada pelos autores acima, através dos sentimentos demonstrados após o diagnóstico do câncer e como elas lidaram com isso, sendo que a maioria (50%) relatou ter compartilhado com alguém seus sentimentos ou ainda, procurou extravasar os sentimentos de alguma forma (20%). Contudo, algumas guardaram para si os próprios sentimentos (20%) e (10%) fugiu dos problemas e das pessoas em geral.

Outros tipos de recursos de enfrentamento também foram citados como utilizados, sendo, atividades físicas, recursos psicointelectuais (meditação, artesanato), sociais (grupos de apoio, lazer em clubes, conversar com amigos), bem como, recursos espirituais, como afirmam em seus estudos Lorencetti e Simonetti (2005 apud PEÇANHA, 2008).

Esta pesquisa indicou também, a ausência de um recurso importante apresentado pelo INCA (2015) por meio dos estudos de Costa Junior (2001) que refere-se à assistência psicológica no âmbito oncológico. Os atendimentos psico-oncológicos comumente priorizam o entendimento do doente frente à sua saúde e circunstância de vida, proporcionando estratégias efetivas de enfrentamento da doença. Das entrevistadas neste estudo, referiram este tipo de assistência 20% da população estudada, correlacionando a assistência psicológica como procedimento médico submetido. Contudo, apenas 10% referiu o atendimento como sendo tipo de tratamento procurado como recurso de enfrentamento. Ou seja, apesar da importância e benefício de tal assistência, ainda é pouco frequente no enfrentamento da doença.

Além do apoio familiar e outros recursos importantes utilizados no enfrentamento da doença, este estudo observou que dentre as mulheres estudadas, todas demonstraram a fé e a espiritualidade como sendo a principal motivação e fonte de esperança na cura. O INCA (2015) que cita as ideias de Fornazari e Ferreira (2010) e Guerreiro *et al.* (2011) indica que a maioria dos pacientes oncológicos atribui à fé e à espiritualidade a evolução positiva do tratamento. A fé é cultural e acompanha o indivíduo em distintas situações da vida. Sendo indispensável considerá-la como um recurso para adquirir esperança e apoio frente o câncer.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu observar os principais recursos utilizados pela população estudada. Assim, percebeu-se claramente que os recursos e estratégias de enfrentamento são fundamentais e acompanham os indivíduos acometidos pela doença oncológica em toda sua

trajetória. Mesmo antes da descoberta do diagnóstico, as participantes deste estudo relataram preocupação, mobilizando recursos de enfrentamento para a resolução do problema, sendo a busca por um médico especialista e adesão a algum tipo de tratamento hospitalar, unânime entre elas.

Observou-se, ainda, o quão significativo se faz o apoio e suporte familiar no percurso da doença, como fonte de motivação, segurança, conforto e força para continuar o tratamento, visto, o sofrimento e desconforto causados pelos diversos tipos procedimentos submetidos. Este dado concorda com muitas pesquisas, como a de Panobianco *et al.* (2012) e INCA (2015). Dentre os resultados obtidos, destaca-se que os procedimentos mais frequentes são quimioterapia e cirurgia.

Outros recursos destacado na pesquisa como importante, refere à fé e a espiritualidade, a qual as representou a principal fonte de esperança na cura. Além destes, atividades de lazer, recursos psicointelectuais, apoio social de amigos entre outros. Observa-se que apesar do câncer ser comum a todas, cada uma mobilizou formas de enfrentamento conforme suas crenças individuais baseadas nas experiências vivenciadas anteriores à doença.

Apesar do uso de diferentes recursos de enfrentamento, é válido destacar a ausência do atendimento psicológico como apoio, sendo um recurso que poderia auxiliar a organização dos sentimentos, possibilitando o doente oncológico ter melhores condições em lidar com a doença, mobilizando novas formas de enfrentamento. Neste ensejo, faz-se necessário novos estudos na área e mais equipes de profissionais especializados em psico-oncologia.

7 REFERÊNCIAS

ALAMY, S. **Ensaio de psicologia hospitalar: a auscultação da alma**. 3. ed. Belo Horizonte: Ed. Do autor, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2007.

BLUMENFIELD, M.; TIAMSON-KASSAB, M. **Medicina Psicossomática**. 2. ed. Tradução: Alba Helena Mercadante Guedes. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CARVALHO, V. A. Transtorno de ansiedade em pacientes com câncer. In: CARVALHO, V. A. et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 257-270.

CORDEIRO, A. C.; STABENOW, E. Câncer de cabeça e pescoço. In: _____. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 82-91.

GIMENES, M. G. G. et al. Terminalidade e enfrentamento: a relação entre emoção, cognição e qualidade de vida de mulheres mastectomizadas em fase terminal. In: GIMENES, M. G. G. (org.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Psy, 1997. p. 259-290.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Os tempos no hospital oncológico**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/cadernosdepsicologia2015completo.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7. ed. São Paulo: Martins Fonte, 1996. Disponível em: <<http://copyfight.me/Acervo/livros/KU%CC%88BLER-ROSS,%20Elisabeth.%20Sobre%20a%20Morte%20e%20o%20Morrer.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

LIBERATO, P. R.; CARVALHO, V. A. Psicoterapia. In: CARVALHO, V. A. et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.p. 341-350.

PANOBIANCO, M. S. et al. Mulheres com Diagnóstico Avançado do Câncer do Colo do Útero:Enfrentando a Doença e o Tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 58(3): 517-523. 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/22_artigo_mulheres_diagnostico_avan%C3%A7ado_do_cancer_colo_utero_enfrentando_doenca_tratamento.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

PEÇANHA, D. L. N. Câncer: Recursos de enfrentamento da trajetória da doença. In: CARVALHO, V. A. et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 209-217.

TELES, S. S.; VALLE, E. R. M. Doença na infância e resiliência: atuação do psicólogo hospitalar. In: NEME, C. M. B. (Org.). **Psico-oncologia: caminhos e perspectivas**. São Paulo: Summus, 2010. p. 59-80.

VEIT, M. T. CARVALHO, V. A. Psico-oncologia: Definições e área de atuação. In: CARVALHO, V. A. et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p.15-19.

_____. Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. **O Mundo da saúde**. São Paulo, 2010, 34(4): 526-530. Disponível em: <http://saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/79/526a530.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017

Aprovado para publicação em março de 2017