

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

“DEUS NÃO DÁ UMA CRUZ MAIOR DO QUE POSSAMOS CARREGAR”:
COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

CARINA MARIA VEIT

Orientadora: Profª Drª Elisa Kern de Castro

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Área de Concentração Psicologia Clínica,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Fevereiro de 2012

V428d Veit, Carina Maria.

“Deus não dá uma cruz maior do que possamos carregar”: coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama / por Carina Maria Veit. – 2012.

110 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2012.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Elisa Kern de Castro.”

1. Mamas – Câncer – Pacientes – Psicologia.
2. Mamas – Câncer – Aspectos religiosos. 3. Psicologia positiva I. Título.

CDU 618.19-006.6

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Fabiane Pacheco Martino - CRB 10/1256

*Dedico este trabalho a Deus, meu
Supremo Bem, e a minha família,
meu precioso porto seguro.*

AGRADECIMENTOS

“O nosso caminho é feito pelos nossos próprios passos,
mas a beleza da caminhada depende dos que vão conosco”.

Autor Desconhecido

Durante a trajetória e consolidação do mestrado foram muitas as pessoas que me auxiliaram e tornaram essa caminhada possível, bela e mais leve. Ainda que as palavras não consigam expressar minha gratidão, dedico meu especial agradecimento:

A Deus, pelo dom da vida! Por me dar a graça de senti-lo e ser presença em meu viver!

Aos meus pais, João e Bernadete, por todo amor investido, por todos os valores ensinados e por me apresentarem ao “Pai do Céu”. Agradeço por cada frase de estímulo e de sabedoria que me tornaram o que hoje sou. Pelo beijo e pelo abraço.

Aos meus irmãos, Daniel, Darlan e Douglas, por serem os melhores amigos que tenho. Agradeço pelo carinho que trocamos quando temos a graça de estarmos todos juntos.

Às minhas “cunhas” do coração, Cristiani e Cindy, por vibrarem e compartilharem comigo muitos momentos dessa trajetória.

Às minhas preciosidades Nathália, Isabel e Nicolas, que me ensinam a simplicidade da vida através da pureza da infância.

À CAPES, pela concessão da bolsa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelos conhecimentos compartilhados.

À minha orientadora, Dr^a. Elisa Kern de Castro, pela qual tenho grande carinho e admiração, por ter me acompanhado e me incentivado durante toda essa trajetória, estando sempre presente com suas perguntas e respostas.

Às professoras examinadoras da banca, Dr^a Carolina Saraiva de Macedo Lisboa, Dr^a Eliane Seidl e Dra^a Luciana Fernandes Marques, pelas valiosas contribuições que enriqueceram o trabalho.

Às voluntárias de pesquisa, que auxiliaram na coleta de dados, Carolina, Michelle, Priscila, Romena, Vanessa e Viviane.

À Liga Feminina de Combate ao Câncer e ao Grupo Amigos de Mãos Dadas, por terem permitido minha inserção e oferecido espaços reservados para a coleta de dados. De modo especial, à Jacqueline M. Schneider e Flávia Trevisan, que me acolheram com amor e tornaram possível a consolidação dessa pesquisa.

A todas as mulheres que aceitaram participar do estudo e que se dispuseram a partilhar comigo um pouco da sua experiência de vida.

Ao Grupo de Pesquisa “*Implicações psicológicas das doenças crônicas, psicossomáticas e ocupacionais*”, por todas as trocas ligadas à Psicologia Clínica da Saúde. De modo especial, às bolsistas de iniciação científica, Priscila, Fernanda, Luciane e Ana, com as quais dividi muitas conquistas e percalços durante o caminhar.

À Dr^a Mari Margarete dos Santos Forster, professora do Programa de Pós-Graduação em Educação, com a qual dividi bons momentos e adquiri ricos ensinamentos de vida e de pesquisa.

À Claudinha, Delci e Tati, que são muito mais do que ex-colegas de iniciação científica, mas verdadeiras amigas, por todo carinho, ouvidos, torcida e apoio.

À Ju, amiga do coração, amiga de oração, amiga em Deus! Agradeço-te por tudo! Moras em meu coração!

À Greyce, colega e amiga, por tornar tudo mais divertido com seu sotaque “santa mariense”, pela companhia no mate, na cantina, pelos desabafos e risadas.

Aos meus novos amigos de Portão, por me oferecerem ombros para descansar e palavras para prosseguir.

Por fim, ao meu amado Vitor, por ser sinal vivo do amor de Deus em minha vida. Por todo o amor, paciência, companheirismo e cuidado comigo e, principalmente, pela compreensão e estímulo durante essa jornada de estudos. Minhas palavras jamais expressariam quão essencial foi teu apoio para que eu chegasse até aqui! Essa conquista é nossa!

“Deus é puríssima essência.
Para os que têm fé nele, Deus simplesmente é”.

Mahatma Gandhi

Sumário

Resumo.....	10
Abstract.....	11
Apresentação	12
Seção I – Artigo Teórico: <i>Coping</i> religioso/espiritual e câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura	14
Introdução	14
Método	18
Critérios de Inclusão/Exclusão dos Artigos	18
Bases de Dados	18
Procedimentos de Organização do Material.....	18
Resultados e Discussão	20
Aspectos Gerais	20
Variáveis Clínicas	29
Variáveis Relacionadas à Religião	31
Medidas de Avaliação de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual	31
Características Metodológicas	32
Conclusões	32
Referências.....	34
Seção II – Artigo Empírico: <i>Coping</i> religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama.....	41
Introdução	41
Método	46
Delineamento.....	46
Amostra.....	47
Instrumentos.....	49
Procedimentos Éticos e de Coleta dos Dados	50
Análise de Dados	51
Resultados	51
Discussão	56
Considerações Finais	60
Referências.....	61

Seção III – Artigo Empírico: Compreendendo o <i> coping </i> religioso/espiritual positivo em mulheres com câncer de mama: Um estudo qualitativo	65
Introdução	65
Método	70
Delineamento	70
Participantes.....	70
Instrumentos	71
Procedimentos Éticos e de Coleta dos Dados.....	72
Análise de Dados	73
Resultados e Discussão	73
Lugar da Espiritualidade/Religiosidade na Vida	74
Formas de <i>Coping</i>	79
Mudanças Após a Doença	84
Considerações Finais	87
Referências.....	89
Palavras Finais.....	94
Demais Referências da Dissertação	95
Anexo A - Questionário de Dados Sociodemográficos, Clínicos e de Atividade Religiosa/Espiritual	96
Anexo B – Escala de Coping Religioso-Espiritual	99
Anexo C – Definições Operacionais dos Oito Fatores Positivos da Escala CRE	105
Anexo D – Definições Operacionais dos Quatro Fatores Negativos da Escala CRE	107
Anexo E - Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa	108
Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
Anexo G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Critérios de Seleção dos Artigos para a Revisão Sistemática	19
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo dos Artigos Analisados	21
Tabela 2 - Características Sociodemográficas e Clínicas das Participantes (N=83).....	48
Tabela 3 - Características Religiosas/Espirituais das Participantes (N=83).....	52
Tabela 4 - Média e Desvio-padrão dos Fatores das Dimensões CRE Positivo e CRE Negativo	53
Tabela 5 – Média, Desvio-padrão, Análise da Variância (ANOVA) e Nível de Significância dos Valores de CRE, segundo as Frequências Alta, Média e Baixa a Encontros de Natureza Religiosa	54
Tabela 6 - Descrição das Categorias, Número de Respostas por Categorias e Percentagem (N=155).....	55
Tabela 7 - Características Sociodemográficas e Clínicas das Participantes (N=7).....	71
Tabela 8 - Descrição dos Eixos Temáticos e das Categorias.....	73

RESUMO

Esta dissertação é composta por três artigos, um de revisão sistemática da literatura e dois empíricos. A pesquisa desenvolvida teve como foco de investigação o *coping* religioso/espiritual (CRE) em mulheres com câncer de mama e foi estruturada a partir de um delineamento misto. No Estudo 1, buscou-se a) examinar as relações entre o CRE e as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas de 83 mulheres com câncer de mama (idade média = 52,3 anos, DP = 7,27) e b) conhecer a percepção subjetiva sobre quem é Deus para essas mulheres para, desta forma, compará-las aos estilos de CRE. Para o Estudo 2, selecionou-se as 15 mulheres que obtiveram os maiores índices de CRE positivo no Estudo 1, a fim de que essas participassem de dois grupos focais. Dessas, sete aceitaram o convite para participação (idade média = 51,5 anos, DP = 7,20). O objetivo do Estudo 2 foi o de compreender o lugar que a religiosidade/espiritualidade ocupa na vida dessas mulheres, as formas de *coping* utilizadas durante o período do diagnóstico e tratamento, bem como as possíveis mudanças ocorridas durante a experiência da doença. Todas as participantes pertenciam a grupos de apoio a pacientes com câncer da região metropolitana de Porto Alegre – RS. Os resultados do Estudo 1, obtidos através da aplicação de um questionário de dados sociodemográficos, clínicos e de atividade religiosa/espiritual (incluindo a pergunta aberta: “Para você, quem é Deus?”) e da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual, não permitiram a identificação de nenhuma associação significativa entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o CRE total e positivo, ao passo que a escolaridade apresentou uma associação significativa ($r = -0,254$; $p < 0,05$) com o fator N3 (Reavaliação negativa do significado) da dimensão CRE negativo. Em contrapartida, foi possível identificar maiores índices de CRE total e positivo entre as mulheres com maior frequência a encontros de natureza religiosa. Uma diferença marginalmente significativa [$t(81) = 1,749$, $p < 0,10$] foi encontrada no fator N1 (Reavaliação negativa de Deus) entre mulheres que moravam com filhos ($n=45$) e aquelas que não moravam ($n=38$). Mulheres que não moravam com os filhos apresentaram média superior nessa estratégia de CRE ($M= 2,11$, $DP= 1,09$) do que aquelas que moravam com os filhos ($M=1,73$, $DP=0,88$). A percepção subjetiva das mulheres sobre quem é Deus permitiu a identificação de oito categorias, das quais, três apresentaram associações significativas com os estilos de CRE. Além disso, o Estudo 2 revelou o estabelecimento de uma relação positiva com Deus entre as participantes, capaz de proporcionar força, esperança e conforto. As crenças religiosas auxiliaram no entendimento da doença, aumentando a confiança de que a enfermidade seria curada. A família e os membros de comunidades religiosas revelaram-se fontes potenciais de apoio social. Além disso, características da personalidade das participantes foram atenuadas, as quais foram decorrentes de um processo de reflexão quando do diagnóstico. Contudo, destaca-se que estratégias de CRE negativo também estiveram presentes, merecendo ser observadas e trabalhadas para promover uma melhor adaptação. Os resultados reafirmam a necessidade de uma abordagem na qual os profissionais da saúde contemplem as crenças religiosas/espirituais das pacientes, visando o estímulo das estratégias de CRE positivas e a reavaliação daquelas nocivas.

Palavras-chave: *Coping* Religioso/Espiritual; Câncer de Mama; Espiritualidade; Religião; Psicologia Positiva.

ABSTRACT

This dissertation comprises three articles; one on literature review and two on empirical research. The study focused on religious/spiritual coping (RSC) in female breast cancer patients and was structured from a mixed delineation. Study 1 objectives were a) to examine the relation between RSC and sociodemographic, clinical and religious variables of 83 breast cancer patients (average age = 52,3 years, DP = 7,27) and b) to understand these women's subjective perceptions of God in order to compare such perceptions against RSC styles. In Study 2, the women who had obtained the highest scores of positive RSC in Study 1 were selected to participate in two focal groups. Of these women, seven accepted the invitation to take part in the research (average age= 51,5 years, DP = 7,20). The objective of Study 2 was to understand the place that religiosity/spirituality have in these women's lives, the coping strategies used during diagnosis and treatment period and possible changes during the course of the disease. All participants attended support groups for cancer patients in the metropolitan region of Porto Alegre - RS. The results of Study 1 were obtained through a questionnaire of sociodemographic, clinical and religious/spiritual data (including the open question: "For you, who is God?") and the Religious-Spiritual Coping Scale. The results did not identify any significant association between sociodemographic and clinical variables and the total and positive RSC, whereas the education level variable showed significant association with the factor N3 (Negative meaning reappraisal) of the negative RSC dimension. On the other hand, it was possible to identify higher scores of total and positive RSC among women who more frequently attended religious meetings. A marginally significant difference [$t(81) = 1,749$, $p < 0,10$] was found in factor N1 (Negative reappraisal of God) between women who lived with their children ($n=45$) and those who did not ($n=38$). Women who did not live with their children showed higher average score on this RSC strategy than those who did. The women's subjective perception about who God is allowed the identification of eight categories; of these, three showed significant association with the RSC styles. Moreover, Study 2 revealed the establishment, among the patients, of a positive relationship with God, capable of providing strength, hope and comfort. Religious beliefs helped in the understanding of the disease, increasing confidence that the illness would be cured. Family and members of religious groups proved to be potential sources of social support. Personality characteristics of the participants were also attenuated; this happened as a result of a reflection process at the moment of diagnosis. Nonetheless, it is worth pointing out that negative RSC strategies were also present, showing the need for such strategies to be monitored and addressed in order to promote better adaptation. The results endorse the necessity of an approach whereby health-care professionals address the religious/spiritual beliefs of the patients, so as to stimulate the adoption of positive RSC strategies and the reappraisal of negative ones.

Keywords: Religious/Spiritual Coping; Breast Cancer; Spirituality; Religion; Positive Psychology.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, na linha de pesquisa “Processos Saúde-Doença em Contextos Institucionais”. O foco de investigação deste estudo foi o *coping* religioso/espiritual (CRE) em mulheres com câncer de mama.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o de maior incidência dentre as mulheres. Seu aumento tem sido observado tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (INCA, 2011). A estimativa de incidência realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011) para o ano de 2012 foi de aproximadamente 52.680 novos casos de câncer de mama no Brasil, com um risco previsto de 52 casos para cada 100.000 mulheres.

O desconforto psicológico (depressão, ansiedade, raiva), as mudanças comportamentais causadas pelas alterações/limitações físicas e os medos relacionados à desfiguração da imagem corporal, à recorrência da doença e da própria morte são respostas psicossociais identificadas em mulheres que são acometidas pelo câncer de mama (Rowland & Massie, 2010). Pesquisas têm investigado o CRE nessas pacientes (Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau, & Florack, 2009; Hebert, Zdaniuk, Schulz, & Scheier, 2009; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, & Newman, 2011; Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber, & Murken, 2006; Zwingmann, Müller, Körber, & Murken, 2008), indicando o sentido e o conforto que a religiosidade/espiritualidade pode proporcionar a elas frente ao sofrimento e à adaptação ao diagnóstico e tratamento da doença. Conforme Pargament (1997), existem razões importantes para estudar religião e *coping*, uma vez que o estudo desse tema oferece uma oportunidade para aprender um pouco mais sobre religião e *coping*, apresentando implicações práticas. Considerando o aumento crescente do índice de mulheres com câncer de mama e o fato de a religião/espiritualidade ser, por muitas vezes, uma dentre as formas adotadas para lidar com essa enfermidade, torna-se importante a discussão e a compreensão entre os profissionais da saúde sobre como o CRE pode auxiliar as pacientes no momento do diagnóstico e durante o tratamento, de modo a promover uma melhor adaptação.

A presente dissertação tem como base o Modelo de Estresse e *Coping* (Lazarus & Folkman, 1984) e a Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) e visa proporcionar um maior conhecimento sobre o uso da religião/espiritualidade na forma de lidar com o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, assunto ainda pouco pesquisado no

Brasil. Para tal, esta é constituída de três partes. Na Seção I, encontra-se o artigo teórico “*Coping* religioso/espiritual e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura”. Esse artigo apresenta uma análise do material publicado nos últimos seis anos sobre os efeitos do CRE na saúde psicológica de mulheres com câncer de mama que vivenciam o período do diagnóstico e/ou do tratamento, ou ainda, que sejam sobreviventes à doença. Na Seção II, é apresentada uma pesquisa que investigou os estilos positivos e negativos de CRE de 83 mulheres com câncer de mama, através do artigo empírico “*Coping* religioso/espiritual em mulheres com o câncer de mama”. Na Seção III, por sua vez, é descrita a pesquisa exploratória qualitativa “Compreendendo o *coping* religioso/espiritual positivo em mulheres com câncer de mama: um estudo qualitativo”, que foi desenvolvida a partir da seleção das mulheres que apresentaram maiores índices de CRE positivo no estudo da Seção II. Por fim, seguem as Palavras Finais e os Anexos.

Pretende-se, a partir desse estudo, fornecer subsídios para o desenvolvimento de intervenções clínicas que incluam a religiosidade e a espiritualidade, nos casos em que façam algum sentido para a paciente com câncer. Deste modo, a inclusão dessas dimensões poderá vir a ser um recurso para trabalhar a saúde mental dessas mulheres, ajudando-as em seu restabelecimento e tratamento.

Seção I – Artigo Teórico

COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL E CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Introdução

O câncer é um conjunto de mais de 200 doenças que têm como característica comum o crescimento anormal de células que invadem diferentes partes do corpo e que podem proliferar-se (metástase), destruindo os tecidos circundantes e afetando o funcionamento do organismo (Speechley & Rosenfield, 2000). O câncer de mama é uma das mais comuns neoplasias humanas e sua etiologia é multifatorial, envolvendo alimentação, fatores reprodutivos e desequilíbrios hormonais (Fabri, Carcangiu, & Carbone, 2008). As células que revestem os ductos mamários e que formam o câncer de mama são normalmente ordenadas em conteúdo e disposição, sendo reconhecidas através de sua característica de calcificação (Fallowfield & Clark, 2002).

Há um aumento crescente do número de mulheres com essa enfermidade. No Brasil, o índice de mortalidade por essa neoplasia é alto, o que se deve especialmente ao diagnóstico tardio, quando a doença já está em estágios avançados (INCA, 2011). Todavia, cabe ressaltar que aproximadamente 10% dos tumores pequenos desenvolvem metástases antes de serem identificados, evidenciando que o diagnóstico precoce não é, necessariamente, sinônimo de cura (Frasson, Zerwes, Barbosa, Novita, & Vollbrecht, 2008).

O tratamento do câncer de mama acarreta em estresse psicológico, dificuldades na sexualidade e sentimentos de vergonha e desvalorização, sendo a depressão uma consequência frequente após a mastectomia (Fallowfield & Clark, 2002). Tendo em vista a característica invasiva e dolorosa dos tratamentos, é importante que seja oferecido um atendimento humanizado à mulher com essa neoplasia, o qual preconiza que exista a) uma referência médica, geralmente o mastologista ou o oncologista, que proporcione um vínculo de confiança entre médico e paciente; b) a atenção às particularidades emocionais, sociais e clínicas da paciente; e c) a garantia de uma atenção integral, incluindo-se na escuta dos profissionais da equipe os aspectos biológicos e psicológicos (Barros, 2008).

O *Coping*¹ pode ser definido como o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são utilizadas pelas pessoas em resposta a alguma situação estressante, ou seja, são as tentativas elaboradas pelos indivíduos para preservar a sua saúde mental e física em circunstâncias adversas (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984; Straub, 2005). Para selecionar as respostas que serão utilizadas para lidar com um evento estressor, o indivíduo realiza duas avaliações, a primária e a secundária. Na avaliação primária, o indivíduo analisa se a circunstância é potencialmente prejudicial e ameaçadora, revelando quão importante é este evento para o seu bem-estar. Se a situação é compreendida como algo nocivo, o indivíduo inicia a avaliação secundária, na qual examina os recursos disponíveis para lidar com o evento estressante (Snyder & Dinoff, 1999). Por vezes, o controle da situação está além das condições dos indivíduos e o *coping* se apresenta mais como uma forma de lidar com a situação do que propriamente de resolvê-la (Curtis, 2000). Há, portanto, uma importante distinção entre as estratégias de *coping* que são direcionadas ao manejo e resolução da situação estressante e aquelas em que o objetivo é a regulação da resposta emocional do problema. Essas formas são referidas, respectivamente, como *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção (Lazarus & Folkman, 1984).

A literatura relacionada ao *coping* concentra-se na área da Psicologia Clínica da Saúde, de forma especial nos casos de doenças crônicas e intervenções médicas (Faria & Seidl, 2005; Straub, 2005), e articula conhecimentos provindos de áreas como Psicologia, Fisiologia, Psiconeuroimunologia e Antropologia (Paiva, 2007). A saúde e o bem-estar são os resultados mais adequados do *coping*, contudo, nas situações em que a forma de lidar com um evento da vida é mal adaptativa, essa pode causar efeitos adversos à saúde física e emocional (Shaw, 1998).

A religião e a espiritualidade são, por muitas vezes, formas adotadas para lidar com o estresse gerado pelo câncer de mama (Astrow, Wexler, Texeira, He, & Sulmasy, 2007). Contudo, cabe destacar que esses conceitos, ainda que se sobreponham, apresentam características distintas. Conforme Miller e Thoresen (2003), existem problemas quando esses constructos são igualados ou separados, sendo frequentemente abordados em conjunto na maioria dos contextos. Diante disso, os autores definem religião como um fenômeno institucional, social e delimitado, que inclui práticas, crenças e modos de organização específicos, e que é centralmente preocupado com a espiritualidade. A espiritualidade, por sua

¹ A palavra *coping* pode significar “enfrentar”, “lidar com” ou “adaptar-se a” (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998). Contudo, essa é considerada um vazio linguístico, já que não é possível encontrar, no português, uma palavra que a traduza em sua complexidade. Devido a isso, o uso do termo “enfrentamento”, correspondente a sua tradução no português, será evitado neste artigo.

vez, seria o interesse pela vida e pelo imaterial, que se reflete no modo de viver, no emocional e social. Miller e Thoresen (2003) exemplificam a complexidade da diferenciação e da sobreposição desses conceitos quando afirmam que o campo da religião é a espiritualidade, assim como o campo da medicina é a saúde.

Pargament (1997) definiu *coping* religioso² como o uso da fé, religião ou espiritualidade no manejo das situações estressantes ou dos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida. Segundo Koenig (2008), frequentemente, as pessoas dependem de suas crenças e práticas religiosas para lidar com as adversidades da vida, sendo essas promotoras de um senso de controle e de auxílio que encoraja a tomada de decisões e facilita o processo de *coping*.

Embora, durante muito tempo, ciência e religião tenham sido consideradas áreas contraditórias, foi possível, neste milênio, visualizar uma abertura à investigação dos aspectos religiosos envolvidos na vida humana (Sousa, Tillman, Horta, & Oliveira, 2004). Há um aumento de pesquisas que têm investigado o papel da religião e da espiritualidade no contexto da saúde (Faria & Seidl, 2005; Paiva et al., 2009), as quais têm indicado que o envolvimento religioso, geralmente, está associado com a saúde física e mental, afetando os resultados em saúde (Koenig, 2007). Em revisão de literatura (brasileira e internacional) abrangendo os temas qualidade de vida e espiritualidade, os artigos encontrados nas bases de dados PsycINFO e PubMed/Medline, entre 1979 e 2005, evidenciaram a existência de uma forte associação entre esses temas, o que, por sua vez, tem resultado em discussões sobre a inclusão da dimensão espiritual no conceito de saúde, indo além do bem-estar físico, mental e social (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Entretanto, os autores apontam que, no Brasil, as pesquisas voltadas ao impacto da religiosidade na qualidade de vida e nas relações com a saúde ainda são escassas, sugerindo que novos estudos sejam desenvolvidos, a fim de que esses forneçam dados empíricos que auxiliem no planejamento de práticas em saúde embasadas espiritualmente.

Os fatores religiosos e espirituais têm sido associados a diversos aspectos de adaptação ao diagnóstico e tratamento do câncer, indicando sua importância para a saúde e para a recuperação dos pacientes (Al-Azri, Al-Awisi, & Al-Moudhri, 2009; Alcorn et al., 2010; Barros, 2008; Feher & Maly, 1999; Lin, & Bauer-Wu, 2003; Mytko & Knight, 1999; Schnoll,

² Neste artigo, os autores não realizam uma distinção entre religião e espiritualidade. O termo espiritualidade é utilizado para referir a uma das funções principais da religião: o esforço para estabelecer um relacionamento com o sagrado. Dessa forma, a espiritualidade estaria imbuída na religião, não apresentando um caráter distinto. Conforme Panzini (2004), esta diferenciação iniciou apenas em 1997 e, por isto, publicações mais antigas referem o *coping* apenas como religioso.

Harlow, & Brower, 2000; Sothill, Morris, Harman, Thomas, Francis, & McIlmurray, 2000; Stefanek, McDonald, & Hess, 2005; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, & Newman, 2006; Yanez et al., 2009). De fato, a maioria das pesquisas tem destacado em seus resultados a prevalência do uso positivo do *coping* religioso/espiritual (CRE) quando comparado à sua utilização de uma forma negativa (Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau, & Florack, 2009; Hebert, Zdaniuk, Schulz, & Scheier, 2009; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, & Newman, 2011; Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber, & Murken, 2006; Zwingmann, Müller, Körber, & Murken, 2008).

A revisão sistemática de literatura realizada por Thuné-Boyle et al. (2006) investigou o uso de estratégias de CRE e seus efeitos na adaptação à doença, bem-estar psicológico e qualidade de vida em pacientes com câncer. A busca em quatro bases de dados, compreendida entre os anos de 1977 a 2004, resultou na análise de 17 artigos. Desses, dez investigaram especificamente alguns tipos de câncer, sendo que a maioria era de mama. A análise dos artigos permitiu verificar que, embora muitos estudos americanos não tenham encontrado resultados significativos, um número equivalente de pesquisas encontraram evidências de que o CRE é benéfico no processo de adaptação ao câncer. Apenas três estudos encontraram efeitos prejudiciais no uso dessa estratégia de *coping*, sendo que um deles tinha por objetivo investigar o CRE negativo. No que se refere aos estudos europeus, nenhum concluiu que o CRE era importante. Tais resultados, como sugerido por Thuné-Boyle et al. (2006), podem ter ocorrido devido às deficiências metodológicas, principalmente no que diz respeito à mensuração e conceitualização do CRE.

A revisão sistemática de Thuné-Boyle et al. (2006) ilustra a escassez de estudos que tratam da temática do CRE em pacientes com câncer, já que, dos 17 artigos selecionados, 10 não examinaram o CRE como objetivo principal. Com vistas a preencher esta lacuna, e focando em um determinado tipo de câncer, esta revisão sistemática da literatura tem por objetivo examinar os efeitos do CRE na saúde psicológica de mulheres com câncer de mama que vivenciam o período do diagnóstico e/ou do tratamento ou, ainda, que sejam sobreviventes à doença.

A partir da análise de pesquisas empíricas internacionais dos últimos seis anos (2006 - 2011), e baseando-se nas categorias analisadas na revisão sistemática de Thuné-Boyle et al. (2006), pretende-se investigar: a) as associações existentes entre o CRE (positivo ou negativo) e a adaptação à doença; b) como os estudos têm medido o CRE; e c) as principais limitações metodológicas dos estudos realizados nesta área.

Método

Crítérios de Inclusão/Exclusão dos Artigos

a) os artigos devem examinar o papel da religiosidade/espiritualidade como uma estratégia de *coping* em mulheres que tenham sido recentemente diagnosticadas com câncer de mama, que estejam em fase de tratamento ou que sejam sobreviventes à doença;

b) os artigos devem ser quantitativos e devem medir o uso da religiosidade/espiritualidade no processo de enfrentamento do câncer de mama (variável independente), sendo o bem-estar psicológico e/ou adaptação à doença utilizados como variáveis dependentes;

c) os artigos devem ser provenientes de revistas científicas datadas dos últimos seis anos (2006 - 2011) e os termos *coping* religioso (*religious coping*) ou *coping* religioso/espiritual (*religious/spiritual coping*) devem aparecer no título, no resumo ou nas palavras-chave dos artigos;

d) os artigos devem estar disponíveis na língua inglesa;

e) foram excluídos os artigos que não apresentavam acesso disponível ao texto completo pelo portal da CAPES e que não foram enviados pelos autores após solicitação via e-mail, e produções oriundas de congressos (resumos, resumos expandidos ou textos completos), dissertações de mestrado, teses de doutorado, livros ou capítulos de livros, resenhas, comentários de artigos e editoriais.

Bases de Dados

As pesquisas foram feitas nas bases de dados *Medline*, *PsycInfo* e *Web of Science* e os descritores utilizados foram: *religious beliefs*, *spirituality*, *religiosity*, *religious experiences*, *religion*, *coping behavior*, *adjustment*, *breast cancer*, *religious coping* e *spiritual coping*. As combinações dos descritores para as buscas foram: “*religious beliefs and breast cancer*”, “*spirituality and coping behavior and breast cancer*”, “*religiosity and coping behavior and breast cancer*”, “*religious experiences and coping behavior and breast cancer*”, “*adjustment and spiritual coping or religious coping and breast cancer*”, “*religious coping and breast cancer*” e “*spiritual coping and breast cancer*”.

Procedimentos de Organização do Material

A Figura 1 ilustra os procedimentos realizados para a seleção do material.

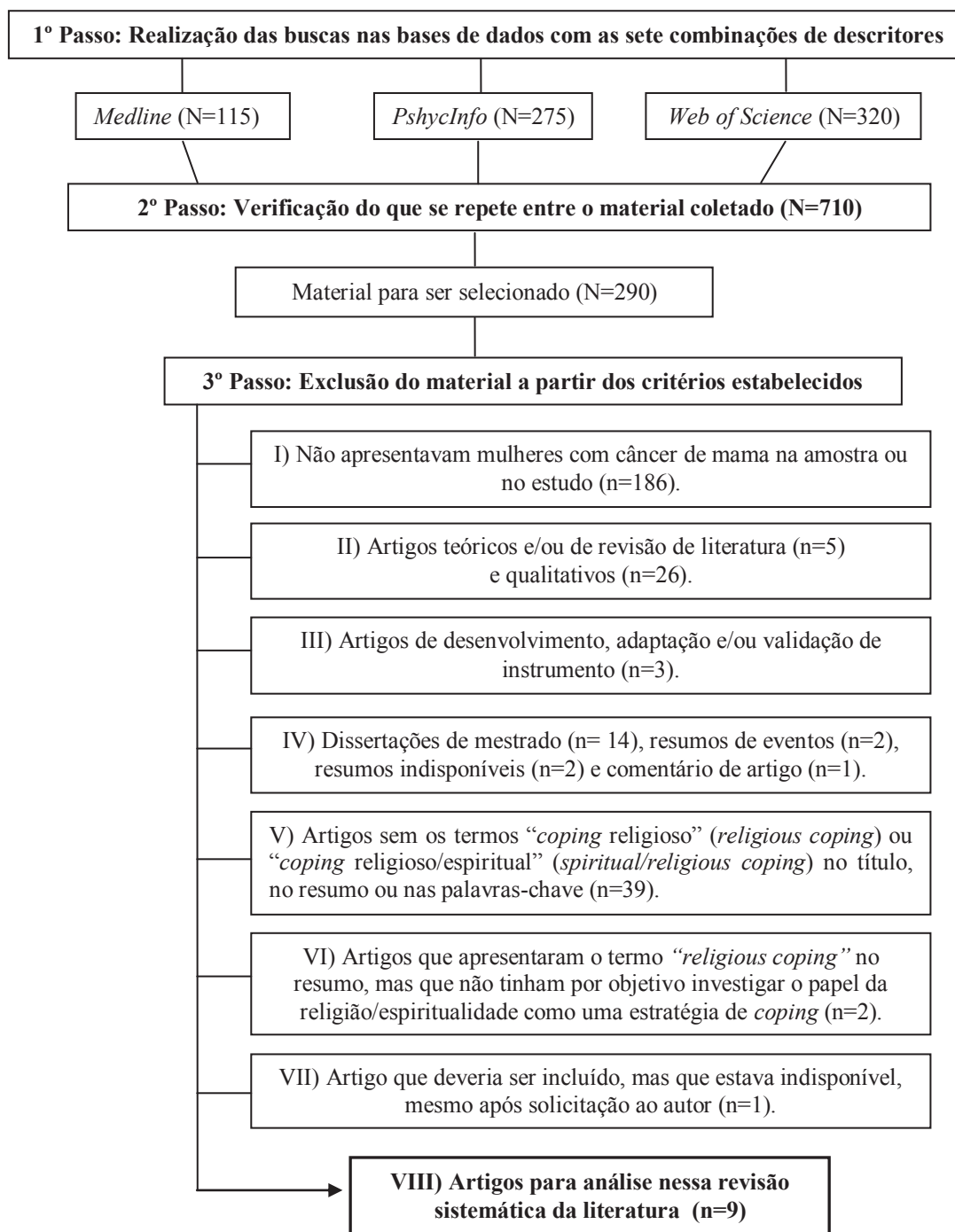


Figura 1. Critérios de Seleção dos Artigos para a Revisão Sistemática

Resultados e Discussão

Aspectos Gerais

A Tabela 1 apresenta a descrição das nove pesquisas encontradas, todas desenvolvidas em países da Europa (Aukst-Margetić, Jakovljević, Ivanec, Margetić, Ljubičić, & Šamija, 2009; Laarhoven, Schilderman, Vissers, Verhagen, & Prins, 2010, Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008) e da América do Norte (Gall et al. 2009; Hebert et al., 2009; Morgan, Gaston-Johansson, & Mock, 2006; Schreiber, 2011).

Tabela 1

Resumo dos Artigos Analisados

Autor Origem	Objetivo do estudo	Delineamento	Descrição da amostra	Procedimentos de coleta de dados	Medidas de CRE ou itens	Medidas das demais variáveis	Resultados
Aukst- Margetić et al. (2009)	Avaliar as relações entre a qualidade de vida e a religiosidade em mulheres com câncer de mama.	Transversal. A coleta de dados foi realizada em um período de seis meses.	115 mulheres com câncer de mama.	As mulheres foram recrutadas a partir de uma unidade de radioterapia e eram naturais de diferentes partes da Croácia.	<i>Santa Clara Strength of Religious Faith Question</i> (Plante et al., 1997); Três afirmativas para avaliar a religiosidade como um mecanismo de <i> coping</i> : 1) a doença aumentou minha fé; 2) a doença diminuiu minha fé; e 3) minha fé ajudou a lidar com a doença.	<i>World Health Organisation Well Being Index Five- item version</i> (Bech, 1999); <i>International Breast Cancer Study Group Quality of Life - IBCSG-QL</i> (Bernhard et al, 1997).	A religiosidade moderada foi associada com uma pior percepção de saúde física. A afirmativa “a doença diminuiu minha fé” esteve associada com piores domínios de qualidade de vida: menor bem-estar, pior saúde física, maior fadiga, menos saúde geral e menos suporte social. A afirmativa “a fé me ajuda a lidar com a doença” esteve associada com maior suporte social. A crença de que “a doença aumentou a fé” foi altamente prevalente na amostra.
Gall et al. (2009)	Investigar a mobilização do <i> coping</i> religioso e o seu padrão ou trajetória de uso ao longo do tempo na resposta das mulheres às diversas fases do tratamento do câncer de mama e da recuperação.	Longitudinal. As mulheres com câncer de mama foram avaliadas antes do resultado da biópsia (2-4 dias após a biópsia), uma semana antes da cirurgia e um mês, seis meses, um ano e dois anos	93 mulheres com câncer de mama e 160 com diagnóstico de tumor benigno.	Todas as mulheres foram recrutadas por intermédio de uma clínica de saúde (Canadá) enquanto esperavam o procedimento da biópsia.	Itens únicos que avaliaram a frequência a encontros religiosos e a importância percebida da religião e da espiritualidade; RCOPE (Pargament et al., 2000) – Foram utilizados dois itens com a maior carga fatorial das 10 subescalas.	Escalas de depressão, ansiedade e raiva do <i>Profile of Mood States</i> – POMS (McNair et al., 1992); Dimensão de bem-estar emocional do <i>Functional Assessment of Cancer Treatment</i> – FACT-B (Brady	Mulheres com câncer de mama apresentaram maior uso de <i> coping</i> religioso ao longo do tempo do que mulheres com tumor benigno. Estratégias de apoio/conforto foram utilizadas no período em torno da cirurgia, enquanto que aquelas voltadas à construção de um sentido permaneceram elevadas ou aumentaram ao longo do tempo. A mobilização do <i> coping</i> religioso (positivo e
Ottawa CANADÁ							

após a cirurgia. As mulheres com diagnóstico benigno foram avaliadas antes do resultado da biópsia (2-4 dias após a biópsia), três e 14 meses após a biópsia.	et al., 1997).	negativo) foi preditiva de mudanças no estresse emocional e no bem-estar ao longo do tempo. Mulheres com câncer de mama utilizaram mais <i>coping</i> religioso positivo do que negativo ao longo do tempo.					
Investigar se as mudanças no <i>coping</i> religioso positivo e negativo em mulheres com câncer de mama predizem mudanças no bem-estar ao longo do tempo.	Hebert et al. (2009)	284 mulheres com câncer de mama (198 em nível I e II e 86 em nível IV).	Todas as mulheres foram recrutadas de hospitais do oeste da Pensilvânia.	Itens únicos que avaliaram frequência a encontros religiosos, frequência de oração e níveis de consideração espiritual/religiosa; Quatro itens da RCOPE (Pargament et al., 2000), dois de <i>Coping</i> Religioso Positivo e dois de Negativo.	Short Form-36 (Ware et al., 1992); 10 itens da <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (Andresen et al., 1994); <i>Satisfaction with Life Scale</i> (Diener et al., 1985).	<i>Coping</i> religioso negativo predisse pior ajustamento psicológico. Mudanças no <i>Coping</i> religioso negativo foram preditoras de pior saúde mental, mais sintomas depressivos e menos satisfação com a vida ao longo do tempo. <i>Coping</i> religioso positivo não apresentou associação significativa com o bem-estar.	Pittsburgo EUA
Longitudinal. Avaliações no primeiro mês do tratamento (T1) e entre 8-12 meses após o início do estudo (T2).	Laarhoven et al. (2010)	68 pacientes sob cuidados paliativos (13% de câncer de mama).	Os participantes foram recrutados de departamentos de medicina interna e oncologia médica, de uma unidade de cuidados paliativos de uma universidade, de dois hospitais gerais, de dois hospitais que cuidam de pacientes	<i>Images of God Scale</i> (Van der Vem, 1998).	COPE- <i>Easy</i> (Carver et al., 1989).	Uma imagem impessoal de Deus foi o preditor mais relevante para o <i>coping</i> e esteve associada a quatro estratégias diferentes, enquanto que uma imagem pessoal de Deus foi associada a uma estratégia, e a imagem que não pôde ser conhecida não apresentou nenhuma	Nimegue PAÍSES BAIXOS

pacientes paliativos de câncer holandeses que não estavam mais recebendo tratamentos antitumorais e que estavam diante da morte.	terminais e de um serviço regional de consultas de cuidados paliativos nos Países Baixos.			
Morgan et al. (2006)	Explorar as relações entre bem-estar espiritual, <i>coping</i> religioso e qualidade de vida em mulheres afro-americanas que se encontravam em tratamento quimioterápico ou radioterápico.	Transversal, descritivo.	11 mulheres diagnosticadas pela primeira vez com câncer de mama recebendo quimioterapia ou radioterapia.	<i>Brief/RCOPE</i> (Pargament et al. 1998).
Louisville EUA	As mulheres foram recrutadas de centros de oncologia e de consultórios de oncologistas dentro da costa Atlântica e Sudeste dos Estados Unidos. Os questionários foram enviados por correio àqueles que disseram aos seus médicos que concordariam em participar do estudo. Aquelas que retornaram receberam um cartão de telefone no valor de 20 dólares.	<i>The Functional Assessment and Cancer Therapy Scale</i> - FACT-B (Cella et al., 1993), incluindo nove questões adicionais que se referem especialmente a pacientes com câncer de mama;	As mulheres utilizaram mais <i>coping</i> religioso positivo do que negativo durante a fase de tratamento. Correlações positivas (moderadas a fortes) foram encontradas entre bem-estar espiritual e os domínios de qualidade de vida física, emocional e bem-estar funcional. Não foram encontradas correlações significativas entre variáveis clínicas e os domínios da qualidade de vida. Correlação negativa (moderada) foi encontrada entre <i>coping</i> religioso negativo e bem-estar físico.	As mulheres utilizaram mais <i>coping</i> religioso positivo do que negativo durante a fase de tratamento. Correlações positivas (moderadas a fortes) foram encontradas entre bem-estar espiritual e os domínios de qualidade de vida física, emocional e bem-estar funcional. Não foram encontradas correlações significativas entre variáveis clínicas e os domínios da qualidade de vida. Correlação negativa (moderada) foi encontrada entre <i>coping</i> religioso negativo e bem-estar físico.
Schreiber, J. A. (2011)	Examinar o efeito das visões de Deus em sobreviventes de câncer de mama, nas estratégias de <i>coping</i> religioso,	Transversal, exploratório, comparativo.	129 sobreviventes de câncer de mama que completaram o tratamento e que estavam em transição do estágio de	<i>Image of God Scale</i> (Bader et al., 2006), <i>Religious/Spiritual Coping Short Form</i> (Pargament et al., 2000).
Louisville EUA	As mulheres foram recrutadas de uma clínica de câncer de mama da universidade e de um consultório de oncologia da comunidade. Os questionários foram enviados por correio e	<i>Image of God Scale</i> (Bader et al., 2006), <i>Religious/Spiritual Coping Short Form</i> (Pargament et al., 2000).	Versão Breve da <i>Depression Anxiety Stress Scale</i> (Lovibond et al., 1995), Subescala de medo global da <i>Concerns About</i>	Nenhuma relação significativa foi encontrada entre o bem-estar psicológico e a subescala de conservação espiritual (RCOPE). Mulheres que viam Deus como engajado obtiveram maiores índices de bem-estar e menores

depressão, ansiedade, estresse, preocupações sobre a recorrência da doença e bem-estar psicológico.	tratamento para o de sobrevivência inicial (6-30 meses após o diagnóstico).	aquelas que participaram receberam \$10.	<i>Recurrence Scale</i> (Vickberg, 2003), <i>Scales of Psychological Well-Being</i> (Ryff, 1989).	escores de preocupações sobre a recorrência da doença, depressão, ansiedade e estresse. As mulheres que viam Deus como engajado mantiveram o bem-estar psicológico, até mesmo com o uso de estratégias de conflito espiritual. O principal fator associado ao bem-estar psicológico foi a visão das mulheres de um Deus engajado, mais do que o tipo de estratégia de <i>coping</i> empregado.
Thuné-Boyle et al. (2011)	Examinar a prevalência e o curso de estratégias de <i>coping</i> religioso em pacientes recentemente diagnosticadas com câncer de mama no Reino Unido.	155 participantes recentemente diagnosticadas com câncer de mama e com cirurgia subsequente (92% estavam no estágio I e II).	Três itens (com maior carga fatorial) de 13 subescalas da RCOPE (Pargament et al., 2000).	O uso de estratégias de <i>coping</i> não religioso foi, em geral, mais comum. E o <i>coping</i> religioso, apesar de ter sido usado por 66% da amostra, foi a estratégia de <i>coping</i> menos utilizada quando a avaliação foi feita com uma medida geral <i>BriefCOPE</i> . As estratégias “ <i>coping</i> religioso positivo e ativo” e “busca por apoio em líderes e membros do grupo religioso” foram significativamente maiores no período da cirurgia. Já as estratégias “sentir-se punido e abandonado por Deus” e “busca por purificação espiritual” foram significativamente maiores em torno da
Londres REINO UNIDO	Longitudinal. Avaliações feitas três dias após a cirurgia (na maioria), e três e 12 meses após a cirurgia.	A maioria (85%) dos questionários foi preenchida no quarto do hospital e algumas pacientes preferiram responder em casa. Não é descrito onde foram feitas as avaliações dos três e 12 meses após a cirurgia.	<i>BriefCOPE</i> (Carver, 1997).	

cirurgia e 12 meses após. As estratégias de *coping* religioso da *Brief COPE* também apresentaram índices significativamente maiores no período da cirurgia.

Zwimgmann et al. (2006)	Investigar o papel do <i>coping</i> religioso positivo e negativo em uma amostra de pacientes alemães com câncer de mama.	Transversal. A coleta de dados foi realizada em março a setembro de 2003.	156 mulheres recentemente diagnosticadas com câncer de mama pela primeira vez.	Todas as mulheres foram recrutadas de um centro de reabilitação oncológico da cidade de Bad Kreuznach.	16 itens de <i>coping</i> religioso (8 positivos e 8 negativos) desenvolvidos pelos autores, semelhantes à <i>Brief RCOPE</i> (Pargament et al., 1998).	Duas subescalas (<i>Depressive Coping e Active Problem-focused Coping</i>) da versão breve do <i>Freiburg Questionnaire of Coping with Illness</i> (Muthny, 1989), Duas subescalas (Ansiedade e Depressão) da <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Herrmann et al., 1995).	As participantes apresentaram níveis elevados de <i>coping</i> religioso positivo e um reduzido uso de estratégias de <i>coping</i> religioso negativo. A estratégia de <i>coping</i> não religioso mais utilizada foi a do <i>coping</i> focalizado no problema. <i>Coping</i> religioso foi totalmente mediado por estratégias de <i>coping</i> não religioso, contribuindo apenas indiretamente para a adaptação psicossocial. Ambos os padrões de <i>coping</i> religioso afetaram a adaptação psicossocial na mesma medida. <i>Coping</i> depressivo foi influenciado pelo <i>coping</i> religioso.
Bad Kreuznach, ALEMANH A	Determinar a utilidade da distinção entre comprometimento religioso e <i>coping</i> religioso na predição da adaptação psicossocial em	Transversal. A coleta de dados foi realizada de março a setembro de 2003.	167 mulheres recentemente diagnosticadas com câncer de mama pela primeira vez.	Todas as mulheres foram recrutadas de um centro de reabilitação oncológico da cidade de Bad Kreuznach.	<i>Centrality Scale</i> (Huber, 2003), 27 itens de <i>coping</i> religioso (18 positivos e 9 negativos) desenvolvidos pelos autores, semelhantes à <i>Brief</i>	Subescala de ansiedade da versão germânica da <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Herrmann et al., 1995).	Comprometimento religioso e <i>coping</i> religioso positivo demonstraram alta correlação. A ansiedade foi negativamente relacionada ao <i>coping</i> religioso positivo e positivamente ao <i>coping</i> religioso negativo. <i>Coping</i> religioso positivo e
Zwimgmann et al. (2008)							
Bad Kreuznach, ALEMANH A							

mulheres com
câncer de
mama.

RCOPE (Pargament
et al., 1998).

negativo estavam mais fortemente relacionados à ansiedade do que o comprometimento religioso. A análise de regressão revelou uma interação entre comprometimento religioso e *coping* religioso negativo, sugerindo uma relação entre maiores níveis de comprometimento religioso e maiores níveis de *coping* religioso negativo.

Um dos estudos, desenvolvido no Reino Unido (Thuné-Boyle et al., 2011), destacou diferenças nos resultados quando comparados às pesquisas realizadas nos Estados Unidos. Ao contrário dos EUA, em que existe uma alta proporção de pessoas com uma determinada afiliação religiosa e que frequentam regularmente serviços religiosos, a população do Reino Unido apresentou, em geral, baixos níveis de envolvimento religioso/espiritual. Contudo, algumas mulheres que se declararam não religiosas relataram ter feito uma breve oração antes de irem para a sala de operação. Embora as estratégias de *coping* religioso negativo tenham sido menos comuns do que outras estratégias de *coping* não-religioso, essas corresponderam a 53,5% (Reavaliação dos poderes de Deus), indicando que mais da metade da amostra tinha algum conflito com a sua fé em relação ao diagnóstico do câncer de mama. Os resultados demonstraram que houve uma significativa redução nas estratégias de *coping* religioso ao longo do tempo, sugerindo que as pacientes estão mais propensas a buscar a ajuda de Deus nos primeiros estágios do curso da doença do que nos seguintes. As estratégias de *coping* religioso positivo foram significativamente maiores no período em torno da cirurgia do que aos três e 12 meses pós-cirúrgicos.

As estratégias de *coping* religioso também foram mobilizadas no período de adaptação à doença no estudo de Gall et al. (2009), sendo as estratégias relacionadas à busca de apoio e conforto elevadas no período em torno da cirurgia e reduzidas ao longo do tempo, enquanto que as estratégias de construção de sentido permaneceram elevadas ou aumentaram a longo prazo. Estratégias de *coping* religioso positivas e negativas foram preditoras de angústia. O aumento do descontentamento espiritual, por exemplo, foi preditor de um aumento na angústia emocional, enquanto que a entrega ativa e a ajuda religiosa predisseram uma diminuição no estresse. Da mesma forma, aspectos negativos e positivos do *coping* religioso estiveram associados ao bem-estar emocional: uma diminuição no descontentamento espiritual acompanhada do aumento da ajuda religiosa foi preditora de um aumento no bem-estar emocional.

Em contrapartida, no estudo de Hebert et al. (2009), o *coping* religioso positivo não apresentou nenhuma associação com o bem-estar, ao passo que o *coping* religioso negativo foi preditor de pior saúde mental, maior depressão e menor satisfação de vida, indicando um pior ajustamento psicológico relacionado a esse tipo de estratégia. Conforme os autores, tais achados destacam a importância de interrogar as pacientes sobre possíveis conflitos religiosos/espirituais e, a partir disso, desenvolver intervenções que promovam o bem-estar emocional. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo piloto de Morgan et al. (2006), realizado com mulheres afro-americanas. Os autores não descreveram nenhuma

associação significativa entre as variáveis pesquisadas e o *coping* religioso positivo. Todavia, verificaram a existência de associações negativas entre o *coping* religioso negativo e o bem-estar físico. Ademais, associações positivas entre bem-estar espiritual e os domínios de qualidade de vida (físico, emocional e bem-estar funcional) foram encontradas.

Somado a isso, Schreiber (2011) aponta para a busca de conhecimento das visões de mundo das pacientes, no intuito de facilitar o acesso aos recursos religiosos/espirituais que elas possam ter. A autora, ao investigar as implicações das visões de Deus na vida de sobreviventes de câncer de mama, encontrou diferenças significativas entre aquelas que viam Deus como alguém engajado (*engaged*), mas não naquelas que viam Deus como zangado (*angry*). Altos níveis de bem-estar psicológico e baixos índices de medo da recorrência da doença, de depressão, ansiedade e estresse foram encontrados naquelas que viam Deus como altamente engajado, o que aponta para os efeitos potenciais da fé na adaptação psicológica. Laarhoven et al. (2010) também investigaram as imagens de Deus em pacientes sob cuidados paliativos (13% com câncer de mama) e concluíram que a adesão a uma imagem impessoal de Deus foi preditora positiva para as estratégias de *coping* de “Busca por conselho e informação”, “Busca de apoio moral” e “Negação”, e preditora negativa para a estratégia “Humor”. Em contrapartida, a adesão a uma imagem pessoal de Deus esteve associada a apenas uma estratégia, a única do instrumento relacionada a aspectos religiosos/espirituais: “Voltar-se à religião”. Os autores apontam para a urgência de consideração dessas diferentes percepções de Deus nas pesquisas, tendo em vista as diferenças das crenças e práticas religiosas entre os países.

Em um estudo feito com pacientes alemãs, Zwingmann et al. (2006) descobriram que tanto o *coping* religioso positivo quanto o negativo contribuíram para o *coping* depressivo, mas não para o *coping* focalizado no problema. O *coping* depressivo foi predito negativamente pelo *coping* religioso positivo e positivamente pelo *coping* religioso negativo, o que indica que ambos os padrões de *coping* religioso predisseram a adaptação psicossocial. Embora o *coping* depressivo tenha sido menos utilizado nesse estudo, esse revelou-se como sendo um forte preditor para a ansiedade e depressão, sendo que o *coping* religioso correspondeu a 14% da variância do *coping* depressivo. O *coping* religioso negativo foi predito pela idade e pelo estado civil, demonstrando que mulheres mais velhas e sem parceiro apresentam mais *coping* religioso negativo. Já o *coping* religioso positivo não foi predito por nenhuma variável. Além disso, nenhuma relação significativa foi encontrada entre variáveis clínicas e os estilos de *coping* religioso.

Também realizado com mulheres alemãs, Zwingmann et al. (2008) verificaram que a ansiedade esteve negativamente relacionada ao *coping* religioso positivo e positivamente associada ao *coping* religioso negativo. O comprometimento religioso não apresentou associação significativa com a ansiedade, em contrapartida, apresentou uma forte associação com o *coping* religioso positivo. O *coping* religioso negativo, por sua vez, não apresentou associação com o comprometimento religioso, tampouco com o *coping* religioso positivo. Como no estudo de Zwingmann et al. (2006), não foram encontradas associações significativas entre variáveis clínicas e o *coping* religioso. Todavia, mulheres mais velhas apresentaram maior comprometimento religioso, maiores índices de *coping* religioso negativo e menor ansiedade, enquanto as mulheres com maior nível de escolaridade ou que moravam com um companheiro obtiveram um menor índice do *coping* religioso negativo. De modo particular, esse estudo apresentou diferenças relacionadas à afiliação religiosa e demais variáveis investigadas, demonstrando que mulheres católicas (45%) relataram maiores níveis de comprometimento religioso, maiores índices de *coping* religioso positivo e menor ansiedade, enquanto que as protestantes (38%) demonstraram maior *coping* religioso negativo. De acordo com os autores, o uso do padrão negativo de *coping* religioso foi relativamente baixo na amostra.

Por fim, Aukst-Margetić et al. (2009) constataram que mulheres com maior religiosidade estavam convencidas de que a fé ajudou-as na cura da doença e que a concordância com essa afirmativa estava positivamente associada com o apoio social que um envolvimento religioso oferece. Além disso, a percepção de que a fé ajudou a lidar com o câncer esteve fortemente apoiada entre aquelas mulheres que tinham mais filhos. Já a concordância com a afirmativa de que a doença diminuiu a fé esteve fortemente associada com piores índices de qualidade de vida. Neste estudo, destacou-se o alto índice da afirmativa “a doença aumentou a minha fé”, enfatizando a importância da religiosidade no processo de *coping* e adaptação ao câncer de mama.

Variáveis Clínicas

Somente uma das pesquisas (Laarhoven et al., 2010) não foi realizada por uma amostra composta exclusivamente por mulheres com câncer de mama. Três foram realizadas com mulheres recentemente diagnosticadas (Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), duas com pacientes em qualquer estágio da doença (Aukst-Margetić et al., 2009; Hebert et al., 2009), uma com mulheres antes e depois do procedimento da biópsia (Gall et al., 2009), uma com pacientes sob cuidados paliativos (Laarhoven et al.,

2010), uma com mulheres diagnosticadas com a doença pela primeira vez e que estavam recebendo tratamento quimioterápico ou radioterápico (Morgan et al., 2006) e uma com sobreviventes do câncer de mama (Schreiber, 2011).

Dentre os estudos que apresentaram o nível do câncer das participantes, todos tinham como maioria os estágios iniciais da doença: 33% em estágio I e 48,7% em estágio II (Aukst-Margetić et al., 2009), 75,3% entre os estágios 0 e II (Gall et al., 2009), 70% em estágio I e II (Hebert et al., 2009), 72,1 % em estágio II (Morgan et al., 2006), 92% em estágio I e II (Thuné-Boyle et al., 2011), 31% em estágio I e 47% em estágio II (Zwingmann et al., 2006) e 30% em estágio I e 47% em estágio II (Zwingmann et al., 2008). Schreiber (2011) e Laarhoven et al. (2010) não apresentaram nenhuma variável clínica.

Hebert et al. (2009) não encontraram particularidades no *coping* religioso entre as participantes em diferentes estágios do câncer. Em contrapartida, Gall et al. (2009) verificaram diferenças nos níveis de *coping* religioso entre mulheres nos estágios avançados e iniciais da doença. Todavia, optaram por combinar os grupos nas análises, uma vez que os padrões de mudança no *coping* religioso haviam sido muito similares ao longo do tempo entre as participantes, não existindo associações significativas entre o estágio do câncer e a angústia emocional e o bem-estar. Corroborando com esses resultados, encontram-se Zwingmann et al. (2006) e Zwingmann et al. (2008), que não encontraram nenhuma associação significativa entre as variáveis clínicas (estágio da doença, tempo de diagnóstico e procedimento cirúrgico) e as religiosas, e Morgan et al. (2006), que não encontraram associação significativa entre variáveis clínicas (estágio da doença e tempo de diagnóstico) e o bem-estar espiritual.

Apenas uma pesquisa (Morgan et al., 2006) detalhou as combinações de tratamentos vivenciadas pelas pacientes (63,6% cirurgia e quimioterapia e 36,4% cirurgia, quimioterapia e radioterapia), uma variável clínica que deveria ser incluída pelos estudos quando o tema de investigação é justamente o processo de *coping*/enfrentamento da doença. Cinco estudos apresentaram algumas informações: Aukst-Margetić et al. (2009) recrutaram para o estudo mulheres da unidade de radioterapia, as quais diferiam do tratamento recebido anteriormente; Gall et al. (2009) descreveram que 57% das participantes tinham realizado mastectomia e que 50,6% tinham variadas combinações de tratamento após a cirurgia, tais como quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia; Thuné-Boyle et al. (2011) citaram que 61% das participantes haviam sido submetidas à mastectomia conservadora e que as demais haviam sofrido algum outro tipo de mastectomia, existindo um total de 40% da amostra que realizara esvaziamento das axilas em nível II; Zwingmann et al. (2006) e Zwingmann et al. (2008) relataram que praticamente todas as participantes do estudo haviam realizado cirurgia de mastectomia.

Variáveis Relacionadas à Religião

Praticamente todas as pesquisas apresentaram as percentagens quanto à filiação religiosa das participantes, sendo, dentre elas, predominantes a Igreja Católica (Gall et al., 2009; Laarhoven et al., 2010; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), a Protestante (Hebert et al., 2009; Schreiber, 2011; Thuné-Boyle et al., 2011) e a Batista (Morgan et al., 2006). Apenas o estudo de Aukst-Margetić et al. (2009) não apresentou esse dado, justificado pelo fato da população da Croácia ser predominantemente Católica (87,98%).

Somado a isso, Gall et al. (2009) avaliaram a frequência a encontros religiosos e a importância percebida da religião/espiritualidade na vida das participantes; Hebert et al. (2009) verificaram, além da frequência a encontros religiosos, a frequência de oração e os níveis de consideração espiritual/religiosa; Zwingmann et al. (2008) mediram o comprometimento religioso (grau de religiosidade que guia a vida diária de alguém).

Medidas de Avaliação de Coping Religioso/Espiritual

Três estudos (Gall et al., 2009; Hebert et al., 2009; Thuné-Boyle et al., 2011) foram realizados com itens selecionados da RCOPE (Pargament, Koenig & Perez, 2000). Já Zwingmann et al. (2006) e Zwingmann et al. (2008) optaram por desenvolver itens semelhantes aos encontrados na *Brief RCOPE* (Pargament et al., 1998), que poderiam se encaixar ao contexto religioso/cultural de seu país, uma vez que ainda não estão disponíveis na Alemanha instrumentos que avaliem o *coping* religioso no seu respectivo idioma.

Morgan et al. (2006) e Schreiber (2011) foram os únicos pesquisadores que utilizaram uma escala completa para a avaliação do *coping* religioso, a *Brief RCOPE* (Pargament et al., 1998) e a *Religious/Spiritual Coping Short Form - RCOPE* – (Pargament et al., 2000), respectivamente. Além disso, Schreiber (2011) procurou identificar como as sobreviventes de câncer de mama viam a Deus e o que elas creem que Ele faz no mundo, através do *Image of God Scale - IGS* (Bader, Dogherty, Froese, Johnson, Mencken, Park & Stark, 2006), um instrumento desenvolvido em Waco (Texas) que permite a identificação de quatro visões de Deus: benevolente, autoritário, crítico e distante. De modo similar, Laarhoven et al. (2010) utilizaram a *Images of God Scale* (Van der Vem, 1998), uma escala holandesa que avalia a adesão a uma imagem de Deus pessoal, impessoal e/ou que não pode ser conhecido e que tem sido utilizada, dentre outros, em um grande estudo (n=1008) sobre o desenvolvimento sociocultural nos Países Baixos.

Aukst-Margetić et al. (2009), de forma particular, utilizaram o *Santa Clara Strength of Religious Faith Question - SCSORF* – (Plante & Boccaccini, 1997), um instrumento que

mede a força das crenças religiosas independentemente da denominação ou afiliação religiosa e que já foi validado em pacientes com câncer. Nesse estudo, o uso da religiosidade como um mecanismo de *coping* foi avaliado a partir de três afirmativas, respondidas a partir de uma escala Likert de quatro pontos: “a doença aumentou minha fé”, “a doença diminuiu minha fé” e “minha fé ajudou a lidar com a doença”.

Características Metodológicas

Dentre os estudos analisados, três eram longitudinais (Gall et al, 2009; Hebert et al., 2009; Thuné-Boyle et al., 2011) e os demais transversais (Aukst-Margetić et al., 2009; Laarhoven et al., 2010; Morgan et al., 2006; Schreiber, 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008). Esse dado vai ao encontro do observado na revisão sistemática de literatura de Thuné-Boyle et al. (2006), em que a maioria (n=9) das pesquisas eram transversais.

No que se refere ao tamanho das amostras, verificou-se que o número de participantes dos estudos variou entre 11 e 284 (M = 148,6, DP = 84,1). Dois estudos longitudinais apresentaram as taxas de perda ao longo do tempo: Gall et al. (2009) tiveram perdas de 24,4% e de 23,4% em sua amostra ao longo de dois anos, sendo essas de mulheres com câncer de mama e com diagnóstico benigno, respectivamente. Os autores verificaram que as participantes do estudo não diferiram das desistentes em termos de idade, importância religiosa e espiritual, angústia e bem-estar no pré-diagnóstico (2-4 dias após a biópsia). Contudo, no que tangia ao *coping* religioso, as participantes demonstraram um menor uso da delegação passiva (*coping* religioso negativo) no pré-diagnóstico do que as desistentes; Thuné-Boyle et al. (2011) tiveram uma perda de 19% em sua amostra ao longo de um ano e observaram que a única diferença entre as mulheres que continuaram no estudo em relação às mulheres desistentes era o nível de escolaridade, sendo as médias em anos de estudo de 14,9 e 12,5, respectivamente.

Além disso, foi possível observar que todas as informações foram coletadas em clínicas e/ou hospitais, com exceção de Morgan et al. (2006) e Schreiber (2011), que enviaram o material por correio, oferecendo incentivo financeiro para a participação.

Conclusões

As pesquisas que tiveram por objetivo avaliar o *coping* religioso encontraram a primazia do padrão positivo quando comparado ao negativo (Gall et al, 2009; Hebert et al., 2009; Morgan et al., 2006; Schreiber, 2011; Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al.,

2006; Zwingmann et al., 2008). No entanto, em alguns estudos o *coping* religioso positivo não apresentou nenhuma relação com o bem-estar físico e psicológico (Hebert et al., 2009; Morgan et al., 2006; Schreiber, 2011), ao passo que o *coping* religioso negativo esteve associado ao aumento de angústia emocional (Gall et al., 2009), de *coping* depressivo (Zwingmann et al., 2006) e de ansiedade (Zwingmann et al., 2008) e de pior ajustamento psicológico (Hebert et al., 2009) e bem-estar físico (Morgan et al., 2006).

Somado a isso, foi possível observar que nesses estudos (Gall et al., 2009; Hebert et al., 2009; Morgan et al., 2006; Schreiber, 2011; Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008) os instrumentos escolhidos para avaliar o *coping* religioso foram apropriados, já que foram utilizados itens selecionados da *RCOPE Scale* (Pargament et al., 2000) ou a escala completa. Conforme Thuné-Boyle et al. (2006), a *RCOPE Scale* (Pargament et al., 2000) oferece uma medida baseada teoricamente que examina toda a gama de estratégias benéficas e prejudiciais de *coping* religioso, abordando tal constructo de uma forma multidimensional. Em contrapartida, no estudo de Aukst-Margetić et al. (2009), o *coping* religioso foi medido através de três afirmativas, que parecem não abranger a complexidade de tal conceito. Como o estudo de Laarhoven et al. (2010) não tinha por objetivo avaliar o *coping* religioso de um modo específico, a escala utilizada foi a de *COPE-Easy* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), que inclui aspectos religiosos.

No que se refere às principais limitações metodológicas dos estudos analisados, destacam-se: o delineamento transversal (Aukst-Margetić et al., 2009; Laarhoven et al., 2010; Morgan et al., 2006; Schreiber, 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), a ausência de controle de comorbidades e de variáveis psicológicas em mulheres em diferentes momentos de tratamento da doença (Aukst-Margetić et al., 2009; Hebert et al., 2009), a impossibilidade de saber por que as pacientes que receberam o material por correio não responderam (Schreiber, 2011), a amostra ser composta apenas por mulheres recém diagnosticadas e, por conseguinte, com melhor prognóstico (Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), a mensuração da adaptação psicossocial através de subescalas de ansiedade e depressão (Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), a perda de participantes que na avaliação inicial haviam apresentado maiores índices de delegação passiva (Gall et al., 2009), e, por fim, a impossibilidade de generalização dos dados devido ao número reduzido das amostras e às diferenças culturais e religiosas.

Sugere-se que futuros estudos tenham por objetivo específico a avaliação do *coping* religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. Tendo em vista o quão invasivos são os tratamentos de câncer, bem como os seus respectivos impactos físicos e psicológicos nas

áreas da sexualidade, maternidade e feminilidade (Silva, 2008; Muller, Hoffman, & Fleck, 2006; Wanderley, 2003), sugere-se que esses venham a explorar de uma forma mais detalhada as implicações das variáveis clínicas no processo de *coping* religioso/espiritual, tais como tempo de diagnóstico, tipo de tratamento realizado, gravidade da doença, recorrência do câncer, etc. Além disso, sugere-se que sejam feitos estudos com pacientes em fase terminal, a fim de investigar a interação dos fatores religiosos/espirituais quando do risco eminente de morte.

O presente estudo revisou, exclusivamente, os artigos que apresentavam os termos “*coping* religioso” ou “*coping* religioso/espiritual” no título, no resumo ou nas palavras-chave, como feito por Thuné-Boyle et al. (2006). Devido a isso, é provável que artigos que investiguem o *coping* religioso através de escalas abrangentes de *coping* tenham ficado excluídos da análise. O material aqui encontrado confirma a escassez de estudos nessa área, tanto que optou-se por incluir na análise o estudo de Laarhoven et al. (2010), que apresentava uma amostra com diferentes tipos de câncer. Não obstante, destaca-se que o termo “*religious/spiritual coping*” foi escrito apenas no resumo de Thuné-Boyle et al. (2011), razão pela qual, ao discutir os resultados deste trabalho, foi utilizado o termo “*coping* religioso”.

Referências

- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., & Al-Moudhri, M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer-literature: Review and implications for developing countries. *The Breast Journal*, 15(6), 615–622.
- Alcorn, S. R., Balboni, M. J., Prigerson, H. G., Reynolds, A., Phelps, A. C., Wright, A. A. et al. (2010). “If God wanted me yesterday, I wouldn’t be here today”: Religious and spiritual themes in patients’ experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 13(5), 581-588.
- Andresen, E. M., Malmgren, J. A., Carter, W. B., & Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *American Journal of Preventive Medicine*, 10(2), 77–84.
- Antoniuzzi, A. S., Dell’Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.

- Astrow, A. B., Wexler, A., Texeira, K., He, M. K., & Sulmasy, D. P. (2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *Journal of Clinical Oncology*, 25(36), 5753-5757.
- *Aukst-Margetić, B., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., Ljubičić, Đ., & Šamija, M. (2009). Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *Collegium Antropologicum*, 33(4), 1265-1271.
- Bader, C., Dogherty, K., Froese, P., Johnson, B., Mencken, F.C., Park, J. Z., & Stark, R. (2006). *American piety in the 21st century: New insights to the depth and complexity of religion in the U.S.* Texas: Baylor Institute for Studies of Religion.
- Barros, A. C. S. D. (2008). Câncer de mama. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. de C. Macieira, M. T. Veit, et al. (Eds.), *Temas em psico-oncologia* (pp.40-45). São Paulo: Summus.
- Bech, P. (1999). Health-related quality of life measurements in the assessment of pain clinic results. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43(9),893–896.
- Bernhard, J., Hiirny, C., Coates, A. S., Peterson, H. F., Castiglione-Gertsch, M., Gelber, R. D.,Goldhirsch, A., Senn, H.-J., & Rudenstam, C. M. (1997). Quality of life assessment in patients receiving adjuvant therapy for breast cancer: The IBCSG approach. *Annals of Oncology*, 8(9), 825-835.
- Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulsky, D. S., Lloyd, S. R. et al. (1997). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy–Breast Quality of Life instrument. *Journal of Clinical Oncology*, 15(3), 974–986.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8(5),417-428.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1):92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M. et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Curtis, A. J. (2000). *Health Psychology*. New York: Taylor e Francis Group.
- Diener, E., Emmons R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.

- Fabri, A., Carcangiu, M. L., & Carbone, A. (2008). Histological classification of breast cancer. In E. Bombardieri, G. Bonadonna, & L. Gianni (Eds.), *Breast cancer: Nuclear medicine in diagnosis and therapeutic options* (pp. 3-14). New York: Springer Berlin Heidelberg.
- Fallowfield, L., & Clark, A. (2002). *Breast cancer*. New York: Taylor & Francis Library.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Feher, S., & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Frasson, A., Zerwes, F., Barbosa, F., Novita, G., & Vollbrecht, B. (2008). Câncer de mama. In R. H. Schneider, & C. H. A. Schwanke (Eds.), *Atualizações em geriatria e gerontologia: Da pesquisa básica à prática clínica* (pp.163-174). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- *Gall, T. L., Guirguis-Younger, M. G., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1165–1178.
- *Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545.
- Herrmann, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (1995). *HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version [HADS-D – German Version]*. Huber, Bern, Switzerland.
- Huber S. (2003) *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität. Centrality and Contents. A new Multidimensional Measurement Model of Religiosity*. Budrich, Opladen.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA. (2011). *Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil*. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA.
- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*. United States of America: Templeton Foundation Press (Original publicado em 2002).
- Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
- *Laarhoven, H. van, Schilderman, J. Vissers, K. C., Verhagen, C. A. H. H. V. M., & Prins, J. (2010). Images of God in relation to coping strategies of palliative cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(4), 495-501.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lin, H-R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 69–80.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
- McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1992). *POMS Manual: Profile of Mood States*. San Diego: Edits/Educational and Industrial Testing Service. Industrial Testing Service: San Diego.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24–35.
- *Morgan, P. D., Gaston-Johansson, F., & Mock, V. (2006). Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: A pilot study. *Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education*, 17(2), 73-77.
- Muller, M. C., Hoffman, F. S., & Fleck, P. (2006). A vivência do câncer de mama e a imagem corporal na mulher contemporânea. In B. S. G. Werlang & M. da S. Oliveira (Orgs.). *Temas em Psicologia Clínica* (pp.203-208). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)*. Manual Freiburg Questionnaire of Coping with Illness (FQCI). Beltz Test, Weinheim.
- Mytko, J. J., & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439–450.
- Paiva, G. J. de. (2007). Religião, enfrentamento e cura: Perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 24(1), 99-104.
- Paiva, G. J. de., Zangari, W., Verdade, M. M., Paula, J. R. M. de., Faria, D. G. R. de., Gomes, D. M. et al. (2009). Psicologia da religião no Brasil: A produção em periódicos e livros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 441-446.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S. da, Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. de A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 105-115.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710 -724.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*(4), 519-543.
- Plante, T. G., & Boccaccini, M. T. (1997). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology, 45*(5), 375-387.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., & Brower, L. (2000). Spirituality, demographic and disease factors, and adjustment to cancer. *Cancer Practice, 8*(6) 298-304.
- *Schreiber, J. (2011). Image of God: Effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 38*(3), 293-301.
- Shaw, C. (1999). A framework for the study of coping, illness behavior and outcomes. *Journal of Advanced Nursing, 29*(5), 1246-1255.
- Silva, L. C. da. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo, 13*(2), 231-237.
- Snyder, C. R., & Dinoff, B. L. (1999). Coping: Where have you been? In C. R. Snyder (Ed.), *The psychology of what works* (pp.3-19). New York: Oxford University Press.
- Soothill, K., Morris, S. M., Harman, J. C., Thomas, C., Francis, B., & McIllmurray, M. B. (2000). Cancer and faith. Having faith – does it make a difference among patients and their informal carers? *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16*, 256–263.
- Sousa, P. L. R., Tillman, I. A., Horta, C. L., & Oliveira, F. M. de (2004). A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: O estado da arte. In E. F. B. Teixeira, M. C. Muller, & J. D. T. da Silva (Eds.), *Espiritualidade e qualidade de vida* (pp.51-64). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Speechley, V., & Rosenfield, M. (2000). *Tudo sobre câncer*. São Paulo: Andrei.
- Stefanek, M., McDonald, P. G., & Hess, S. A. (2005). Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology, 14*, 450–463.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- *Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine, 63*, 151–164.

- Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 20(7), 771-782.
- Van der Vem, J. A. (1998). *God reinvented? A theological search in texts and tables*. Leiden, The Netherlands: Brill.
- Vickberg, S. M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): A systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16-24.
- Wanderley, K. da S. (2003). Aspectos psicológicos do câncer de mama. In M. M. M. J. de Carvalho (Ed.), *Introdução à Psiconcologia* (pp.95-101). São Paulo: Editora Livro Pleno.
- Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A. et al. (2009). Facets of Spirituality as Predictors of Adjustment to Cancer: Relative Contributions of Having Faith and Finding Meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 730-741.
- *Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber J., & Murken, S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 533-547.
- *Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J., & Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17, 361-370.

“In the past, there was much more to being a health professional
than just the technical aspects,
and if we are to avoid becoming burned out in the future,
we must be much more than just technicians.
Addressing spiritual issues in clinical practice can bring life back
into our profession and, for many of our patients,
can help them regain their lives by finding
hope, meaning, and healing”.

(Koenig, 2007, p.232)

“No passado, havia muito mais em ser um profissional da saúde
do que apenas os aspectos técnicos,
e se é para nós evitarmos de ficarmos exauridos no futuro,
nós devemos ser muito mais do que apenas técnicos.
Contemplar questões espirituais na prática clínica pode trazer a vida de volta
à nossa profissão e, para muitos de nossos pacientes,
pode ajudá-los a reaverem suas vidas ao encontrarem
esperança, sentido e cura”.

(Koenig, 2007, p.232)

Seção II – Artigo Empírico

COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Introdução

O câncer de mama desenvolve-se em decorrência da incapacidade da regulação normal das funções celulares e tem maior incidência nas mulheres que estão entre os 45 e 55 anos (Nazário & Kemp, 2007). No Brasil, as taxas de mortalidade continuam elevadas, provavelmente devido ao diagnóstico tardio (INCA, 2011). As formas de tratamento existentes para o câncer de mama variam conforme o estágio da doença e incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia (Nazário & Kemp, 2007; Straub, 2005). Quanto mais tarde é realizado o diagnóstico, mais invasivo e mutilante torna-se o tratamento (Nazário & Kemp, 2007). Devido ao reconhecimento cultural do seio como aspecto privilegiado da feminilidade, sexualidade e maternidade, é importante que o tratamento da mulher com essa enfermidade seja conduzido a partir da compreensão dessas representações sociais, bem como da fragilização da identidade feminina (Silva, 2008).

O conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são utilizadas pelas pessoas em resposta a alguma situação estressante é chamado de *coping* (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984). Tais estratégias são divididas em formas de *coping* focalizadas na emoção, nas quais não é possível fazer nada para modificar o evento estressor adotando-se esforços para administrar as reações emocionais ao estresse, e formas de *coping* focalizadas no problema, nas quais a situação é avaliada como passível de mudança, lidando-se diretamente com o estressor (Lazarus & Folkman, 1984; Straub, 2005). Comumente, muitas pessoas mencionam a religião quando questionadas sobre como lidam com as mais diversas situações estressantes, sendo essa referência mais frequente em alguns grupos - idosos e indivíduos com risco de vida - do que qualquer outro recurso de *coping* (Pargament, Koenig & Perez, 2000). Nas situações em que a vida parece estar fora do controle e que não é possível visualizar nenhuma explicação para os fatos, as crenças e práticas voltadas para o sagrado são capazes de promover sentido e confiança, ao invés de medo e insegurança (Pargament, Magyar-Russel, & Murray-Swank 2005). A partir disso, define-se *coping* religioso como a utilização da fé, religião ou espiritualidade no manejo das situações estressantes ou dos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida (Pargament, 1997).

Conforme Koenig, McCullough e Larson (2001), a religião e a espiritualidade apresentam um núcleo sagrado que engloba sentimentos, pensamentos e comportamentos que emergem a partir de uma busca pelo transcendente, o qual é referido como um Ser Divino ou como uma Verdade Absoluta, de acordo com a percepção individual dos sujeitos. Contudo, os autores apontam para a necessidade da diferenciação dos termos, tendo em vista a operacionalização de projetos de pesquisa. A partir disso, definem a religião como um sistema de crenças, práticas e rituais que facilitam a proximidade do indivíduo com o sagrado/transcendente, e que estimula a compreensão da relação e da responsabilidade para com os outros a partir do convívio em comunidade. A espiritualidade, por sua vez, seria um questionamento pessoal, feito com o intuito de compreender questões relativas à vida, ao seu sentido e ao sagrado/transcendente, que poderia ou não promover o desenvolvimento de rituais e a formação de uma comunidade.

Nas situações de saúde/doença, a religiosidade pode ser adaptativa e benéfica para o paciente (Faria & Seidl, 2005; Faria & Seidl, 2006; Pargament et al., 2000), contudo, o uso positivo ou negativo da religiosidade está relacionado ao modo de lidar com o evento estressor e com as crenças pessoais de cada sujeito (Faria & Seidl, 2005; Panzini & Bandeira, 2007). Uma circunstância que pode trazer prejuízos para o tratamento dos pacientes é aquela em que as crenças religiosas são utilizadas de modo exclusivo para compreender as situações adversas e/ou doenças, sendo essas sobrepostas às explicações médico-científicas (Faria & Seidl, 2005; Panzini & Bandeira, 2007). A *RCOPE Scale* foi desenvolvida para clarificar a compreensão do papel da religião³ no processo de *coping*, sendo avaliadas como benéficas ou prejudiciais às estratégias religiosas utilizadas para lidar com alguma situação estressante (Pargament et al., 2000). Para a construção e validação dessa escala, os autores identificaram cinco funções-chave da religião: a) sentido (oferece uma interpretação e compreensão para as situações difíceis da vida); b) controle (religião como uma fonte para adquirir senso de domínio e controle); c) conforto/espiritualidade (redução das preocupações/desejo de conexão com uma força maior que o indivíduo); d) intimidade/espiritualidade (solidariedade social, ajuda/suporte espiritual); e e) transformação de vida (fonte de auxílio nas grandes transformações da vida e na busca de novas fontes de significado). As estratégias de *coping*

³Neste artigo, os autores não realizam uma distinção entre os termos religião e espiritualidade. O termo espiritualidade é utilizado para referir a uma das funções principais da religião: o esforço para estabelecer um relacionamento com o sagrado. Dessa forma, a espiritualidade estaria imbuída na religião, não apresentando um caráter distinto. Conforme Panzini (2004), esta diferenciação iniciou apenas em 1997 e, por isto, publicações mais antigas referem o *coping* apenas como religioso. A autora complementa e afirma que Pargament, autor da *RCOPE Scale*, passou a utilizar o termo *coping* religioso/espiritual em publicações posteriores. Razão pela qual, ao traduzir e validar este instrumento no Brasil, nomeou-o de Escala de *Coping* Religioso-Espiritual.

religioso foram desenvolvidas a partir de cada uma dessas cinco funções, existindo formas positivas e negativas para lidar com o evento estressor.

Os fatores religiosos e espirituais têm sido relacionados a diversos aspectos da adaptação ao diagnóstico e tratamento do câncer, indicando sua importância para a saúde e recuperação dos pacientes. Ao mesmo tempo, estudos longitudinais têm proporcionado uma melhor compreensão sobre como as estratégias de *coping* religioso/espiritual (CRE) podem ser alteradas a longo prazo, tornando-se mais ou menos adaptativas. Gall, Younger, Charbonneau e Florack (2009) investigaram a mobilização do *coping* religioso nas respostas das mulheres frente ao câncer de mama, relacionando-o com o estresse emocional e o bem-estar em resposta ao diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer de mama ao longo de dois anos. Participaram do estudo 233 mulheres canadenses, 93 diagnosticadas com câncer de mama e 160 com tumor benigno. Os resultados evidenciaram que, em geral, as mulheres com câncer de mama utilizaram estratégias religiosas mais frequentemente do que aquelas com diagnóstico de tumores benignos, sendo estas mobilizadas desde o processo de adaptação ao câncer de mama. A utilização de estratégias de suporte ou conforto pelas pacientes esteve relacionada ao período da cirurgia, enquanto o uso de estratégias reflexivas sobre o sentido da vida permaneceram elevadas ou aumentaram a longo prazo. As mulheres com câncer de mama utilizaram com mais frequência estratégias positivas de *coping* religioso do que negativas, corroborando os dados de pesquisas que mostram associação entre o CRE e a saúde. Além disso, foi observado que o uso da ajuda e direção religiosa nas mulheres com diagnóstico de tumor benigno foi maior no 3º e no 14º mês após o diagnóstico do que comparado ao pré-diagnóstico. Os autores sugerem que o procedimento de biópsia e as implicações para a saúde dessas mulheres foi, talvez, o suficiente para estimular um processo de reflexão espiritual sobre questões de significado e propósito da vida. Embora as mulheres com câncer de mama tenham relatado um nível estável de reavaliação religiosa benevolente ao longo do tempo, as que obtiveram diagnóstico benigno relataram um aumento significativo na utilização dessa estratégia três meses após o diagnóstico. Conforme os autores, este aumento pode refletir um sentimento de gratidão a Deus pelo diagnóstico benigno.

Outro estudo longitudinal foi o de Hebert, Zdaniuk, Schulz e Scheier (2009), realizado com 284 mulheres americanas com câncer de mama, que investigou o *coping* religioso e sua relação com o bem-estar ao longo de um ano. O *coping* religioso negativo foi preditor de pior saúde mental, mais depressão e menos satisfação com a vida, ao passo que o *coping* religioso positivo não apresentou associação com o bem-estar, embora tenha sido muito mais prevalente (76%) entre as participantes. Tais resultados fornecem evidências de que o *coping*

religioso negativo prediz pior ajustamento psicológico, o que, por sua vez, reforça a necessidade da atenção por parte dos profissionais da saúde para esses aspectos. Como a existência de conflitos religiosos e espirituais pode prejudicar o bem-estar emocional, implicando em importantes resultados para a saúde, inquirir sobre aspectos relacionados ao *coping* religioso negativo poderia ser mais benéfico do que a abordagem dos aspectos positivos da religiosidade.

Afim de descobrir se a religiosidade era uma estratégia de *coping* eficaz em qualquer fase da doença, Janiszewska et al. (2008) avaliaram a relação entre religiosidade e condição física e ansiedade em 180 mulheres polonesas com câncer de mama, as quais foram divididas em cinco grupos de acordo com o estágio da doença. A condição física não apresentou impacto significativo sobre a ansiedade. Já a religiosidade influenciou significativamente o nível de ansiedade em pacientes em fase terminal, demonstrando ser um importante recurso de *coping* apenas entre esse grupo de pacientes. No entanto, esse grupo revelou os níveis mais baixos de religiosidade, sendo o desvio-padrão o mais alto entre todos os grupos, o que indica a existência de uma grande discrepância entre os níveis de religiosidade nessas pacientes. Tal achado denota o quanto os recursos religiosos podem ter impactos positivos ou negativos no processo de adaptação da doença, podendo oferecer conforto quando da ameaça de morte, bem como a sensação de abandono por Deus.

Com o objetivo de investigar as diferenças entre os padrões positivo e negativo do *coping* religioso, Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber e Murken (2006) conduziram uma pesquisa com 156 mulheres alemãs recém diagnosticadas com câncer de mama. Ao examinar quais pacientes tendiam a utilizar um determinado estilo de *coping* religioso, os pesquisadores verificaram que as mulheres que possuíam menor nível de escolaridade e que não tinham parceiros apresentaram maiores índices de *coping* religioso negativo e que as mulheres sem uma religião específica apresentaram menos *coping* religioso positivo e negativo. Além disso, ao realizar análises de regressão múltiplas, incluindo variáveis demográficas e clínicas, os autores concluíram que o *coping* religioso negativo foi predito pela idade e pelo estado civil, demonstrando ser mais frequente em mulheres mais velhas e sem cônjuges. Já a escolaridade e a afiliação religiosa não demonstraram índices significativos na análise multivariada. Nesse estudo, nenhuma tendência foi encontrada para o *coping* religioso positivo e para as variáveis clínicas, reforçando a importância de inquirir e explorar junto aos pacientes os aspectos positivos e negativos de sua religiosidade/espiritualidade.

A importância da abordagem da espiritualidade em pacientes com câncer também foi pontuada por Schnoll, Harlow e Brower,(2000), através de uma pesquisa realizada nos EUA.

Os autores investigaram a relação entre as variáveis demográficas e clínicas, espiritualidade e adaptação psicossocial em uma amostra heterogênea de 83 pacientes com câncer, dos quais 47% correspondiam a mulheres com câncer de mama. Através de cinco modelos propostos de equações estruturais, os pesquisadores concluíram que o fato de ser mulher, e ter uma maior sobrevivência devido ao diagnóstico e tratamento em um estágio inicial da doença, estava relacionado a indicadores de maior busca de objetivos para a vida e de crenças religiosas/existenciais que, por sua vez, foram associados a níveis mais elevados de adaptação familiar e social e saúde psicológica. Os autores sugerem, como possível intervenção durante o tratamento do câncer, que os profissionais estimulem um senso de esperança por parte do paciente, que não precise necessariamente estar relacionado à cura, mas a metas atingíveis, independentemente do prognóstico.

Também nos EUA, Shaw et al. (2007) realizaram um estudo examinando como a oração e a expressão religiosa dentro de grupos de apoio por computador poderiam contribuir na melhoria de resultados psicossociais em mulheres com câncer de mama. Medidas de avaliação foram aplicadas antes de iniciar a interação com o grupo de apoio e quatro meses após. A análise dos dados coletados em 97 participantes permitiu verificar que a escrita de uma maior percentagem de palavras religiosas foi preditora de menores níveis de emoções negativas e maiores níveis de bem-estar funcional e autoeficácia percebida. Em contrapartida, não foi possível encontrar associações significativas entre a percentagem de palavras religiosas escritas com as preocupações relacionadas ao câncer, o bem-estar emocional, o apoio social e a ressignificação positiva da doença. Lieberman e Winzelberg (2009) replicaram esse estudo com 91 mulheres americanas com câncer de mama. Para tal, foram avaliados os níveis de angústia e de qualidade de vida na linha de base e seis meses após a participação nos grupos de apoio por computador. Através de modelos de regressões lineares, foi possível verificar que a escolaridade esteve associada com melhores pontuações na escala de bem-estar funcional e que um número maior de postagens esteve associada com maiores índices de depressão no tempo 2. A única variável associada à expressão religiosa foi a de preocupações relacionadas ao câncer, demonstrando que uma maior frequência de palavras com conteúdo religioso estava associada com um índice maior de preocupações no tempo 2. Ao contrário do que foi encontrado por Shaw et al. (2007), os resultados desse estudo não forneceram nenhum suporte para a hipótese de que há uma relação positiva entre frequência de expressão religiosa em grupos de apoio por computador e melhores resultados psicológicos. Em contrapartida, em ambos os estudos foi evidenciado que o estado civil e a escolaridade não influenciaram na relação entre expressão religiosa e resultados psicológicos.

No Brasil, Macieira (2007) avaliou a espiritualidade de 30 mulheres com câncer de mama através da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual e verificou que todas as participantes faziam uso da religião/espiritualidade no processo de enfrentamento, existindo uma frequência maior de estratégias positivas em relação às negativas. Contudo, os resultados não permitiram a identificação de associações significativas entre os valores de CRE e as variáveis renda, religião, escolaridade e estado civil.

A partir desses estudos é possível observar que a religião e a espiritualidade são recursos importantes para lidar com o câncer de mama. Entretanto, o uso da religião e da espiritualidade pode servir tanto como uma forma de ajudar no tratamento como também de prejudicá-lo. Tendo em vista a pouca menção a essas diferenças na literatura brasileira, o presente estudo tem por objetivos:

1) avaliar os estilos de CRE de mulheres com câncer de mama e verificar suas associações com variáveis sociodemográficas e clínicas;

2) comparar os valores de CRE entre grupos de mulheres com diferentes características sociodemográficas e religiosas;

3) conhecer as percepções subjetivas das mulheres sobre quem é Deus e compará-las aos valores de CRE.

As hipóteses norteadoras do estudo foram:

1) idade estaria correlacionada negativamente ao CRE positivo e escolaridade, tempo de diagnóstico e de mastectomia estariam correlacionados positivamente ao CRE positivo;

2) mulheres que convivem com o marido ou com os filhos apresentariam maiores índices de CRE positivo do que aquelas que não convivem; e mulheres com maior frequência a encontros de natureza religiosa e de atividade privativa de oração apresentariam maiores índices de CRE positivo do que aquelas com uma menor frequência;

3) as estratégias de CRE utilizadas pelas mulheres seriam influenciadas pela percepção subjetiva de quem é Deus.

Método

Delineamento

Ex post facto (Montero & Leon, 2007), já que é um estudo transversal em que não se pode manipular a variável independente: o diagnóstico de câncer de mama.

Amostra

As participantes foram selecionadas por conveniência, sendo convidadas a participar do estudo todas as mulheres com câncer de mama (n=169) que faziam parte do Grupo Amigos de Mãos Dadas ou que fossem vinculadas à Liga Feminina de Combate ao Câncer. Ambas as instituições têm por objetivo auxiliar pessoas que vivenciam o diagnóstico e tratamento do câncer e estão localizadas na Região Metropolitana de Porto Alegre – RS.

O Grupo Amigos de Mãos Dadas oferece apoio às mulheres com câncer de mama através de um espaço que oportuniza a troca de experiências, sentimentos e conhecimentos referentes à doença, semanalmente. As atividades realizadas incluem grupo terapêutico, oficinas de geração de renda, arteterapia, palestras sobre prevenção e, de modo especial, a formação de um coral que se apresenta em diversos espaços. A Liga Feminina de Combate ao Câncer atende pacientes indiferente de gênero e tipo de câncer, e os cuidados prestados envolvem a concessão de medicamentos, exames, passagens, alimentos especiais, perucas, lenços. Além disso, oferece, mensalmente, grupos de apoio para os pacientes e familiares, sendo também proporcionadas consultas com nutricionistas, psicólogas e advogado.

Das 169 mulheres vinculadas a esses grupos, 38 (22,4%) tinham mais do que 65 anos, 12 (7,1%) não tinham seus telefones disponíveis e/ou atualizados no sistema, impossibilitando o convite à participação, 33 (19,5%) se negaram a participar, uma havia falecido (0,5%), uma apresentava transtorno mental grave (0,5%) e uma foi excluída pela aplicação incompleta do instrumento (0,5%). Ao final, a amostra foi composta por um total de 83 participantes.

Todas as participantes eram adultas (M = 52,3 anos, DP = 7,27; idade mínima 37 anos e idade máxima 65 anos) e haviam recebido o diagnóstico do câncer de mama há, no mínimo, um mês (M = 46,6 meses, DP = 38,4). No que se refere ao nível de escolaridade, a maioria apresentava o ensino fundamental incompleto (M = 6,0 anos, DP = 2,77). Foram excluídas da amostra as mulheres com diagnóstico de tumores benignos, idosas (idade superior a 65 anos) e analfabetas. A Tabela 2 descreve as principais características das participantes do estudo.

Tabela 2

Características Sociodemográficas e Clínicas das Participantes (N=83)

Característica	n	%
<i>Estado Civil</i>		
Solteira	10	12
Divorciada	21	25,3
Casada/Vive junto	46	55,4
Viúva	6	7,2
<i>Trabalha</i>		
Sim	13	15,7
Não	70	84,3
<i>Deixou de trabalhar devido à doença</i>		
Sim	46	55,4
Não	37	44,6
<i>Renda familiar</i>		
1 a ½ salário mínimo	36	43,9
2 a 3 salários mínimos	38	46,3
Até 5 salários mínimos	4	4,9
5 a 10 salários mínimos	1	1,2
Bolsa família	1	1,2
Sem renda	1	1,2
Não sabe	1	1,2
<i>Religião</i>		
Sem religião, mas espiritualizada	4	4,8
Católica	53	63,9
Evangélica Luterana	10	12
Adventista	6	7,2
Evangélica Pentecostal	7	8,4
Testemunha de Jeová	2	2,4
Espírita	1	1,2
<i>Tipo de câncer de mama</i>		
Carcinoma lobular in situ	2	2,4
Carcinoma lobular infiltrante	9	10,8
Carcinoma ductal in situ	11	13,2
Carcinoma ductal infiltrante	53	63,8
Carcinoma ducto-lobular infiltrante	1	1,2
Sem informação	7	8,4
<i>Nível</i>		
I	12	14,5
II	27	32,5
III	17	20,5
IV	4	4,8
Sem informação	23	27,7
<i>Mastectomia</i>		
Não fez	3	3,6
Conservadora	48	57,8
Radical	32	38,6
Unilateral	78	94
Bilateral	2	2,4
<i>Tratamento</i>		
Cirurgia	80	96,4
Quimioterapia	65	78,3
Radioterapia	64	77,1
Hormonoterapia	50	61
<i>Metástase</i>		
Não	77	92,8
Sim	6	7,2
<i>Fez cirurgia plástica reconstrutiva da mama</i>		
Não	74	89,2
Sim	9	10,8
Total	83	100%

Instrumentos

a) Questionário de dados sociodemográficos, clínicos e de atividade religiosa/espiritual: composto por questões sobre a idade da paciente, estado civil, filhos, trabalho, renda familiar, tempo de diagnóstico, tipo de tratamento realizado, estágio da doença, religião, crença em Deus, frequência a encontros de natureza religiosa e de atividade privativa de oração, mudança de religião, etc (Anexo A).

b) Questão aberta “Para você, o que é Deus?”: Pergunta feita com o intuito de investigar a percepção subjetiva do que Deus representa para cada participante.

c) Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE): essa escala, baseada na RCOPE de Pargament et al. (2000), foi elaborada e validada no Brasil por Panzini e Bandeira (2005) e tem como objetivo avaliar a forma (positiva ou negativa) com que os indivíduos utilizam a religião/espiritualidade para lidar com situações estressantes. O instrumento é composto por 87 itens, dos quais 66 estão distribuídos em oito fatores da dimensão CRE positivo (P1 a P8⁴) e 21 em quatro fatores da dimensão CRE negativo (N1 a N4⁵). A classificação entre estratégias positivas ou negativas de CRE surge a partir das consequências que estas resultam para quem as utiliza, estando mais presentes aquelas de efeito positivo. Para a aplicação da escala CRE, pede-se que o participante escreva qual foi a situação vivida nos últimos três anos que apresentou mais efeitos estressantes e pede-se que o questionário seja preenchido com base nesta situação, ou seja, o quanto a pessoa fez o que ali está descrito em uma escala Likert de 1 a 5 pontos (nem um pouco à muitíssimo). Neste estudo, foi solicitado às participantes para que respondessem as questões tendo em mente o estresse vivenciado pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Para a interpretação dos escores, o parâmetro utilizado para análise dos valores de CRE quanto a sua utilização pelo participante é: nenhuma ou irrisória = 1,00 a 1,50; Baixa = 1,51 a 2,50; Média = 2,51 a 3,50; Alta = 3,51 a 4,50 e Altíssima = 4,51 a 5,00. O estudo realizado por Panzini e Bandeira (2005) demonstrou alto nível de consistência interna, sendo o alpha de Cronbach da escala total de 0,97, da dimensão CRE positivo 0,98 e da dimensão CRE negativo 0,86. Nesse estudo, o índice de consistência interna também foi alto, sendo o alpha de Cronbach da escala total de 0,93, do CRE positivo 0,95 e do CRE negativo 0,86 (Anexo B).

⁴ P1 - Transformação de si e/ou de sua vida; P2 - Ações em busca de ajuda espiritual; P3 - Oferta de ajuda ao outro; P4 - Posicionamento positivo frente a Deus; P5 - Busca pessoal de crescimento espiritual; P6 - Ações em busca do outro institucional; P7 - Busca pessoal de conhecimento espiritual; P8 - Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade (Anexo C - Conforme Panzini, p.101, 2004).

⁵ N1 - Reavaliação negativa de Deus; N2 - Posicionamento negativo frente a Deus; N3 - Reavaliação negativa do significado; N4 - Insatisfação com o outro institucional (Anexo D - Conforme Panzini, p.104, 2004).

Procedimentos Éticos e de Coleta dos Dados

Primeiramente, foram contatadas as coordenações dos grupos para verificar a possibilidade da realização da pesquisa. Após a apresentação do projeto, e de posse das assinaturas dos Termos de Concordância das instituições, esse foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, obtendo aprovação de número 193/2010 (Anexo E).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2011. A coordenadora do Grupo Amigos de Mãos Dadas cedeu espaço para que a proposta do estudo fosse explicada para as integrantes. A partir disso, a pesquisadora começou a participar dos encontros semanais do grupo, realizando o convite às mulheres para participação voluntária. Aquelas que aceitavam eram dirigidas a outra sala para a aplicação do questionário.

Na Liga Feminina de Combate ao Câncer, por sua vez, a pesquisadora participou do encontro mensal de apoio oferecido aos pacientes e familiares, apresentando, na ocasião, o projeto de pesquisa. Contudo, como nem todas as pacientes que recebem auxílio vão a esse encontro, a abordagem nessa instituição foi realizada a partir da indicação de quais eram as mulheres que tinham câncer de mama. A coleta ocorreu em até oito turnos semanais, existindo, na totalidade, cinco auxiliares de pesquisa que colaboraram ao longo dessa etapa. Entretanto, ao final de abril, havia turnos em que nenhum questionário era aplicado. A partir disso, foi requisitada uma listagem com os nomes de todas as mulheres com câncer de mama no intuito de que, a partir de telefonemas, fosse agendado o melhor dia e horário para as que aceitassem participar.

As aplicações dos questionários ocorreram individualmente em uma sala reservada, disponibilizada pelos grupos. Todas as questões foram lidas para as participantes e preenchidas mediante suas respostas, a fim de facilitar esse procedimento. A pesquisa e seu objetivo foram explicados, bem como os direitos a elas conferidos. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F) foi solicitada em duas vias, ficando uma de posse da participante e a outra da pesquisadora. Ao término, as participantes foram informadas da socialização dos resultados, prevista para 2012. Tal encontro será organizado pela pesquisadora e contará com o auxílio das coordenações dos grupos para sua divulgação. Ainda contemplando os procedimentos éticos, cabe pontuar que uma das participantes foi encaminhada para acompanhamento psicológico, o qual foi assegurado pela Liga Feminina de Combate ao Câncer.

A média de tempo da aplicação dos instrumentos foi de 43 minutos (DP = 16,8), existindo uma variação de 23min a 2h15min.

Análise dos Dados

Inicialmente, foram feitas análises descritivas para verificar médias, desvios-padrão, frequências e percentagens para caracterização da amostra. Em seguida, análises de correlação de Pearson foram efetuadas, investigando possíveis associações entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os tipos de CRE. Após examinar a distribuição normal dos subgrupos da amostra, foram realizados Testes-t de *Student* para amostras independentes e ANOVA, com *post hoc* de Tukey, a fim de comparar as médias de CRE entre diferentes grupos.

Por fim, foi realizada a análise de conteúdo (Bardin, 1977) para codificação das respostas obtidas através da questão aberta “Para você, quem é Deus?”. A categorização das respostas foi feita por duas juízas independentes e obteve valor kappa = 0,86, indicando um excelente índice de concordância. Nos casos de discrepância, uma terceira juíza classificou as respostas. Em seguida, foram realizados Teste-t de *Student* para amostras independentes ou Mann-Whitney, a fim de comparar os grupos que possuíam uma determinada percepção de Deus com aqueles que não possuíam e os valores de CRE.

Resultados

Todas as participantes afirmaram acreditar em Deus, e a maioria das mulheres afirmaram considerar-se muito espiritualizadas (55,4%). Quanto à filiação religiosa, 25 participantes declararam ter mudado de religião, sendo a religião católica aquela com maior número de evasões (n=17) e a evangélica aquela de maior migração (n=13). A Tabela 3 apresenta as principais características religiosas/espirituais das participantes.

Tabela 3

Características Religiosas/Espirituais das Participantes (N=83)

Característica	n	%
<i>Tempo que acredita em Deus</i>		
Sempre	74	89,2
De 1 a 10 anos	0	0
Há mais de 10 anos	9	10,8
<i>Educação religiosa na infância</i>		
Pouca ou inexistente	20	24,1
Moderada	35	42,2
Muito	28	33,7
<i>Importância da religião</i>		
Não é importante	1	1,2
Um pouco importante	2	2,4
Relativamente importante	2	2,4
Importante	15	18,1
Muito importante	63	75,9
<i>Frequência a encontros de natureza religiosa</i>		
<i>Baixa</i>		
Nunca	4	4,8
Raramente	8	9,6
Uma vez ao ano	3	3,6
<i>Média</i>		
Uma vez ao mês	9	10,8
Duas vezes ao mês	14	16,9
<i>Alta</i>		
Uma vez na semana	30	36,1
Mais de uma vez na semana	14	16,8
Uma vez ao dia	1	1,2
<i>Frequência de atividade privativa de oração</i>		
<i>Baixa</i>		
Nunca	1	1,2
Raramente	3	3,6
Uma vez ao ano	0	0
<i>Média</i>		
Uma vez ao mês	1	1,2
Uma vez na semana	3	3,6
Duas a três vezes na semana	6	7,2
<i>Alta</i>		
Uma vez ao dia	43	51,8
Mais de uma vez ao dia	26	31,3
Total	83	100%

A média do CRE total foi de 3,78 (DP=0,42), sendo de 3,52 (DP=0,56) para o CRE positivo e de 1,94 (DP=0,69) para o CRE negativo. De acordo com os parâmetros de análise indicados para a interpretação dos escores, a utilização média do CRE total e positivo foi considerada alta e a de CRE negativo baixa. Apenas duas participantes obtiveram CRE positivo altíssimo e três chegaram a apresentar CRE negativo alto. A média da razão CREN/CREP que revela a percentagem de CRE negativo utilizado em relação ao CRE positivo foi de 0,56 (DP=0,23). Conforme Panzini (2004), esse valor pode localizar-se entre 0,20 e 5,00, sendo maior o uso de CRE positivo em relação ao CRE negativo, quanto mais

baixo for esse valor. A Tabela 4 apresenta as médias de cada um dos fatores das dimensões CRE positivo e negativo.

Tabela 4

Média e Desvio-padrão dos Fatores das Dimensões CRE Positivo e CRE Negativo

CRE	Média	DP
P1	3,69	0,66
P2	2,93	0,84
P3	3,39	0,78
P4	4,36	0,45
P5	3,67	0,71
P6	3,10	0,91
P7	2,68	0,94
P8	3,79	0,65
N1	1,90	0,99
N2	2,48	0,85
N3	2,02	0,98
N4	1,39	0,70

Análises de correlação de Pearson foram feitas entre escolaridade, idade, tempo de diagnóstico e de mastectomia (meses), número de sessões de quimioterapia e radioterapia e os valores de CRE total, positivo e negativo, incluindo-se também os oito fatores da dimensão CRE positivo, os quatro fatores da dimensão CRE negativo e a razão CREN/CREP. Não foram encontradas associações significativas entre o CRE e a idade, o tempo de diagnóstico e de mastectomia; tampouco com o número de sessões de quimioterapia e radioterapia. Em contrapartida, foi possível observar uma associação significativa entre o nível de escolaridade das pacientes e o fator N3: Reavaliação negativa do significado ($r = -0,254$; $p < 0,05$) e uma associação marginalmente significativa entre a escolaridade e a razão CREN/CREP ($r = -0,193$; $p < 0,10$).

Para verificar possíveis diferenças quanto às médias de CRE total, positivo e negativo, dos seus respectivos fatores e da razão CREN/CREP entre mulheres que conviviam com os cônjuges ($n=46$) daquelas que não os tinham (solteiras, viúvas ou divorciadas) ($n=37$) e mulheres que moravam com filhos ($n=45$) daquelas que não moravam ($n=38$), foram realizados Testes-t de *Student* para amostras independentes. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, entretanto identificou-se uma diferença marginalmente significativa [$t(81) = 1,749$, $p < 0,10$], sendo essa no fator N1: Reavaliação negativa de Deus. O grupo de mulheres que não morava com os filhos apresentou uma média superior nessa estratégia de CRE ($M = 2,11$, $DP = 1,09$) do que o grupo que morava com os filhos ($M = 1,73$, $DP = 0,88$).

Além disso, foi investigada a existência de diferenças nos índices de CRE e na razão CREN/CREP entre mulheres com alta, média e baixa frequência a encontros de natureza religiosa através da análise da variância (ANOVA). A Tabela 5 apresenta apenas os resultados significativos, obtidos a partir das comparações de médias de CRE entre os grupos:

Tabela 5

Média, Desvio-padrão, Análise da Variância (ANOVA) e Nível de Significância dos Valores de CRE, segundo as Frequências Alta, Média e Baixa a Encontros de Natureza Religiosa

CRE	Alta (n=45) M(DP)	Média (n=23) M(DP)	Baixa (n=15) M(DP)	F	p<
Total	3,87 (0,34)	3,85 (0,42)	3,42 (0,48)	7,884	0,001
Positivo	3,67 (0,48)	3,51 (0,52)	3,07 (0,61)	7,526	0,001
Razão CREN/CREP	0,52 (0,16)	0,52 (0,20)	0,75 (0,31)	7,146	0,001
P6	3,44 (0,77)	3,05 (0,78)	2,19 (0,86)	14,018	0,001
P7	2,97 (0,87)	2,67 (0,86)	1,82 (0,78)	10,166	0,001
P8	3,90 (0,59)	3,79 (0,71)	3,42 (0,63)	3,184	0,05
N1	1,77 (0,82)	1,74 (1,06)	2,57 (1,15)	4,433	0,01

O Teste *post hoc* de Tukey mostrou que há diferenças entre os grupos de baixa e média frequência e baixa e alta frequência a encontros de natureza religiosa no CRE total, no CRE positivo, na razão CREN/CREP e nos fatores P6 e N1. Já nos fatores P7 e P8, as diferenças se encontram entre os grupos de baixa e alta frequência.

Os grupos com alta (n=69), média (n=10) e baixa (n=4) frequência de atividades privativas de oração não apresentaram distribuição normal da amostra. Diante disso, optou-se por não realizar o Teste de Kruskal-Wallis, já que o grupo com frequência baixa de atividades privativas de oração não atingiu o número mínimo de seis participantes para a realização do cálculo estatístico.

A análise de conteúdo (Bardin, 1977) das respostas obtidas através da questão aberta “Para você, o que é Deus?” permitiu a nomeação de oito categorias. Essas, por sua vez, foram inseridas no banco de dados a fim de que as participantes fossem classificadas conforme a existência ou não de cada percepção sobre Deus para posterior agrupamento e comparação. A Tabela 6 ilustra as categorias encontradas.

Tabela 6

Descrição das Categorias, Número de Respostas por Categorias e Percentagem (N=155)

Categorias	Exemplos	n	%
Tudo	“É tudo”. “Deus é tudo na vida”.	48	30,9
Presença ⁶	“Deus está em nosso coração”. “Com Ele encontro paz e felicidade”.	22	14,1
Proteção/Cuidado ⁷	“Foi Ele quem me deu forças”. “Quem me cuida”.	21	13,5
Condição de existência/sobrevivência	“Sem Ele não sou nada”. “Se não fosse Ele eu acho que não estaria aqui”.	19	12,2
Ser/Força/Poder superior	“Um ser digno de toda honra, louvor e glória”. “Um ser infinito e inigualável”.	14	9
Nomenclaturas teológicas ⁸	“Deus é nosso Pai”. “Deus é Jeová”.	14	9
Vida ⁹	“Eu olho uma flor, uma rosa, eu vejo Deus”. “O ar que respiramos”.	13	8,3
Indescritível/Não sabe/Não tem como explicar	“Não tem como especificar em palavras”. “Eu não consigo explicar”.	4	2,5
Total		155	100

Com o intuito de comparar os valores de CRE e a razão CREN/CREP entre os grupos que possuíam uma determinada percepção de Deus com aqueles que não possuíam, foram realizados Testes-t de *Student* para amostras independentes. Diferenças significativas foram encontradas nas categorias Presença (n=16), Condição de existência/sobrevivência (n=18) e Ser/força/poder superior (n=13).

O grupo de mulheres que percebia Deus como Presença apresentou índices menores (M = 0,48, DP = 0,12) na razão CREN/CREP [$t(47,7) = 2,357, p < 0,05$] quando comparado àquele que não via Deus dessa forma (M = 0,58, DP = 0,24). Nessa categoria, o CRE total e o fator P4 (Posicionamento positivo frente a Deus) não apresentaram distribuição normal, verificada através do Teste de Kolmogorov Smirnov. O Teste de Mann-Whitney não mostrou diferenças entre os grupos.

Outra diferença significativa na razão CREN/CREP [$t(52,1) = 2,280, p < 0,05$] foi encontrada na categoria Condição de existência/sobrevivência. As mulheres que apresentaram essa percepção de Deus obtiveram índices menores na razão CREN/CREP (M = 0,48, DP = 0,13) quando comparadas àquelas que não tinham essa percepção (M = 0,58, DP = 0,24). Além disso, uma diferença significativa no fator N4 (Insatisfação com o outro institucional)

⁶ Pertencimento, devoção, fé, confiança, entrega.

⁷ Cura, força, auxílio, perdão.

⁸ Criador, Salvador, Pai, Espírito, Jeová.

⁹ Criança, ar, flor, natureza, amor.

[$t(68,2) = 2,359, p < 0,05$] foi encontrada nessa categoria. As mulheres que apresentaram essa percepção de Deus obtiveram índices menores ($M = 1,16, DP = 0,32$), quando comparadas àquelas que não tinham essa percepção ($M = 1,45, DP = 0,76$). Nessa categoria o fator P8 não apresentou distribuição normal, verificada através do Teste de Kolmogorov Smirnov. O Teste de Mann-Whitney mostrou diferenças significativas ($U = 364,500, p < 0,05$) entre as mulheres que tinham essa percepção de Deus (Mean Rank = 54,25) quando comparadas aquelas que não tinham (Mean Rank = 38,61).

Por fim, outra diferença significativa [$t(49,5) = 2,959, p < 0,01$] foi encontrada no fator N4 (Insatisfação com o outro institucional), sendo essa na categoria Ser/força/poder superior. As mulheres que tinham essa percepção de Deus apresentaram média inferior nesse fator ($M = 1,09, DP = 0,28$) quando comparadas àquelas que não tinham essa percepção ($M = 1,44, DP = 0,74$).

Discussão

O objetivo do presente estudo foi o de investigar as relações entre os estilos de CRE e as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas de mulheres com câncer de mama. Além disso, o estudo se propôs a conhecer a percepção subjetiva sobre quem é Deus para essas mulheres para, então, compará-las aos estilos de CRE.

Os resultados não permitiram a identificação de nenhuma associação significativa entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o CRE total e positivo, ao passo que o nível de escolaridade apresentou uma associação significativa com o fator N3 da dimensão CRE negativo: Reavaliação negativa do significado. Esse resultado indica que a doença é compreendida em decorrência de algo malévolo ou como uma punição pessoal (Panzini, 2004) quanto menos anos de estudo as mulheres possuem, demonstrando a relação entre a escolaridade e o CRE negativo. Tal entendimento pode indicar que as mulheres menos instruídas, com menos capacidade simbólica, veem a Deus e ao Mal como figuras bastante concretas, capazes de julgar, controlar e interferir em suas vidas, podendo, inclusive, causar uma doença. Essa compreensão pode implicar em sentimentos de culpa e de menos valia, o que, por sua vez, pode impossibilitar o reconhecimento da doença como algo decorrente de outros fatores, tais como genética e estilo de vida. Essa postura passiva, que coloca no outro a responsabilidade pelo surgimento da doença, sendo esta vista como um castigo, gera angústia e um impacto potencialmente negativo na resposta ao tratamento (Koenig, 2007), que pode levar a desresponsabilização das mulheres pelos cuidados de sua saúde. Assim, percebe-se o quanto estratégias de CRE negativo podem dificultar o processo de tratamento e, inclusive,

causar prejuízos à saúde mental e ao processo de adaptação à doença em longo prazo (Gall et al., 2009; Janiszewska et al., 2008), reforçando a importância da atenção aos aspectos negativos do CRE pelos profissionais da saúde (Hebert et al., 2009). Somado a isso, está a associação marginalmente significativa encontrada entre a escolaridade e a razão CREN/CREP, que sugere que quanto menos escolaridade as mulheres possuem, mais elevado é o valor da razão CREN/CREP, revelando um menor uso do CRE positivo em relação ao CRE negativo em mulheres menos instruídas. Algumas pesquisas (Gall et al., 2009; Hebert et al., 2009; Schreiber, 2011) não têm mencionado a busca de associações entre variáveis sociodemográficas e CRE. Contudo, os resultados aqui encontrados corroboram com o achado no estudo de Zwingmann et al. (2006), contrastando, ao mesmo tempo, com o estudo brasileiro de Macieira (2007), em que nenhuma associação significativa foi encontrada entre a escolaridade e o CRE.

No que se refere à maior e à menor média dentre os oito fatores da dimensão CRE positivo e dentre os quatro fatores da dimensão CRE negativo, verificou-se que os fatores com as médias extremas nesse estudo – P4 (Posicionamento positivo frente a Deus), P7 (Busca pessoal de conhecimento espiritual), N2 (Posicionamento negativo frente a Deus) e N4 (Insatisfação com o outro institucional), respectivamente, foram semelhantes aos do estudo de Macieira (2007), com exceção da menor média dentre os fatores de CRE negativo, que no estudo de Macieira (2007) correspondeu ao fator N1 (Reavaliação negativa de Deus). Esses resultados revelaram uma média elevada no uso da estratégia em que o indivíduo procura pelo apoio de Deus quando encontra-se diante de uma situação estressante (Panzini, 2004), indicando a importância que os aspectos sagrados têm na vida dessas pacientes, podendo ser essa uma forma de facilitar a aceitação e superação da doença (Ferreira, Almeida, & Raser, 2008). Já a estratégia menos utilizada dentre os fatores positivos foi aquela em que há a busca por um maior conhecimento religioso/espiritual através da literatura ou da mídia religiosa/espiritual (Panzini, 2004). Como já sugerido por Macieira (2007), essa estratégia pode ter sido a menos comum devido à pobreza de hábitos de leitura existente na população brasileira. Somado a isso, encontra-se a utilização de estratégias em que a responsabilidade e o controle da situação são transferidos a Deus (Panzini, 2004). Embora o índice dessa estratégia tenha se revelado baixo pelos parâmetros de análise do instrumento, essa estratégia foi a mais comum dentre os quatro fatores da dimensão CRE negativo, reafirmando a importância de uma abordagem clínica que inclua as questões religiosas/espirituais das pacientes, já que a evolução do tratamento pode ser comprometida em decorrência da delegação passiva (Pargament, Kennell, Hathaway, Grevengoed, Newman, & Jones, 1988).

Não obstante, destaca-se a baixa média encontrada no fator N4, que denota poucos sentimentos de insatisfação com qualquer representante institucional (Panzini, 2004) dentre as participantes do estudo, sugerindo boas relações entre essas e suas comunidades religiosas.

Quanto à rede de apoio, foi possível identificar uma tendência, que precisa ser mais investigada, das mulheres que não moram com os filhos de apresentarem uma Reavaliação negativa de Deus (Fator N1), o que é configurado pelo questionamento de Seu poder, amor, proteção e desígnios. Conforme Panzini (2004), comumente essa estratégia vem acompanhada de sentimentos negativos, tais como revolta, culpa, desamparo e mágoa. Tendo em vista o tratamento doloroso que a doença implica, esses sentimentos poderiam estar relacionados à possibilidade dessas mulheres sentirem-se menos amparadas por seus filhos do que aquelas que convivem com esses, resultando em dúvidas sobre o amor e o zelo de Deus por elas. Em contrapartida, nenhuma diferença significativa foi encontrada entre as mulheres que conviviam com os cônjuges daquelas que não os tinham, ao contrário do descrito na pesquisa de Zwingmann et al. (2006), em que as mulheres sem companheiros apresentaram maiores índices de CRE negativo. Esse resultado pode estar relacionado à qualidade das relações maritais e ao tipo de apoio oferecido pelos cônjuges que, em alguns casos, é baixo ou inexistente.

Os resultados também revelaram maiores índices de CRE total e positivo dentre as mulheres com alta e média frequência a encontros de natureza religiosa, parecendo sinalizar os efeitos benéficos de um envolvimento religioso. De fato, em muitas circunstâncias, a comunidade religiosa desempenha uma função de apoio e de amparo (Feher & Maly, 1999), auxiliando as pessoas no manejo de situações estressantes através de palavras e de ações. Em adição, os fatores P6 (Ações em busca do outro institucional) e P7 (Busca pessoal de conhecimento espiritual) apresentaram diferenças extremamente significativas entre os grupos, indicando que a aproximação das mulheres com locais, membros ou representantes religiosos pode auxiliar no entendimento da doença, seja através do incremento da prática religiosa e/ou do acréscimo do conhecimento religioso/espiritual. Tal conhecimento é comumente oferecido pelas instituições religiosas, sendo compartilhado através da leitura, pregação e discussão de trechos de livros sagrados, podendo repercutir ou não em um processo de meditação/reflexão pessoal. Ademais, encontra-se uma diferença significativa entre as mulheres com alta e baixa frequência a encontros de natureza religiosa no fator P8 (Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade), que abarca as estratégias em que o indivíduo procura alívio temporário para o estresse vivenciado nos aspectos religiosos e espirituais, facilmente compreendido entre mulheres com alta frequência a encontros de

natureza religiosa. Conforme Panzini (2004), a estratégia de afastamento difere da esquiva, uma vez que a pessoa não nega o problema, mas altera o foco de sua atenção por um período de tempo, não sendo, portanto, caracterizada como uma estratégia prejudicial.

No que abrange as estratégias de CRE negativo, apenas uma diferença significativa foi encontrada entre os grupos de baixa e média e baixa e alta frequência a encontros de natureza religiosa, sendo essa no fator N1 (Reavaliação negativa de Deus). Esse resultado indica que as mulheres com baixa frequência a encontros de natureza religiosa apresentam médias superiores quanto ao questionamento de Deus, de seu amor, proteção e desígnios quando comparadas àquelas com média e alta frequência a esses estabelecimentos. Talvez, esse resultado possa ser influenciado pelo modo com que as instituições religiosas renovam e estimulam a fé de seus membros, evitando o aparecimento de dúvidas quanto ao desvelo e a fidelidade de Deus.

A percepção subjetiva das mulheres sobre quem é Deus permitiu a identificação de oito categorias, as quais foram compostas, exclusivamente, por atributos positivos. As mulheres que percebiam Deus como Presença ou Condição de existência/sobrevivência apresentaram médias inferiores na razão CREN/CREP, revelando um maior uso de CRE positivo em relação ao CRE negativo. Além disso, aquelas que percebiam Deus como Condição de existência/sobrevivência apresentaram médias superiores no fator P8 (Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade). O fato de ver Deus como uma condição de vida poderia explicar a aproximação das mulheres com as instituições religiosas, visto que a participação em rituais é, por vezes, compreendida como uma condição para se alcançar algo. Da mesma forma, a busca por essas manifestações formais das religiões poderia ser vista como um modo de “alimentar” a fé, garantindo-se a vida (Deus = condição). Somado a isso, o maior uso da estratégia de afastamento do problema através de questões religiosas/espirituais pelas mulheres com essa percepção poderia estar relacionada à incerteza de cura que acompanha um diagnóstico de câncer de mama. A crença de que Deus é Condição de sobrevivência/existência poderia facilitar o afastamento temporário de pensamentos ligados à doença, uma vez que Ele poderia ser visto como alguém capaz de prover a vida, mesmo sob a severidade da doença. Destaca-se que as mulheres que não relataram ter a percepção de que Deus é Condição de existência/sobrevivência ou um(a) Ser/força/poder superior apresentaram médias significativamente maiores no fator N4 (Insatisfação com o outro institucional). Tal resultado pode indicar que as mulheres que não realizam um enaltecimento de Deus apresentam mais conflitos e sentimentos de insatisfação com os membros/representantes de suas instituições religiosas e com suas crenças, talvez, por

permitirem que desavenças e dificuldades geradas entre os membros de sua igreja sejam sobrepostos a sua fé.

Considerações Finais

O presente estudo revelou que as mulheres utilizam mais estratégias de CRE positivo do que de CRE negativo para lidar com o estresse gerado pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama, corroborando com os resultados encontrados em outras pesquisas (Gall et al., 2009; Hebert et al., 2009; Macieira, 2007; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, & Newman, 2011). Além disso, o fato de todas as participantes terem alegado acreditar em Deus, evidenciado pelo alto índice de CRE total da amostra, reafirma o lugar que a religião e a espiritualidade ocupam na vida dessas mulheres, devendo ser essas crenças reconhecidas e valorizadas pelos profissionais da saúde. Esses achados sugerem que o CRE ajuda as pacientes a lidar com o estresse da doença, podendo servir como um recurso potencial durante o tratamento. Entretanto, percebe-se que as estratégias de CRE negativo também estiveram presentes, merecendo ser observadas e trabalhadas para promover uma melhor adaptação.

Os resultados aqui encontrados não são passíveis de generalização, devido ao número reduzido e aos critérios de seleção da amostra e ao caráter transversal do estudo. Devido à impossibilidade de acessar alguns exames das participantes, houve deficiência de alguns dados para a descrição da amostra quanto ao estágio da doença e ao tipo de câncer. Somado a isso, o delineamento *ex post facto* e a não delimitação de um tempo máximo do diagnóstico para a seleção das participantes acarretaram em uma grande diferença entre as mulheres quanto ao tempo da experiência da doença, variando de quatro meses a 16 anos. Outra limitação do estudo foi a investigação da percepção subjetiva de Deus através de uma questão aberta e não de um instrumento específico. Talvez as participantes não tenham mencionado nenhuma característica negativa de Deus em suas afirmativas em virtude da desejabilidade social.

O número reduzido de estudos sobre essa temática no Brasil e o aumento de mulheres diagnosticadas com essa enfermidade sugerem que mais pesquisadores investiguem o papel do CRE na adaptação psicológica e no processo de diagnóstico, tratamento e recuperação de mulheres com câncer de mama. Futuros estudos poderiam explorar a diversidade de crenças e de aspectos culturais em nosso país a partir desse prisma, acompanhando longitudinalmente as variações do CRE conforme a evolução do tratamento e recuperação das mulheres. Além disso, seria interessante que além de incluir a religião e a espiritualidade no tratamento e nas

pesquisas com mulheres com câncer de mama, que os profissionais e pesquisadores distinguíssem esses dois constructos, tendo em vista que esses podem afetar a adaptação psicológica e as respostas ao estresse de diferentes formas (Purnell, Andersen, & Wilmot, 2009).

Por fim, enfatiza-se a necessidade de políticas públicas mais efetivas, que promovam a qualidade de vida e amenizem o sofrimento de mulheres mastectomizadas. Como verificado neste estudo, 89,2% das participantes não havia realizado a cirurgia plástica reconstrutiva da mama, revelando a urgência de uma maior proporção e brevidade desse procedimento para as mulheres brasileiras, já que a demora pode agravar ainda mais os prejuízos para a autoimagem e o sofrimento.

Referências

- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Faria, J. B. de, & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Faria, J. B. de, & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 11(1), 155-164.
- Feher, S., & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Ferreira, C. B., Almeida, A. M. de, & Rasera, E. F. (2008). Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 863-871.
- Gall, T.L., Younger, M. G., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1165–1178.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA. (2011). *Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil*. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA.

- Janiszewska, J., Buss, T., Walden-Gałuszek, K. de, Majkiewicz, M., Lichodziejewska-Niemierko, M., & Modlińska, A. (2008). The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stages. *Support Care Cancer, 16*, 1361–1366.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what*. United States of America: Templeton Foundation Press (Original publicado em 2002).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lieberman, M. A., & Winzelberg, A. (2009). The relationship between religious expression and outcomes in online support groups: A partial replication. *Computers in Human Behavior, 25*, 690-694.
- Macieira, R. de C. (2007). *Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama em mulheres*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Santo Amaro, Faculdade de Medicina, Santo Amaro, SP.
- Montero, I., & Leon, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 847-862.
- Nazário, A. C. P., & Kemp, C. (2007). Câncer de mama. In A. C. Lopes (Ed.), *Diagnóstico e tratamento*(pp.692-709). Barueri, SP: Manole.
- Panzini, R. G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo, Maringá, 10*(3), 507-516.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 126-135.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for Scientific Study of Religion, 27*(1), 94-104.

- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*(4), 519-543.
- Pargament, K. I., Magyar-Russel, G. M., & Murray-Swank, N. A. (2005). The sacred and the search for significance: Religion as a unique process. *Journal of Social Issues, 61*(4), 665-687.
- Purnell, J. Q., Andersen, B. L., & Wilmot, J. P. (2009). Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Counseling and Values, 53*(3), 165.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., & Brower, L. (2000). Spirituality, demographic and disease factors, and adjustment to cancer. *Cancer Practice, 8*(6) 298-304.
- Shaw, B., Han, J. Y., Kim, E., Gustafson, D., Hawkins, R., Cleary, J. et al. (2007). Effects of prayer and religious expression within computer support groups on women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 16*, 676–687.
- Schreiber, J. (2011). Image of God: Effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 38*(3), 293-301.
- Silva, L. C. da. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo, Maringá, 13*(2), 231-237.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology, 20*(7), 771-782.
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber J., & Murken, S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(6), 533–547.

“Se não podes entender, crê para que entendas.

A fé precede, o intelecto segue”.

Santo Agostinho

Seção III – Artigo Empírico

COMPREENDENDO O COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL POSITIVO EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO QUALITATIVO

Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o de maior incidência dentre as mulheres. Origina-se da multiplicação anormal das células da mama, formando uma massa tumoral que é capaz de expandir-se para outros órgãos e tecidos do corpo humano (Nazário & Kemp, 2007). O câncer é uma doença de causa multifatorial e que surge em decorrência da interação de fatores genéticos e ambientais (Xavier, Gottlieb & Costa, 2006). O prognóstico de pacientes com tumores pequenos e localizados é muito mais eficiente do que aqueles com doença avançada ou metástase, existindo claras evidências de que o diagnóstico e o tratamento em uma fase pré-sintomática do câncer de mama estão associados a melhores índices de sobrevivência (Bish, Ramirez, Burgess, & Hunter, 2005).

Devido ao estresse e ao sofrimento psíquico gerado pelos tratamentos invasivos, tais como mastectomia, quimioterapia e radioterapia, é provável que a mulher com câncer de mama fique fragilizada, tendo uma baixa nos seus níveis de autoestima e dificuldades nas áreas da sexualidade, maternidade e feminilidade (Silva, 2008; Muller, Hoffman, & Fleck, 2006; Wanderley, 2003). Em adição, é possível que sentimentos de vergonha e rejeição sejam despertados, uma vez que o seio é considerado um símbolo da sensualidade. Assim, impactos no relacionamento conjugal e na identidade feminina (Wanderley, 2003) podem emergir, sendo esses decorrentes da lesão mamária e/ou dos efeitos secundários do tratamento (redução do interesse sexual, diminuição da libido, alteração na produção de hormônios sexuais e menopausa precoce) (Silva, 2008).

A forma como as pessoas lidam com as situações estressantes da vida resulta na utilização de estratégias cognitivas e comportamentais. Tal processo é chamado de *coping*¹⁰ (Lazarus & Folkman, 1984) e tem por objetivo a preservação da saúde mental e física dos sujeitos perante as adversidades (Antoniazzi et al., 1998; Straub, 2005). São muitas as pesquisas desenvolvidas nas áreas de estresse e *coping* nos últimos 30 anos, contudo, foi

¹⁰O termo *coping*, em português, pode significar “enfrentar”, “lidar com” ou “adaptar-se a” (Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998). Nesse artigo, será utilizada a palavra *coping*, tendo em vista que a tradução por “enfrentamento” parece não expressar a complexidade do conceito.

apenas recentemente que os pesquisadores voltaram sua atenção para o recurso potencial da religião e da espiritualidade em indivíduos que lidam com eventos estressantes da vida (Gall & Cornblat, 2002). De modo especial, Pargament (1997) apresenta a definição de *coping* religioso como a utilização da fé, religião ou espiritualidade no manejo das situações estressantes ou dos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida. Para esse autor, não é surpreendente que os aspectos religiosos surjam em situações estressantes, uma vez que as dificuldades e os sofrimentos têm sido o centro da maioria das religiões do mundo, existindo, por parte dessas, uma profunda apreciação da natureza dolorosa da vida humana.

George, Larson, Koenig e McCullough (2000) destacam que a espiritualidade, quando separada da religiosidade, não apresenta uma história substancial na pesquisa científica. Contudo, os autores afirmam que, apesar dessa negligência por parte dos pesquisadores, as pessoas frequentemente relatam que suas práticas e crenças espirituais são suas principais fontes de forças pessoais. Para eles, diferenciar religião e espiritualidade pode ser algo complexo uma vez que, além do entrelaçamento histórico dos dois conceitos, são poucas as pesquisas que separam essas duas dimensões.

No entanto, é possível observar similaridades e diferenças entre esses termos. Ambos os construtos apresentam foco no divino, crenças no sagrado, efeitos dessas crenças no comportamento e experiências de estados de consciência, podendo ser cultivadas de forma individual ou coletiva (George et al., 2000; Marques, 2010). O que distingue um conceito do outro é o fato de a religião estar relacionada a uma determinada instituição, a dogmas e rituais pré-estabelecidos, sendo mais rígida e ortodoxa, enquanto que a espiritualidade, de modo informal e criativo, está associada a uma busca de sentido para a vida, a um processo interior, autêntico e pessoal, que pode ou não conter uma busca religiosa (Cavalheiro, 2010). A espiritualidade, portanto, está presente em qualquer pessoa que se questione sobre sua existência, ao passo que a religião representa o modo como esse sentido foi construído por meio de crenças e práticas institucionalizadas (Hennezel & Leloup, 2001). Diante disso, torna-se claro o quão próximos e distintos podem ser esses termos: enquanto algumas pessoas afiliam-se a uma determinada religião e podem ser espiritualizadas, outras podem preferir desenvolver sua espiritualidade sem necessariamente vincular-se a alguma instituição religiosa, cultivando práticas e valores de forma privada (Marques, 2010).

No que se refere à saúde física e mental, são muitos os fatores que têm sido relacionados a um envolvimento religioso/espiritual, uma vez que este é capaz de estimular hábitos e estilos de vida saudáveis, diminuindo aqueles de cunho nocivo (George et al., 2000; Guimarães & Avezum, 2007; Paiva, 2007; Panzini & Bandeira, 2007; Park, Edmondson,

Hale-Smith, & Blank, 2009; Peres, Arantes, Lessa, & Caous, 2007). Somado a isso, a religiosidade e a espiritualidade têm sido relacionadas ao bem-estar e ao apoio social em pacientes com doenças crônicas, sugerindo-se que esses aspectos possam ser integrados no atendimento, melhorando a qualidade de vida (Peres et al., 2007). Conforme Vasconcelos (2009), a forma como o paciente lida com a doença crônica difere daquele que possui um adoecimento de cunho infeccioso ou parasitário, já que a doença exige mudanças significativas no modo de vida dos sujeitos. Segundo o autor, a espiritualidade poderia ser um recurso utilizado nesta ressignificação da própria existência, auxiliando na construção desse novo sentido e estilo de viver.

Pesquisas internacionais que utilizaram delineamento qualitativo (Feher & Maly, 1999; Gall & Cornblat, 2002; Taleghani, Yekta, & Nasrabadi, 2006), assim como pesquisas nacionais (Caetano, Grandim, & Santos, 2009; Ferreira, Almeida, & Rasera, 2008), têm buscado compreender como as mulheres lidam com o diagnóstico do câncer de mama e seu consequente tratamento. Essas, por sua vez, têm apresentado o papel da religiosidade/espiritualidade no processo de *coping*, destacando o quanto a crença em um poder superior (comumente referido como Deus) possibilita sentimentos de conforto e esperança face ao sofrimento. Além disso, estudos quantitativos têm confirmado o potencial recurso da fé no processo de adaptação à doença (Aukst-Margetić et al., 2009; Balboni et al., 2007; Levine, Aviv, Yoo, Ewing, & Au, 2009; Paiva et al., 2011; Schreiber, 2011; Yanes et al., 2009; Wildes, Miller, Majors, & Ramirez, 2009).

Nos Estados Unidos, Feher e Maly (1999) examinaram as estratégias de *coping* religioso/espiritual de 33 mulheres com câncer de mama. As autoras identificaram que as entrevistadas perceberam sentido nas suas vidas a partir da vivência da religião e da espiritualidade, além de suporte emocional e social. Um achado particular foi que a maioria dessas mulheres só conseguiu expressar quão emocionalmente dolorosa foi a notícia do diagnóstico de câncer quando questionadas sobre a sua religião; suas respostas haviam sido muito ríspidas quando perguntadas diretamente. Para algumas, a prece ajudava a diminuir a ansiedade quando era direcionada aos outros, sendo também feita na intenção de seus médicos e das atividades a eles atribuídas. Comumente, a oração é vista como uma tentativa de se relacionar com uma divindade. Neste estudo, entretanto, observou-se que ela ofereceu uma alternativa para as mulheres sentirem-se como parte da comunidade. As autoras concluíram que, embora a fé não fosse o único mecanismo de *coping* das mulheres em relação ao câncer, ficou clara sua força e sua eficácia.

Resultados semelhantes, apontando para os aspectos positivos da religiosidade/espiritualidade como estratégia de *coping* também foram encontrados nos estudos de Gall e Cornblat (2002) e Taleghani et al. (2006). Gall e Cornblat (2002) analisaram os textos produzidos por 39 mulheres canadenses, que discorreram sobre como os fatores religiosos/espirituais influenciaram sua compreensão e ajudaram a lidar com o câncer de mama. Conforme os autores, a maioria das participantes pontuou os aspectos positivos dos recursos religiosos/espirituais utilizados, sendo incluídos: o relacionamento com Deus, as atividades de *coping* religioso/espiritual, a construção de sentido e o apoio social. A partir disso, os autores desenvolveram um modelo de adaptação cognitivo, através do qual foi ilustrado o papel exercido pelos recursos religiosos/espirituais na elaboração de um senso de afirmação da vida e de crescimento pessoal/transformação, que, por conseguinte, oportunizam uma sensação de maior força interior e confiança para lidar com os demais problemas da vida. Taleghani et al. (2006), por sua vez, entrevistaram 19 mulheres iranianas recentemente diagnosticadas com câncer de mama e concluíram que a maioria das estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres eram positivas, sendo a fé religiosa a principal delas.

No Brasil, Caetano et al. (2009) identificaram, em pesquisa feita em Minas Gerais, a presença do desespero em 15 mulheres quando do diagnóstico do câncer de mama, estando esse associado a temores em relação à morte e ao cuidado do lar e dos filhos. A falta de informações sobre a doença foi indicativa de incertezas quanto ao futuro, sendo a esperança no avanço da Medicina e a confiança em Deus formas de encará-las. A fé em Deus foi a principal estratégia de *coping* utilizada, manifestando-se, inclusive, nas mulheres que relacionavam suas expectativas de cura ao avanço da medicina.

A busca por auxílio divino foi igualmente pontuada por Ferreira et al. (2008), em um estudo com sete casais do interior paulista que vivenciaram o câncer de mama feminino. A associação da doença com significados negativos, tais como sofrimento, dor e morte, afastaram a esperança dos casais de continuidade da vida, implicando em uma sensação de fragilidade, que acabou por culminar na busca por forças através de Deus. Essa relação com o divino demonstrou ser um recurso para lidar com a doença não apenas entre as pacientes, mas também entre seus cônjuges, ilustrando a necessidade do diálogo e da reflexão sobre essa realidade.

Outros estudos realizados no Brasil, mas com pacientes de diferentes tipos de câncer, também relacionaram o enfrentamento da doença com a religiosidade/espiritualidade. Fornazari e Ferreira (2010) realizaram uma pesquisa em São Paulo com dez mulheres com diferentes tipos de câncer que relataram ter intensificado a relação entre elas e um poder

superior após o diagnóstico do câncer. Conforme as autoras, os depoimentos forneceram indícios de que a fé está ligada de uma forma positiva à saúde, contribuindo para a redução do estresse e o aumento da qualidade de vida. Em Fortaleza, Linard, Silva e Silva (2002) efetivaram uma pesquisa com trinta mulheres com câncer ginecológico e, a partir de entrevistas, observaram que a fé em Deus atuou como uma força propulsora, capaz de estimular a esperança da cura da doença e de auxiliar no convívio com a incerteza da mesma.

O presente estudo está baseado na Psicologia Positiva, que apresenta como principal objetivo a mudança de foco da doença para o florescimento (*flourishing*) humano e/ou funcionamento ideal de pessoas, grupos e instituições (Gable & Haidt, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esse olhar diferenciado propõe a investigação dos processos e mecanismos que contribuem para um excelente funcionamento do indivíduo (Gable & Haidt, 2005), descobrindo as virtudes e potencialidades que possam favorecer o desenvolvimento positivo e saudável dos sujeitos (Snyder & Lopez, 2009). Conforme Seligman (2004), tais virtudes e forças pessoais devem ser empregadas nas diferentes áreas da vida (trabalho, amor, filhos) e em todas aquelas que o indivíduo avalia como “valendo a pena”, tornando as experiências do passado, presente e futuro as melhores possíveis. Para o autor, a vida significativa é aquela em que as forças pessoais são empregadas a serviço de algo maior que nossa própria existência, carregando nela própria o seu significado.

A Psicologia Positiva encontra-se em um momento de solidificação no âmbito da ciência psicológica, no qual psicólogos e pesquisadores têm se preocupado em estudar formas de fortalecer competências e não mais de corrigir deficiências, rompendo com um paradigma histórico da Psicologia (Paludo & Koller, 2006). Destaca-se que o intuito da Psicologia Positiva não é o de sair de um extremo para o outro, adotando uma visão romântica do ser humano, mas sim o de reconhecer as potencialidades inerentes à natureza humana, bem como suas formas de operação (Marques, 2010). O movimento, portanto, ao reconhecer as forças humanas e também as fragilidades esforça-se para compreender a condição humana na sua integralidade, buscando entender como se dão essas relações (Gable & Haidt, 2005). Assim, essa abordagem não rejeita a existência do sofrimento humano e dos transtornos mentais, mas se dedica a investigar diferentes pólos dessas questões (Paludo & Koller, 2006), tais como esperança, otimismo, felicidade, perdão, coragem, bem-estar, satisfação, sabedoria, espiritualidade, dentre outros (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Por fim, cabe pontuar que a Psicologia Positiva é uma abordagem transteórica, que pode ser aceita em pequenas ou maiores proporções por qualquer pessoa, sem ter por interesse as desagradáveis disputas

territoriais entre os profissionais de diferentes orientações teóricas (Biswas-Diener & Dean, 2007).

Diante do exposto, entende-se que investigar os aspectos positivos da religião e da espiritualidade envolvidos no processo de *coping* de mulheres com câncer de mama é uma forma de contribuir com o avanço científico desta nova perspectiva psicológica, fornecendo subsídios sobre a parte saudável do desenvolvimento humano que, por muito tempo, não foi contemplada. Assim, o presente estudo visa compreender, a partir da experiência de vida e do processo de adoecimento de mulheres com câncer de mama que apresentam índices elevados de *coping* religioso/espiritual positivo¹¹, o lugar que a religiosidade/espiritualidade ocupa em suas vidas, as formas de *coping* utilizadas durante o período do diagnóstico e tratamento e as possíveis mudanças ocorridas durante a experiência da doença.

Método

Delineamento

Transversal, qualitativo e exploratório (Flick, 2004; Gil, 2010).

Participantes

Sete mulheres com câncer de mama, oriundas de um estudo maior (Estudo 1) que avaliou os estilos de *coping* religioso/espiritual em 83 participantes. A partir dos resultados do Estudo 1, foram selecionadas as 15 mulheres que obtiveram o índice de *coping* religioso/espiritual positivo acima do desvio-padrão, verificado a partir da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE) de Panzini e Bandeira (2005). A média de CRE positivo na amostra do Estudo 1 foi de 3,52 (DP=0,56), e as participantes deste estudo apresentaram médias que variaram de 4,12 a 4,56.

Das 15 mulheres convidadas, sete aceitaram o convite para participação voluntária neste estudo. Dessas, seis alcançaram as médias mais altas dentre todas aquelas incluídas do Estudo 1. Das demais oito mulheres, cinco concordaram em participar do estudo, porém não compareceram no dia combinado para a coleta de dados, uma tinha seus telefones indisponíveis e duas disseram que não poderiam participar.

Todas as participantes estavam vinculadas à Liga Feminina de Combate ao Câncer e/ou ao Grupo Amigos de Mãos Dadas, grupos estes de apoio a pacientes com câncer, que estão localizados na Região Metropolitana de Porto Alegre – RS. Possuíam, em média, 51,5

¹¹ “*Coping* religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama”. Manuscrito submetido à publicação.

anos (DP=7,2) e haviam recebido o diagnóstico de câncer de mama, em média, há 43,4 meses (DP = 14,6). Quatro mulheres haviam sido diagnosticadas com carcinoma ductal infiltrante, duas com carcinoma ductal in situ e uma com carcinoma lobular infiltrante. Quanto à cirurgia de mastectomia, apenas uma passou por procedimento bilateral, sendo quatro cirurgias conservadoras e três radicais. Todas declararam ter atividade privativa de oração diariamente e cinco afirmaram frequentar semanalmente locais de oração. A Tabela 7 apresenta as principais características das participantes.

Tabela 7

Características Sociodemográficas e Clínicas das Participantes¹² (N=7)

Participantes / Variáveis	Margarida	Tulipa	Gérbera	Violeta	Hortênsia	Rosa	Orquídea
Estado civil	casada	divorciada	divorciada	casada	casada	casada	casada
Número de filhos	1	3	2	2	5	2	4
Anos de estudo	5	5	11	10	3	3	7
Renda familiar	2 a 3 s/m ¹³	2 a 3 s/m	1 a 1 ½ s/m	1 a 1 ½ s/m	1 a 1 ½ s/m	1 a 1 ½ s/m	1 a 1 ½ s/m
Religião	Adventista	Batista	Católica	Católica	Testemunha de Jeová	Católica	Católica
Tempo de diagnóstico e de mastectomia	35 e 26 meses	39 e 31 meses	63 e 56 meses	35 e 32 meses	35 e 29 meses	66 e 60 meses	31 e 28 meses
Nº de sessões de quimioterapia e radioterapia	8 e 35	8 e 38	Não fez	0 e 35	0 e 33	0 e 33	6 e 0
Hormonoterapia	sim	sim	não	não	sim	sim	não
CRE Positivo	4,56	4,56	4,50	4,39	4,30	4,26	4,12

Instrumentos

Foram organizados dois grupos focais, no intuito de que a experiência pessoal do câncer de mama fosse discutida entre as participantes. No primeiro, três mulheres participaram e no segundo cinco, ocorrendo a participação de uma das mulheres em ambos os grupos. Para a realização do grupo focal foram seguidas as orientações indicadas por Gatti (2005) de homogeneidade entre as participantes; formação de círculo, de modo a proporcionar

¹²Os nomes das participantes foram substituídos por nomes de flores, para garantir a preservação de suas identidades.

¹³Salários mínimos.

uma discussão face a face; inclusão de dois auxiliares de pesquisa; breve autoapresentação do pesquisador e dos objetivos do encontro, existindo flexibilidade e um mínimo de intervenção por parte do pesquisador durante a realização dos grupos; e, da duração, sendo não mais do que três horas, e frequência de um a dois encontros para se obter material para uma boa análise. A opção por esse recurso metodológico se deu em razão da interação proporcionada pela discussão em grupo, que facilita o acesso aos conteúdos que poderiam não ser verbalizados, caso essa não ocorresse (Flick, 2004), tais como ideias, opiniões, valores, preconceitos, crenças, hábitos (Gatti, 2005). Somado a isso, o fato das mulheres já integrarem um ou ambos os grupos, contribuiu-se também para que a escolha por esse instrumento fosse efetuada.

As perguntas que conduziram a discussão foram: "Como foi quando vocês receberam a notícia do diagnóstico?"; "Como vocês lidaram com o diagnóstico e o tratamento?"; "Vocês notaram o impacto da religiosidade/espiritualidade na saúde?" e "Que papel tem a religião/espiritualidade em sua vida?". Com o intuito de garantir um registro mais preciso, foram empregados três gravadores de voz e uma filmadora na sala. As verbalizações foram transcritas e analisadas.

Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados

O convite para participação dos grupos focais, bem como a explicação do objetivo do estudo foram realizados por intermédio de ligações telefônicas. Para a realização do primeiro grupo, foi possível contatar 12 mulheres (duas tinham seus telefones indisponíveis e uma não pôde/quis falar) e, destas, todas disseram que iriam participar ou que tentariam comparecer ao encontro. Contudo, apenas três compareceram. Para a organização do segundo encontro foi feito, novamente, o contato telefônico, não sendo possível convidar apenas uma das mulheres. Nessa tentativa, duas avisaram que não poderiam comparecer, mas somente cinco estiveram presentes, considerando que uma delas já era integrante do primeiro grupo focal.

Os grupos ocorreram em setembro de 2011, no espaço em que o Grupo Amigos de Mãos Dadas se encontra semanalmente. A coordenadora do grupo dispôs de duas auxiliares de pesquisa e deu início à atividade expondo, novamente, a proposta do estudo. Em seguida, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G) foram entregues a todas as participantes, pedindo para que elas o assinassem em duas vias, ficando uma de posse da participante e a outra da pesquisadora. Logo após, foi oferecido um espaço de reflexão e diálogo, sendo esse conduzido através das perguntas norteadoras supracitadas. O primeiro encontro teve duração de 53 minutos e o segundo de duas horas.

Ao final dos encontros, foi avisado às participantes que seria feita uma devolução dos resultados encontrados nessa pesquisa no próximo ano. Contudo, por ainda não ter esse momento de socialização definido, foi também informado sobre a possibilidade de apresentá-los em uma das reuniões do Grupo Amigos de Mãos Dadas ou, então, em um dos encontros mensais de apoio aos pacientes e familiares oferecidos pela LIGA. Independente do espaço, foi acordado que elas seriam comunicadas, pelos respectivos grupos, o dia e o local em que isso ocorreria.

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e obteve aprovação de número 193/2010.

Análise dos Dados

Foi realizada análise de conteúdo das verbalizações (Bardin, 1977), cujo intuito foi o de conhecer as similaridades e as particularidades de mulheres com câncer de mama com índices elevados de *coping* religioso/espiritual positivo, no que diz respeito ao lugar que a religiosidade/espiritualidade ocupa em suas vidas, às formas de *coping* utilizadas durante o período do diagnóstico e tratamento e às possíveis mudanças ocorridas após a experiência da doença. Primeiramente, três pesquisadoras realizaram leituras exaustivas do material, o que permitiu a identificação de unidades temáticas. Em seguida, essas unidades foram codificadas, possibilitando a nomeação dos eixos temáticos e das categorias por duas pesquisadoras.

Resultados e Discussão

A análise dos resultados revelou três eixos temáticos que deram origem a várias categorias, como pode ser observado na Tabela 8. A seguir, as categorias serão exemplificadas com as falas das participantes e discutidas à luz da teoria.

Tabela 8

Descrição dos Eixos Temáticos e das Categorias

Eixos temáticos	Categorias
Lugar da religiosidade/espiritualidade na vida	Lugar de Deus nas suas vidas Origem/significado da doença e da morte Evangelização como missão Vida familiar
Formas de <i>coping</i>	Negação Apoio Social <i>Coping</i> religioso/espiritual: atividade x passividade
Mudanças após a doença	Ausência de mudança Positivas Negativas

Lugar da Religiosidade/Espiritualidade na Vida

Ao serem questionadas sobre o lugar que a religiosidade/espiritualidade ocupa na vida, as participantes discorreram sobre diferentes imagens acerca de Deus. Tais percepções apresentaram uma imagem positiva, de um Deus que é presente, correto e sutil, como pode ser observado nas seguintes falas: *“Porque a gente se agarra a Deus. E tu tem a fé... é tão bom!”* (Orquídea); *“Deus é a luz”* (Gérbera); *“Ele consola”* (Hortência); *“Deus é fiel”* (Rosa); *“Deus é justo”* (Margarida) e *“Deus toca na gente nas pequenas coisas pra fazer”* (Violeta). Além disso, as participantes destacaram o poder superior de Deus, capaz de controlar o tempo e os acontecimentos, de realizar coisas além da nossa capacidade de compreensão e de proporcionar situações para que as pessoas possam perceber como estão agindo e decidam mudar. Tal situação foi sinalizada por Orquídea, que contou que no dia de sua cirurgia de mastectomia encontrou uma *“mulher sem o braço, toda pintada, toda bem arrumada, feliz da vida”* e que esse encontro permitiu a seguinte reflexão: *“Meu Deus do Céu, eu vou tirar só o seio, que está por dentro, eu coloco uma blusa. Deus vai me ajudar, eu vou conseguir vencer isso”*. Esse acontecimento foi entendido por Orquídea como uma manifestação de Deus, como um momento proporcionado por Ele para que ela fosse para a cirurgia pensando sob uma perspectiva diferente: *“Bah, foi tão bom ver aquela pessoa, parece que Deus me mostrou ela. [...] Ele permitiu eu ver”*. Rosa também pontua esse cuidado de Deus, de preparar as situações e as apresentar no momento certo: *“Deus é fiel e Ele não tarda, Ele faz as coisas na hora certa”*. Para ela, a cura do vício do alcoolismo de seu filho, antes do surgimento do câncer de mama, foi algo proporcionado por Deus, afirmando que *“se [o câncer de mama] fosse naquela época que ele bebia, talvez eu não ia conseguir nem ter superado o meu problema”*.

Diferentemente, Tulipa, ao longo de suas verbalizações, descreve um Deus permeado por ambiguidades, capaz de dar a vida e a morte (*“Se Deus quer, nós temos vida e se Ele não quer, pode ser no meio do recurso, Ele tira a nossa vida”*), a alegria e dor (*“Foi muito choro, que me durou a noite toda. Mas, de manhã, sempre Deus me deu alegria!”*), a saúde e a doença (*“Se Ele colocou a enfermidade em mim, Ele tem poder para tirar”*), o amor e a dificuldade (*“Deus, Ele [põe à] prova aquele que Ele ama”*) e de ser misericordioso e punitivo (*“Ele é amor, mas é justiça também. Ele também vai me punir se eu não fizer a vontade Dele, da forma como Ele quer”*). Além disso, é possível perceber diferenças entre a percepção que Tulipa tem de Deus e de Jesus. Há, claramente, uma distinção que refere a Jesus como uma figura misericordiosa, benevolente, capaz de salvar; e a Deus como um juiz, capaz de dar coisas boas, mas também, de punir. Expressões como *“Isso [referindo-se à*

capacidade de perdoar] *é só Jesus! E é só Ele mesmo! Porque é Ele quem resolve a minha e a tua vida*” e *“Eu acho que o maior recurso da nossa vida é Jesus”* denotam essa visão de que Jesus é a salvação. De modo particular, quando fala *“Meu Deus, só Jesus! [referindo-se ao seu câncer, que aumentou muito de tamanho em virtude da demora pela busca de tratamento]”*, Tulipa chega a invocar o nome de Deus para pedir por seu maior auxílio: Jesus. Talvez esse pedido de ajuda, direcionado exclusivamente para Jesus, esteja associado à crença de que, para muitas religiões, Ele tenha passado pelo sofrimento da crucificação, tendo ressuscitado e salvado a humanidade através disso. O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama poderiam estar relacionados a essa dor da crucificação, existindo a convicção de que Jesus, por ser alguém que venceu o sofrimento, poderia prover a salvação, trazendo uma nova vida após o tratamento e até mesmo a cura para a enfermidade.

Outro aspecto presente nas discussões foi a abertura de todas as participantes à diversidade religiosa. Ainda que, por alguns momentos tenham existido algumas discussões teológicas, o discurso das mulheres apontou para a importância da fé, da crença em Deus, independente da filiação religiosa: *“Não tem denominação de igreja que vai salvar, é Deus, é Jesus e mais ninguém”* (Rosa); *“Religião não salva ninguém, o que salva é a nossa fé”* (Hortência); *“Não quer dizer [a crença], porque Deus é um só!”* (Orquídea); *“A placa não vai levar para o céu. Quem vai me levar pro céu é Jesus”* (Tulipa); *“Eu gosto de todas as religiões”* (Margarida); *“Deus é um só, cada um na sua”* (Violeta). De modo particular, Gérbera demonstra uma desvinculação de qualquer instituição religiosa, percebendo e sentindo em seu próprio lar a presença de um poder superior: *“Eu tenho para mim que Deus é religião. A minha casa é o meu templo. E dentro do meu templo eu tenho Jesus. Não é ali naquele templo, não é ali naquela igreja, entendeu?! Eu tenho pra mim assim ó: a minha religião é Deus, Deus é a minha religião, a minha casa é o meu templo. Então, é ali que eu peço, é ali que eu choro, ali que eu vivo, ali que eu peno meus pecados, ali que eu me ajoelho, que eu imploro. É ali que Deus está”*. Além da primazia da fé em Deus em relação à filiação religiosa, as participantes discorreram sobre a importância do modo de viver, de se relacionar com o mundo e com os demais, afirmando que a experiência de uma profunda religiosidade/espiritualidade deve também se manifestar em ações concretas, como pode ser observado nas seguintes falas: *“Não adianta tu ir lá, pegar a bíblia o dia todo e ficar lendo, chegar alguém [...] e não seguir as coisas”* (Violeta); *“Todo o dia na igreja e não seguir o caminho de Deus”* (Margarida); *“O amor é o maior dom que tem no mundo, é o amor. Aquele que não amar, não adianta”* (Tulipa); *“[Tem que ter] Compaixão pelas pessoas. Não adianta*

alguém vir te falar uma coisa e tu dizer: 'Ai, te vira, te rala', né?! Se tu pode fazer uma coisa por aquela pessoa faz, né?!' (Rosa). Tais verbalizações refletem a busca de um viver calcado em valores como o amor, o respeito e a solidariedade, comumente associados a princípios religiosos, os quais se baseiam no mandamento: Faça ao próximo aquilo que desejas para ti mesmo.

A compreensão do surgimento do câncer de mama revelou estar associada a questões religiosas/espirituais. Tulipa, novamente, apresenta-se imersa em uma posição de ambiguidade, já que questiona se a doença foi enviada por Deus ou Satanás, denotando quão tênue pode ser a linha que separa essas duas figuras: *“Se foi Ele que está tocando em mim, agindo na minha vida, eu aceito. Agora, se é Satanás, eu não aceito na minha vida”*. Entretanto, é possível observar em suas verbalizações seguintes, que essa aceita a doença por acreditar que foi Deus quem a enviou, tendo a certeza de que Ele estaria ao seu lado, amparando-a nesse momento. Tal pensamento reflete faces opostas deste mesmo Deus, que dá a prova e, ao mesmo tempo, a ajuda, o que pode indicar a existência de um conflito religioso/espiritual: *“... [a profetisa disse que] era o Senhor mesmo que estava agindo e tocando em mim. Que Ele tinha uma obra muito grande comigo, mas que Ele precisava me provar e ia colocar numa fornalha muito grande. Mas nessa fornalha eu não ia entrar sozinha, Ele iria entrar comigo. E passei pela fornalha”*. Conflitos de ordem religiosa/espiritual foram encontrados na maioria das participantes do estudo de Taleghani et al. (2006), existindo a visão de que a doença era uma prova enviada por Deus e que deveria ser passada com orgulho. Entretanto, Koffman, Morgan, Edmonds, Speck e Higginson (2008) apontaram que, ainda que poucos dos participantes de sua pesquisa tenham tido essa visão, reduzindo sua responsabilidade pessoal pelo surgimento da doença, essa atitude não foi considerada uma resposta passiva à doença ou de conflito religioso/espiritual, já que essa visão estaria incorporada a certeza de que é Deus quem controla e decide a vida, particularmente, no contexto da experiência do câncer. No caso de Tulipa, percebe-se a existência dessas duas visões, sendo o câncer de mama compreendido como uma prova (fornalha) que, com o auxílio de Deus, pode ser passada e vencida, já que é Ele quem possui o controle das situações: *“Se nós vamos passar por algo que Deus determinou, lá na frente está a vitória”*.

Sob uma óptica mais positiva, Rosa relata uma intencionalidade de Deus ao permitir o desenvolvimento da doença, atribuindo à experiência do câncer de mama um sentido/significado maior, para além da enfermidade. Tal compreensão é fundamentada no entendimento de que as dificuldades nos trazem ensinamentos e nos permitem a reavaliação

de aspectos não antes considerados, existindo uma razão da doença em sua vida: *“Nada é por acaso que acontece na vida da gente”* e *“... se Deus colocou aquilo [câncer de mama] ali, é porque Ele tem um plano com a gente”*. A perspectiva de que Deus tem um plano para cada ser humano e que tudo acontece com algum propósito, parece auxiliar na construção de um sentido para a doença (Feher & Maly, 1999), elevando o grau de controle da situação e o senso de esperança, apesar de todos os desafios que surgem quando do diagnóstico de câncer de mama (Swinton, Bain, Ingram, & Heys, 2011). Destaca-se, também, que Rosa é a única que agradece a Deus pela doença (*“... eu agradeço a Deus, que Deus me colocou isso [câncer de mama]”*), estabelecendo uma clara e pertinente distinção entre Deus dar *versus* Deus permitir a doença: *“Eu sei que não foi Ele [que deu a doença]. Só que Ele permitiu que acontecesse. [...] Deus não manda nada de ruim para nós. Deus é bom!”*. Essa permissão parece exprimir a ideia de que Deus, ao ter o poder para curar a doença e não o ter feito, consente que a enfermidade se manifeste a fim de favorecer o desenvolvimento pessoal, diferentemente de qualquer visão associada ao pecado, castigo ou punição. Tal visão punitiva é observada em Margarida quando diz que a doença *“É consequência do pecado”* e também por Tulipa, quando refere o aparecimento da doença em virtude de um sentimento de culpa: *“Eu já sabia que eu tinha um câncer quando eu fui na doutora, não precisava ninguém falar para mim. Eu sabia da minha falha com Deus”*. Em contrapartida, as demais participantes discordam desse tipo de entendimento, acreditando que o câncer de mama está associado a outros fatores tais como pressa, cansaço, lutos familiares, problemas de trabalho, podendo ocorrer com qualquer pessoa: *“Isso aí [câncer de mama] é quase normal. Está dando seguido nas pessoas”* (Hortência).

As crenças religiosas/espirituais das participantes também demonstraram proporcionar um sentido para a morte, sendo essa entendida como uma condição para alcançar uma nova vida, em um outro lugar, ou como uma recompensa: *“Se nós morremos hoje e somos fiéis a Deus, e fazemos a vontade Dele, vamos ter uma nova vida, uma ressurreição”* (Hortência); *“...se Deus criasse cada um de nós e nós morrêssemos, e nós nunca mais iríamos existir, Deus não ia ser justo. E, porque Deus é justo, nós vamos ressuscitar, pela fé, né?!”* (Margarida). Inclusive, sob esse aspecto, cabe destacar a ocorrência de uma discussão entre as participantes no que se refere ao destino final da humanidade e à existência de vida após a morte, existindo uma idealização de um novo mundo, uma nova terra, a qual é ilustrada através de dualidades como céu e inferno, bons e maus, justos e injustos: *“Minha amiga, só um pouquinho. Você não vai para o céu. Você vai ficar aqui na Terra. O novo paraíso vai ser*

aqui” (Hortência); “... acho que o inferno é aqui e o paraíso é aqui” (Violeta); “Pelo que eu sei na bíblia aqui vai se tornar um caldeirão e o paraíso é no céu [...] Se a senhora não quer servir a Jesus, não sirva, mas a senhora sabe que no paraíso a senhora não vai entrar. Nas mansão celestial [nas mansões celestiais], então. Eu não estou mentindo, estou falando o que está na bíblia” (Tulipa). No intuito de evitar conflitos, a pesquisadora optou por intervir, solicitando que fossem respeitadas as crenças de cada uma das mulheres.

Algumas participantes verbalizaram o quanto a religião está imbuída em suas atividades diárias. Violeta relata sentir-se bem em participar de um grupo de jovens de sua igreja, vendo como uma missão a tarefa de auxiliar os jovens a não entrar no universo nas drogas, como o seu filho fez um dia: “... promessa não se conta, né?! Mas é algo assim, que eu prometi. Já que meu filho caiu nas drogas e eu estava trabalhando e não pude ajudá-lo, quando eu fui ver a coisa já estava feia... Eu estou ajudando os outros”. De modo semelhante, Hortência pontua a importância de seu trabalho de evangelização, chegando a dizer que “Não dá tempo de ficar em casa”, uma vez que se sente responsabilizada pela divulgação da Palavra de Deus: “... em Mateus 24,14 diz que a pregação do reino devia ser feita em toda terra habitada. Então, ia vir um fim né?! E qual é o fim que nós almejamos? Nós temos que fazer, né?!”. Tais pregações ocorrem diariamente, envolvendo bastante sua rotina, como pode ser observado na seguinte afirmação: “A gente sai em domingo de manhã, sábado, em dia da semana mesmo quando tem tempo, a gente vai nas [às] casas, faz pregação”. Tulipa também comentou sobre suas atividades ligadas à evangelização, as quais ocorrem em áreas de periferia do município: “... nesses lugares, nessas favelas, eu já andei às 11 horas da noite, solita e Deus. Ia para orar. Depois vinha para casa, o Senhor me guardava... [Agora] eu vou durante o dia, porque eu não trabalho mais”.

Por fim, encontra-se o papel da religião/espiritualidade na estruturação do ambiente familiar, na formação de laços de união e no fortalecimento do elo conjugal: “Hoje em dia as pessoas estão vendo que se tu não buscar uma religião, se tu não buscar um lar com Deus para tu ter, tu não vai ter um” (Violeta); “Deus quer uma mesa, uma família unida, sentada na mesa, almoçando pai, mãe, filhos, esposa, tudo junto ali” (Tulipa); “A família não tem mais diálogo, a família não conversa, não, né?! [...] Pega um prato de comida, um senta no sofá, o outro senta lá não sei onde [...] Deus não se satisfaz com essas coisas. Para isso que tem a mesa” (Rosa); “... a gente tem um encontro que a gente faz um retiro de três dias com o casal. Para quê? Que os casais também se unam! Porque a família, hoje em dia, não tem mais aquela coisa. Ai, não deu certo, morei dois, três meses, não deu certo, larguei, casei, posso casar com outro, sabe?!” (Violeta); “... a minha família é bem espiritualizada, são

quase todos Testemunhas de Jeová. Então, eu me sinto feliz por isso” (Hortência). Somado a isso, destaca-se a importância da religião para o tratamento da dependência química do filho de Violeta: “... meu filho era usuário de drogas e, agora, faz quatro anos que ele está fora das drogas e virou evangélico. Então, ele mudou da água para o vinho”.

Formas de Coping

Duas mulheres apresentaram a negação da doença como forma de lidar com o estresse que o diagnóstico de câncer causa, evitando pensar e falar sobre sua enfermidade: “... eu não penso nessa palavra: câncer. Porque eu penso assim: se a gente viver pensando nessa palavra e comentando com os outros, se torna pior. Então, eu penso que não tenho nada. Faço meu crochêzinho lá em casa e esqueço que estou doente” (Margarida); “Eu acho que comigo está tudo bem. Eu escondo um pouco” (Violeta). Hortência, em um primeiro momento, diz que não se preocupou com a doença: “Eu nunca achei que eu tinha problema de achar que eu tinha um câncer [...] pra mim mesma, não foi nada”. Contudo, logo em seguida, conta que ficou assustada quando soube do diagnóstico, destacando o amparo de Deus nesse momento: “Nesse momento? É a fé em Deus! Somente Deus!”. Conforme Lazarus e Folkman (1984) a negação ou evitação no contexto de uma enfermidade é considerada ineficaz, porque o indivíduo falha em engajar estratégias de *coping* focadas no problema que podem diminuir os riscos e danos reais da doença. Contudo, segundo os autores, nenhuma estratégia de *coping* pode ser rotulada como boa ou ruim, devendo ser considerado o contexto em que essa se apresenta. Para tal, citam como exemplo as situações em que não há nada de construtivo que as pessoas possam fazer para superar uma ameaça ou que nenhuma ação direta é relevante. Nessas ocasiões, a negação pode apresentar um papel potencial para o alívio da angústia, sem alterar o funcionamento ou causar danos adicionais ao sujeito. As verbalizações apresentadas pelas participantes parecem indicar que a negação da doença está relacionada à dificuldade de lidar com o estigma de morte que essa apresenta, bem como com o consequente preconceito que essa desperta: “Porque tem muito preconceito. [...] quando eu descobri que estava com câncer que eu falava para as outras pessoas, eu não pude mais nem fazer a coisa de grupo [grupo psicoterapêutico], que eu fazia. Tive que fazer psicóloga separada lá no CAPS. Porque eu não consigo ficar perto das pessoas. As pessoas olham para mim: Mas como tu não morreu ainda?” (Violeta); “Fala em câncer, as pessoas já acham que vai morrer” (Margarida). O constrangimento por apresentar uma doença estigmatizante e o consequente afastamento de outras pessoas do convívio social também foram encontrados no estudo de Almeida, Mamede, Panobianco, Prado e Clapis (2001), evidenciando a existência

de uma representação popular do câncer comumente associada à impossibilidade de cura e à morte. Conforme Gomes, Skaba e Vieira (2002), essa representação social do câncer, aliada à dor e à morte, implica, muitas vezes, em um atraso pela busca de ajuda, dificultando a ocorrência de melhores prognósticos. Para tanto, os referidos autores sugerem o investimento de uma promoção de saúde que possa desconstruir tais representações, no intuito de estimular uma visão do câncer de mama como uma doença passível de controle, capaz de ter um bom prognóstico quando detectada precocemente.

O apoio social se mostrou presente na vida de todas as mulheres, sendo reconhecida sua importância no processo de tratamento e recuperação da doença. O apoio por parte dos familiares, amigos e colegas de trabalho foi percebido pela maioria das participantes, à exceção de Violeta que relatou: “... *nunca fui procurada pela minha patroa, nunca fui procurada por amigos que eu tinha*”. Contudo, essa afirmou que no Grupo Amigos de Mãos Dadas encontrou esse cuidado, como pode ser observado através do seguinte depoimento: “... *aqui no Grupo Mãos Dadas, a gente sente a diferença. Porque o que acontece: tu sente assim, um abraço de uma amiga, um carinho. Que nem, sábado passado, eles inauguraram uma rádio, tu te sente, assim, o máximo! Eu faço parte do grupo! São minhas amigas que estão ali, sabe?! E a gente vê como a gente ajuda as outras pessoas. Mesmo a gente estando doente*”. De modo semelhante, Orquídea destacou o apoio emocional e instrumental (Lazarus & Folkman, 1984) proveniente do grupo, que além de propiciar um espaço para a expressão dos sentimentos, oferece ainda o empréstimo de perucas, tocas: “... *o grupo me dava peruca. Porque esse grupo ajudou muito também, sabe?! Anima uma a outra. Tu conversa com uma pessoa... Muito bom vir nesses grupos*”. O mesmo apoio instrumental também foi reconhecido pelas participantes no que concerne ao recebimento de passagens para a realização do tratamento em outras cidades, as quais são oferecidas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer. O notável agradecimento e a calorosa afeição às voluntárias que lá trabalham, podem ser exemplificados através das seguintes expressões: “*Sou grata a elas. [...] São umas guerreiras!*” (Hortência); “*São umas anjas lá!*” (Margarida) e “*São muito queridas aquelas meninas!*” (Rosa).

Um incentivo especial na batalha contra o câncer de mama foi a existência dos filhos das participantes: “*Pelos nossos filhos nós lutemos [lutamos] para vencer. Não para a doença vencer nós. Nós vencer [Nós vencermos] ela. E é muito bom quando nós temos um amparo*” (Tulipa); “*Meu Deus, vou deixar meus filhos. O que vai ser deles? Tudo a gente logo pensa nos filhos*” (Orquídea). De modo singular, Gérbera relatou sobre a importância que seu filho teve nessa luta, do quanto ele foi responsável por esse suporte, percebendo que a força dada

por ele era enviada por Deus: “... *eu sei que ele [filho] precisa de mim. Então eu pedi. Por ele. Eu pedi a minha vida por ele. Dali que eu tirei a força. A partir daí foi uma corrente. Eu pedi de lá e, por ele, daí Ele deu a força para ele pra ele me dar a força pra mim. Foi por ele que eu estou aqui, por ele. Eu senti a força de Deus através do meu filho*”. A preocupação com a continuidade do cuidado dos filhos e a força desse elo foi igualmente pontuada no estudo de Caetano et al. (2009), no qual as participantes relataram o quanto o desvelo e o amor por seus familiares eram fatores impulsionadores na busca pelo tratamento e pela cura da doença. Da mesma forma, Taleghani et al. (2006) destacaram que a busca pela sobrevivência das mulheres com câncer de mama estava motivada, principalmente, por causa dos seus filhos. A perspectiva da ética do cuidado pode explicar essa especial motivação que os filhos geram em suas mães na luta pela cura da doença, uma vez que as mulheres tendem a assumir papéis de cuidadoras em suas relações íntimas, apresentando uma parcela desproporcional nas responsabilidades para manter a organização da família bem como nos cuidados prestados (Baider & Bengel, 2001). Somado ao incentivo pela sobrevivência desencadeado pelos filhos, destaca-se também o apoio sentido por Margarida, que ao estar passando novamente pela quimioterapia devido a um câncer no pulmão, tem em seu marido alguém com quem pode dividir sua dor da perda do cabelo: “*O meu marido disse também que vai passar a máquina na cabeça dele agora*”. Conforme Landmark e Wahl (2002), o apoio recebido por filhos e cônjuges parece melhorar a disposição das mulheres para lutar contra o câncer de mama, fortalecendo a autoestima e a crença de que, apesar da doença, elas não estão morrendo.

O apoio social esteve, ainda, relacionado às instituições religiosas das quais as participantes estavam vinculadas, sendo essas confortadas tanto por membros da sua igreja quanto por suas crenças e consequentes participações em rituais: “... *as irmãs foram muito presentes comigo, a igreja me ajudou muito, me ajudaram muito em oração, campanha e mais campanha para eu ser vitoriosa. [...] se tu tem um grupo de amigos, um grupo de irmandade que te ajude em oração e jejum, tu não tem peleja que tu perca. Em todas elas nós somos vencedores*” (Tulipa); “... *o pessoal da igreja me visita, eles cantam comigo, eles oram, leem um verso bíblico comigo, me confortam*” (Margarida); “*Também vou muito na missa, graças a Deus, isso eu não desgrudo nunca, né?! Eu vou no grupo de oração sempre. E as pessoas da igreja também me visitam muito*” (Rosa). No estudo de Feher e Maly (1999), o suporte social foi reconhecido tanto nas atividades vinculadas à igreja, quanto em aspectos não-personificados, como, por exemplo, o fato de sentir-se parte de uma comunidade, através da mesma fé. De fato, percebe-se que, por muitas vezes, os membros de uma mesma

comunidade acabam por estabelecer relações de amizade e companheirismo, mostrando-se bastante solícitos nos momentos de sofrimento. No caso de Tulipa houve, inclusive, a disponibilidade de um apoio material oferecido pelo pastor de sua igreja, que ia buscá-la em Porto Alegre após suas sessões de quimioterapia, revelando o quão intensos podem ser os vínculos de união e as formas de solidariedade entre as pessoas de mesma fé (“... *a família em Cristo me ajudou muito*”).

As participantes apresentaram, de um modo geral, uma postura ativa em relação à busca pelo tratamento de sua doença, sentindo-se fortalecidas e amparadas através da fé em Deus. É possível encontrar nas verbalizações a presença do estilo de *coping* religioso/espiritual colaborativo, cuja característica principal se assenta na parceria que o indivíduo estabelece com Deus, existindo corresponsabilidade entre ambos na resolução dos problemas (Pargament, Kennell, Hathaway, Grevengood, Newman, & Jones, 1988): “*Deus vai me ajudar, eu vou conseguir vencer isso*” (Orquídea); “*Porque daí Deus vai te dar a tua força, pra ti te erguer*” (Gérbera); “*Meu Deus, me ajude que eu suporte essa dor [câncer no pulmão]*” (Margarida); “*Eu sempre digo, a gente tem que ter fé, tem que lutar*” (Rosa). Essa atitude de compartilhamento das responsabilidades foi igualmente encontrada no estudo de Gall e Cornblat (2002), no qual a busca das mulheres pelo apoio em Deus não apresentava por objetivo específico a solicitação por um milagre, mas por conforto, sendo Deus referido como alguém capaz de oferecer zelo diante das dificuldades. O relacionamento com Deus foi visto, inclusive, como uma fonte de apoio emocional primária, sendo recorrido, até mesmo, por mulheres que apresentavam um menor cultivo dessa relação. Tal diálogo com Deus tinha por intuito a obtenção de respostas e de paz, o que, por conseguinte, acabava por diminuir emoções negativas como raiva, tristeza e ansiedade. Da mesma forma, Swinton et al. (2011) salientaram que Deus se tornou um poderoso parceiro de diálogo para as mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama, as quais se voltaram a Ele em tempos de necessidade. Destaca-se que duas participantes reforçaram o quanto o auxílio divino torna-se fundamental durante o tratamento, comentando sobre sua percepção de que a adaptação da doença se torna mais difícil entre as mulheres que não apresentam uma crença em um poder superior, sugerindo ser a fé um indicativo de melhor prognóstico: “... *se não tem Deus no coração, a pessoa ou se mata ou não faz o tratamento, como muitas de nossas amigas aí se desanimam, não fazem o tratamento*” (Violeta) e “*Tem umas que não tem aquela fé, né?! Eu acho que elas ficam mais desesperadas*” (Orquídea).

Diferentemente, Tulipa parece apresentar uma postura passiva, indicando a existência do estilo de *coping* religioso/espiritual delegante (*deferring*) (Pargament et al., 1988), em que

o indivíduo espera que Deus resolva seus problemas, outorgando-lhe responsabilidade: “*E nós temos que ceder, porque Deus é o maior. Ele é o maioral. Ele manda e desmanda. Ele faz e acontece nas nossas vidas. Nós temos que se humilhar, não adianta*”. Essa postura passiva é somada ainda ao não cumprimento das recomendações médicas, uma vez que Tulipa não utilizou o dreno após a cirurgia, o que quase resultou em uma infecção generalizada. Ao consultar o médico e descobrir que teria que ser novamente operada e sem anestesia, Tulipa diz: “*Aí eu me lembrei de Deus, firme!*”. Como verificado por Gall, Kristjansson, Charbonneau e Florack (2009), mulheres que são menos envolvidas religiosamente/espiritualmente antes do diagnóstico do câncer de mama e que tentam mobilizar esses recursos quando do estresse do diagnóstico podem vivenciar conflitos espirituais, resultando em dificuldades na adaptação a longo prazo. Diante disso, torna-se clara a necessidade da identificação de como e quando as estratégias de *coping* religioso/espiritual estão sendo ativadas. Tulipa chega, por vezes, a se diminuir, apresentando expressões arraigadas de menos valia/culpa/punição, o que não era esperado para esse grupo de mulheres com altos índices de *coping* religioso/espiritual positivo: “*... não somos nada. Somos piores que um verme*”, “*Qual é o ser humano que faz algo que ele quer?*”, “*... às vezes, nós estamos precisando de um açoite mesmo. [...] Puxão de orelha bem forte*”. Tal desprezo não é encontrado nas demais participantes, que, ao contrário, sentem-se amadas e especiais: “*Nós não temos preço. Nossa vida não tem preço*” (Margarida); “*É bom a gente andar arrumadinha, ser vaidosa. Porque a vaidade faz parte também da gente, pra gente se reerguer*” (Gérbera).

Somada a fé em Deus, encontra-se a utilização de objetos simbólicos por Orquídea, os quais facilitam o estabelecimento de uma conexão com o divino, promovendo alívio e paz interior: “*Eu não largou aquele meu livro [do Terço da Libertação], Deus o livre. Faço todo dia aquele meu Terço da Libertação! Ai, aquilo é muito bom, Deus o livre. E aquilo foi, sabe, me aliviando*”. Destaca-se, também, a realização de orações como forma de dialogar com Deus (“*Oração não é aquela que tu precisa ajoelhar e repetir, oração modelo, a gente faz com o coração da gente, pede pra Deus*” - Hortência), sendo essas de pedido pelo sucesso da cirurgia (“*Eu rezei, fiz minhas orações, pedi para Deus me iluminar e tudo*” - Orquídea), de agradecimento (“*Pra ti ver o dia raiar, o sol raiar bem diante dos teus olhos, já é uma vitória*” - Tulipa) e de entrega ativa (“*... a gente tem que fazer a oração que Deus resolve da Sua maneira*” – Margarida). Levine et al. (2009), ao comparar as diferenças no uso da oração entre mulheres com câncer de mama, concluíram que as mulheres que tinham o hábito de rezar foram capazes de encontrar mais contribuições positivas na sua experiência do câncer de

mama do que aquelas que não rezavam, sugerindo uma melhor capacidade de resignificação da doença. Além disso, identificaram que as mulheres receberam força e consolo através das orações, sendo suas preces por súplica, conforto e louvor. De forma semelhante, Alcorn et al. (2010) destacaram o uso frequente da oração em pacientes com câncer avançado, sendo feita, principalmente, por pedido de forças para lidar com a doença. Conforme os autores, a alta frequência da utilização desse recurso sugere o papel fundamental que a oração pode apresentar para esses pacientes, tornando-se relevante o desenvolvimento de intervenções que incluam cuidados espirituais em pacientes terminais. Somado a isso, encontra-se o estudo desenvolvido por Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson e Newman (2011), no qual algumas mulheres com câncer de mama que se declararam não religiosas relataram ter feito uma breve oração antes de irem para a sala de operação. Tal achado ilustra a necessidade da realização de mais estudos que explorem quando, como e por que aqueles sem fé se voltam a Deus durante a experiência do câncer.

Outro ponto a ser destacado é a expressão “Deus não dá uma cruz maior do que possamos carregar”, a qual perpassou os diálogos em ambos os grupos focais. Tal provérbio parece sustentar o entendimento de que as mulheres têm capacidade e força para passar pela doença, e também, para vencê-la, e que esse sofrimento oportuniza aprendizagens necessárias para momentos de vida posteriores, como pode ser observado nas seguintes verbalizações: “*E não adianta cortar [a cruz], não adianta cortar. Porque depois a gente vai ter que passar um rio e vai ter que usar a cruz e vai faltar um pedaço*” (Violeta) e “*Nada acontece na vida da gente por acaso. Muitas vezes, acontece uma coisa [câncer de mama] assim, que é para a gente parar e ter mais tempo de pensar, dar mais atenção para as coisas que têm mais valor*” (Rosa). Essa visão parece afastar qualquer sentimento de revolta contra Deus, já que parte da concepção de que Ele não dá algo que possa ser ruim, mas forças para superar as adversidades das quais estamos sujeitos: “*Ela [auxiliar de pesquisa] perguntou para mim se eu me revoltei contra Deus por eu ter isso. Não, nunca pensei, se quer pensei*” (Orquídea), “[Pessoas que se revoltam] *são pessoas que não acreditam em Deus...*” (Rosa).

Mudanças Após a Doença

Dentre todas as participantes, apenas Hortência relatou não ter percebido mudanças em sua vida após a experiência do câncer de mama: “... *eu fiquei a mesma pessoa*”. As demais, em contrapartida, pontuaram diversas mudanças em sua forma de viver, nos seus valores e na sua relação familiar (“*Muita coisa muda, muda muito*” – Orquídea). Questões ligadas aos afazeres domésticos se mostraram presentes, existindo a diminuição de uma

exigência pela organização e limpeza da casa: *“Agora nós vamos se matar fazendo trabalho que não é pra nós pra ter as coisas bonitas e limpas? Ah, não, isso tem tempo. Agora vamos viver!”* (Tulipa); *“E o resto, é o resto. Se eu fiz, eu fiz. Se eu não fiz, eu não fiz. Não me estresso”* (Gérbera); *“Muitas vezes acontece uma coisa assim que é para a gente parar e ter mais tempo de pensar, dar mais atenção para as coisas que têm mais valor. Porque, realmente, quando a gente tem saúde, a gente só pensa em trabalhar, eu tenho que botar aquilo ali no lugar e eu não posso deixar aquilo ali pra trás”* (Rosa). Tal despreendimento acabou gerando transformações no relacionamento conjugal, uma vez que as mulheres acabaram por tornarem-se mais flexíveis e pacientes, deixando de exigir que seus companheiros exercessem tais atividades conforme gostariam que fosse: *“Meu marido, às vezes, dizia: ‘Deixa eu lavar a louça’, ‘Não. Tu para lavar a louça só se eu não estiver aqui’”* (Rosa); *“... eu pegava, agora eu parei, de pegar no pé dele. Ele deixava o pano de prato em cima da pia era uma briga feia. Agora eu larguei de mão, eu não brigo mais”* (Margarida); *“Ah, larguei de mão”* (Violeta).

Somado a isso, as participantes também contaram ter ressignificado o que, de fato, é importante em suas vidas, o que acabou por implicar em uma reavaliação de seus valores e de suas formas de viver. Esses achados vêm ao encontro da proposta da Psicologia Positiva, que visa estudar os aspectos que fazem a vida valer a pena (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), ampliando o olhar para além das dificuldades e limitações inerentes à condição humana: *“...depois que eu tive a doença, eu sou outra pessoa! Se eu já era de ajudar, hoje eu sou mais ainda! Eu dou mais valor à vida!”* (Gérbera); *“Muitas vezes tu deixa de sentar com uma pessoa e tomar um chimarrão, passar uma conversa boa, tu não dá tempo para as outras pessoas. [...] Eu aprendi a esperar”* (Rosa). Essas reavaliações, possivelmente provocadas pela gravidade da doença, também converteram em mudanças no relacionamento com Deus, sendo Esse colocado em primeiro lugar, como pode ser observado no seguinte depoimento: *“Hoje a gente aprende. Eu não vou levantar agora. Primeiro eu vou conversar com Deus, vou entregar minha vida nas mãos Dele, vou agradecer pra Ele, depois, eu vou levantar. Daí Ele vai me dar o entendimento do quê eu devo fazer, do que eu não tenho que fazer hoje, se eu devo ir em tal lugar, se eu não devo, né?! Hoje eu aprendi a conversar com Deus, a pedir a permissão Dele pra fazer as coisas”* (Rosa). A valorização de coisas simples, da natureza, do momento presente e da vida como um todo também foi relatada pelas participantes dos estudos de Caetano et al. (2009) e Rossi e Santos (2003), nos quais o diagnóstico do câncer de mama foi visto como um marco significativo na vida das entrevistadas, capaz de mobilizar a adoção de uma diferente postura frente à vida e à compreensão das situações.

Margarida percebeu mudanças relacionadas à sua autoestima, já que o suporte oferecido por outras pessoas durante o tratamento permitiu que ela se sentisse amada e valorizada. Esse reconhecimento pelos demais acabou por fortalecer seu autoconceito, sentindo-se feliz em saber que os demais se preocupam com ela: *“Me sinto bem, porque eu me sinto amada pelas pessoas, e eu achava que não era tão amada pelas pessoas, né?! E, quando eu fiquei doente, eu vi que as pessoas se preocupam comigo. Perguntam, me ligam, vão lá em casa, eu me sinto bem com isso”*. Igualmente, Margarida destaca a aprendizagem que obteve no Grupo Amigos de Mãos Dadas, a qual era comumente reforçada pela psicóloga que lá atuava: *“A psicóloga sempre falava: Vocês têm que se amar mais”*. Também relacionada ao amor, encontra-se a mudança observada na capacidade de perdoar aos demais. Tulipa conta que, logo após a doença, começou a buscar pelas pessoas com as quais tivesse algum desentendimento, no intuito de reconciliar-se: *“... eu saí pedindo perdão, Deus falava comigo e eu ia na [à] casa das pessoas que eu tinha uma mágoa e ia pedir perdão”*. De modo similar, Rosa destaca que se tornou mais compreensiva, não guardando ressentimentos de ninguém, até mesmo quando se sente insultada: *“Eu tinha uma revolta com certas pessoas que eu não podia nem ver. Hoje, graças a Deus, eu não tenho revolta com ninguém. Sabe?! Tenho amor pelas pessoas. Se as pessoas me ofendem eu fico triste naquela hora, mas eu digo: ‘Ah, coitada. Nem sabe o que está dizendo’”*.

A única mudança que foi pontuada sobre uma perspectiva negativa foi a da diminuição da independência, que acabou por limitar a continuidade das atividades laborais e de formação, como destacado por Violeta: *“Tu trabalhava, tu estudava, tu tinha, totalmente, uma vida a parte”*. Todavia, esse aspecto foi pontuado de uma forma oposta na vida de Gérbera, que relatou: *“Voltei a estudar, me formei essa semana, vou me formar de novo. Então, sabe?! Eu fiz cursos...”*.

Para finalizar, cabe ilustrar o depoimento de Rosa, que resume a aprendizagem obtida a partir da experiência da doença: a valorização das coisas que não passam e o desapego daquelas que passam: *“Graças a Deus, já consegui dar a volta por cima e eu compreendi que Deus é amor, não é ódio, não é rancor, não é revolta, não é a pressa. Também, muitas vezes a gente deixa de fazer uma coisa boa porque está com pressa, ‘não posso, não, eu tenho que fazer aquilo lá’. No mundo isso tudo vai ficar, são tudo coisas passageiras na nossa vida, né?!”*.

Considerações Finais

O presente estudo buscou compreender, a partir da experiência de vida e do processo de adoecimento de mulheres com câncer de mama que apresentam índices elevados de *coping* religioso/espiritual positivo, o lugar que a religiosidade/espiritualidade ocupa em suas vidas, as formas de *coping* utilizadas durante o período do diagnóstico e tratamento, bem como as possíveis mudanças ocorridas durante a experiência da doença. O diferencial deste estudo é o foco nos aspectos positivos do *coping* religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama.

Os resultados permitiram identificar a importância da religião e da espiritualidade na vida das participantes, existindo uma forte relação entre elas e um poder superior (Deus). Na maior parte das verbalizações, uma imagem positiva de Deus foi apresentada, demonstrando ser essa conexão com o divino algo benéfico em suas vidas. A fé auxiliou na elaboração de um significado para o câncer de mama, o que favoreceu um maior controle da doença e a mobilização de um senso de esperança em direção à cura. Além disso, a crença de que existe algo maior em virtude da enfermidade pareceu proporcionar segurança nas mulheres de que a doença seria passada e vencida, a fim de fortalecê-las para lidar com as demais adversidades da vida. Tal compreensão é ilustrada através do provérbio de que Deus não dá algo que não possamos suportar, uma vez que as situações difíceis podem fornecer importantes aprendizagens, proporcionando o crescimento pessoal. Somado a isso, a religião e a espiritualidade pareceram ocupar um espaço na vida diária das participantes, tanto pelo exercício de atividades ligadas à evangelização quanto pela visão de que os laços afetivos do âmbito familiar são estruturados e solidificados com o auxílio divino. Destaca-se que as participantes verbalizaram uma abertura à diversidade religiosa, demonstrando ser a fé em Deus e as formas de se relacionar com o mundo aspectos mais importantes do que a afiliação a uma determinada instituição religiosa.

No que se refere às formas de *coping*, ficou evidente o quão delicado se torna um diagnóstico de câncer de mama na vida de mulheres que são mães e esposas. Ao mesmo tempo, pôde-se observar que são justamente esses papéis que acabam por incentivar as mulheres, mobilizando força e coragem na luta contra a doença. O apoio oriundo da família e a percepção de que pessoas importantes precisam delas parecem fornecer um incentivo a mais para a realização do tratamento, motivando as mulheres em direção à cura. Somado a isso, o apoio social provindo da comunidade religiosa também pareceu oferecer uma ferramenta de *coping* positivo, visto que todas as participantes estabeleciam boas relações com aqueles que as auxiliavam, sentindo-se mais valorizadas e amadas através dessas amizades.

Quanto às mudanças a partir da doença, é possível notar que a ameaça de um desfecho fatal foi capaz de atenuar características de personalidade das participantes, as quais relataram tornarem-se mais calmas, flexíveis, pacientes e amorosas. Tais transformações estão diretamente relacionadas a um processo de reflexão do que realmente é importante na vida, despertado quando da ameaça de morte.

Os dados apresentados neste estudo revelam o quanto recursos religiosos e espirituais podem auxiliar as mulheres com câncer de mama no processo de adaptação à doença, corroborando com os achados de muitas pesquisas já feitas nesta área (Aukst-Margetić et al., 2009; Balboni et al., 2007; Schreiber, 2011; Yanes et al., 2009; Wildes et al, 2009). Todavia, cabe pontuar que, apesar das participantes apresentarem índices elevados de *coping* religioso/espiritual positivo, foi possível identificar o uso da estratégia de negação da doença, provavelmente por todo o medo e incerteza que um diagnóstico de câncer provoca. Somado a isso, observou-se a existência de possíveis conflitos religiosos/espirituais em algumas participantes, o que reafirma a necessidade de uma maior abertura e atenção dos profissionais da saúde para esses aspectos. Como esses recursos podem auxiliar o processo de *coping*, bem como prejudicá-lo (Hebert, Zdaniuk, Schulz, & Scheier, 2009), torna-se fundamental o exercício de uma abordagem na qual os profissionais da saúde contemplem as crenças religiosas/espirituais das pacientes, visando o estímulo das estratégias de *coping* positivas e a reavaliação daquelas nocivas.

Devido ao delineamento qualitativo e transversal do estudo, os dados aqui ilustrados não são passíveis de generalização. Além disso, nesse tipo de estudo as verbalizações das participantes podem não exprimir, necessariamente, a experiência e suas atitudes frente à doença, tampouco a relação estabelecida com o divino, já que as suas percepções sobre suas vidas são subjetivas. Isso pode ser observado quando as mulheres concordam que a afiliação religiosa é menos importante do que as ações cotidianas e logo em seguida discutem sobre o que existe após a morte, parecendo não respeitar a diversidade de suas próprias crenças. Por fim, o caráter retrospectivo do estudo não permite a compreensão do papel dos recursos religiosos/espirituais durante o período de adaptação à doença, como poderia ser observado caso o estudo fosse longitudinal. Já que as mulheres tinham entre dois e cinco anos de diagnóstico, pode ser que algumas dificuldades não tenham sido mencionadas devido a esse período de elaboração do sofrimento. Mais estudos envolvendo as estratégias e os diferentes estilos de *coping* religioso/espiritual em pacientes com câncer são necessários, sugerindo-se pesquisas longitudinais que explorem as diferenças de gênero e os diferentes contextos sociais e religiosos.

Referências

- Alcorn, S. R., Balboni, M. J., Prigerson, H. G., Reynolds, A., Phelps, A. C., Wright, A. A. et al. (2010). “If God wanted me yesterday, I wouldn’t be here today’’: Religious and spiritual themes in patients’ experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 13(5), 581-588.
- Almeida, A. M. de, Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A.S., & Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(5), 63-69.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Aukst-Margetić, B., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., Ljubičić, Đ., & Šamija, M. (2009). Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *Collegium Antropologicum*, 33(4), 1265-1271.
- Baider, L., & Bengel, J. (2001). Cancer and the spouse: gender-related differences in dealing with health care and illness. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 40, 115–123.
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R. et al. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bish, A., Ramirez, A., Burgess, C., & Hunter, M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 321-326.
- Biswas-Diener, R., & Dean, B. (2007). *Positive Psychology coaching: Putting the science of happiness to work for your clients*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Caetano, E. A., Gradim, C. V. C., & Santos, L. E. da S. dos. (2009). Câncer de mama: Reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista de Enfermagem, UERJ*, 17(2), 257-61.
- Cavalleiro, C. M. F. (2010). *Espiritualidade na clínica psicológica: Um olhar sobre a formação acadêmica no Rio Grande do Sul*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS.
- Feher, S., & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.

- Ferreira, C. B., Almeida, A. M. de, & Rasera, E. F. (2008). Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 863-871.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa* (S. Netz, Trad.). Porto Alegre: Bookman (Obra originalmente publicada 2002).
- Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 265-272.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.
- Gall, T. L., & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 524–535.
- Gall, T. L., Kristjansson, E., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. *Journal of Behavior Medicine*, 32, 174-186.
- Gatti, B. A. (2005). *Grupo focal em ciências humanas e sociais*. Brasília: Liber Livro Editora.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 102-116.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5th. ed.). São Paulo: Atlas.
- Gomes, R., Skaba, M. M. V. F., & Vieira, R. J. da S. (2002). Reinventando a vida: Proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 18(1), 197-204.
- Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 88-94.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545.
- Hennezel, M., & Leloup, J. Y.(2001). *A arte de morrer: Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade* (4th. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Koffman, J., Morgan, M., Edmonds, P., Speck, P., & Higginson, I. J. (2008). “I know he controls cancer”: The meanings of religion among Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. *Social Science & Medicine*, 67, 780–789.

- Landmark, B. T., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: A qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 40*(1), 112–121.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levine, E. G., Aviv, C., Yoo, G., Ewing, C., & Au, A. (2009). The benefits of prayer on mood and well-being of breast cancer survivors. *Support Care Cancer, 17*, 295–306.
- Linard, A. G., Silva, F. A., & Silva, R. M. (2002). Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentam a realidade. *Revista Brasileira de Cancerologia, 48*(4), 493-498.
- Marques, L. F. (2010). O conceito de espiritualidade e sua interface com a religiosidade e a Psicologia Positiva. *Revista Psicodebate Psicologia, Cultura Y Sociedad, 10*, 135-151.
- Muller, M. C., Hoffman, F. S., & Fleck, P. (2006). A vivência do câncer de mama e a imagem corporal na mulher contemporânea. In B.S.G. Werlang & M. da S. Oliveira (Orgs.), *Temas em Psicologia Clínica* (pp.203-208). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nazário, A. C. P., & Kemp, C. (2007). Câncer de mama. In A. C. Lopes (Eds.). *Diagnóstico e tratamento, volume 3* (pp.692-709). Barueri, SP: Manole.
- Paiva, G. J. de. (2007). Religião, enfrentamento e cura: Perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia, Campinas, 24*(1), 99-104.
- Paiva, G. J., Paiva, B. S. R., Castro, R. A. de, Souza, C. de P., Maia, Y. C. de P., Ayres, J. A., & Michelin, O. C. (2011). A pilot study addressing the impact of religious practice on quality of life of breast cancer patients during chemotherapy. *Journal of Religion and Health* (Epub ahead of print).
- Paludo, S. dos S., & Koller, S. H. (2006). Gratidão em contextos de risco: Uma relação possível? *Revista Psicodebate Psicologia, Cultura Y Sociedad, 7*, 55-66.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de Coping Religioso-Espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo, Maringá, 10*(3), 507-516.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 126-135.
- Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for Scientific Study of Religion, 27*(1), 94-104.

- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Park, C. L., Edmondson, D., Hale-Smith, A., & Blank, T. O. (2009). Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: does faith promote a healthier lifestyle? *Journal of Behavior Medicine, 32*, 582-591.
- Peres, M. F. P., Arantes, A. C. de L. Q., Lessa, P. S., & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 82-87.
- Rossi, L., & Santos, M. A. dos. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão, 23*(4), 32-41.
- Schreiber, J. (2011). Image of God: Effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 38*(3), 293-301.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente* (N. Capelo, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva (Original publicado em 2002).
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.
- Silva, L. C. da. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo, Maringá, 13*(2), 231-237.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas* (R. C. Costa, Trad.), Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 2007).
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Swinton, J., Bain, V., Ingram, S., & Heys, S. D. (2011). Moving inwards, moving outwards, moving upwards: the role of spirituality during the early stages of breast cancer. *European Journal of Cancer Care, 20*, 640-652.
- Taleghani, F., Yekta Z. P., & Nasrabadi, A. N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing, 54*(3), 265-273.
- Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology, 20*(7), 771-782.
- Vasconcelos, E. M. (2009). Espiritualidade na educação popular em saúde. *Caderno Cedes, Campinas, 29*(79), 323-334.

- Wanderley, K. da S. (2003). Aspectos psicológicos do câncer de mama. In M. M. M. J. de Carvalho (Ed.), *Introdução à Psiconcologia* (pp.95-101). São Paulo: Editora Livro Pleno.
- Wildes, K. A., Miller, A. R., Majors, S. S. M. de, & Ramirez, A. G. (2009). The religiosity/spirituality of latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psychooncology*, *18*(8), 831–840.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A. et al. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(4), 730–741.
- Xavier, A. C. G., Gottlieb, R. L., & Costa, L. J. M (2006). Prevenção em oncologia. In A. C. Lopes (Ed.), *Diagnóstico e tratamento, volume 1* (pp.623-633). Barueri, SP: Manole.

Palavras Finais

“Por isso é que agora vou assim
no meu caminho. Publicamente andando
Não, não tenho caminho novo.
O que tenho de novo é o jeito de caminhar.
Aprendi
(o que o caminho me ensinou)
a caminhar cantando
como convém a mim
e aos que vão comigo.
Pois já não vou mais sozinho”.

Thiago de Mello

O presente estudo possibilitou uma melhor compreensão do *coping* religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama, fornecendo um panorama geral sobre as pesquisas recentes na área e dados empíricos de uma amostra composta, exclusivamente, por mulheres que acreditavam em Deus. Destaca-se o delineamento misto da pesquisa, que permitiu análises entre diferentes variáveis e uma maior compreensão do processo de dor e de ressignificação da doença. Ainda que existam limitações nesse estudo e que os dados não sejam passíveis de generalização, acredita-se que o trabalho desenvolvido pode auxiliar futuros atendimentos e intervenções com mulheres que sofram da mesma neoplasia, despertando também para novas possibilidades de investigação.

O interesse pela temática da religião e da espiritualidade no âmbito da Psicologia não é recente, pois me acompanha desde as primeiras experiências de atendimento clínico, ainda na graduação. A conclusão dessa dissertação representa uma realização em minha vida que não se restringe a um caráter apenas pessoal ou profissional ou acadêmico, mas abrange uma completa e verdadeira alegria, inclusive, espiritual. A formação oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia acrescentou um conhecimento fundamental sobre pesquisa, psicologia clínica e prática docente.

Ademais, destaco toda a aprendizagem obtida durante a operacionalização da pesquisa, principalmente no que se refere ao contato com as participantes, que foram grandes professoras. Mulheres com diferentes histórias de vida, mas com a mesma dor de serem surpreendidas por um câncer de mama. Mulheres que se emocionaram, que choraram, que tiraram a peruca, que contaram piada, que cantaram, que apresentaram o marido, que mostraram fotos, que se “des-cobriram” e me revelaram a sua dor. Mulheres que descobriram a essência da vida e que fazem questão de transmitir esse ensinamento. Professoras... dessa escola chamada Vida! Sim, tenho novo o jeito de caminhar e não vou mais sozinha, pois carrego em minha memória e em meu coração o que esse belo e gostoso caminho me ensinou.

Demais Referências da Dissertação

- Instituto Nacional de Câncer – INCA. (2011). *Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil*. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA.
- Gall, T.L., Guirguis-Younger, M. G., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, *18*, 1165–1178.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, *12*(6), 537-545.
- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*. United States of America: Templeton Foundation Press (Original publicado em 2002).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Rowland, J. H., & Massie, M. J (2010). Breast cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M J. Loscalzo, & R. S. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 177-186). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14.
- Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, *20*(7), 771-782.
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber J., & Murken, S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(6), 533–547.
- Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J., & Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, *17*, 361–370.

Anexo A - Questionário de Dados Sociodemográficos, Clínicos e de Atividade Religiosa/Espiritual

Nome:

Grupo que está vinculada: a. Grupo Amigos de Mãos Dadas

b. Liga Feminina de Combate ao Câncer

De quais atividades participa no Grupo Amigos de Mãos Dadas? Há quanto tempo está vinculada?

Recebe algum tipo de auxílio da Liga Feminina de Combate ao Câncer? Qual?

Idade:

Telefone:

Endereço:

Religião:

Estado Civil: a. solteira

c. casada/vive junto há ____ anos

b. separada há ____ anos

d. viúva há ____ anos

Escolaridade: a. ensino fundamental incompleto (até a ____ série)

b. ensino fundamental completo

c. ensino médio incompleto (até o ____ ano)

d. ensino médio completo

e. ensino superior incompleto

f. ensino superior completo

Trabalha? a. Sim. Função exercida: _____

b. Não.

c. Teve de deixar de trabalhar devido à doença.

Aproximadamente, qual a renda mensal de sua família?

a. 1 salário mínimo a 1 salário e meio

d. entre 5 e 10 salários mínimos

b. 2 a 3 salários mínimos

e. mais de 10 salários mínimos

c. até 5 salários mínimos

f. mais de 20 salários mínimos

Número de filhos e idade dos filhos:

Pessoas com as quais mora e grau de parentesco:

Como você avalia a sua saúde?

a. muito boa b. boa c. nem boa, nem ruim d. ruime. muito ruim

Hospital em que realizou a cirurgia?

Local/locais em que fez o tratamento?

Nome do médico? _____

Metástase: a. não b. sim. Quando apareceu? _____

Número de internações hospitalares no último ano: _____

Número de dias internados no último ano: _____

Fez ou faz uso de algum desses tratamentos?

- a. quimioterapia _____ sessões
- b. radioterapia _____ sessões
- c. hormonoterapia
- d. cirurgia. Especifique local e motivo: _____
- e. outro tratamento. Especifique: _____

Fez ou faz tratamento psicológico ou psiquiátrico?

- a. Não
- b. Tratamento Psicológico
- c. Tratamento Psiquiátrico

Faz o uso de algum medicamento psicofarmacológico?

- a. Não
- b. Sim. Qual? _____

Mês e ano em que foi realizado o diagnóstico: _____

Mês e ano em que foi realizada a cirurgia de Mastectomia: _____

Tipo de mastectomia: a. Conservadora c. Unilateral
b. Radical d. Bilateral

Fez cirurgia plástica reconstrutiva: a. Não b. Sim. Quando? _____

Estágio do câncer no momento do diagnóstico:

- a. Nível I
- b. Nível II
- c. Nível III
- d. Nível IV
- e. Não sei

Tipo de câncer de mama:

- a. carcinoma lobular in situ
- b. carcinoma lobular infiltrante
- c. carcinoma ductal in situ
- d. carcinoma ductal infiltrante
- e. Não sei

Teve recidiva de câncer de mama? Mês/Ano: _____

Fez cirurgia na mama devido à recidiva? Mês/Ano: _____

Essa cirurgia foi conservadora ou radical? Unilateral ou bilateral? _____

Você se considera uma pessoa espiritualizada?

- a. Muito
- b. mais ou menos
- c. pouco

Você teve uma educação religiosa na infância?

- a. Muito religiosa
- b. Moderadamente
- c. Pouco ou não religiosa

Você acredita em Deus (poder, espírito ou força superior, etc)? a. Sim b. Não

Se sim, há quanto tempo?

- a. Sempre acreditei
- b. há 1 ano
- c. há 5 anos
- d. há 10 anos
- e. há mais de 10 anos

Com relação à sua religião/doutrina/crença você se considera...

- a. Não acredito em Deus (ateu)
- b. Sem religião, mas espiritualizado (acredito em Deus, mas não pertencço a nenhuma religião)
- c. Católico
- d. Espírita
- e. Evangélico
- f. Protestante
- g. Testemunha de Jeová
- h. Umbanda (religiões afro-brasileiras)
- i. Budista
- j. Outro. Especifique: _____

Alguma vez você mudou de religião/doutrina/crença ao longo da vida?

- a. Não b. Sim, mudei de _____ para _____.

Qual a frequência com que você frequenta igreja/templo/centro/sinagoga ou quaisquer outros encontros de natureza religiosa?

- a. Nunca
- b. Raramente
- c. Uma vez por ano
- d. Uma vez por mês
- e. Duas vezes por mês
- f. Uma vez por semana
- g. Mais de uma vez por semana. Quantas? _____
- h. Uma vez ao dia

Quanto tempo você se dedica para atividades religiosas privativas, como oração, meditação ou estudo de livros sagrados (Bíblia, Alcorão, etc) ou outros livros de caráter religioso?

- a. Nunca
- b. Raramente
- c. Uma vez por ano
- d. Uma vez por mês
- e. Uma vez na semana
- f. Duas a três vezes na semana
- g. Uma vez ao dia
- h. Mais de uma vez ao dia

Independente de você frequentar ou não encontros de natureza religiosa, quão importante é a religião para você?

- a. Não é importante
- b. Um pouco importante
- c. Relativamente importante
- d. Importante
- e. Muito importante

Para você, o que é Deus?

Anexo B - Escala de *Coping* Religioso-Espiritual

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. Nesta pesquisa, gostaríamos de saber como você lidou com o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama.

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você não tentou, nem um pouco, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1); Se você tentou um pouco, circule o (2); Se você tentou mais ou menos, circule o (3); Se você tentou bastante, circule o (4); Se você tentou muitíssimo, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei uma ligação maior com Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Questionei o amor de Deus por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Procurei uma casa religiosa ou de oração

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Senti que Deus estava atuando junto comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
43. Procurei por um total re-despertar espiritual
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
45. Rezei por um milagre
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
47. Confiei que Deus estava comigo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
49. Procurei a misericórdia de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
50. Pensei que Deus não existia
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
51. Questionei se até Deus tem limites
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
56. Pedi perdão pelos meus erros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

57. Participei de sessões de cura espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

67. Procurei auxílio através da meditação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
75. Montei um local de oração em minha casa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
77. Procurei auxílio nos livros sagrados
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
80. Procurei conversar com meu eu superior
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
81. Voltei-me para a espiritualidade
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
84. Questionei se Deus realmente se importava
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
87. Busquei uma casa de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Anexo C – Definições Operacionais dos Oito Fatores Positivos da Escala CRE

Fator P1: Transformação de si e/ou de sua vida – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que traz como consequência uma transformação pessoal, seja ela uma modificação interna da própria pessoa que o pratica e/ou uma modificação externa em sua vida. Esta última pode incluir modificações de direção, objetivos e/ou circunstâncias pessoais de vida. A modificação interna pode dar-se através de uma revisão das próprias atitudes, seguida de comportamentos que estejam mais de acordo com as leis de Deus e/ou com os preceitos religiosos-espirituais a que se filia, ou com as posições morais que julga serem melhores que as atuais. Ou a pessoa pode comportar-se diferentemente e observar uma consequência positiva que modifica sua perspectiva de si, dos outros e/ou do mundo, trazendo uma transformação. Ou seja, a pessoa se modifica e/ou modifica sua vida praticando determinado CRE já com o objetivo de transformação ou esta acontece como consequência posterior de sua prática.

Fator P2: Ações em busca de ajuda espiritual – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual a pessoa realiza um movimento buscando no outro, seja este individual, institucional, familiar ou social, uma espécie de ajuda espiritual, seja procurando fazer tratamentos espirituais, procurando orientação com entidades espirituais, procurando uma reposição de energias vitais, praticando ações em busca da espiritualidade ou de uma maior conexão com esta.

Fator P3: Oferta de ajuda ao outro – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual a pessoa procura ajudar ao outro, seja este individual, institucional, familiar ou social. Tal ajuda pode manifestar-se como orações, apoio e/ou orientação espiritual oferecida a outros, bem como atos de caridade, trabalho voluntário e/ou modificações internas afetivo-cognitivas em benefício de outras pessoas.

Fator P4: Posicionamento positivo frente a Deus – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que expõe um posicionamento pessoal frente a Deus em relação à situação. Poderão manifestar-se através de estilos de CRE, estabelecimento de limites religiosos, busca de apoio em Deus, de uma maior conexão com Ele e/ou de reavaliações positivas através d'Ele. Revelam-se em atitudes como contar, colaborar, suplicar, se aproximar e/ou se apoiar em

Deus, ou ainda em ações individuais independentes da ajuda de Deus. Cabe realçar que, quanto mais a pessoa faz estas últimas, menos realiza as primeiras.

Fator P5: Busca pessoal de crescimento espiritual – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que revela, ou uma busca individual de Deus e/ou da espiritualidade (ao contrário da busca institucional), ou uma busca de si mesmo através de Deus e/ou da espiritualidade. Poderão manifestar-se através de reavaliações positivas, práticas não institucionais, busca de conexão profunda consigo ou com forças transcendentais ao indivíduo.

Fator P6: Ações em busca do outro institucional – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que realiza um movimento de aproximação com o institucional. Ou seja, uma aproximação com os locais, membros ou representantes religiosos, ou ainda com as manifestações formais e institucionalizadas das religiões.

Fator P7: Busca pessoal de conhecimento espiritual – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual a pessoa procura por um maior conhecimento religioso-espiritual. Os objetivos desta procura de conhecimento podem ser variados: fortalecimento espiritual em relação ao problema, ao mundo e/ou aos desígnios divinos; incremento da prática religiosa ou das próprias atitudes; procura de auxílio para lidar e/ou para entender a situação; ou ainda, a simples busca de acréscimo intelectual. Poderão ocorrer através da literatura ou da mídia religiosa/espiritual.

Fator P8: Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade – Mudança de perspectiva pessoal em relação à situação, na qual a pessoa afasta-se do problema aproximando-se de Deus e/ou das questões religiosas/espirituais. Ou seja, todo comportamento de *coping* religioso espiritual que alguém realiza buscando aproximar-se de Deus, da religião ou da espiritualidade e que tem como consequência um afastamento do problema ou da situação de estresse que vivencia. Cabe ressaltar que o *coping* afastamento se diferencia do *coping* esquiva. Este último é considerado como negativo por configurar uma tentativa de fuga em relação ao problema, enquanto que o afastamento é positivo pois a pessoa não nega o problema, nem tenta fugir do mesmo, apenas encontra alívio temporário procurando focar sua atenção noutro tema. No caso, nos aspectos espirituais e religiosos.

Anexo D – Definições Operacionais dos Quatro Fatores Negativos da Escala CRE

Fator N1: Reavaliação negativa de Deus – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que configura uma reavaliação cognitiva negativa da ideia que a pessoa faz de Deus, seja de suas características, comportamentos, etc, levantando questionamentos em relação a este Deus e seus desígnios. Pode expressar-se através do questionamento da existência, do poder, do amor, da proteção, da responsabilidade, da vontade, dos atos e/ou das punições de Deus. Em geral, acontece acompanhado da expressão de sentimentos negativos, como revolta, culpa, desamparo e mágoa.

Fator N2: Posicionamento negativo frente a Deus – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual a pessoa pede ou simplesmente espera que Deus tome o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la, sem a sua participação individual. Pode expressar-se através do estilo de *coping* delegação religiosa passiva ou do estilo de *coping* súplica negativa, quando a prece tenciona a modificação da vontade divina.

Fator N3: Reavaliação negativa do significado – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual a pessoa reavalia negativamente o significado da situação como um ato e/ou consequência do Mal ou como uma punição aos seus próprios atos, estilo de vida, erros, pecados, etc. O Mal pode ser associado a um ser personalizado, figurado como diabo, demônio, satanás, belzebu, entre outras denominações; ou a uma figura abstrata, como a escuridão, as trevas, o lado negro ou o Mal em si; ou ainda, encarnado em figuras que praticam este mal, como espíritos malignos, forças das trevas, mau-olhado e/ou desejos negativos de outras pessoas para consigo. Enfim, o porquê da situação estressante é entendido como uma punição pessoal ou como resultado de algo malévol.

Fator N4: Insatisfação com o outro institucional – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que revela sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com qualquer representante institucional, seja ele frequentador, membro, representante ou líder da instituição religiosa, ou mesmo simbolizado pelo conjunto de crenças religiosas ou espirituais que a pessoa possui.

Anexo E - Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 193/2010

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 10/163 **Versão do Projeto:** 21/12/2010 **Versão do TCLE:** 21/12/2010

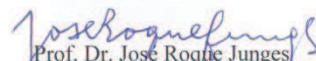
Coordenadora:
Mestranda Carina Maria Veit (PPG em Psicologia)

Título: "Tudo posso naquele que me fortalece": enfrentamento religioso/espiritual diante do diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 21 de dezembro de 2010.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Sou a psicóloga Carina Maria Veit (CRP 18373/07), mestranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, e estou realizando uma pesquisa sobre o enfrentamento religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama, sob orientação da Profª Drª. Elisa Kern de Castro (CRP 9533/07).

Esta pesquisa objetiva entender o papel da religião e da espiritualidade na sua forma de enfrentar a doença. Os resultados desse estudo proporcionarão um maior conhecimento do tema na nossa realidade e poderão ajudar, posteriormente, pessoas que vivem a mesma situação que você. Caso aceite participar, será solicitado que você preencha dois questionários.

Dessa forma, estamos lhe convidando a participar desse estudo, e pedimos sua autorização através da assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo será assinado em duas vias, ficando uma em posse do participante e a outra com a pesquisadora responsável. Os dados de todos os participantes da pesquisa são confidenciais. É possível que os resultados da pesquisa sejam divulgados em eventos e publicações científicas, no entanto, eles serão apresentados sempre de maneira geral, com informações fictícias sobre os dados dos participantes para evitar identificações.

É importante salientar que a participação na pesquisa é totalmente voluntária. Em qualquer momento do andamento desta estaremos à disposição para esclarecer dúvidas relativas ao projeto e à sua metodologia, podendo ser retirada sua autorização de participação.

Para quaisquer esclarecimentos, os telefones para contato são: (51) 3590-8121 Ramal: 2229 ou (51) 9328-6381 com Elisa Kern de Castro ou (51) 9684-5321 com Carina Maria Veit.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura da pesquisadora

Eu _____ (nome da participante), declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa e aceito participar do estudo.

_____, _____ de _____ de 2011.

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 21 / 12 / 10
.....
.....
.....

Assinatura da participante

Anexo G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Sou a psicóloga Carina Maria Veit (CRP 18373/07), mestranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, e estou realizando uma pesquisa sobre o enfrentamento religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama, sob orientação da Profª Drª. Elisa Kern de Castro (CRP 9533/07).

Esta pesquisa pretende compreender qual o lugar da espiritualidade/religiosidade em sua vida e como essa lhe ajuda a enfrentar a doença. Os resultados da pesquisa proporcionarão um maior conhecimento do tema na nossa realidade e poderão auxiliar, posteriormente, pessoas que vivem a mesma situação que você. Caso você aceite se envolver com o trabalho, será solicitado que participe de um grupo de discussão com outras mulheres que passaram pela mesma situação que você, em que conversaremos sobre o tema em questão.

Dessa forma, estamos lhe convidando a participar desse estudo e pedimos sua autorização através da assinatura desse termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo será assinado em duas vias, ficando uma em posse do participante e a outra com a pesquisadora responsável. Os dados de todos os participantes da pesquisa são confidenciais. É possível que os resultados da pesquisa sejam divulgados em eventos e publicações científicas, no entanto, eles serão apresentados sempre de maneira geral, com informações fictícias sobre os dados dos participantes para evitar identificações.

É importante salientar que a participação na pesquisa é totalmente voluntária. Em qualquer momento do andamento desta, estaremos à disposição para esclarecer dúvidas relativas ao projeto e à sua metodologia, podendo ser retirada sua autorização de participação.

Para quaisquer esclarecimentos, os telefones para contato são: (51) 3590-8121 Ramal: 2229 ou (51) 9328-6381 com Elisa Kern de Castro ou (51) 9684-5321 com Carina Maria Veit.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura da pesquisadora

Eu _____ (nome da participante), declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa e aceito participar do estudo.

_____, _____ de _____ de 2011.

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 21.1.2010
.....
.....
.....

Assinatura da participante