

Coping e Redes de Apoio de Casais Sobreviventes ao Câncer Cervical

Coping and Support Networks in Couples who Survived Cervical Cancer

Suzana Oliveira Campos

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Fabio Scorsolini-Comin*

Universidade de São Paulo

Resumo: O adoecimento por câncer ginecológico apresenta repercussões significativas nas vidas das pacientes, bem como de seus cônjuges/parceiros. Para fazer frente a esse processo, esses casais podem desenvolver estratégias de enfrentamento (coping) que incluam ou não a conjugalidade. O objetivo deste estudo de casos múltiplos foi conhecer as principais fontes de apoio e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por casais em que a esposa/companheira realizou tratamento do câncer de colo uterino. As evidências foram produzidas a partir de três estudos de caso, com o emprego de entrevistas individuais com cada cônjuge e também com o casal. As entrevistas transcritas foram analisadas pela Psicologia Positiva. A família foi considerada a principal rede de apoio. As estratégias de coping mais utilizadas foram: resignificação do problema e suporte religioso/espiritual. A religiosidade/espiritualidade permitiu a construção de significados acerca do adoecer e a atribuição de um sentido de gratidão em decorrência dos aprendizados. O reconhecimento desses aspectos pode levar ao desenvolvimento de intervenções alinhadas às vivências dos casais e à oferta de um cuidado mais adequado.

Palavras-chave: coping; apoio social; neoplasias do colo do útero; psicologia positiva; casamento.

Abstract: Illness due to cervical cancer has significant repercussions on the lives of patients, as well as their spouses/partners. To cope with this process, these couples can develop coping strategies that include or not conjugality. The purpose of this multiple case study was to know the main sources of support and coping strategies developed by couples in whom the wife underwent treatment for cervical cancer. The evidence was produced from three case studies, using individual interviews with each spouse and also with the couple. The transcribed interviews were analyzed by Positive Psychology. The family was considered the main support network. The coping strategies most used were the re-signification of the problem and the religious/spiritual support. Religiosity/spirituality allowed the construction of meanings about becoming ill and the attribution of a sense of gratitude as a result of the learning generated by this painful process. It is important to recognize this aspects to develop interventions that are in line with the experiences of couples and to provide adequate care.

* Correspondência para: Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902. E-mail: fabio.scorsolini@usp.br

Keywords: coping; social support; uterine cervical neoplasms; positive psychology; marriage.

Introdução

O câncer de colo uterino se configura como um importante problema de saúde pública, principalmente em decorrência da crescente exposição a fatores de risco ambientais e da modificação de hábitos de vida da população (Lopes & Ribeiro, 2019; Soares et al., 2019). Entre os fatores associados encontram-se a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), aspectos socioeconômicos e ambientais, além de hábitos de vida que incluem o início precoce da atividade sexual, a pluralidade de parceiros sexuais, o tabagismo, os hábitos inadequados de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais (Stumbar, Stevens, & Feld, 2019).

O câncer ginecológico agride órgãos que possuem valores simbólicos importantes culturalmente, principalmente ligados à esfera da sexualidade e do desempenho de papéis sociais (Nyblade, Stockton, Travasso, & Krishnan, 2017). O diagnóstico e o tratamento do câncer de colo de útero acarretam sofrimentos e preocupações que incidem não apenas sobre a mulher, mas também em seus parceiros/cônjuges, o que tem sido pouco explorado pela literatura da área, que privilegia a narrativa feminina (Roh, Burnette, & Lee, 2018).

A vivência do câncer e dos seus diferentes estágios de tratamento traz repercussões físicas, psicológicas e sociais diversas e exige das pacientes capacidade de adaptação e enfrentamento. Um dos fatores que auxilia o enfrentamento e é considerado essencial para a superação do adoecimento e a para a qualidade de vida é a presença de uma rede social de apoio (Bard & Cano, 2018; Correia et al., 2018). O suporte social é a percepção de conforto, carinho e estima gerada a partir de um conjunto de interações e desenvolvidas com o propósito de proteger, apoiar e ajudar a atingir resultados positivos via apoio emocional e suporte instrumental proveniente de amigos, família, colegas de trabalho, vizinhos, profissionais ou instituições. Pode envolver apoio

emocional ou psicológico, apoio tangível ou instrumental, bem como apoio informacional ou cognitivo (Peixoto & Peixoto, 2017).

A Psicologia Positiva descortina-se como uma abordagem que lança seu olhar para estes contextos de apoio e de enfrentamento, buscando os recursos existentes e desenvolvidos pelos indivíduos para o enfrentamento de situações adversas, como um adoecimento grave. A Psicologia Positiva, que passou a ser mais divulgada na ciência psicológica a partir da década de 1990, propõe a adoção de uma visão mais apreciativa dos potenciais, motivações e capacidades humanas, pondo em evidência a dimensão mais saudável e o potencial de indivíduos, grupos e instituições (Peterson & Seligman, 2004; Scorsolini-Comin, Fontaine, Koller, & Santos, 2013; Seligman, 2011).

Em outras palavras, esta abordagem não busca investigar as causas dos adoecimentos, mas sim quais os recursos para o enfrentamento destes. Nesse processo, temas como esperança, espiritualidade, forças pessoais, emoções positivas, entre outros, passam a ser analisados, possibilitando uma visão integral do indivíduo, bem como a consideração de fatores de risco e de proteção aos quais os sujeitos estão expostos.

Entre os recursos mais explorados pela Psicologia Positiva está o coping, ou enfrentamento, que pode ser definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga dos recursos pessoais (Le et al., 2018; Roh et al., 2018). Esses esforços correspondem às respostas emitidas pelos sujeitos e têm por finalidade minimizar a pressão física, emocional e psicológica relacionada aos acontecimentos desencadeadores de estresse (Pereira & Branco, 2016).

O enfrentamento pode ser classificado em dois tipos: enfrentamento centrado no problema e enfrentamento centrado na emoção, embora muitas vezes ocorram simultaneamente (Costa & Leite, 2009). A estratégia focada na emoção trata-se do esforço para regular o estado emocional que está associado à situação estressante, sendo

a principal função dessa estratégia reduzir a sensação física desagradável decorrente. A estratégia focada no problema, por sua vez, constitui-se em um esforço para atuar na situação que originou o estresse, com o objetivo de alterar o problema existente na relação entre o indivíduo e o ambiente que está causando a tensão.

O processo diagnóstico e de tratamento de um câncer é uma situação estressante, que demanda reajuste psíquico a partir de esforços de enfrentamento da situação. Trata-se de um processo de utilização de recursos, pessoais ou contextuais, em situações de vulnerabilidade ou percebidas como ameaça iminente. Assim, o enfrentamento inclui estratégias adotadas deliberadamente pelo indivíduo para adaptar-se a uma situação estressora (Pereira & Branco, 2016).

A resiliência é um conceito importante para a Psicologia Positiva e envolve o ajustamento positivo frente a situações potencialmente negativas, como no caso do adoecimento grave (Tan, Beatty, & Koczwara, 2019). A religiosidade/espiritualidade também representa um importante fator de proteção, qualidade de vida e apoio social no enfrentamento de adversidades (Cunha, Marques, Fontaine, & Scorsolini-Comin, 2020; Le et al., 2018; Peterson & Seligman, 2011; Roh et al., 2018). Pode desempenhar papel importante no contexto de adoecimento, pois sugere uma reflexão das questões existenciais e situacionais e diz respeito à responsabilidade e transformação individuais.

A consideração das potencialidades individuais e contextuais proposta pela Psicologia Positiva permite um olhar diferenciado para a condição de adoecimento e de infertilidade, eventos naturalmente estressores, vivenciados no âmbito da conjugalidade. A partir dessa perspectiva, é possível compreender de que forma o casal se reorganiza a fim de manter a qualidade da relação e o bem-estar, mesmo em contextos conturbados e de forte mobilização emocional como os oportunizados pelo adoecimento por câncer de um dos cônjuges (Yoshimochi, Santos, Loyola, Magalhães, & Panobianco, 2018), evidenciando o caráter adaptativo do ser humano. A partir desse panorama e considerando a complexidade de investigar esses casais, sobretudo a partir de

metodologias qualitativas (Le et al., 2018; Roh et al., 2018; Soares et al., 2019), o objetivo deste estudo foi conhecer as principais fontes de apoio e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por casais em que a esposa realizou tratamento do câncer de colo de útero.

Método

Tipo de estudo e considerações éticas

Trata-se de um estudo de casos múltiplos de caráter exploratório, descritivo e de corte transversal, fundamentado na abordagem de pesquisa qualitativa. A redação do estudo qualitativo foi orientada pelo protocolo internacional COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem dos pesquisadores (CAAE: 82337317.2.0000.5154).

Participantes

Foram convidados a participar deste estudo casais heterossexuais (casados ou em união estável) cuja esposa tenha vivenciado câncer de colo de útero durante o casamento e tenha ficado infértil após o tratamento. Esses casais foram recrutados por meio dos prontuários de um hospital escola. Foram construídos três casos, sendo que foram entrevistados dois casais (Casos A e B) e apenas a esposa do terceiro caso (Caso C).

Instrumentos

Foram empregados dois roteiros de entrevista semiestruturados contendo questões abertas e que podiam ser respondidas livremente pelos participantes. Enquanto roteiro semiestruturado, alguns questionamentos emergiram no decorrer da aplicação da entrevista, sendo esse roteiro flexível para a inclusão de perguntas

durante a coleta de dados. O primeiro roteiro, respondido individualmente, continha perguntas de caracterização geral, além de abordar aspectos como concepções e vivências sobre família, conjugalidade, parentalidade, redes de apoio, estratégias de enfrentamento e experiências decorrentes do adoecimento por câncer que também repercutiram nesses domínios investigados. O segundo roteiro, respondido pelo casal, continha perguntas gerais sobre o casamento e a dinâmica conjugal, empregado com o objetivo de observar a interação do casal. Nesse momento, podiam ser observados aspectos como quem respondia primeiramente às questões, as concordâncias e possíveis discordâncias da díade, entre outros aspectos relacionados ao tema do estudo, como família, casal e enfrentamento do adoecimento por câncer.

Procedimento de Coleta de dados

Após contato prévio via telefone com os participantes, as entrevistas foram agendadas e realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados nas residências dos participantes, a partir de sua própria escolha, configurando-se como ambientes confiáveis e que asseguraram sua privacidade, conforto material e psicológico. Primeiramente foram realizadas entrevistas individuais e, posteriormente, em casal. Ambos os momentos foram audiogravados e transcritos na íntegra. O recrutamento, a seleção e as entrevistas foram realizadas por uma pesquisadora, mulher cis, heterossexual, branca, sem filhos, solteira, psicóloga com experiência prévia em entrevistas com casais e, à época, realizando o mestrado em Psicologia.

Análise dos dados

Para a leitura das entrevistas e a organização do *corpus* analítico foram realizados dois procedimentos. Em um primeiro momento as entrevistas foram analisadas verticalmente (uma a uma), a fim de conhecer os sentidos trazidos por cada

participante e por cada casal. Em um segundo momento, foi realizada análise horizontal com todas as entrevistas, integrando os achados e permitindo uma visão geral dos casos em tela. A partir desses dois procedimentos de leitura exaustiva, o *corpus* foi organizado tomando por base as recomendações de Braun e Clarke (2006) para a análise temática. A proposição inicial dos temas foi realizada pela psicóloga que realizou a coleta de dados (primeira autora) e posteriormente verificada pelo orientador do estudo (segundo autor), a fim de cotejar a concordância na construção dos temas. Não houve discordância em relação aos temas produzidos por ambos juízes. Os temas emergentes a partir da análise *a posteriori* do *corpus* foram, então, interpretados a partir do diálogo entre o referencial teórico da Psicologia Positiva e a literatura acerca do câncer de colo de útero. A partir do processo analítico empreendido e tendo por base os objetivos da presente investigação, neste estudo será apresentado o grande tema “estratégias desenvolvidas”, a partir do qual dois recursos especificamente serão reportados: o papel da família e a importância da religiosidade/espiritualidade.

Resultados e Discussão

Este estudo é composto por três casos. Nos casos A e B foram entrevistados ambos os membros do casal (totalizando quatro entrevistas individuais e duas de casal) e no caso C apenas a esposa (uma entrevista individual). A idade das esposas variou entre 40 e 74 anos, e a dos maridos entre 57 e 81 anos. O tempo de duração do matrimônio variou de 10 a 49 anos, sendo que todos realizaram uniões civis e religiosas. O catolicismo foi declarado como crença de todos os casais. A todos os participantes foram atribuídos nomes fictícios.

Caso A: Amália (74 anos) e André (81 anos), casados há 49 anos. Ambos possuem ensino fundamental. A esposa é do lar e o esposo é aposentado. O diagnóstico do câncer

de colo de útero aconteceu já na menopausa de Amália, que já havia recebido o diagnóstico de infertilidade quando era mais jovem.

Caso B: Beatriz (52 anos) e Bruno (57 anos), primos de primeiro grau, casados há 28 anos. O câncer foi diagnosticado há 20 anos, quando estavam tentando engravidar e, como consequência do tratamento, Beatriz ficou infértil.

Caso C: Carla representa o caso C deste estudo, pois seu marido não aceitou participar, com a justificativa de que não gosta de falar de si mesmo ou de entrar em contato com as suas emoções. Ela é casada há 10 anos, tem 40 anos de idade. O esposo possui 52 anos. Ela e o marido possuem ensino superior e atuam como funcionários públicos. Ela foi diagnosticada com câncer de colo de útero em 2017, quando realizou a histerectomia total. A participante já tinha dificuldades para engravidar antes do adoecimento, tendo realizado fertilização in vitro (FIV), sem sucesso.

Análise integrativa dos casos

Uma doença crônica pode se constituir como um fator de risco significativo à saúde mental em virtude da exposição prolongada a estressores e incertezas relacionadas ao tratamento, aos prejuízos na qualidade de vida, modificações na autoimagem, presença de sintomas, efeitos adversos de medicações e afastamento de papéis sociais. Porém, não é por si um determinante para o sofrimento emocional significativo e persistente. O impacto da doença será influenciado, principalmente, pela forma como o sujeito interpreta a situação de adoecimento, como identifica e utiliza seus recursos pessoais de enfrentamento e suas fontes de apoio.

Destaca-se, neste sentido, a importância do apoio psicossocial dos familiares e amigos durante o tratamento do câncer (Miranda, Lanna, & Fellipe, 2015). Estas relações afetivas são imprescindíveis para a manutenção do bem-estar físico e psicológico, especialmente nos momentos mais difíceis e estressantes, buscando melhorar a qualidade de vida e tornar as estratégias de enfrentamento mais eficazes

(Mattos, Blomer, Campos, & Silvério, 2016). Este suporte afetivo foi recorrente nas falas das entrevistadas e foi proveniente de diferentes esferas de relações, desde o âmbito familiar, até de trabalho.

A rede de apoio que eu tive foi assim, minha família. Teve uma colega minha que assim, me ajudou... duas amigas que me ajudaram muito. Até uma moça que veio trabalhar aqui comigo ela me ouvia muito. A minha mãe rezava muito pra mim, pra todo mundo. Mas é... o pessoal do trabalho né, as meninas vinham me ver. Eu gostava muito quando alguém vinha me ver, porque aí eu conversava. Então isso me ajudou bastante, sabe. (Carla)

Nesta fala é possível identificar diferentes formas de apoio que são valorizadas e exercidas por diferentes grupos sociais, desde a oração até a escuta afetiva. A rede de apoio parece funcionar como um lembrete de que é uma pessoa importante e amada, cujo sofrimento encontra um espaço de escuta atenta e confortante. Isto é percebido como ajuda e atua de maneira favorável ao enfrentamento da doença e na manifestação de emoções positivas, como a esperança. A esperança é um dos conceitos centrais da Psicologia Positiva justamente pelo seu papel protetivo diante de um cenário complexo e de dificuldade como o representado pelo adoecimento crônico. A esperança tem um papel relevante nesse contexto justamente por impulsionar uma busca contínua na luta contra as situações que ameacem o bem-estar, produzindo percepções mais adaptativas, maior adesão a tratamentos e estabelecimento de uma postura mais ativa ao longo de todo itinerário terapêutico (Caboral, Evangelista, & Whetsell, 2014).

A família também recebeu destaque na narrativa de Beatriz: “(...) *na hora que cê tá com uma doença assim, o sentir amado é muito bom, né. Fala assim ‘Poxa, olha quanta gente gosta de mim’, né*”. Além de um suporte que permite a manifestação da esperança em relação a um desfecho positivo do tratamento, a família, na acepção trazida por Beatriz, seria uma fonte de afetividade fundamental no percurso do tratamento. O

estabelecimento desses relacionamentos interpessoais positivos, para Seligman (2011), também compõe a base do modelo explicativo do bem-estar.

A vivência do câncer é uma experiência que gera mudanças importantes no cotidiano da família como um todo. Dentre estas, evidenciam-se a inversão de papéis e a sobrecarga. Muitas vezes, os familiares se sentem impotentes e incapazes de ajudar frente ao sofrimento vivenciado, além de demonstrarem dificuldades em expressar seus sentimentos, devido à crença da necessidade de se mostrarem fortes (Costa & Leite, 2009; Mattos et al., 2016; Miranda et al., 2015; Silva Junior et al., 2014). Por isso, é importante aceitar que cada rede de apoio social é única e possui sua própria maneira de organização frente à vivência do câncer. Assim, a repercussão do diagnóstico da doença causa sentimentos diversos, no paciente e em sua rede social de apoio, o que irá interferir no suporte oferecido (Bard & Cano, 2018).

As fontes de apoio também sofrem com a situação adversa e que, para alguns, o suporte oferecido é limitado a determinadas condições. O apoio da família é um dos principais recursos externos do paciente para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, tendo importante papel na evitação ou alívio de fontes desnecessárias de estresse ou ajudando a lidar com ele (Costa & Leite, 2009). O apoio da família é considerado uma fonte segura de suporte, em contraste com a possibilidade de ajuda externa que é vista, muitas vezes, como curiosidade para fofoca e não como preocupação genuína.

É assim, de lidar... foi muito assim, muito apoio da família, sabe. Muita gente apoiando, falando "Tem que melhorar". Foi mais apoio familiar mesmo, num teve nada assim, de fora, sabe. Porque tem gente de fora que quer ver seu... quer ver você lá embaixo, né. Quer ver lá embaixo. (Bruno)

Essa atitude também pôde ser observada no relato da Carla, que declara não contar sobre o seu adoecimento para pessoas fora da família, porque sente que estas não estão preocupadas com o seu bem-estar, mas com especulações e que podem usar

isto contra ela em algum momento posterior, especialmente no ambiente de trabalho. O relato de Bruno também reforça o sentido de que a família seria um espaço mais íntimo e preservado no qual todo o itinerário complexo do adoecimento poderia ser acolhido de modo mais apropriado. Enquanto instituição positiva, tomando por base o trabalho de Seligman (2011), a família pode ser considerada uma fonte de apoio e de pertencimento ou, em outras palavras, um pilar estruturante para o indivíduo na busca pelo bem-estar. Quando a família se apresenta de modo propositivo, oferecendo recursos e apoio ao longo do processo de adoecimento, torna-se uma instituição positiva, contribuindo para o bem-estar. Neste estudo, direcionado para a escuta dos casais, a conjugalidade não foi apresentada como um recurso específico de enfrentamento, embora possamos considerar que a díade esteja abarcada na consideração do sistema familiar.

Além do apoio recebido pelos familiares foram trazidas as contribuições por parte da equipe médica e das instituições de saúde. Em sentido próximo ao que foi trazido em relação à família, também os equipamentos de saúde podem ocupar a função de instituição positiva, fundamental no processo de promoção do bem-estar.

Os participantes narraram que as redes de apoio social foram facilitadoras para que ocorresse uma melhor aceitação do diagnóstico, bem como para que o tratamento fosse visto como um processo natural, sentido este corroborado pela literatura (Bard & Cano, 2018). Familiares e amigos são mais frequentemente citados nas pesquisas como fonte de apoio significativa, mas a equipe de saúde também aparece como recurso importante para fortalecer a rede de apoio social (Hoffmann, Müller, & Rubin, 2006). Entretanto, não são todos os profissionais que parecem estar aptos a oferecer esse suporte, como foi possível perceber nas entrevistas que trouxeram tanto relatos positivos, quanto negativos a respeito da postura profissional.

Carla identificou em seu médico uma atitude de apoio a partir de um abraço. Já Beatriz deflagrou outra postura adotada por profissionais da saúde, que não se

atentaram a um cuidado integral dos indivíduos atendidos. A sensação de desimportância do próprio sofrimento, por não sentir espaço para falar sobre isso, ressalta a importância de um lugar de escuta e de intervenções no decorrer do tratamento, abrangendo não apenas os aspectos médicos e fisiológicos, mas também as questões psicológicas, emocionais e sociais que afetam a vivência do tratamento.

Eles são assim, querem resolver o problema físico, mas o emocional não. Nunca perguntou lá pra mim assim oh “Você tá triste? É difícil, né”. Ninguém nunca chegou assim, pra ver o meu sentimento. É tipo assim, “Nossa, deu tudo certo. A cirurgia correu tudo bem, agora é só o tempo mesmo. Vai fazer o tratamento”, mas ninguém pergunta [...] “Mas e o seu emocional?”. (Beatriz)

Quando analisamos ambas as instituições recuperadas pelos participantes do estudo, a família e os equipamentos de saúde, é importante discutirmos que nem sempre esses sistemas funcionam de modo acolhedor e potencializam o bem-estar. Para funcionarem e se expressarem como instituições positivas (Seligman, 2011) precisam estar a serviço da promoção de saúde. Para tanto, podem envolver uma série de atividades acolhedoras, de reflexão, de pertencimento, de cuidado humanizado, de atenção e de interesse pelo outro, além da oferta de apoio material e afetivo. Pelos dados aqui compartilhados, nota-se a preponderância da família como instituição positiva.

Outra estratégia de enfrentamento que emergiu a partir das entrevistas foi a religiosidade/espiritualidade. Participar de atividades religiosas ou espirituais, bem como reforçar a fé em algo superior, podem ser consideradas práticas positivas na recuperação do câncer, estabelecendo um controle emocional para o enfrentamento de eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis (Barbosa, Ferreira, Melo, & Costa, 2017; Roh et al., 2018).

O bem-estar espiritual foi identificado como um fator de proteção (Hoffmann et al, 2006), estando relacionado a atitudes positivas de combate à enfermidade e pode

auxiliar na redução da angústia relacionada a doenças, bem como na promoção da saúde mental. Isso acontece porque a religiosidade/espiritualidade propicia a atribuição de um novo sentido à experiência da doença, modificando a maneira pela qual a pessoa adoecida e a comunidade percebem o problema, promovendo maior alívio do sofrimento (Hoffmann et al., 2006).

A fé. A fé, porque todo momento eu sabia assim, por mais que eu tivesse medo de morrer e tudo, eu tinha fé que eu ia sair, entendeu. Mas foi o que mais me ajudou, foi a fé. A religião. Foi o que mais me ajudou, mais me ajudou foi a fé. (Beatriz)

A fé e a religiosidade/espiritualidade são apoios no enfrentamento do diagnóstico do câncer, em seu tratamento e também atuam como conforto frente à possibilidade da morte (Roh et al., 2018). O depoimento de Beatriz representa o que foi comum a todas as participantes, a fé na religião foi elencada como principal fonte de suporte e conforto emocional para a vivência do adoecimento e de suas consequências, atuando de modo a oferecer confiança na cura e recuperação, e também na aceitação da condição de infertilidade decorrente. Esta resignação à vontade divina surge na fala de Amália:

Então a gente vê, às vezes... às vezes não, às vezes vai ser, teria sido uma bênção, né, e às vezes não. A gente não sabe porque Deus não nos deu, né. Porque para Deus tudo é possível, tudo é possível, né. Que a gente vê na palavra de Deus, né... quantas mulheres, quantas mulheres que tiveram estéril, que nem eu né, e tiveram né. (Amália)

Tal fala demonstra que a religiosidade/espiritualidade proporciona um forte auxílio tanto no acolhimento como na procura por significação, aparecendo como entidade importante para o enfrentamento da problemática. Em momentos de fragilidade e adoecimento, o enfrentamento religioso-espiritual é utilizado como fonte de conforto e de atribuição de sentido para os acontecimentos, proporcionando um

controle que vai além das capacidades humanas, atribuindo poder a um ser supremo e reduzindo, assim, sua ansiedade e medo (Barbosa et al., 2017; Fornazari & Ferreira, 2010).

Neste momento, a religiosidade/espiritualidade pode exercer um papel fundamental, tendo em vista a busca de força, perseverança e esperança para superar e vencer as adversidades que uma enfermidade acarreta para o cotidiano. Assim, é relatada por Amália como fonte de fortalecimento pessoal para enfrentar o momento adverso que é o adoecimento.

Nada de lágrimas, eu não tenho lágrimas, não tem. É uma força... fora de comum, uma força imensa que eu tenho dentro de mim. [...] Fala assim "Calma, Amália! Tranquila, tranquila...fica tranquila que nada, nada vai te acontecer, minha filha, nada vai te acontecer". [...] Sem pensar pensamento negativo, nada, nada, nada, nada. Aquele... confiança! Aquela fé! Confiança mesmo, que tudo aquilo ia passar, que tudo aquilo ia terminar. (Amália)

A crença de que se é forte e que já foi curada, com cunho religioso, foi apresentada como uma estratégia importante pelos casais do estudo, sobretudo pelas mulheres. A confiança em uma proteção divina foi utilizada como ferramenta para lidar com as emoções e consequências do adoecimento de forma mais positiva. A fala de Carla permite observar a valorização da fé enquanto fonte de bem-estar em detrimento dos medicamentos, denotando certo orgulho pela estratégia de enfrentamento elencada.

E ele me deu antidepressivo, só que eu não cheguei a fazer uso dos antidepressivos, que graças a Deus, eu consegui assim, com muita fé, muita perseverança mesmo. Muita gente rezou muito por mim. Eu consegui ficar bem. Então quando eu falo, eu me emociono, mas eu conto isso como uma vitória que não tem preço, sabe. É um testemunho assim, muito grande de fé, né. (Carla)

Além disso, é possível considerar a resignificação, a partir da religiosidade/espiritualidade, da vivência e cura do adoecimento como uma vitória, recorrendo a Deus como fonte de apoio e de superação das consequências do adoecimento. A figura de Deus atravessa a fala de todos os entrevistados, como uma presença benevolente e indispensável, que ofereceu a doença como caminho para a construção de uma vida melhor para elas mesmas. Foi Deus que, com sua bondade, permitiu aprendizado e vitória na luta contra a doença. A fé declarada pelas participantes parece ter sido importante auxílio à resignificação do câncer.

A modificação do significado da situação, a partir da religiosidade/espiritualidade ou não, foi outro mecanismo muito utilizado entre os participantes deste estudo. Essa forma de enfrentamento não modifica a situação propriamente dita, mas funciona como uma negociação do indivíduo com as próprias emoções, buscando a manutenção da autoestima positiva, esperança e bem-estar. Esta estratégia pode ser percebida, por exemplo, na fala de Amália: *“Pensar bem mesmo, que aquilo é uma coisa normal (...) que vai passar, que é para o bem da gente, para o nosso próprio bem”*.

Observa-se nesta fala que a participante reconfigura a gravidade do adoecimento pelo câncer, deslocando-o para o campo da normalidade que, por sua vez, é mais palatável e passível de compreensão. Além disso, as consequências do tratamento são resignificadas como necessárias para o próprio bem-estar.

A dimensão da religiosidade/espiritualidade é um dos conceitos que mais vêm sendo investigados pela Psicologia Positiva, haja vista que a espiritualidade é uma das forças de caráter relacionadas especificamente à virtude da transcendência (Cunha et al., 2020; Peterson & Seligman, 2004). O investimento nessa dimensão pode ser potente para a construção de um sentido de vida que ultrapasse as condições materiais do viver. Assim, no contexto de um adoecimento grave como o câncer, a conexão religiosa-espiritual, que pode ou não estar relacionada a uma religião ou a uma prática

espiritual em específico, pode permitir ao sujeito uma experiência de continuidade e de acolhimento, promovendo a adoção de uma postura de maior engajamento no itinerário terapêutico. Esse sentido foi compartilhado em todas as entrevistas deste estudo. Embora nem sempre a religiosidade/espiritualidade possa promover desfechos positivos em saúde (Scorsolini-Comin, Rossato, Cunha, Correa-Zanini, & Pillon, 2020), na presente amostra esteve expressa no sentido de um recurso potente e frequentemente evocado, sobretudo pelas mulheres que passaram pelo câncer.

Até o presente momento destacamos duas estratégias fortemente ancoradas em perspectivas mais individuais – primeiramente da família como apoio material e afetivo voltados exclusivamente às mulheres adoecidas e, em um segundo movimento, da religiosidade/espiritualidade como um recurso interno para fazer frente aos itinerários do adoecer por câncer. Mas uma terceira estratégia importante nesses casos decorre justamente de um processo que emerge após um período de recolhimento e de contato apenas com a própria experiência. E é nessa abertura ao mundo que surge o contato com o outro, inclusive em termos de processos de adoecimento semelhantes, como trazido por Carla:

Tinha uma moça lá, com um bebezinho, eu falava “Ai, gente, eu tô tão preocupada né, o médico falou que eu tô com cisto”, daí ela foi me contar que ela tinha tido um problema sério também, tinha tirado acho que um dos ovários e mesmo assim ela tinha gestado, né. Eu falei “Nossa!”, aí eu fiquei né, alegrinha né. (Carla)

A partir desse exemplo surge a percepção de que o adoecimento não é tão grande quanto se pensa e que não é impossível de ser ultrapassado, o que se mostra como uma forma de pensar que afeta positivamente a vivência do mesmo. A busca de apoio nas experiências de outras pessoas que tiveram um desfecho positivo surgiu como uma estratégia de manutenção da esperança no tratamento. É possível inferir que está relacionada ao sentimento de pertencimento a um grupo, e não como única

pessoa que está passando por aquela situação. A crença de que “tem muita gente que passa por isso” apareceu em outras falas e salientou a importância do compartilhamento de vivências adversas, como trazido pelo esposo André.

Porque eu sou muito assim, eu num me abalo com as coisas [...] sou muito realista [...] porque a gente, quando acontece as coisas com a gente, você tem que encarar que você não é a primeira pessoa que aconteceu aquilo. Você olha pra trás, já aconteceu com centenas, com milhares [...] aí supera.

O senso de compartilhamento, de empatia e de possibilidade de uma apreensão menos individual do processo de adoecimento, mas justamente de consideração dos elementos coletivos envolvidos nessa experiência compõem o que contemporaneamente tem sido cotejado pela terceira onda da Psicologia Positiva (Lomas et al., 2020). Ainda que os estudos alinhados a essa nova onda estejam em desenvolvimento, pode-se ilustrar, na presente investigação, uma transição no modo como os recursos são empregados pelos participantes: de uma apreensão essencialmente individual, em um primeiro momento, até o reconhecimento de que, apesar de o adoecimento incidir sobre um determinado organismo e uma determinada pessoa, não se trata de uma experiência isolada. Conhecer outras narrativas de adoecimento, por exemplo, pode ser um elemento importante não apenas para a consideração de uma experiência mais coletiva e menos individualizante, mas também de acionamento e desenvolvimento de recursos para além do sujeito.

Apesar desse movimento potencial em direção ao outro, o enfrentamento do adoecimento por câncer ainda parece ser significado pelos participantes como algo individual e particular de cada um. Além do olhar para as experiências alheias, a fala de André elenca as características pessoais como determinantes para o modo como o adoecimento foi vivenciado. Neste sentido, os traços pessoais e os padrões de comportamento desenvolvidos ao longo da vida têm grande importância na escolha das estratégias de enfrentamento. O mesmo pôde ser observado no relato de Carla,

mas nesse caso não são as características pessoais que definem a eleição desta estratégia, e sim a gravidade do adoecimento e o sofrimento a ele vinculado.

Eu evitava ficar conversando essas coisas com os meus pais, porque eu sabia que eles tavam sofrendo. [se emociona] Meu marido também, mas...passou né. Mas assim, eu não tive assim...eu não fiz tratamento psicológico, não fiz não. Porque, justamente, parecia que eu num queria tocar no assunto né, foi tão assim, traumático que eu num, não queria falar. (Carla)

Atitudes como a negação, o afastamento da realidade e o silenciamento são consideradas formas individuais de resposta ao adoecimento por câncer e podem esconder diversos processos promovidos pela doença (Toriy et al., 2015). Essas atitudes foram reportadas por quase todos os participantes, não apenas durante os primeiros estágios da doença, mas também posteriormente, ao lidar com as consequências.

Outra estratégia utilizada pelas mulheres foi a manutenção da atividade profissional, com objetivo de reduzir os sintomas depressivos e maximizar a capacidade de enfrentar os desgastes emocionais. A atividade laboral e o processo de readaptação vocacional reduzem as sensações temporárias de solidão e abandono (Toriy et al., 2015), surgindo como uma instância que contribui para a distração e funciona como um sinal de vitalidade, de vida normal. No caso de Carla, como as pessoas do trabalho não sabiam do seu adoecimento, configurou-se concretamente como um espaço em que a doença não existiu. Apesar disto, o estigma do câncer permanece e causa preocupações com relação à continuidade da vida normal, demonstrando uma ambivalência entre sentimento de vitalidade e incerteza da continuidade.

Os participantes deste estudo, ao enfrentarem o câncer e a infertilidade, elaboraram formas de enfrentamento baseadas, principalmente, na resignificação do problema e no suporte religioso, dimensões essas mais ligadas a componentes

individuais. Isso nos permite ponderar que o câncer, devido ao seu significado social, pode promover uma leitura de desamparo, de desespero e de solidão, impulsionando, inicialmente, recursos individuais em resposta a essa condição. No entanto, o contato com outras narrativas desse adoecimento pode permitir o desenvolvimento de uma inteligibilidade mais coletiva sobre esse fenômeno, impulsionando formas compartilhadas de responder aos desafios impostos pelo câncer – o que inclui a noção de conjugalidade de modo mais propositivo, aqui possivelmente abarcada dentro da noção de apoio familiar.

Considerações finais

O presente estudo teve o objetivo de conhecer as principais fontes de apoio e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por casais em que a esposa realizou tratamento do câncer de colo de útero. Observou-se que a rede de apoio social foi indispensável a todos os participantes tanto no diagnóstico e no tratamento, como na reabilitação, no auxílio às necessidades básicas e no desempenho de papéis. A família constituiu-se como principal fonte de apoio, segurança e estabilidade emocional para os participantes, embora a dimensão do casal não tenha sido explicitada. Isso pode ter ocorrido pelo fato de que os esposos estavam presentes na coleta de dados (nos dois dos casos investigados) ou pelo fato de a díade ter sido abarcada pelo conceito mais amplo de família. No entanto, as vozes dos esposos emergiram de modo mais tímido nas entrevistas, o que pode evidenciar tanto o protagonismo da mulher nesses casos, haja vista que as entrevistas tiveram como foco o câncer de colo de útero ou, ainda, a dificuldade de os mesmos se posicionarem em temáticas consideradas delicadas para o casal e especialmente para as esposas, como a infertilidade feminina.

Em relação às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos casais, percebeu-se o uso de recursos variados, focadas no problema e na emoção, concomitantemente. Além disso, os casais buscaram recursos pessoais, como características de personalidade e

recursos religiosos-espirituais, e outros contextuais, como o contato com outras pessoas adoecidas e seus itinerários. Pelos casos aqui analisados, destaca-se a preponderância do sistema familiar e da religiosidade/espiritualidade na oferta de apoio, conforto, tranquilidade e esperança. A esperança e a transcendência, nesse sentido, constituem forças destacadas pela Psicologia Positiva que podem estar relacionadas à construção de um sentido de vida que também é acionado diante de uma situação complexa como o adoecimento por câncer.

Entre as recomendações para a prática, amparados na Psicologia Positiva, a identificação das redes de apoio social significativas para o paciente e das estratégias elencadas pode contribuir para instrumentalizar os profissionais da saúde, proporcionando um melhor direcionamento de ações e cuidados destinados à família e ao paciente adoecido. Essas estratégias podem ser utilizadas nos protocolos de cuidado, potencializando o emprego de recursos e forças pessoais. Promover o desenvolvimento de novos recursos, priorizando os que envolvem uma postura ativa da pessoa adoecida ou de seu cônjuge/parceiro, também se mostra uma possibilidade na linha de cuidado. A inclusão do casal como fonte de evidências, ampliando a audiência com foco exclusivo na mulher adoecida, pode ser considerada uma contribuição deste estudo, alinhando-se a um sentido recentemente trazido pela terceira onda da Psicologia Positiva, de superação do foco no indivíduo e de priorização da coletividade e das interações também como forças para o desenvolvimento positivo. Promover uma audiência exclusiva ao casal e não necessariamente a cada membro da díade, como aqui empreendido, pode ser um recurso metodológico que evidencie justamente o grupo, o coletivo e não o sentido de superação como uma condição individual e apartada do outro. Assim, a conjugalidade também pode ser uma dimensão associada ao coping na perspectiva da Psicologia Positiva, o que deve ser melhor investigado em estudos vindouros.

Referências

- Barbosa, R. M. M., Ferreira, J. L. P., Melo, M. C. B., & Costa, J. M. (2017). A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 20(1), 165-182.
- Bard, B. A., & Cano, D. S. (2018). O papel da rede social de apoio no tratamento de adultos com câncer. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 26(1), 23-33. <https://doi.org/10.15603/2176-1019>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Caboral, M. F., Evangelista, L. F., Whetsell, M. V. (2012). Hope in elderly adults with chronic heart failure: Concept analysis. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(3), 406-11.
- Correia, R. A., Bonfim, C. V., Ferreira, D. K. S., Furtado, B. M. A. S. M., Costa, H. V. V., Feitosa, K. M. A., & Santos, S. L. (2018). Quality of life after treatment for cervical cancer. *Escola Anna Nery*, 22(4), e20180130. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0130>
- Costa, P., & Leite, R. C. B. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 355-364.
- Cunha, V. F., Marques, L. F., Fontaine, A. M. G. V., & Scorsolini-Comin, F. (2020). A religiosidade/espiritualidade na Psicologia Positiva: uma força de caráter relacionada à transcendência. In C. H. Giacomoni, & F. Scorsolini-Comin (Orgs.), *Temas Especiais em Psicologia Positiva* (pp. 202-215). Petrópolis, RJ: Vozes.
- 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. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>.
- Hoffman, F. S., Müller, M. C., & Rubin, R. (2006). A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(2), 143-150. <https://doi.org/10.15603/2176-1019>.
- Le, D., Aldoory, L., Garza, M. A., Fryer, C. S., Sawyer, R., & Holt, C. L. (2018). A spiritually-based text messaging program to increase cervical cancer awareness among African American women: design and development of the CervixCheck Pilot Study. *JMIR Research Protocols*, 2(1), e5. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1528317>
- Lomas, T., Waters, L., Williams, P., Oades, L. G., Kern, M. L., & Paige, W. (2020). Third wave positive psychology: broadening towards complexity. *The Journal of Positive Psychology*, 15(5). <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1805501>

- Lopes, V. A. S., & Ribeiro, J. M. (2019). Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3431-3442. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>
- Mattos, K., Blomer, T. H., Campos, A. C. B. F., & Silvério, M. R. (2016). Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 1-6. <https://doi.org/10.20435/2177093X2016101>.
- Miranda, S. L., Lanna, M. A. L., & Fellipe, W. C. (2015). Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 870-885. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002342013>.
- Nyblade, L., Stockton, M., Travasso, S., & Krishnan, S. (2017). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *Womens Health*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0407-x>.
- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2017). Suporte social na adaptação à condição de sobrevivente de cancro. *Revista de Enfermagem*, 35, 8-17.
- Pereira, T. B., & Branco, V. L. R. (2016). As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 24-31. <https://doi.org/10.20435/2177093X2016104>.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A classification and handbook*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Roh, S., Burnette, C. E., & Lee, Y-S. (2018). Prayer and faith: spiritual coping among American Indian women cancer survivors. *Health & Social Work*, 43(3), 185-192. <https://doi.org/10.1093/hsw/hly015>.
- Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A, M. G. V., Koller, S. H., & Santos, M. A. (2013). From authentic happiness to well-being: the flourishing of Positive Psychology. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 663-670. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400006>.
- Scorsolini-Comin, F., Rossato, L., Cunha, V. F., Correa-Zanini, M. R. G., & Pilon, S. C. (2020). Religiosity/Spirituality as a resource to face COVID-19. *RECOM - Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 10, e3723. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3723>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press.
- Soares, D. A., Batista, J. A., Santos, D. J. S., Oliveira, S. B., Cavalcante, G. K. F., & Santos, M. C. (2019). Therapeutic itineraries of women with cervical neoplasms in Bahia, Brazil. *Avances en Enfermería*, 37(3), 333-342. <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78149>
- Stumbar, S. E., Stevens, M., & Feld, Z. (2019). Cervical cancer and its precursors: a preventative approach to screening, diagnosis, and management. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 46(1), 117-134. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.10.011>.

- Tan, W. S., Beatty, L., & Koczwara, B. (2019). Do cancer patients use the term resilience? A systematic review of qualitative studies. *Supportive Care in Cancer*, 27(1), 43-56. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4456-y>.
- Toriy, A. M., Pires, S. A., Zomkowski, K., Luz, C M., Krawulski, E., & Sperandio, F. F. (2015). Processo de recuperação físico-emocional no pós-câncer ginecológico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional – UFSCar*, 23(4), 747-756.
- Yoshimochi, L. T. B., Santos, M. A., Loyola, E. A. C., Magalhães, P. A. P., & Panobianco, M. S. (2018). The experience of the partners of women with breast cancer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03366. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017025203366>

Agradecimento: Este estudo foi financiado pela CAPES. A primeira autora recebeu bolsa de demanda social da CAPES para a realização do mestrado junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. O segundo autor é bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq

Submetido em: 01.07.2020

Aceito em: 27.10.2020