

Avaliação Das Estratégias De Coping De Familiares Diretamente Envolvidos No Cuidado De Pacientes Oncológicos**Evaluation Of Coping Strategies Of Relatives Directly Involved In The Care Of Oncologic Patients**

DOI:10.34117/bjdv6n7-697

Recebimento dos originais: 03/06/2020

Aceitação para publicação: 27/07/2020

Eliane Silva Ferreira Almeida

Doutora em Ciências da Educação pela UTAD/Pt

Instituição: Faculdade de Engenharia e Arquitetura, Universidade FUMEC

Endereço: Rua Ulisses Marcondes Escobar, 106/ap.301, Buritis, BH/MG cep 30575-110

E-mail: eliane@fumec.br

Severino Dias Carneiro

Mestre em Sistema de Informação e Gestão do Conhecimento

Instituição: Faculdade de Engenharia e Arquitetura, Universidade FUMEC

Endereço: Rod. Amaral Peixoto 98001, Cond. Chateau Colline, casa 57, Araruama/RJ

E-mail: severino@fumec.br

Joyce Cristine Alves

Acadêmica do curso de Engenharia Química

Instituição: Faculdade de Engenharia e Arquitetura, Universidade FUMEC

Endereço: Rua Martinho Campos, 60, Novo Alvorada, Sabará- MG

E-mail: joycecris1@yahoo.com.br

Amanda Gomes Teixeira

Acadêmica do curso de Biomedicina

Instituição: Faculdade de Engenharia e Arquitetura, Universidade FUMEC

Endereço: Rua Moassy, 60 apt 401, Novo Eldorado - Contagem -MG

E-mail: amandagt02@gmail.com

Camila Monteiro Barbosa

Acadêmica do curso de Engenharia Biomédica

Instituição: Faculdade de Engenharia e Arquitetura, Universidade FUMEC

Endereço: Rua Santana, 411, Boa Vista, Sete Lagoas - MG

E-mail: camila201197@gmail.com

Maria Clara Mendonça Silva

Acadêmica do curso de Biomedicina

Instituição: Faculdade de Engenharia e Arquitetura, Universidade FUMEC

Endereço: Rua Maranhão,96, São José - Pará de Minas - MG

E-mail: clara-mendonca@hotmail.com

Thiago Henrique Lara Veas

Acadêmico do curso de Biomedicina

Instituição: Faculdade de Engenharia e Arquitetura, Universidade FUMEC

Endereço: Rua João da Cunha, 202, Prado, Belo Horizonte –MG

E-mail: thiagoveas@gmail.com

Anna Carolina Sobrinho Porto

Aluna do 3º ano do ensino médio

Instituição: Escola Estadual Professor Leopoldo de Miranda – BicJunior (CNPQ) –

Endereço: Rua Mica 204, São Lucas, Belo Horizonte- MG

E-mail: carol2001ferreira@hotmail.com

RESUMO

Quando o paciente recebe o diagnóstico de alguma doença, é comum imaginar que estes não sejam os únicos a sofrerem com a situação. Tanto os pacientes quanto seus familiares ou pessoas próximas são afetadas diretamente. Devido a isto, estratégias são utilizadas para se enfrentar o sofrimento gerado pela doença oncológica. Este estudo teve como objetivo avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas por acompanhantes de pacientes oncológicos, que frequentam casas de apoio e hospitais em Minas Gerais. Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário sócio demográfico, questionário COPE Breve e entrevista narrativa, os quais foram utilizados para se obter informações dos participantes acerca de suas experiências com a doença e o paciente. Os resultados mostram que a aceitação e a religiosidade são as estratégias mais utilizadas pelos participantes, enquanto as menos utilizadas são o desinvestimento comportamental, uso de substâncias e medicamentos, alta culpabilização e o uso do humor. O conhecimento dos sentimentos e necessidades dos acompanhantes frente à situação de enfrentamento é importante tanto para que estes também recebam apoio, quanto para que possam ajudar outros na mesma situação.

Palavras-chave: Câncer, Cuidar, *Coping*.

ABSTRACT

When the patient is diagnosed with an illness, it is common to imagine that they are not the only ones to suffer from the situation. Both patients and their relatives or close relatives are directly affected. Because of this, strategies are used to cope with the suffering generated by cancer disease. This study aimed to evaluate the coping strategies used by companions of oncologic patients, who frequent support homes and hospitals in Minas Gerais. The data collection instruments were: social demographic questionnaire, COPE Short questionnaire and narrative interview, which were used to obtain information from the participants about their experiences with the disease and the patient. The results show that acceptance and religiosity are the most used strategies by the participants, while the least used are behavioral disinvestment, use of substances and medications, high guilt and the use of humor. The knowledge of the feelings and needs of those accompanying them in the situation of confrontation is important both for them to receive support as well as to help others in the same situation.

Keywords: Cancer, Careful, *Coping*.

1 INTRODUÇÃO

O câncer, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), é um conjunto de neoplasias, caracterizado pelo crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Estas células possuem a capacidade de se dividirem rapidamente tornando-se agressivas e incontroláveis, resultando assim na formação de tumores com o risco de metástase para o restante do corpo (INCA, 2018).

A incidência de câncer no mundo na última década cresceu aproximadamente 20% e o impacto se dá principalmente nos países de baixa e média renda (INCA, 2018). Ainda segundo estimativa do Inca (2018) para incidência de câncer no Brasil, entre os dez tipos mais incidentes estão: os cânceres de próstata (68.220 casos novos), de mama (59.700 novos casos), de cólon e reto (intestino – 36.360), pulmão (31.270), estômago (21.290), colo do útero (16.370), cavidade oral (14.700), sistema nervoso central (11.320), leucemias (10.800) e esôfago (10.970). Devido a este fato, o câncer, por apresentar diversas formas, possui diferentes tipos de diagnósticos, tratamentos e cuidados.

1.1 O CUIDADO E O CUIDADOR

Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência.

Leonardo Boff

Segundo INCA (2018), o paciente com câncer reage melhor quando tem apoio social e psicológico.

De acordo com Canesqui e Barsaglini,

O apoio social, reportado às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos envolve os colaboradores naturais (a família); os grupos informais (autoajuda) e os formais e institucionalizados, como as organizações de doentes, que podem compor as redes de apoio dos adoecidos, protegendo-os ou não. (CANESQUI & BARSAGLINI, 2012, p. 1104)

O cuidado é um ato bondoso, amoroso, necessita de atenção, de responsabilidade, de carinho, empatia, compaixão. O cuidar é uma atitude de preocupação, de envolvimento afetivo com o outro a ser cuidado, de acordo com Boff (1999).

Alguns países desenvolvidos, por exemplo, adotam programas sociais que visam a qualidade de vida dos idosos, mantendo assim, um cuidador de idosos, visto que esta população está crescendo e já é uma realidade nesses países (MENDES, 1995). No Brasil a realidade é outra: um familiar, geralmente do sexo feminino, tem essa responsabilidade de ser cuidadora de seu(sua) filho(a), marido(esposa), mãe(pai), enfermo ou não. Portanto a mulher é a cuidadora tradicional (KINSELLA & TAEUBER, 1992).

A literatura sobre cuidadores, em muitos países desenvolvidos, é extensa, e as tentativas de conceituar cuidadores formais e informais, ou cuidadores principais e secundários, e fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada idoso dependente, é bastante discutido com base em dados empíricos. Nestes termos, a literatura internacional aponta para quatro fatores, geralmente presentes, na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos). (MENDES, 1995)

Segundo Horowitz (1985), há diferenças entre mulheres e homens ao exercerem o papel de cuidadores. Há um padrão em que os homens assumem o papel de cuidadores somente quando não há uma mulher o fazendo, sendo esse comportamento cultural e oportuno ao gênero. Quando os homens assumem esse papel de cuidador eles não o fazem com tamanha destreza, já que culturalmente, as mulheres assumem o papel de cuidadora do lar. Ainda hoje esse modelo da mulher cuidar é bastante usual e reproduzido em inúmeras sociedades.

Os cuidadores têm um papel muito importante na manutenção da vida do paciente, seja ele um idoso, um doente, uma criança, etc. De acordo com o Guia Prático do Cuidador publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS, 2008), o cuidador realiza uma série de tarefas em sua rotina, atuando como mediador entre família, paciente e médicos, nas tarefas voltadas aos cuidados de higiene, alimentação, exercícios (atividades físicas), massagens, administração de medicamentos, manutenção da casa, realizar tarefas bancárias, além das atividades próprias do cuidar como o ouvir e conversar.

Os cuidadores podem ser familiares, mãe, pai, irmão(ã), primo(a), tio(a), amigos da família, vizinhos, cuidadores profissionais contratados, podem residir na mesma casa que o paciente ou não. O paciente pode ter apenas um cuidador ou mais cuidadores.

Waldow (2012) aponta que o cuidado humano está embutido em valores, os quais independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, dentre outros aspectos. Ainda segundo este autor,

Cuidado consiste de esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e auto cura, quando um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas. (WALDOW, 2012, p.25)

O dia a dia dos envolvidos com a doença é alterado devido aos diferentes tipos de tratamentos e às reações adversas que estes geram. Melhorar a qualidade de vida do paciente ou curá-lo são os objetivos principais de cada modalidade de tratamento e precisam de apoio psicológico e cuidado, para serem bem sucedidos (GIANINI, 2007).

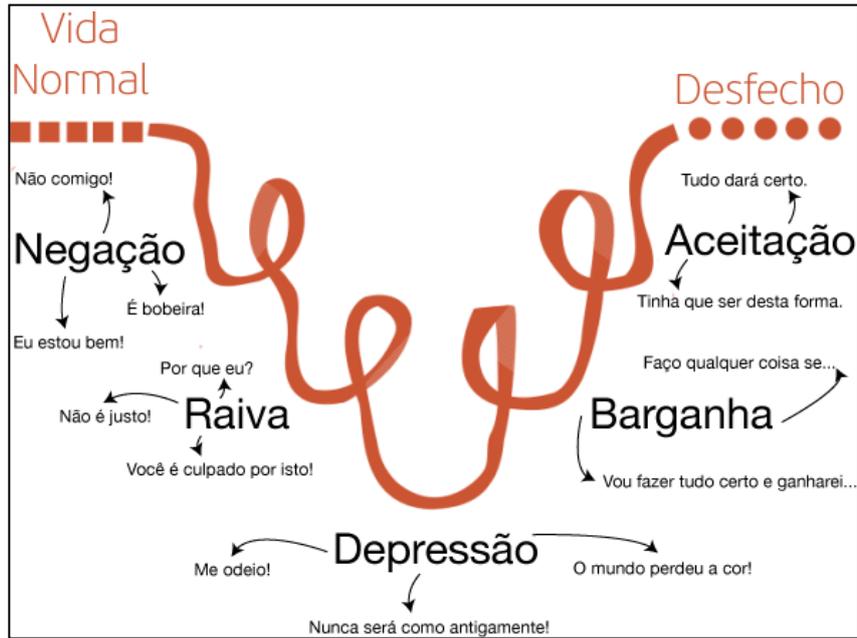
Por se tratar de uma enfermidade de diferentes níveis, existem casos menos complexos de câncer onde a pessoa acometida consegue realizar suas tarefas e necessidades por conta própria. No entanto, há casos nos quais a pessoa acometida de tipos mais graves e/ou avançados de câncer geralmente necessita de ajuda e acompanhamento diário para realizar tarefas cotidianas. Estas funções são então efetuadas por pessoas da família, conhecidas ou contratadas que passam a ser cuidadores de pacientes oncológicos.

As atitudes dos cuidadores frente à situação do paciente influenciam diretamente no seu tratamento. Para Kübler Ross,

Se uma doença maligna é apresentada como uma doença sem esperança provocando algo como “o que adianta, nada mais se pode fazer”, começa um período difícil para o paciente e para quantos o rodeiam. O enfermo sentirá um crescente isolamento, uma perda de interesse por parte do médico e uma falta de esperança cada vez maior. Pode piorar a olhos vistos, ou mergulhar numa depressão profunda de onde será difícil emergir, a menos que alguém lhe inculca um sentimento de esperança. As famílias de tais pacientes podem transmitir sentimento de pesar e inutilidade, de desespero e desânimo, nada acrescentando ao bem-estar do paciente. (Kübler Ross, 1996, [?])

Ainda segundo Kübler Ross (1996), a partir do momento em que o doente recebe o diagnóstico da doença, este passa a enfrentar diferentes estágios psicológicos que o acompanham durante todo o tratamento, sendo eles: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e por fim, aceitação. (FIGURA 1).

Figura 1- Os cinco estágios do luto.



Fonte: Kübler-Ross (1996).

Consequentemente, os cuidadores de pacientes oncológicos, por estarem em constante contato com o doente, também sofrem as consequências destes estágios vivenciados pelo indivíduo cuidado. No entanto, cada um tem sua maneira pessoal de reagir e enfrentar (*coping*) a situação.

Para Carvalho (2008)

Pelo comprometimento da doença em si, mas também pelo estigma ainda presente, vivenciar o processo da doença pode significar privação da sociabilidade cotidiana, segregação, interrupção do curso normal da vida para os enfermos e seus familiares. A fragilidade imposta pela doença pode levar à "exclusão social" por terem que enfrentar uma sociedade que é excluyente dos mais vulneráveis. Se a condição de pobreza, a miséria, o afastamento do trabalho estão presentes, o quadro de vulnerabilidade social se acentua com a doença, limitando ainda mais o acesso a bens e serviços para satisfação das necessidades básicas. (CARVALHO, 2008, p. 87-96)

Carvalho (2008) aponta ainda que uma doença como o câncer impõe mudanças, exigindo reorganização na dinâmica familiar para incorporar, às atividades cotidianas, os cuidados que a doença e o tratamento do paciente exigem. Quanto mais avançada a doença, maior é o sofrimento do paciente e dos demais membros da família. Portanto, o quadro da doença deve ser considerado na questão do grau de sofrimento.

1.2 ENFRENTAMENTO

O processo de enfrentamento de uma pessoa ou família diante do câncer depende de alguns atributos pessoais como por exemplo, a saúde e energia, sistema de crenças, metas de vida,

autoestima, autocontrole, conhecimento, capacidade de enfrentar problemas e práticas de apoio sociais (RIBEIRO & SOUZA, 2010).

O *coping* pode ser considerado como um conjunto de estratégias as quais são utilizadas pelas pessoas que buscam se adaptarem em diversas situações, como é o caso do câncer. Além disso os indivíduos utilizam de esforços para poderem lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas e isso tem-se constituído como objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, o que se tornou um estudo das diferenças individuais (SULS, DAVID & HARVEY, 1996).

Para Nunes (2010), através da análise de diversas teorias sobre o enfrentamento, se torna possível identificar que o enfrentamento está concomitantemente relacionado a uma variedade de respostas frente a situações difíceis, onde estas situações são caracterizadas de acordo com a vivência do indivíduo frente a reações emocionais.

1.2.1 Instrumentos e estratégias de enfrentamento

As estratégias de *coping* podem estar correlacionadas a comportamentos, ações ou até mesmo a forma de lidar com um problema que esteja causando estresse. Folkman e Lazarus (1980) propõem um modelo que divide o *coping* em duas categorias: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção (QUADRO 1). Nesta concepção o *coping* é considerado como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais no qual é utilizado pelas pessoas com o objetivo de encarar com demandas específicas, internas ou externas, que são percebidas em situações de estresse (FOLKMAN, 1986), (SEIDL, TRÓCCOLI, & ZANNON, 2001), (ANTONIAZZI, 1998).

Quadro 1 – Focos do Coping segundo Folkman & Lazarus

O <i> coping </i> focalizado na emoção	Pode ser definido como um esforço para regular o estado emocional que está associado ao estresse, ou é resultado de eventos estressantes.	Dirigidos a um nível somático ou a um nível de sentimentos, com o objetivo de reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse, com a finalidade de mudar o estado emocional.	Exemplo: Fumar um cigarro, tomar um tranquilizante, assistir a uma comédia na TV, sair para correr.
O <i> coping </i> focalizado no problema	Delineado como um esforço para agir na origem do estresse.	Tem como funcionalidade alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão.	Direcionada internamente: geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, redefinição do estressor. Direcionada externamente: engloba estratégias tais como negociação para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas.

Fonte: Adaptado de Folkman & Lazarus (1980).

Além disso o modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro elementos principais:

(a) *coping* trata-se de um processo ou interação entre o indivíduo e o ambiente; (b) possui a função de administrar uma situação com estresse, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (FOLKMAN & LAZARUS, 1980).

Siegel e Anderman (2001) identificaram estratégias religiosas de *coping* diante de situações de crise, como problemas relacionados a saúde e ao envelhecimento, incapacidade e morte. De acordo com Pargament (2001) quando as pessoas procuram se voltar para a religião buscando lidar com o estresse acontece o *coping* religioso-espiritual (CRE). As estratégias de *coping* religioso-espiritual podem ser classificadas como positivas e negativas conforme o modo em que são utilizadas (PARGAMENT, et al, 1998).

Define-se o CRE positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoo e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor como benéfico etc. Define-se o CRE negativo por envolver estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou frequentadores/membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal etc (PARGAMENT, et al, 1998, 2000, 2001 apud PANZINI, 2007 p. 126-135).

Em seu estudo Tarakeshwar et al (2006) relaciona a utilização do *coping* religioso-espiritual com a melhora na qualidade de vida, tanto o enfrentamento religioso positivo quanto o enfrentamento religioso negativo foram estudados.

Através de uma revisão de vários estudos Koenig (2001) concluiu que pessoas que apresentam envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar/abusar de substâncias como álcool, a religiosidade também está associada ao uso menos recreativo de drogas em pessoas mais jovens, quanto ao tabagismo também houve uma redução.

Os objetivos do uso do *coping* religioso espiritual, são busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e transformação de vida (PARGAMENT, 2001).

Outra estratégia na qual contribui no redimensionamento do estressor a partir da modificação do estado emocional, é a reinterpretação positiva, embora essa estratégia não esteja voltada para a resolução do problema ela permite que o indivíduo alcance um equilíbrio emocional, no qual se torna necessário como um passo anterior à ação (CARVER, 1989).

Um estudo realizado por Nezlek (2001) mostrou resultados no qual sugere que o uso de humor pelas pessoas é um meio de lidar com o estresse e está relacionado em como estas pessoas se sentem confiantes ao interagirem com outras. As pessoas que usam o humor como forma de lidar com os problemas, aliviam o sofrimento e podem fornecer formas de apoio mais agradáveis.

Nesta pesquisa, o COPE breve foi utilizado para como um dos instrumentos de coleta de informações, conforme na sequência.

2 OBJETIVOS

O presente artigo teve como objetivo conhecer e avaliar as estratégias de *coping* (enfrentamento) utilizadas pelos cuidadores de pacientes com doenças oncológicas, através de relatos sobre a vivência afetiva desses indivíduos (cuidadores) frente à situação do doente.

3 METODOLOGIA

3.1 AMOSTRAS

A coleta de dados para a produção do presente artigo foi realizada em forma de entrevistas entre os meses de dezembro a fevereiro de 2018. Estas foram realizadas em casas de apoio e hospitais, como: Lar Teresa de Jesus, Hospital Mário Penna, Hospital das Clínicas, e Asapac (Associação de Amparo a Pacientes com Câncer). Em sua totalidade foram realizadas 68 entrevistas.

Estas entrevistas foram realizadas com os cuidadores de doentes oncológicos, sendo de ambos os sexos e diferentes faixas etárias (todos maiores de 18 anos) e graus de parentesco. A obtenção dos dados foi feita em forma de entrevista visando uma melhor compreensão das questões por parte dos entrevistados, visto que nem todos eram alfabetizados. Primeiramente, explicou-se a cada cuidador o objetivo da pesquisa, bem como sua voluntariedade quanto à participação e privacidade de suas respostas. Após isto, o entrevistado ficou ciente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinando-o por livre e espontânea vontade.

3.2 INSTRUMENTOS

Foram coletados dados sócio demográficos dos participantes como escolaridade e profissão, bem como dados de sua relação com o doente oncológico como tipo de cuidador, grau de parentesco e tempo o qual cuida do paciente. Em seguida foi aplicado o questionário de Inventário de Estratégias de *Coping* Breve (RIBEIRO & RODRIGUES, 2004) seguido de questões abertas (semi-estruturadas) que buscaram obter relatos adicionais àqueles adquiridos pelo *Coping* Breve.

O desenvolvimento de um instrumento para coleta de dados chamado COPE proposto por Carver (1989) consiste em um inventário com o objetivo de avaliar estilos e estratégias de *coping*. Alguns autores afirmam que este inventário é derivado do modelo de *coping* de Folkman e Lazarus (1980) e do modelo de auto regulação comportamental (RIBEIRO & RODRIGUES, 2004).

O Brief COPE foi desenvolvido por Carver (1997) com o objetivo de avaliar estilos e estratégias de *coping*, no qual foi adaptado e validado para o português por Pais Ribeiro e Rodrigues em 2004. O questionário é composto por 28 itens, que se distribuem por 14 dimensões nas quais visam avaliar as diferentes formas de reação das pessoas na presença do estresse.

Este questionário é composto por 28 questões que se agrupam em 14 dimensões estabelecidas por questões específicas: *coping* ativo (questões 2 e 7), planejamento (questões 14 e 25), reinterpretação positiva (questões 12 e 17), aceitação (questões 20 e 24), humor (questões 18 e 28), religião (questões 22 e 27), utilização do suporte emocional (questões 5 e 15), utilização do suporte instrumental (questões 10 e 23), auto distração (questões 1 e 19), negação (questões 3 e 8), expressão dos sentimentos (questões 9 e 21), uso de substâncias (questões 4 e 11), desinvestimento comportamental (questões 6 e 16) e auto culpabilização (questões 13 e 26) (CARVER, 1997).

Carver (1997) utilizou dois critérios para a seleção dos dois itens de cada uma das 14 dimensões. O primeiro critério escolhido foi reter os itens que na versão original de 60 itens exibiam uma carga mais elevada no componente a que pertenciam, o segundo critério baseou-se na experiência mantendo os itens que eram mais claros e que permitiam uma comunicação mais fácil com populações não universitárias.

Portanto, o COPE Breve é basicamente um inventário de estratégias que relaciona diferentes situações às quais as pessoas estão submetidas quando se encontram em uma situação estressante.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Através do software estatístico *Statística 10*, os resultados obtidos foram submetidos à análise e estão apresentados em gráficos e tabelas. Utilizou-se média, desvio padrão, frequências absolutas e relativas para a análise.

Os relatos obtidos a partir da entrevista narrativa foram analisados quanto à literatura e aos dados obtidos pelo questionário.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O Comitê de Ética da Universidade Fumec aprovou o presente estudo, parecer número 58428916.8.0000.5155.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**4.1 DADOS GERAIS**

Constatou-se que os laços familiares estão presentes entre cuidadores e pacientes. De acordo com dados levantados na pesquisa (TABELA 1), a maioria dos cuidadores de pacientes oncológicos é do sexo feminino (75,4%), sendo que deste total 9,23% são mães, 7,69% esposas, 15,38% filhas, 12,3% irmãs, confirmando o que a literatura pesquisada afirma, ou seja, que o cuidado ainda é uma função social feminina. (HOROWITZ, 1985)

No entanto, 24,6% dos cuidadores são do sexo masculino, o que já demonstra que os homens começam a se dedicar a esta função/ocupação. A faixa etária média dos cuidadores é em torno de 45,4 anos, sendo que 56,9% dos entrevistados são solteiros e 32,3% são casados, 6,2% são separados, 3,1% são viúvos e 1,5% não souberam ou não quiseram responder.

A religiosidade é uma estratégia de enfrentamento (*coping*) importante que indivíduos acometidos pelo câncer e/ou seus cuidadores utilizam nesse momento delicado, segundo Fornazari & Ferreira (2010). Assim, constatou-se que 75,4% dos entrevistados são católicos, 18,5% são evangélicos e 6,1% outras religiões.

Quanto ao grau de instrução desses cuidadores, constatou-se que 36,9% possuem o primeiro grau incompleto e 3,1% completo; o segundo grau incompleto 4,6% e completo 30,8%; superior incompleto 7,7% e completo 16,9% (TABELA 1).

Tabela 1 – Dados gerais correlacionados às características sócio demográficas da amostra.

Variável	N (%)	Média ± DP
Idade	-	45,4± 12,9
Gênero	-	-
Feminino	49 (75,4)	-
Masculino	19 (24,6)	-
Estado Civil	-	-
Solteiro	37 (56,9)	-
Casado	21 (32,3)	-
Separado	4 (6,2)	-
Outro	1 (1,5)	-
Viúvo	2 (3,1)	-
Parentesco	-	-
Mãe	6 (9,23)	-
Pai	2 (3,08)	-
Irmão	9 (13,85)	-
Esposo	10 (15,38)	-
Esposa	5 (7,69)	-
Filho	9 (13,85)	-
Filha	10 (15,38)	-
Outros	14 (21,54)	-
Filhos	-	2,34± 1,17
Religião	-	-
Católica	49 (75,4)	-
Evangélica	12 (18,5)	-
Outros	4 (6,1)	-

Grau de Instrução		
Primeiro Grau Incompleto	24 (36,9)	-
Primeiro Grau Completo	2 (3,1)	-
Segundo Grau Incompleto	3 (4,6)	-
Segundo Grau Completo	20 (30,8)	-
Superior Incompleto	5 (7,7)	-
Superior Completo	11 (16,9)	-
Total	65 (100)	-

Fonte: Dados da Pesquisa

De forma a compor o quadro dos indivíduos cuidados, também se buscou informações sobre este doente. A Tabela 2 apresenta algumas informações destes indivíduos.

Tabela 2 – Dados gerais dos pacientes em tratamento

Variável	N (%)	Média ± DP (Faixa)
Idade do Paciente	-	63,9 ± 17,4 (3 a 99)
Gênero		
Feminino	38 (58,46)	
Masculino	27 (41,54)	
Tipo de Neoplasia		
Mama	15 (23,08)	
Próstata	12 (18,46)	
Bexiga	5 (7,69)	
Colo do útero	3(4,62)	
Pele	3(4,62)	
Linfoma	2(3,08)	
Outros	25 (38,45)	
Tratamento		
Cirurgia	6 (9,23)	
Acompanhamento	12(18,46)	
Radio	7(10,77)	
Quimioterapia	15 (23,08)	
Quimio e radioterapia	7 (10,77)	
Outros	18(27,69)	
Tempo de doença (anos)	-	3,56 ± 4,21 (0,041 a 16)
Total	65 (100)	

Fonte: Dados da pesquisa

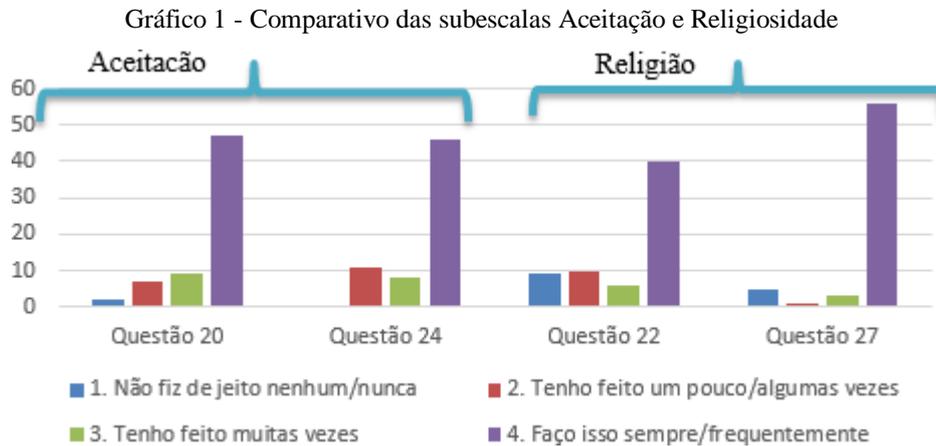
De forma geral os cuidadores relataram cuidar de pessoas acometidas recentemente ou até há 16 anos com idades entre 3 e 99 anos, tendo como média 63,9 anos. Deste total 58,46%(38) são mulheres (58,46%) e 41,54% (27) são homens.

Tais doentes possuem variados tipos de câncer: mama com 23,08% de pacientes acometidos. Em seguida vem o câncer de próstata com 18,46%. O câncer de bexiga é 7,69%, câncer do colo do útero e câncer de pele é 4,62%, linfoma (3,08%), o restante são outros tipos de câncer com 38,45%.

E, o tratamento mais utilizado sendo a quimioterapia por 23,08% dos pacientes, seguido da radioterapia com 10,77%. A quimioterapia e a radioterapia são utilizadas ao mesmo tempo em 10,77% dos pacientes. A cirurgia fica com 9,23% dos casos. Do total ainda foi identificado que 18,46% encontram-se em acompanhamento (18,46%).

4.2 COPING BREVE

As estratégias de enfrentamento foram avaliadas através do instrumento COPE Breve, como já citado anteriormente esse questionário é composto por 28 questões no qual se subdivide em 14 subescalas. Através da análise das respostas dos participantes pode-se destacar que as subescalas que obtiveram maior pontuação, foi a de aceitação, seguida pela subescala de religiosidade.



No gráfico 1 observou-se a subescala de aceitação composta pelas questões 20 (Tenho aceitado a realidade do fato que está acontecendo) e 24 (Tenho aprendido a conviver com esta situação) a maioria dos acompanhantes entrevistados responderam a alternativa número 4, o que significa um elevado índice de aceitação diante da situação do familiar doente.

As questões 22 (Tenho tentado encontrar conforto (apoio) em minha religião ou crenças espirituais) e 27 (Tenho orado (rezado) ou meditado) fazem parte da subescala religiosidade. Nela também se observou que a maioria dos entrevistados responderam a alternativa número 4, significando que eles tentam encontrar algum conforto em sua religião ou crença espiritual depois do descobrimento da doença do familiar.

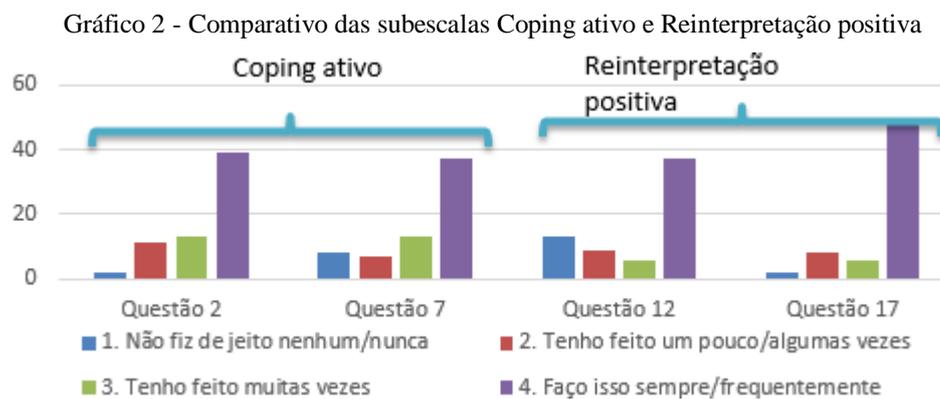
A busca através da religião não deve ser entendida como uma forma de fugir da realidade, mas como uma perspectiva de futuro para o sofrimento que é causado pelo câncer. Compreende-se então o porquê as religiões oferecem resultados de eficácia simbólica relacionado ao bem-estar (GEERTZ, 2012).

Com o objetivo de tentar compreender de qual forma a religiosidade poderia influenciar na vida dos pacientes oncológicos Aquino & Zago (2007), realizaram um estudo com estes pacientes para verificar como a busca pela religião desde as etapas iniciais do acometimento da doença, influenciavam no enfrentamento do doente em relação a situação. Entende-se que a religião foi

importante para a resignificação das experiências com a doença e o tratamento (AQUINO & ZAGO, 2007).

A espiritualidade é uma construção da personalidade de cada ser humano - uma expressão da sua identidade e propósito, à luz da sua história, experiência e aspiração. É por isso que a religião produz alívio ao sofrimento, na medida em que permite mudança na perspectiva subjetiva pela qual o paciente e a comunidade percebem o contexto da doença grave. Devido às significações do câncer, o doente redireciona sua atenção a novos aspectos de sua experiência ou a perceber essa experiência sob uma nova ótica. O alívio do sofrimento, a sobrevivência e a cura consistiriam não no retorno ao estado anterior à doença, mas na inserção da pessoa a um novo contexto de experiência - o da segunda chance de vida, pela sobrevivência. Nessa nova chance, a adesão religiosa, segundo a construção cultural do grupo social, é mais verbal do que formal ou sistemática, combinando diversas das crenças e práticas religiosas disponíveis, com apoio da rede social (AQUINO & ZAGO, 2007, p.42-47).

Na sequência são apresentados os resultados das demais subescalas que podem ser visualizadas nos gráficos 2, 3, 4 e 5.

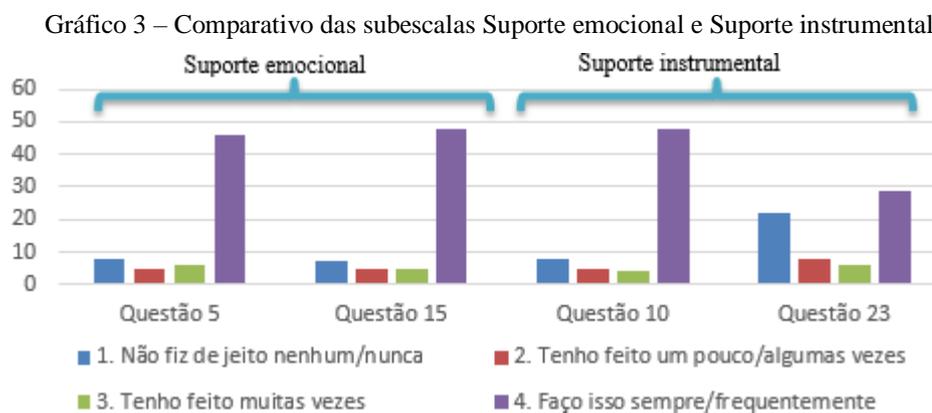


Segundo Carver (1989) o *coping* ativo consiste no processo de estabelecer passos sucessivos para remover, atenuar ou melhorar os efeitos estressor. As questões número 2 (Tenho concentrado meus esforços para fazer alguma coisa em relação à situação) e 7 (Tenho tomado alguma atitude para tentar melhorar a situação) fazem parte da subescala de *coping* ativo e pode-se observar o elevado número de entrevistados que responderam a alternativa (Faço isso sempre/frequentemente).

Um estudo realizado por Almico e Faro (2014), observou-se diversas formas de relatos, tais como a resignação e abnegação, no qual cuidadores, principalmente os familiares são capazes de abrir mão de tudo, inclusive da própria vida, se fosse possível, para a partir daí dedicar-se somente ao cuidar do filho. Ainda segundo Almico e Faro (2014) essa experiência gera no cuidador o sentimento de medo e insegurança ao lidarem com situações angustiantes do tratamento, aprendendo desse modo que o tratamento é um mal necessário para alcançar a cura do filho.

A subescala Reinterpretação positiva no qual consiste em reinterpretar uma situação negativa ou tensa em termos positivos, é composta pelas perguntas de número 12 (Tenho tentado ver a situação de outra forma para fazê-la parecer mais positiva) e 17 (Tenho tentado enxergar algo de bom no que está acontecendo), observa-se que um grande número de entrevistados responderam a alternativa (Faço isso sempre/frequentemente).

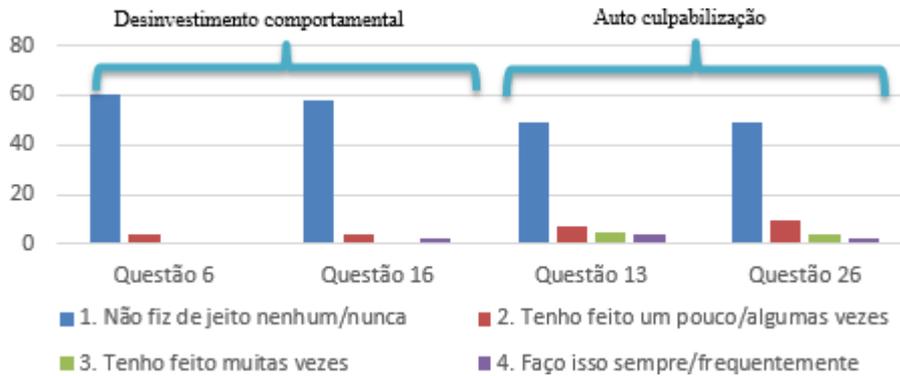
Segundo Carver (1989), a reinterpretação positiva é uma estratégia que contribui para uma maior realização profissional. Consiste no redimensionamento do estressor a partir da modificação do estado emocional. Concluímos então que ao agirem dessa forma os participantes assumem uma postura proativa de lidar com o estresse vivido em algum momento de sua vida.



No gráfico 3 foi feita uma comparação entre as subescalas de Suporte emocional composta pelas questões 5 (Tenho recebido apoio emocional de outras pessoas) e 15 (Tenho recebido conforto e compreensão de alguém), observamos que a maioria dos entrevistados responderam a alternativa (Faço isso sempre/frequentemente), o que significa que após o diagnóstico da doença esses acompanhantes passaram a receber suporte emocional de familiares, amigos, etc. A outra subescala que foi comparada foi a de Suporte instrumental composta pelas questões 10 (Tenho recebido ajuda e conselhos de outras pessoas) e 23 (Tenho tentado obter conselho ou ajuda de outras pessoas sobre o que fazer), onde também a maioria dos entrevistados responderam a alternativa (Faço isso sempre/frequentemente), mas ressaltamos que um pequeno grupo de entrevistados responderam a alternativa (Não fiz de jeito nenhum/nunca).

A subescala de suporte instrumental consiste quando um indivíduo procura ajuda, informações ou conselho acerca do que fazer (RIBEIRO & RODRIGUES, 2004).

Gráfico 4 – Comparativo das subescalas Desinvestimento comportamental e Auto culpabilização



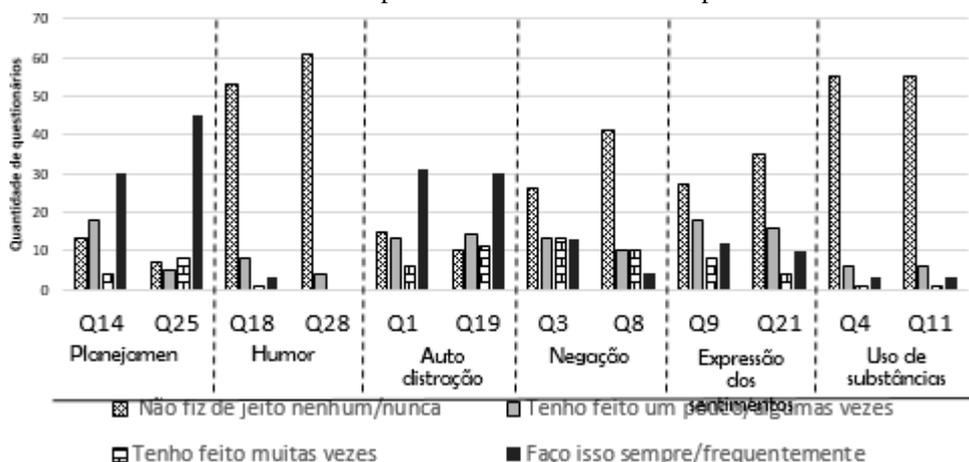
No gráfico 4 foi feita uma comparação das subescalas Desinvestimento comportamental composta pelas questões 6 (Estou desistindo de enfrentar a situação) e 16 (Estou desistindo de tentar enfrentar a situação), a subescala de Auto culpabilização é formada pelas questões 13 (Tenho me criticado) e 26 (Tenho me culpado pelas coisas que aconteceram).

Ao analisar o gráfico ressaltamos que nessas duas subescalas a maioria dos entrevistados responderam a alternativa (Não fiz de jeito nenhum/nunca), em relação aos entrevistados houve uma grande rejeição dessas subescalas.

De acordo com Ribeiro e Rodrigues (2004),

Auto culpabilização consiste em culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu, e desinvestimento comportamental significa desistir, ou deixar de se esforçar para alcançar o objetivo com o qual o estressor está a interferir (RIBEIRO & RODRIGUES, 2004).

Gráfico 5 – Comparativo das subescalas do Cope Breve



As estratégias que obtiveram menor utilização podem-se citar o, uso de substâncias e medicamentos, uso do humor, uso da negação.

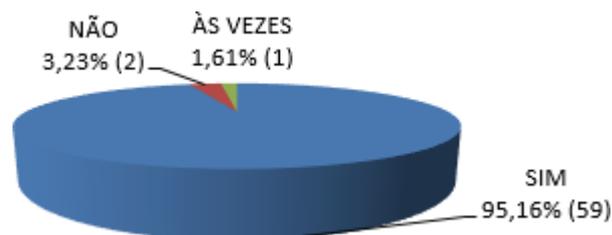
4.3 ENTREVISTA NARRATIVA

Além dos resultados gerados pela obtenção dos dados gerais dos cuidadores e pelo Inventário de Estratégias de *Coping* Breve, foram obtidas informações a partir da entrevista não estruturada. Para tanto, os entrevistados foram submetido a três questões, sendo elas: “O Sr.(a) se sente aceito pelo paciente?”, “O Sr.(a) deseja falar alguma coisa em relação à situação que está vivendo?” e “O Sr.(a) gostaria de falar sobre alguma experiência, dificuldade, algo que tenha aprendido ou modificado em sua vida a partir do momento em que começou a cuidar deste paciente?”.

A partir destas questões, relatos sobre a vivência afetiva desses indivíduos frente à situação de adoecimento e acompanhamento do paciente foram coletados.

Dos 68 (100%) entrevistados, 62 (91,18%) responderam à primeira pergunta “O Sr.(a) se sente aceito pelo paciente?”, obtendo como resultados: 59 (95,16%) responderam sim; 2 (3,23%) responderam não e 1 (1,61%) respondeu “às vezes”, conforme apresenta o Gráfico 6.

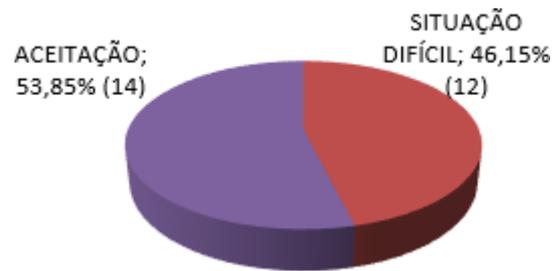
Gráfico 6 – “O Sr.(a) se sente aceito pelo paciente?”



A maioria dos pacientes aceita ajuda dos acompanhantes visto que este apoio pode trazer benefícios. Este resultado está de acordo com o que foi apresentado por Gianini (2007), o qual cita o “apoio” como um tratamento eficaz para o paciente, onde este pode ter o sofrimento amenizado e recuperar sua autoestima. Como exemplo, pode-se citar a resposta do participante 27: “*Sim, me sinto aceita. A paciente me ama e declara que gosta muito da minha companhia*”.

Do total de entrevistados, 26 (38,24%) responderam à segunda pergunta “O Sr.(a) deseja falar alguma coisa em relação à situação que está vivendo?”, obtendo como resultados: 12 (46,15%) definiram a situação como sendo difícil e 14 (53,85%) afirmaram já terem chegado à aceitação da situação. (GRÁFICO 7)

Gráfico 7 – “O Sr. (a) deseja falar alguma coisa em relação à situação que está vivendo?”



A falta de apoio tanto do governo em relação à distribuição de medicamentos, quanto da família foi citada pelos acompanhantes como um agravante da situação.

“Há falta de compreensão das irmãs. Falta de apoio.” (Participante 60)

Canesqui e Barsaglini (2012) abordaram que o apoio pode ser reduzido e recusado de acordo com fatores como: a cultura e os valores, os elos entre as pessoas e o individualismo. Os quais podem influenciar na sociabilidade e cooperação do ser humano.

Em contrapartida, mais da metade dos acompanhantes que responderam à segunda questão disseram já ter aceitado a situação.

“A vida é assim mesmo, não são só flores.” (Participante 24)

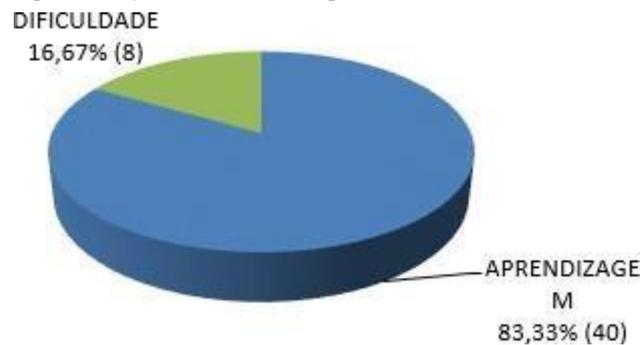
“É difícil, mas tem que correr atrás.” (Participante 46)

“Mais uma experiência de vida.” (Participante 66)

Como abordado por Kübler Ross (1996), esta aceitação não deve ser entendida como felicidade, pois a aceitação é uma forma de fuga de sentimentos e enquanto o acompanhante não aceitar a situação, este acaba por fazer mais mal do que bem ao paciente.

Por fim, 48 (70,6%) responderam ao terceiro questionamento “O Sr.(a) gostaria de falar sobre alguma experiência, dificuldade, algo que tenha aprendido ou modificado em sua vida a partir do momento em que começou a cuidar deste paciente?”. Os resultados obtidos estão expressos no Gráfico 8, onde constatou-se que: 40 (83,33%) afirmaram ter aprendido coisas boas como: cooperação, valorização do próximo, amor à vida, fé, perseverança, otimismo e paciência e 8 (16,67%) disseram estar passando por dificuldade, desilusão, desânimo e pouco tempo para si.

Gráfico 8 – “O Sr. (a) gostaria de falar sobre alguma experiência, dificuldade, algo que tenha aprendido ou modificado em sua vida a partir do momento em que começou a cuidar deste paciente?”



O resultado obtido com a terceira questão, onde a maioria dos acompanhantes disse ter aprendido coisas boas, está de acordo com o que Waldow (2012) apresentou, no qual afirma que as pessoas passam a ser mais amorosas a partir do momento em que praticam o “cuidar”. Para tanto, esta autora diz que “Pode-se não amar no sentido de sentimento, não gostar de alguém, mas pode comportar-se amorosamente com ela, sendo respeitoso, gentil, honesto e assim por diante.”.

Podem-se citar algumas respostas dos entrevistados como exemplos da coerência com o que foi exposto por Waldow (2012):

“Aprendi a cooperar.” (Participante 4)

“Aconteceram coisas boas. Conheci muitas pessoas e fiz amizades verdadeiras. Aprendi a dar valor ao próximo.” (Participante 5)

“Passei a ter mais paciência e tolerância. Passei a ver a vida de outra maneira.” (Participante 17)

“Achei bom ser voluntária e ajudar uma pessoa tão necessitada e sem ninguém para tomar conta dela. Me sinto muito bem por ajudá-la.” (Participante 26)

5 CONCLUSÃO

O diagnóstico de câncer é capaz de transformar a rotina de todos os envolvidos e gerar impactos significativos em suas vidas. Isto se deve ao fato de o câncer ser um conjunto de neoplasias, o qual ainda gera bastante insegurança quanto ao seu tratamento e cura.

O presente estudo contribui na identificação das estratégias de *coping* mais buscadas pelos acompanhantes de pacientes oncológicos, bem como a importância dessas durante a vivência com a doença e o paciente. A partir dos resultados obtidos, conclui-se que as estratégias de enfrentamento (*coping*) mais utilizadas estão ligadas à aceitação e à religiosidade, as quais consistem no aprendizado e nas crenças espirituais do entrevistado, respectivamente.

O cuidar e o cuidador têm papel fundamental para o paciente oncológico, por isto é importante que o acompanhante esteja forte física e mentalmente. Além disto, é necessário que este (acompanhante) seja amparado nos âmbitos social, familiar e profissional, de modo que a tarefa do cuidar seja cumprida com êxito e o estresse da situação seja reduzido ao máximo possível para ambas as partes.

A realização de mais estudos científicos sobre estratégias de *coping* faz-se necessária para que os dados e resultados obtidos neste artigo sejam reforçados e para que os envolvidos com a doença oncológica recebam cada vez mais o apoio adequado.

AGRADECIMENTOS

A equipe agradece ao ProPic FUMEC e à FAPEMIG pelo apoio financeiro para a realização do projeto.

REFERÊNCIAS

ALMICO, T.; FARO, A. Coping of caregivers of children with cancer in chemotherapy process. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa. v. 15, n. 3, p. 723-737, dez. 2014.

ANTONIAZZI, A. S. et al. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, Natal. v. 3, n. 2, p. 273-294, dez. 1998.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.15, n. 1, p. 42-47, fev. 2007.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano. Petrópolis: Vozes, 1999.

CARVALHO, C.S.U. A Necessária atenção à família do paciente oncológico. *Rev. Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, 54(1):87-96. 2008.

CARVER, C. S. You want to measure coping but your protocol too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, v. 4, n. 1, p. 92, 1997.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, Washington, v. 56, n. 2, p. 267, 1989.

FOLKMAN, S. et al. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, Washington, v. 50, n. 3, p. 571, 1986.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, Washington, v.21,n.3, p. 219-239, 1980.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 26 n. 2, p. 265-272, Abr-Jun 2010.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2012.

GIANINI, M. M. S. Câncer e gênero: enfrentamento da doença. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0369.pdf>> Acesso em 10, Mar, 2018.

HOROWITZ, A. Sons and Daughters as Caregivers to Older Parents: Differences in Role Performance and Consequences. *The Gerontologist*, Oxford, v.25, n. 6, p. 612-617, 1 December 1985.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a02v17n5.pdf>> Acesso em 10, Mar, 2018.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. O que é o câncer? 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 10 abr. 2018.

----- . INCA estima cerca de 600 mil casos novos de câncer para 2018. 2018. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2018/inca-estima-cerca-600-mil-casos-novos-cancer-para-2018>> Acesso em: 10 abr. 2018.

KINSELLA, K. & TAEUBER, C. M. *An Aging World II*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 1992.

KÜBLER ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. 7ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MENDES, P. B. M. T. *Cuidadores - heróis anônimos do cotidiano*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995. 203 f.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia prático do cuidador*. 2008. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=59-guia-pratico-do-cuidador-9&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&Itemid=965>. Acesso em 18, Maio, 2018.

NEZLEK, J.B.; DERKS, P. Use of humor as a coping mechanism, psychological adjustment, and social interaction. *Humor: International Journal of Humor Research*, Washington, v. 14, n. 4, p. 395-414, 2001.

NUNES, C.M. N. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da Psiconcologia. *Encontro: Revista de Psicologia*, v. 13, n. 19, p. 91-102, 2010.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de psiquiatria clínica*. São Paulo. v. 34, n. 1, p. 126-135, 2007.

PARGAMENT, K. I. et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, Nova Jersey, v. 4. p. 710-724, 1998.

PARGAMENT, K. I. *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press, 2001.

RIBEIRO, A. F.; SOUZA, C. A. O cuidador familiar de doentes com câncer. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 17, n. 1, p. 22-27, 2010.

RIBEIRO, J. L.; RODRIGUES, A. P. Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 5, n. 1, p. 3-15, 2004.

SEIDL, E.M.F.; TRÓCCOLI, B.T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SIEGEL, K.; ANDERMAN, S. J.; SCHRIMSHAW, E. W. Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, v. 16, n. 6, p. 631-653, 2001.

SULS, J.; DAVID, J. P.; HARVEY, J. H. Personality and coping: Three generations of research. *Journal of personality*, v. 64, n. 4, p. 711-735, 1996.

TARAKESHWAR, Nalini et al. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of palliative medicine*, v. 9, n. 3, p. 646-657, 2006.

WALDOW, V. R.. *Cuidar expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

KOENIG, H. Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001.