



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

***DISTRESS E ENFRENTAMENTO DE MULHERES ADULTAS E IDOSAS COM***  
***CÂNCER: PERSPECTIVAS SOBRE GÊNERO E DESENVOLVIMENTO***

**AGNI GONÇALVES TAVARES**

Brasília, fevereiro 2021



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

***DISTRESS E ENFRENTAMENTO DE MULHERES ADULTAS E IDOSAS COM***  
***CÂNCER: PERSPECTIVAS SOBRE GÊNERO E DESENVOLVIMENTO***

**AGNI GONÇALVES TAVARES**

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Psicologia da Saúde e Processos Clínicos.**

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo**

Brasília, fevereiro 2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
Departamento de Psicologia Clínica  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA

EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente  
Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Alessandra da Rocha Arrais - Membro  
Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito  
Federal (SESDF)

---

Profa. Dra. Letícia Decimo Flesch - Membro  
Centro Universitário Fametro - Unifametro

---

Profa. Dra. Carla Sabrina Xavier Antloga - Suplente  
Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília

Brasília, fevereiro 2021

**DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais, pelo carinho e pela confiança.  
Ao João Paulo Domingos, pelo amor e companheirismo.*

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Cleuza, exemplo de garra, coragem, competência e amor. Ao meu pai, Jonas, por sempre apoiar minhas escolhas e incentivar meus estudos. À minha irmã, Águeda, pelo carinho e pela admiração.

Ao meu marido, João Paulo Domingos, pelo encorajamento, companheirismo e carinho, sempre solícito e disposto, independentemente das circunstâncias. Pelo equilíbrio e alegria.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo, minha orientadora, pelo incentivo e pela sua sabedoria oferecidos desde as disciplinas que cursei na graduação. A minha gratidão aos diversos auxílios oferecidos e ao conhecimento transmitido no decorrer do mestrado.

Às professoras membros da banca, pela disponibilidade em contribuir com o aperfeiçoamento deste trabalho.

À Karla Nascimento, pela confiança e ajuda imensurável à etapa de coleta de dados dessa pesquisa.

## RESUMO

Ao longo do tempo, numerosos estudos sobre *distress* e enfrentamento têm sido empreendidos em Psico-oncologia. Nessa área, denomina-se *distress*, o sofrimento psicológico de origem multifatorial, relacionado ao diagnóstico e aos tratamentos oncológicos. Quanto ao enfrentamento, persiste o interesse clínico no acompanhamento de pacientes oncológicos, em razão da necessidade de se estimular estratégias mais adaptativas, tendo em vista suas necessidades psicossociais, notadamente aquelas relacionadas ao gênero e às etapas de desenvolvimento do ciclo vital. Assim, considerando tais preocupações científicas e assistenciais, realizou-se uma investigação com o objetivo geral de descrever, avaliar e comparar *distress* e enfrentamento de mulheres adultas e mulheres idosas, diagnosticadas com câncer. No total, participaram do estudo, 21 mulheres submetidas a tratamento quimioterápico em um centro especializado privado, localizado no Distrito Federal e que tinham os seguintes diagnósticos: câncer de mama ( $n = 10$ ), estômago ( $n = 3$ ), ovário ( $n = 3$ ), colo do útero ( $n = 2$ ), intestino ( $n = 1$ ), pulmão ( $n = 1$ ) e pâncreas ( $n = 1$ ). Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados: Termômetro do *Distress* (TD), Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), Questionário Sociodemográfico e Roteiro de Entrevista Semiestruturada. Duas subamostras foram constituídas, de acordo com a faixa etária: Grupo A - nove pacientes entre 20 e 50 anos de idade ( $M = 40,5$ ;  $DP = 4,1$ ); e Grupo B - 12 pacientes entre 51 e 80 anos de idade ( $M = 61,0$ ;  $DP = 11,5$ ). Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Os resultados obtidos apontaram níveis de *distress* mais elevados em mulheres adultas ( $M = 5,67$ ;  $DP = 3,35$ ), em comparação com as mulheres idosas ( $M = 4,08$ ;  $DP = 2,31$ ). Quanto às mulheres idosas, constatou-se maior proporção de problema físico (fadiga e nariz seco/congestionado) identificados pelo TD. A análise geral da amostra estudada ( $N = 21$ ) revelou predomínio da estratégia de enfrentamento ‘focalizada no problema’. Somente 10 pacientes participaram das entrevistas, em razão das dificuldades associadas ao contexto de coleta de dados (distanciamento social estabelecido pela clínica), a qual foi conduzida durante a pandemia deflagrada pela Covid-19. Os relatos obtidos foram categorizados em dois eixos gerais ‘estratégias de enfrentamento’ e ‘estresse’, os quais foram organizados em torno dos seguintes temas: fase diagnóstica, tratamento, familiar e trabalho. Foi possível notar concepções negativas das pacientes no que se refere ao tratamento. Para melhor caracterização das especificidades vinculadas ao gênero e ao desenvolvimento humano, recomenda-se que futuras pesquisas analisem grupos etários com menor intervalo de tempo. Também se recomendam estudos multicêntricos com o intuito de ampliar a compreensão sobre aspectos socioculturais.

**Palavras-chave:** *distress*, enfrentamento, mulheres, psico-oncologia, desenvolvimento

## ABSTRACT

Over time, numerous studies on distress and coping have been undertaken in Psycho-oncology. In this area, it is called distress, the psychological suffering of multifactorial origin, related to the diagnosis and oncological treatments. As for coping, the clinical interest in monitoring cancer patients persists, due to the need to encourage more adaptive strategies, in view of their psychosocial needs, notably those related to gender and the stages of development of the life cycle. Considering such scientific and care concerns, an investigation was carried out with the general objective of describing, evaluating and comparing distress and coping of adult women and elderly women, diagnosed with cancer. Participated in the study, 21 women who underwent chemotherapy treatment in a private specialized center, located in the Federal District and who had the following diagnoses: breast ( $n = 10$ ), stomach ( $n = 3$ ), ovary ( $n = 3$ ), cervix ( $n = 2$ ), intestine ( $n = 1$ ), lung ( $n = 1$ ) and pancreas ( $n = 1$ ) cancer. As instruments of data collection, the following were used: Distress Thermometer (TD), Ways of Coping Checklist (adapted version) Sociodemographic Questionnaire and Semi-structured Interview. Two subsamples were constituted, according to the age group: Group A - nine patients between 20 and 50 years of age ( $M = 40.5$ ;  $SD = 4.1$ ); and Group B - 12 patients between 51 and 80 years of age ( $M = 61.0$ ;  $SD = 11.5$ ). Quantitative data were subjected to descriptive and inferential statistical analysis. The results obtained showed higher levels of distress in adult women ( $M = 5.67$ ;  $SD = 3.35$ ), compared to elderly women ( $M = 4.08$ ;  $SD = 2.31$ ). As for elderly women, there was a higher proportion of physical problems (fatigue and congested nose) identified by TD. The general analysis of the studied sample ( $N = 21$ ) revealed a predominance of the coping strategy 'focused on the problem'. 10 patients participated in the interviews, due to the difficulties associated with the context of data collection (social distancing established by the clinic), which was conducted during Covid-19 pandemic. The reports obtained were categorized into two general axes 'coping strategies' and 'stress', which were organized around the following themes: diagnostic phase, treatment, family and work. It was possible to notice negative conceptions of patients regarding treatment. For a better characterization of the specificities linked to gender and human development, it is recommended that future studies analyze age groups with a shorter interval of time. Multicenter studies are also recommended in order to broaden the understanding of socio-cultural aspects.

**Keywords:** distress, coping, women, psycho-oncology, development

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. <i>Representação dos níveis estruturais do mapa</i> .....	22
Figura 2. <i>Análise dos níveis de distress dos grupos A e B</i> .....	43
Figura 3. <i>Porcentagem de distribuição de respostas dadas na Lista de Problemas</i> .....	49
Figura 4. <i>Porcentagem de distribuição de respostas dadas na Lista de Problemas Familiares</i> .....	50
Figura 5. <i>Porcentagem de distribuição de respostas dadas na Lista de Problemas Emocionais e Problema Espiritual/Religioso</i> .....	52
Figura 6. <i>Porcentagem de distribuição de respostas dadas na Lista de Problemas Físicos</i> .....	56
Figura 7. <i>Correlação dos níveis de distress com os fatores 1 e 2 da EMEP</i> .....	64
Figura 8. <i>Correlação dos níveis de distress com os fatores 3 e 4 da EMEP</i> .....	66



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. <i>Caracterização sociodemográfica das participantes da amostra</i> .....	39
Tabela 2. <i>Caracterização sociodemográfica dos grupos A e B</i> .....	41
Tabela 3. <i>Comparação do nível de distress de mulheres adultas e idosas, de acordo com o TD</i> .....	43
Tabela 4. <i>Distribuição de frequência da Lista de Problemas</i> .....	45
Tabela 5. <i>Análise descritiva das categorias da Lista de Problemas</i> .....	48
Tabela 6. <i>Medidas dos fatores da EMEP</i> .....	58
Tabela 7. <i>Comparação dos fatores da EMEP, de acordo com os grupos A e B</i> .....	60
Tabela 8. <i>Comparação dos fatores da EMEP - Grupo A</i> .....	61
Tabela 9. <i>Comparação das variáveis da EMEP - Grupo B</i> .....	61
Tabela 10. <i>Resultados da EMEP por fator - participantes do Grupo A</i> .....	62
Tabela 11. <i>Resultados da EMEP por fator - participantes do Grupo B</i> .....	63
Tabela 12. <i>Coeficiente de correlação de Pearson r</i> .....	67
Tabela 13. <i>Caracterização sóciodemográfica das participantes entrevistadas</i> .....	68
Tabela 14. <i>Categorização dos relatos das participantes dos grupos A e B</i> .....	70

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VII
LISTA DE FIGURAS.....	VIII
LISTA DE TABELAS.....	IX
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1 - GÊNERO E DESENVOLVIMENTO EM PSICO-ONCOLOGIA: UM ENFOQUE SOBRE <i>DISTRESS</i> E ENFRENTAMENTO.....	16
1.1 Câncer e gênero: Perspectivas teórico-conceituais.....	16
1.2 Abordagem teórica sobre desenvolvimento e a experiência oncológica de mulheres.....	22
1.3 <i>Distress</i> : Delimitação conceitual e avaliação em Oncologia.....	25
1.4 Enfrentamento: Aportes teóricos e medidas clínicas .....	28
CAPÍTULO 2 - DELINEAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO.....	31
2.1 Objetivos.....	31
2.2 Aspectos éticos.....	31
2.3 Contexto de investigação.....	32
2.4 Participantes.....	32
2.5 Instrumentos.....	33
2.6 Procedimentos de coleta de dados.....	35
2.7 Procedimentos de análise de dados .....	36
2.7.1 Análise estatística.....	36
CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38

3.1 Caracterização das participantes.....	38
3.1.1 Frequência de distress.....	42
3.1.2 Lista de problemas do TD.....	45
3.1.3 Resultados da Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP).....	57
3.1.4 Análise correlacional dos níveis de distress com fatores da EMEP .....	64
3.2 Análise das Entrevistas.....	68
3.2.1 Categoria 1: Estratégias de enfrentamento.....	70
3.2.2 Categoria 2: Estresse.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	79
Anexo A - Parecer consubstanciado do CEP .....	105
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	109
Anexo C - Termômetro do <i>Distress</i> – TD.....	110
Anexo D - Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP .....	111
Anexo E - Questionário Socioemográfico .....	113
Anexo F - Roteiro de Entrevista Semiestruturada .....	114

## INTRODUÇÃO

O interesse pela temática abordada, na presente Dissertação, foi suscitado durante o curso de graduação em Psicologia na Universidade de Brasília. Naquela ocasião, vivências e estudos empreendidos pela pesquisadora, especialmente nos estágios de formação profissional, reafirmaram a relevância de assuntos que perpassam este trabalho. Assim, vale mencionar a experiência de um ano no atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e familiar, o qual direcionou a imersão na leitura de pesquisas sobre gênero. Já em Psicologia da Saúde, um estágio bacharel focado no levantamento de literatura sobre gênero e Oncologia, também reforçou a motivação da autora para um aprofundamento sobre questões de gênero, ao longo do desenvolvimento humano, em Psico-Oncologia. De fato, uma breve revisão nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia, *Medline*, CAPES Periódicos e Scielo, mostrou a escassez de tais estudos, sobretudo no Brasil (Tavares & Araujo, 2017).

Nesse cenário preliminar de apresentação desta Dissertação, cabe realçar que o câncer é uma doença desafiadora, carregada de mitos que se perpetuam desde a sua descoberta. É considerado uma das enfermidades mais associadas à morte na contemporaneidade. Mundialmente, até nas regiões que apresentam mais ostensivamente outros sérios problemas de saúde, o câncer revela seus efeitos danosos. Mesmo com o avanço das tecnologias, de novos tratamentos e do aumento do número de sobreviventes, o medo do câncer persiste (Borges et al., 2006; Sammarco, 2009).

Desse modo, o relacionamento familiar pode ser afetado diante do diagnóstico de câncer, pois seus integrantes muitas vezes têm de lidar com anseios e temores que interferem em suas relações e convívio. Em crise, como é o caso do surgimento de um câncer, o grupo familiar pode alterar sua dinâmica, amplificando conflitos de difícil resolução. De modo geral, mudanças, no cotidiano das pessoas, são capazes de promover reequilíbrio ou desequilíbrio,

dependendo da compreensão acerca da situação e dos recursos de ajuda e auxílio disponíveis. Ao provocar vários impactos, o reconhecimento e os tratamentos exigidos por uma enfermidade oncológica podem desencadear dificuldades no âmbito de uma família. As necessidades do paciente de receber apoio impõem diversos desafios à estabilidade familiar. Em outra dimensão, sentimentos negativos e pensamentos fatalistas costumam estar associados a imagem social do envelhecimento humano, o que pode reforçar estereótipos de vulnerabilidade, notadamente quando se trata de pessoas idosas acometidas por um câncer (Almeida, 2006; Bastiaannet et al., 2011; Cataldo et al., 2013; Townsley et al., 2005).

De maneira sucinta, compete lembrar que, no final do século XX, estudos de Bronfenbrenner (1989) consolidaram uma teoria do desenvolvimento, que se distanciava de fundamentos de base exclusivamente genética para abarcar diversos aspectos de complexidade socioambiental crescente ao longo do ciclo vital. Desse ponto de vista, o desenvolvimento humano consiste em um processo de interação entre a pessoa e seu contexto através do tempo (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Koller, 2004).

A título introdutório, cumpre mencionar ainda que, somente nos Estados Unidos da América, estima-se que 14.000 mulheres com menos de 40 anos sejam diagnosticadas, anualmente, com câncer de mama, e cerca de 3.000 mulheres adultas morrem a cada ano devido à doença. O conjunto de fatores – que podem incrementar o quantitativo de mulheres que sofre com câncer em estágio mais grave – inclui: precariedade de rastreamento e insuficiência de conscientização. Ademais, em certas faixas etárias femininas, atrasos no diagnóstico podem ser influenciados por fatores genéticos, frequência relativa de câncer de mama em mulheres adultas e ausência de sintomas relacionados a distúrbios benignos da mama. Também é preciso salientar que mulheres adultas com câncer podem ter risco aumentado de sofrimento ocasionado não apenas pelo estágio avançado da doença e pelas terapias mais agressivas. É provável que mulheres mais jovens se preocupem com fertilidade e planejamento familiar, relacionamento

sexual, aparência, carreira profissional, educação e criação de filhos pequenos, em razão das vivências que costumam caracterizar sua vida psicossocial nessa etapa (ACS, 2012; Freedman & Partridge 2013; Partridge et al., 2012).

No que concerne às mulheres idosas, é interessante salientar que a incidência de um câncer pode aumentar com a idade, já que os fatores de risco se acumulam com o passar do tempo. Pode-se citar: exposição cumulativa ao sol e a radiações ionizantes; uso de bebidas alcoólicas e tabaco; efeitos da poluição ambiental; alimentação inadequada; e infecções (*American Cancer Society [ACS]*, 2020; Braz et al., 2018; Danaei et al., 2005).

Em síntese, preocupações científicas e assistenciais mobilizaram a pesquisadora responsável por este trabalho. De um lado, o interesse de aprofundar pesquisas que já vêm sendo conduzidas em Psico-Oncologia. De outro lado, a necessidade de apoiar ações de promoção, prevenção e intervenção, destinadas a pacientes oncológicas, em evidências reveladas pela pesquisa.

Resumidamente, pressupondo-se que etapas do desenvolvimento humano têm especificidades de natureza fisiológica e psicossocial, esta Dissertação abrangeu a seguinte problemática:

- a) quais são os níveis de *distress* apresentados em mulheres adultas e mulheres idosas com câncer? Existem semelhanças ou diferenças nos níveis de *distress*, quando se comparam essas mulheres?
- b) quais estratégias de enfrentamento são adotadas por mulheres adultas e mulheres idosas com câncer? Existem semelhanças ou diferenças quando se comparam essas mulheres?
- c) quais aspectos de desenvolvimento humano (exemplo: desempenho físico, relacionamentos familiares, relacionamentos sociais e atividades ocupacionais) caracterizam

mulheres adultas e mulheres idosas com câncer? Quais semelhanças e diferenças existem quando se comparam essas mulheres?

d) Quais papéis de gênero caracterizam as vivências dessas mulheres? Existem semelhanças ou diferenças entre elas?

e) No que se refere ao acompanhamento durante o tratamento, quais semelhanças e/ ou diferenças de percepção existem entre essas mulheres?

Em suma, esta Dissertação de Mestrado foi organizada em três capítulos. No primeiro capítulo, fundamentos teórico-conceituais sobre gênero e desenvolvimento serão brevemente abordados à luz dos modelos referentes ao *distress* e ao enfrentamento, discutidos no contexto específico da Psico-Oncologia. No capítulo seguinte, o delineamento da pesquisa de campo será relatado, detalhando-se os cuidados éticos e os procedimentos metodológicos. No terceiro capítulo, os resultados quantitativos e qualitativos serão apresentados e discutidos. Na seção intitulada Considerações Finais, a pesquisadora destacará as principais contribuições e os limites deste trabalho.

## **CAPÍTULO 1 - GÊNERO E DESENVOLVIMENTO EM PSICO-ONCOLOGIA: UM ENFOQUE SOBRE *DISTRESS* E ENFRENTAMENTO**

Neste primeiro capítulo, serão sucintamente expostos fundamentos teórico-conceituais sobre gênero e desenvolvimento, tendo em vista o contexto de diagnóstico e tratamento de uma enfermidade como o câncer. De maneira mais pormenorizada, também serão apresentadas as noções de *distress* e enfrentamento. Ao longo do capítulo, aspectos referentes ao adoecimento e ao acompanhamento clínico de pacientes oncológicas serão abordados com o intuito de ampliar a compreensão do objeto de estudo delimitado para esta Dissertação.

### **1.1 Câncer e gênero: perspectivas teórico-conceituais**

O termo “gênero” surgiu em rejeição ao determinismo biológico contido no uso de palavras como “sexo” ou “diferença sexual”. As mulheres e os homens eram definidos em termos recíprocos e categorizados por traços de caráter biológico (Scott, 1988). A inquietação de algumas mulheres em relação a papéis impostos pela sociedade fortaleceu a possibilidade de contestá-los. As pesquisas acadêmicas e os movimentos sociais, presentes a partir do século XX contribuíram para a desconstrução da pressuposta origem das diferenças entre os sexos (Lamas, 1986, como citado in Zanello, 2018).

O gênero, é elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres a partir de uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos e padrões comportamentais aceitáveis, ou não, para homens e mulheres. Portanto, é necessário pensar nos processos por meio dos quais a cultura participa e configura certos traços, performances e afetos, socialmente reconhecidos, inibindo outros que, quando expressos, causam conflitos sociais para o sujeito (Money, 1973; Scott, 1988; Zanello, 2018).



Ademais, gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o é ser homem ou ser mulher. Na sociedade brasileira, as relações de gênero são desiguais. As desigualdades de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas, tendendo aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, cor da pele, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (Hera, 1995 como citado in Ministério da Saúde [MS], 2004).

Para compreender a identidade de gênero e o papel de gênero, é fundamental considerar as relações sociais. Isso porque, tal conceito não se limita ao elemento cultural da sexualidade. A perspectiva do papel de gênero postula que os indivíduos aprendem o que geralmente são considerados papéis apropriados ou desejáveis para encenar nas relações sociais, muitas vezes definidas por normas da sociedade centradas em torno de conceitos de feminilidade e masculinidade (Kim et al., 2019; M. M. R. Santos & Araujo, 2010).

Sexo ou gênero, assim como normas e papéis de gênero influenciam na saúde mental, física, social e no bem-estar dos indivíduos. A desigualdade de gênero limita o acesso aos serviços de saúde qualificados, contribui para a morbidade e mortalidade evitável em mulheres e homens, ao longo do ciclo de vida, e gera disparidades. A identidade de gênero representa o senso de si como sendo homem, mulher ou transgênero. O papel de gênero pode ser definido como funções culturalmente prescritas, escolhas sociais e comportamentos atribuídos a homens e mulheres (Ashing et al., 2018).

Os estereótipos de gênero podem diferir entre sociedades. Além disso, as convicções construídas em torno da masculinidade e da feminilidade centram-se nas concepções relativas às emoções e ao corpo, interferindo na autoestima e no autocuidado dos indivíduos (Fávero, 2010, como citado in Bergerot & Araujo, 2014). No que diz respeito à saúde, é importante

compreender e refletir sobre os papéis de gênero, dada a necessidade de fornecer orientação terapêutica e desenvolver programas e políticas públicas para cada especialidade de saúde.

Estudos relacionados ao cuidado de pacientes oncológicos e gênero, sugerem níveis elevados de *distress* em mulheres. A primeira metanálise que estudou as diferenças de gênero na prestação de cuidados em 1992, concluiu que mais pesquisas eram necessárias sobre os papéis de gênero na experiência de cuidar. Desde então, não houve grandes mudanças nos resultados encontrados (Fromme et al., 2005; Hagedoon et al., 2008, como citado in Loscalzo et al., 2010).

O tornar-se cuidadora de um membro familiar acometido por doenças é um processo quase que natural, mesmo para mulheres idosas e com limitações. Elas fazem isso com dedicação, apesar das dificuldades econômicas desencadeadas por deixarem de trabalhar e pelo fato de serem portadoras de doenças crônicas, como a hipertensão arterial, diabetes, osteomusculares (entre outras), pois percebem a função de cuidar como uma missão dignificante, envolta em princípios morais e religiosos. As mulheres, portanto, são geradoras do cuidado. Elas se organizam, realizam arranjos internos, deixam outras atividades, solicitam ajuda em geral a outras mulheres e, assim, assumem o controle, especialmente nos casos de doença e no cuidado cotidiano aos filhos pequenos e aos idosos (Gonçalves et al. 2006; Ospina & Soto, 2001, como citado in Salci & Marcon, 2008).

Além dos aspectos ressaltados anteriormente, ainda é possível identificar mulheres dependentes financeiramente do parceiro. As desigualdades sociais, econômicas e os aspectos culturais se revelam de maneiras diferentes no processo do adoecimento. O relatório sobre a situação da população mundial mostra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens. Também revela que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que pelo menos metade do seu tempo é gasto em atividades não

remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (MS, 2004).

No Brasil, de acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se para o triênio 2020/2022, a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer, para cada ano, sendo que o câncer de pele não melanoma pode chegar a cerca de 177 mil casos novos, seguidamente do câncer de próstata e de mama feminina. Essas estimativas refletem o perfil de um País que possui os cânceres de mama feminina, próstata, cólon e reto, pulmão, entre os mais incidentes em sua população. Entretanto, ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e cavidade oral (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2019).

A população feminina brasileira também sofre com outros cânceres. Segundo os dados do INCA, em 2018 foram identificados 18.980 mil novos casos de câncer no cólon e reto. O câncer de cólon e reto possui relevância epidemiológica em nível mundial, uma vez que é a terceira neoplasia maligna mais comumente diagnosticada e a quarta principal causa de morte por câncer, representando 1,4 milhão de casos novos e quase 700 mil óbitos em 2012. Sucessivamente, aponta-se para 16.370 mil novos casos de câncer no colo do útero. Traqueia, brônquio e pulmão, assim como glândula tireoide e estômago também fazem parte desse quadro de estimativas (INCA, 2019).

Ao refletir sobre gênero e oncologia, cumpre salientar aspectos culturais presentes no adoecimento das mulheres acometidas por câncer, sendo o câncer de mama o mais proeminente entre as mulheres, após o melanoma. No que concerne à população feminina, essa doença é temida por gerar diversas consequências temporárias ou permanentes, já que os tratamentos, em princípio, são agressivos, com sequelas físicas que afetam a sexualidade, os relacionamentos, a aparência, crenças e valores (Toriy et al., 2013).

Um dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico é a perda de cabelo induzida (difusa ou irregular), envolvendo pelos do corpo ou apenas do couro cabeludo. Pode ocorrer

repentina ou gradualmente, dependendo do indivíduo e do tratamento (Chon et al., 2012, como citado in Dua et al., 2017). O cabelo é uma parte significativa da aparência física, principalmente para as mulheres, pois simboliza saúde, feminilidade, atratividade e influencia a imagem e a identidade do corpo. Conseqüentemente, a queda de cabelo como resultado do tratamento quimioterápico para câncer de mama pode ter implicações profundas para a saúde mental das mulheres (Cash, 2011; Freedman, 1994; Hunt & McHale, 2005, como citado in Trusson & Pilnick, 2017). Algumas pacientes podem inclusive sentir dor de cabeça e dor no couro cabeludo. A possibilidade de ser reconhecida como ‘pessoa com câncer’ pode limitar atividades em espaços públicos, como fazer compras no mercado ou correr (Lemieux et al., 2008; Kim et al., 2012 como citado in Choi et al., 2014).

A perda de cabelo pode ser traumática devido à importância do cabelo para a imagem corporal e a feminilidade das mulheres. No entanto, Freedman (1994, como citado in Trusson & Pilnick, 2017) argumentou que, em vez de tratar isso como uma doença psiquiátrica, é preciso entender como uma intolerância da sociedade em relação às pessoas que parecem ‘diferentes’. Chama a atenção que tal discriminação pode se estender às mulheres que não perderam os cabelos durante o tratamento do câncer e, dessa maneira, não ‘cumpriram’ a visão estereotipada de uma paciente com câncer.

Percepções de aparência são um dos aspectos importantes da identidade de gênero, particularmente no contexto social. Ademais, adultos que possuem papéis e atitudes tradicionais de gênero podem ser mais autoconscientes e prestar mais atenção a aspectos específicos de gênero comumente atribuídos à aparência. Isso pode levar à vergonha do corpo e à redução da qualidade de vida, uma vez que as pacientes podem estar mais vulneráveis e, com isso, se mostram mais propensas a internalizar normas de aparência social (Boquiren et al., 2013, como citado in Dua et al., 2017).

Sendo assim, o tratamento do câncer de mama pode afetar diretamente a autoimagem corporal das mulheres. Considerando-se que a mama é um dos objetos de atração sexual ligada à imagem corporal, entende-se que essas mulheres possam ter de lidar com metáforas, crenças e estigmas desde as primeiras fases da doença até a etapa de sobrevivência ao câncer. Tais fatores acabam por atravessar a identidade feminina de pacientes oncológicas (Bulotiene et al., 2006; Montazeri et al., 2008, como citado in Toriy et al., 2013). Nesse sentido, é interessante mencionar que algumas pesquisas atestaram que a evolução das técnicas operatórias diminui as sequelas estéticas responsáveis pela percepção alterada da mama. Todavia, essas conquistas não parecem compensar completamente desconfortos físicos/emocionais e sociais (Huguet et al., 2009, como citado in Toriy et al., 2013; Montazeri et al., 2008).

Além do câncer de mama, o câncer de colo uterino ainda é de alta prevalência entre aqueles que atingem as mulheres. Apesar dos atuais métodos eficientes para seu rastreamento, muitas mulheres ainda não fazem periodicamente o exame ginecológico com exame citológico. A evolução de uma alteração leve do epitélio cervical uterino (canal revestido por uma camada de células cilíndricas produtoras de muco) até o câncer invasivo é muito lenta, de oito a dez anos. Bastaria fazer um exame citológico nesse período para que se detectasse precocemente essa alteração celular. Mas, no Brasil, muitas mulheres nunca o fizeram ou não o fazem por temores diversos ou por acesso limitado aos serviços de saúde (Mantese, 2008).

Quanto ao câncer de ovário, é importante mencionar que ele é responsável por 4% de todos os cânceres que acometem mulheres. Mas, é a segunda neoplasia que ocasiona maior número de mortes entre os cânceres ginecológicos (INCA, 2020). A exemplo do câncer uterino, esse dado reflete as barreiras que dificultam um rastreamento eficiente. O diagnóstico é feito na maior parte das vezes em estágios avançados, após o câncer disseminação no abdômen. Vale ressaltar que mulheres brancas têm maior incidência e mortalidade (80%) em relação a outros

grupos étnicos. Em relação ao grupo etário, há maior incidência em mulheres com idade superior a 40 anos, porém este tipo de câncer pode ocorrer na infância (Mantese, 2008).

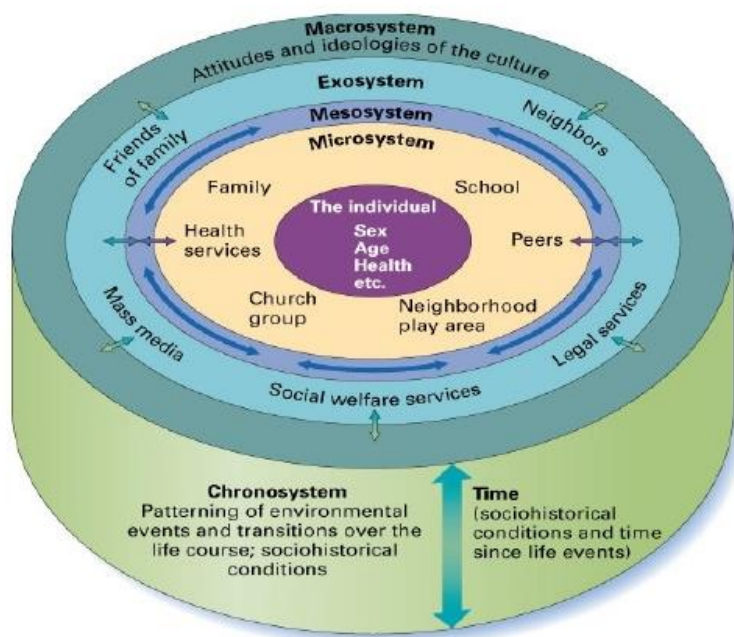
## 1.2 Abordagem teórica sobre desenvolvimento e a experiência oncológica de mulheres

As características biopsicológicas do indivíduo foram incorporadas por Bronfenbrenner e Morris (1998) no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. Elaborou-se a teoria bioecológica para compreender o desenvolvimento em uma escala temporal, levando-se em conta a relação do indivíduo com o seu contexto psicossocial.

**Figura 1**

*Representação dos níveis estruturais do mapa ecológico*

### Bronfenbrenner's Ecological Theory



© 2010 The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Fonte: The McGraw Hill Companies, Inc, 2010. Bronfenbrenner's Ecological Theory.

Disponível em: <<https://image.slidesharecdn.com/santrockt1s5pptch012-110105133127-phpapp01/95/dev-psychch1keynote-35-728.jpg?cb=1294241034>>

As formas de interação com o ambiente são concebidas como ‘processos proximais’ que envolvem pessoas, objetos e símbolos e ocorrem em ambas as direções. Ou seja, da pessoa em desenvolvimento para as características do ambiente, das características do ambiente para a pessoa em desenvolvimento (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Esse modelo é definido por quatro propriedades dinâmicas e interativas:

- Processo: é o cerne do modelo e abrange as formas de interação entre o organismo e o ambiente ao longo do tempo.
- Pessoa: características individuais que podem influenciar o desenvolvimento.
- Contexto: esferas ambientais imediatas e remotas.
- Tempo: período em que transcorrem os processos proximais.

As características pessoais definidas como aquelas mais influentes no curso do desenvolvimento são:

- Disposição: coloca-se os processos proximais em movimento em um âmbito de desenvolvimento específico.
- Recurso: habilidade, experiência, conhecimento e habilidade são necessários para um funcionamento efetivo dos processos proximais em uma determinada etapa do desenvolvimento.
- Demanda: pode incentivar, desencorajar e interromper a interação do indivíduo com o ambiente social (Bronfenbrenner & Morris, 2007).

As propriedades de processo, pessoa e contexto estão incorporadas na definição de quatro diferentes sistemas. O microsistema envolve pais, parentes, amigos, professores, colegas de trabalho, cônjuges, ou outros indivíduos - que participam da vida da pessoa em

desenvolvimento - e a interação com objetos e símbolos. O mesossistema, corresponde à participação ativa do indivíduo em um determinado momento da vida, relação mútua entre dois ou mais ambientes; sendo que o exossistema abrange estruturas sociais específicas e o ambiente imediato em que a pessoa se encontra. Já o macrosistema engloba o sistema político, econômico, educacional, ideologias, valores e crenças compartilhados pelos indivíduos de uma mesma cultura e em determinado momento histórico (Bronfenbrenner, 2005; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Evans, 2000).

A quarta propriedade do modelo bioecológico do desenvolvimento está relacionada à dimensão temporal, formulada em três níveis sucessivos: microtempo - continuidade em contraste com a interrupção em episódios contínuos de processo proximal; mesotempo - periodicidade desses episódios entre intervalos de tempo mais amplos, como dias e semanas e macrotempo - mudanças de eventos na sociedade dentro e através das gerações, conforme afetam e são afetados por processos e resultados do desenvolvimento humano ao longo da vida (Bronfenbrenner & Morris, 2007).

É incontornável reconhecer que um ser humano experimenta algumas condições de limitação e doença em seu ciclo vital, o que se denomina processo saúde-doença (Straub, 2014). Nesse sentido, tais vivências serão influenciadas pela maneira como essas pessoas já experimentaram (ou não) esses fenômenos (Koller, 2004). Ao se focalizar a experiência oncológica, é preciso destacar o crescimento do contingente de mulheres sobreviventes, o que torna mais relevante estudar e compreender os problemas enfrentados por elas, uma vez que influenciam, por exemplo: ‘morbidade psicológica’; disfunção sexual; problemas com a imagem corporal e autoestima; distorções na comunicação com a equipe de saúde; dificuldades financeiras ou vocacionais (Goodwin et al., 1999; Gray et al., 1998; Henderson, 1997 como citado em Thewes et al., 2003; Sammarco, 2009).



A fertilidade futura e o manejo da menopausa prematura são considerações importantes para mulheres adultas em tratamento para câncer (Dow, 1994; Dunn & Steginga, 2000; Ganz, 2001; Siegel et al., 1999, como citado in Thewes et al., 2003). Fisiologicamente, a experiência da menopausa precoce pode ser diferente da menopausa natural. Devido à rápida mudança no estado da menopausa na insuficiência ovariana induzida por quimioterapia, os sintomas da menopausa podem ser mais graves do que aqueles que ocorrem com a redução gradual dos níveis de estrogênio associados ao envelhecimento natural (Burnstein & Winer, 2000; Ganz, 2001, como citado in Thewes et al., 2003).

A menopausa precoce também pode ter um impacto adverso no funcionamento sexual. Um amplo estudo com sobreviventes do câncer de mama evidenciou que mulheres adultas e aquelas com menopausa induzida por tratamento têm maior probabilidade de apresentar disfunção sexual após o tratamento para câncer de mama (Ganz et al., 1998, como citado in Thewes et al., 2003). Embora as terapias endócrinas induzam uma insuficiência ovariana potencialmente reversível, a gravidez é adiada por até cinco anos.

### **1.3 *Distress*: delimitação conceitual e avaliação em Oncologia**

Em Oncologia, o termo *distress* reveste-se de especificidade e é definido como uma experiência desagradável de natureza psicológica, social ou espiritual, desencadeada pelo diagnóstico e pelos tratamentos de um câncer. Trata-se de uma condição que pode afetar a saúde mental do indivíduo, uma vez que alterações de humor, ansiedade, medos e preocupações podem ocorrer (*National Comprehensive Cancer Network- NCCN*, 2016). Com base em autorrelatos de sintomas, estudiosos da *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) concluíram que o termo *distress* era uma palavra ‘guarda-chuva’ para representar a gama de preocupações socioemocionais dos pacientes, além de não reproduzir o estigma de outros vocábulos usados para comunicar dificuldades psicossociais. É essencial distinguir o *distress*

de transtornos psiquiátricos como transtorno depressivo maior ou transtornos de ansiedade generalizada.

Compete salientar que, em 2004, a agência de saúde pública do Governo Federal Canadense endossou o ‘*distress*’ como o sexto sinal vital a ser avaliado em Oncologia, em associação com os demais sinais habitualmente medidos para monitoramento de pacientes: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e dor (Holland & Bultz, 2007).

Investigar o *distress* de pacientes com câncer é um dos principais tópicos de pesquisa em Psico-Oncologia (Herschbach et al., 2019). Altos níveis de sofrimento emocional têm sido associados não apenas à alta carga de sintomas físicos, mas também a uma qualidade de vida significativamente menor, insatisfação com os cuidados e pouca adesão ao tratamento (Berry et al., 2015; Han et al., 2005).

Um dos instrumentos mais usados para avaliar o *distress*, é o Termômetro do *Distress* (TD), desenvolvido sobretudo com base em pesquisas com pacientes com câncer de mama (Herschbach et al., 2019). Uma descrição mais completa dessa ferramenta será feita no capítulo 2 desta Dissertação.

A validação desse instrumento para a amostra brasileira foi realizada por Decat et al. (2009), a fim de promover uma atuação alinhada com os parâmetros clínicos internacionais. Participaram do estudo 83 pacientes e foi constatada a relevância do instrumento para aplicação nesse contexto.

Em uma amostra com 3.724 pacientes oncológicos, Mehnert et al. (2017) utilizaram o TD. Os autores identificaram níveis mais altos de *distress* em: pacientes do sexo feminino com 60 anos de idade ou mais, desempregadas, que tiveram câncer ginecológico ou câncer de pâncreas e que se encontravam em estágios mais avançados da doença. As pacientes acometidas por câncer ginecológico informaram Lista de Problemas, a categoria problema emocional

(preocupação). Mehnert et al. (2017) consideraram que diferenças de gênero poderiam explicar esses resultados. Primeiramente, as mulheres podem admitir problemas emocionais mais facilmente do que homens, pois foram socializadas para serem mais expressivas. Em seguida, os autores argumentaram que as mulheres geralmente enfrentam estressores mais graves. E por fim, elas podem carecer de recursos de enfrentamento adequados para lidar com os estressores que experimentam.

O nível de *distress* experimentado pode afetar a qualidade de vida dos pacientes, a tolerância ao tratamento e até mesmo sua sobrevivência (Larsen et al., 2003; Pickard-Holley, 1995 como citado in Omran et al., 2012). Stefanek et al. (1987) detectaram sofrimento psicológico em 33% de uma amostra de pacientes em tratamento quimioterápico, diagnosticados com câncer de mama, pulmão e colón.

No que se refere à imagem corporal, algumas pesquisas apontaram *distress* elevado, associado principalmente a um resultado cosmético ruim após mastectomia preservadora do mamilo e reconstrução imediata da mama (Falk et al., 2010; Gopie et al., 2013, como citado in Sherman et al. 2017). Mesmo após cirurgia e tratamento quimioterápico bem-sucedidos, algumas mulheres experimentaram *distress* relacionado a insatisfação com a aparência, até um ano após o diagnóstico do câncer de mama (Helms et al., 2008 como citado in Sherman et al., 2017).

Os níveis de *distress* em pacientes oncológicos brasileiros, analisados por Decat, Araujo e Stiles (2011), foram de sofrimento significativo em 84% de uma amostra composta por 100 participantes com diferentes tipos de câncer. Para tanto, foram empregados o TD e a Escala de Ansiedade e Depressão (HADS). Os dados também revelaram diminuição do sofrimento psicológico ao longo do tratamento.

#### **1.4 Enfrentamento: aportes teóricos e medidas clínicas**

De modo geral, estratégias de enfrentamento (ou *coping*) consistem em esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo para se adaptar a situações estressantes, fatores pessoais (como valores) e alcance de metas que ultrapassam os recursos usualmente empregados (Folkman et al., 1986; Lazarus & Folkman, 1984).

Em outras palavras, enfrentamento corresponde a um processo psicológico que envolve tentativas cognitivas e comportamentais de um indivíduo para reduzir ou gerenciar um estressor. No caso de doenças crônicas, é a maneira pela qual o indivíduo responde ao diagnóstico e lida com as restrições decorrentes da enfermidade. Lidar com o câncer é uma habilidade imprescindível, pois ajuda a estabilizar reações físicas e emocionais adversas que poderão repercutir a longo prazo no ciclo de vida. Pesquisas revelaram que recursos de enfrentamento adequados favorecem a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial (Blank & Bellizi, 2006; Lazarus & Folkman, 1984; Lyon, 2000, como citado in Chittem, 2014).

A mais recente revisão do modelo transacional, realizada por Folkman (2010), associa enfrentamento com esperança, a qual foi definida como o anseio pela melhora diante de um temido resultado. A interdependência de ambos se manifesta de muitas maneiras no decorrer do estresse prolongado, como pode acontecer no caso de doenças graves. Ao se saber que alguém é portador de uma grave enfermidade, paciente, seus familiares e amigos (notadamente aqueles que estão diretamente envolvidos com os cuidados) vivenciam mudanças. Repentinamente, o futuro é preenchido com incógnitas e incertezas, sendo que os dilemas irão de acordo com o diagnóstico, as características do paciente (exemplo: idade, gênero, etnia, comorbidades), acesso a cuidados, rede de apoio social e recursos psicossociais e espirituais.

O câncer acarreta mudanças no estilo de vida das pessoas já que respostas adaptativas são necessárias, incluindo-se a diversificação das estratégias de enfrentamento à medida que os desafios vão se modificando no curso da enfermidade. Os estudos têm indicado que

preocupações com o futuro, desequilíbrio emocional e questões relacionadas à vida sexual afetam o paciente e seu meio social. Tal como abordado no início deste capítulo, é possível que a tensão aumente entre os membros de uma família. Também pode ser preciso gerenciar negócios pessoais, apesar dos comprometimentos de ordem física (Chaturvedi et al., 1996; Enskar et al.; 1997; Hilton, 1996; Kyngäs et al., 2001).

Atualmente, ainda que o câncer seja melhor conhecido, ele permanece como um evento com características de incontabilidade. Os significados atribuídos à doença dependem de inúmeros fatores como, por exemplo, o momento de vida em que o paciente se encontra, experiências passadas, crenças culturais e informações obtidas através dos meios de comunicação. A necessidade de adaptação à nova situação e a busca de meios para enfrentar um diagnóstico e um tratamento envolve mobilização pessoal, social e emocional (Nunes, 2010).

Em estudo comparativo com pacientes diagnosticados com câncer de cólon, McCaughan et al. (2012) encontraram preferência por apoio contínuo por parte das mulheres. Contudo, identificaram algumas exceções nesta tendência. As mulheres admitiram experimentar efeitos colaterais e desenvolveram estratégias para gerenciar esses sintomas.

Costanzo et al. (2006) realizaram um estudo de modo a identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com câncer ginecológico em estágio avançado. Para tanto, utilizaram '*Coping Orientations to Problems Experienced Scale (COPE)*'. Participaram do estudo 64 mulheres e os resultados revelaram uso mais frequente de estratégias evitativas (exemplo: suprimir pensamentos sobre o câncer), as quais foram fortemente associadas à diminuição de bem-estar e aumento de angústia.

Por fim, vale mencionar que Browall et al. (2016) sugeriram que mulheres que usam estratégias de enfrentamento caracterizadas por solução ativa de problemas (com otimismo,

humor e apoio social), parecem se adaptar melhor ao câncer e seus tratamentos do que mulheres que não usam essas modalidades de enfrentamento.

Em um estudo com pacientes de um hospital público, submetidas à braquiterapia para câncer ginecológico, Lira (2013) identificou a busca de prática religiosa como o recurso de enfrentamento mais adotado por 11 mulheres. Os instrumentos utilizados foram: a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), *Functional Assessment of Cancer Therapy - Cervix Cancer*, roteiro de entrevista semiestruturada, questionário de dados sociodemográficos e médicos-clínicos, bem como instrumento específico para melhor conhecer a experiência na braquiterapia.

Bergerot (2013) estudou as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes ao longo do tratamento quimioterápico e contou com a participação de 200 pacientes em sua maioria do sexo feminino. A autora empregou o Inventário de Estratégias de *Coping* e pode identificar, no primeiro dia de quimioterapia, preferência pela estratégia 'resolução de problemas'. Já na metade do tratamento, a estratégia mais frequente foi o afastamento, seguida de resolução de problemas e reavaliação positiva. No último dia de quimioterapia, os pacientes repetiram as estratégias anteriores.

Em resumo, as investigações descritas neste capítulo apontaram o sofrimento feminino ao longo da experiência oncológica. Mas, foi igualmente possível verificar a necessidade de aprofundamento dessa temática, o que motivou o planejamento de uma pesquisa de campo que será relatada a seguir.

## CAPÍTULO 2 - DELINEAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO

Neste capítulo, serão detalhados os aspectos éticos e o arcabouço metodológico que guiaram a condução da pesquisa de campo. Serão descritos os critérios de seleção da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos para coleta e análise dos dados.

### 2.1 Objetivos

Tendo em vista a escassez de pesquisas sobre o tema, optou-se por um estudo de natureza exploratória e descritiva com delineamento quali-quantitativo. Estipulou-se como objetivo geral: descrever, analisar e comparar os níveis de *distress*, as estratégias de enfrentamento e as vivências de mulheres adultas e de mulheres idosas que tiveram um diagnóstico de câncer.

Foram estabelecidos como objetivos específicos:

- medir e comparar os níveis de *distress* das participantes;
- identificar e comparar as estratégias de enfrentamento das participantes;
- correlacionar as medidas de *distress* e enfrentamento obtidas;
- descrever a percepção das participantes acerca das vivências relacionadas à enfermidade; e
- comparar os resultados quantitativos e qualitativos.

### 2.2 Aspectos éticos

Inicialmente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília (UnB). O parecer consubstanciado de autorização dessa pesquisa está disponível no Anexo A e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pode ser consultado no Anexo B.

### **2.3 Contexto de investigação**

A pesquisa de campo foi conduzida em uma clínica privada, especializada no atendimento de pacientes oncológicos no Distrito Federal. A clínica dispõe de boxes e poltronas para a realização da medicação dos pacientes em tratamento. A unidade conta com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogas, nutricionistas e farmacêuticos.

### **2.4 Participantes**

Fizeram parte desta pesquisa mulheres diagnosticadas com câncer e que se encontravam em tratamento quimioterápico na clínica aonde a coleta foi efetivada. A amostra foi selecionada por conveniência, adotando-se os seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade mínima de 18 anos e alfabetizadas, de modo a viabilizar a compreensão e o preenchimento dos instrumentos. Os critérios de exclusão foram: pacientes com câncer hematológico (pois essa condição clínica difere em relação aos sintomas e ao tratamento) e não preencher corretamente os instrumentos.

Em razão da perspectiva de desenvolvimento focalizada neste trabalho, como também em decorrência do número de participantes alcançado, as pacientes foram distribuídas em duas subamostras: Grupo A - mulheres entre 20 e 50 anos; e Grupo B - mulheres entre 51 e 80 anos.

É imprescindível esclarecer que, durante o período de coleta de dados, eclodiu a pandemia da Covid-19, a qual trouxe múltiplos desafios tanto para os pacientes, como para os profissionais de saúde. Por conseguinte, foram necessários ajustes na execução do que tinha sido planejado. Convém informar que a coleta foi interrompida por quatro meses. Na retomada, não foi possível realizar a entrevista semiestruturada, em função das medidas de distanciamento social estabelecidas pela clínica.



## 2.5 Instrumentos

O Termômetro do *Distress* (TD), proposto pela *National Comprehensive Cancer Network* (2007), foi validado para aplicação no Brasil por Decat, Laros e Araujo (2009). Trata-se de uma ferramenta visual analógica que propõe ao respondente classificar seu próprio nível de *distress*, na semana passada, em uma escala de 0 (sem *distress*) a 10 (extremo *distress*). Também possui uma Lista de Problemas composta por 35 itens para que o participante indique ‘sim’, ‘não’ ou ‘não se aplica’, caso se lembre da ocorrência de um dos problemas repertoriados e divididos em cinco categorias (Anexo C):

- Problemas práticos (5 itens): cuidar de criança, cuidar da casa, plano de saúde/financeiro, transporte e trabalho/escola.
- Problemas familiares (2 itens): filhos e companheiro (a).
- Problemas emocionais (6 itens): depressão, medos, nervosismo, tristeza, preocupação, perda de interesse em atividades usuais.
- Envolvimento espiritual/religioso (1 item).
- Problemas físicos (21 itens): aparência, tomar banho/se vestir, respiração, mudanças ao urinar, constipação, diarreia, alimentação, fadiga, sentindo-se inchado, febre, dar uma volta/circular, indigestão, memória/concentração, mucosite/afta, náusea, nariz seco/congestionado, dores, sexual, pele seca/coceira, dormir e mãos/pés formigando (Holland et al., 2013).

Este instrumento foi selecionado pela pesquisadora por ser de fácil e rápida aplicação, o que seria condizente com o contexto de tratamento quimioterápico das participantes. Ademais, o TD vem sendo empregado em estudos internacionais, conforme mencionado no capítulo 1.

A Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), adaptada para o português por Gimenes e Queiroz (1997) e com análise fatorial de Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), foi

adotada para identificação das estratégias de enfrentamento de cada respondente (Anexo D). Foi escolhida por ser uma escala validada para a população brasileira e adequada para pacientes com doenças crônicas.

Utilizou-se a versão autoaplicável composta por 45 itens dispostos em escala tipo *likert* de cinco pontos, na qual: 1 (um) = eu nunca faço isso; 2 (dois) = eu faço isso um pouco; 3 (três) = eu faço isso às vezes; 4 (quatro) = eu faço isso muito; e 5 (cinco) = eu faço isso sempre.

Os itens são classificados em quatro fatores gerais:

Fator 1 - Enfrentamento Focalizado no Problema (18 itens) - estratégias comportamentais voltadas ao manejo ou solução do problema e estratégias cognitivas direcionadas à reavaliação positiva do estressor.

Fator 2 - Enfrentamento Focalizado na Emoção (15 itens) - estratégias cognitivas e comportamentais que envolvem esquiva, negação, pensamento irrealista, expressão de emoções alusivas à raiva e à tensão, atribuição de culpa, afastamento do problema, forma desadaptativa frente ao estressor.

Fator 3 - Enfrentamento baseado na Busca de Práticas Religiosas/ Pensamentos Fantasiosos (7 itens) - estratégias caracterizadas por comportamentos religiosos ou ligados à espiritualidade, bem como pensamentos fantasiosos.

Fator 4 - Enfrentamento baseado na Busca por Suporte Social (5 itens) - estratégias centralizadas na procura de apoio social, emocional ou instrumental, e na busca por informação (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001).

Um Questionário Sociodemográfico foi elaborado para essa pesquisa, com o intuito de melhor caracterizar a amostra por meio de perguntas ‘fechadas’ sobre idade, estado civil, profissão, escolaridade, diagnóstico e quantidade de filhos (Anexo E).

Um Roteiro de Entrevista Semiestruturada também foi construído pela pesquisadora visando obter relatos acerca das vivências relacionadas à enfermidade e ao tratamento (Anexo F).

## **2.6 Procedimentos de coleta de dados**

Após autorização da gestora do setor de Enfermagem, a coleta de dados foi realizada de maneira presencial. O contato com as pacientes se deu por mediação da psicóloga da clínica e, posteriormente, por intermédio das nutricionistas que informaram o horário de chegada e os diagnósticos das pacientes presentes naquele dia.

As participantes foram abordadas enquanto realizavam a sessão de quimioterapia. Primeiramente, foram convidadas a colaborar com a pesquisa, tendo sido comunicados esclarecimentos preliminares sobre os procedimentos. Manifestada concordância verbal, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Individualmente, as pacientes preencheram os instrumentos impressos: TD, EMEP e Questionário Sociodemográfico. Encerrada essa etapa, foram entrevistadas pela pesquisadora responsável. Os relatos foram gravados em áudio com o auxílio de aparelho celular.

Tal como explicitado anteriormente, a coleta teve de ser suspensa em razão da pandemia provocada pelo coronavírus. Passados quatro meses, a coleta foi reiniciada somente com instrumentos autoplacáveis. Dois meses após a conclusão da coleta e devido a necessidade de completar o quadro de funcionários da clínica, a pesquisadora participou de um processo seletivo. Aprovada, atuou como psicóloga da equipe até janeiro de 2021.

## 2.7 Procedimentos de análise de dados

Conforme indicado na literatura, para correção do TD, considerou-se a pontuação igual ou superior a 4 como ponto de corte para identificação dos níveis ‘médio’ ou ‘alto’ de *distress*. Na Lista de Problemas, computaram-se os itens selecionados em cada categoria.

Empregaram-se os critérios definidos na literatura para escrutínio com a EMEP. Sendo assim, considerou-se a somatória de cada um dos fatores, divididos pelo número de itens que cada um contém. O fator Enfrentamento Focalizado no Problema compreende os itens: 1, 3, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 40, 42 e 45. O fator Enfrentamento Focalizado na Emoção inclui os itens: 2, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37 e 38. O fator Enfrentamento baseado na Busca de Práticas Religiosas/ Pensamentos Fantasiosos engloba os itens: 6, 8, 21, 26, 27, 41 e 44. O fator Enfrentamento baseado na Busca por Suporte Social compreende os itens: 4 (de análise invertida), 7, 9, 31 e 43.

Os dados provenientes das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo (Bardin, 2008). Os relatos foram categorizados em eixos temáticos, após várias leituras do material obtido e interpretação à luz da literatura especializada.

### 2.7.1 Análise estatística

Realizou-se uma análise estatística descritiva para caracterizar a amostra em relação às variáveis sociodemográficas, utilizando-se medidas de tendência central e de dispersão (como média, mediana, mínimo e máximo, desvio padrão) para todas as variáveis quantitativas e de frequência. Igualmente, para a incidência de *distress* e para a identificação das estratégias de enfrentamento. Na análise da Lista de Problemas do TD, identificou-se a frequência com que cada item foi indicado.

Utilizou-se, também, o Teste Exato de *Fisher* para avaliar a associação entre as variáveis. Assim, foi possível determinar o nível de significância. Para comparação das

subamostras A e B, realizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Todos os dados foram organizados com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.

## CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão descritos, examinados e discutidos os resultados obtidos na pesquisa de campo. Primeiramente, serão apresentados os dados quantitativos extraídos dos instrumentos Questionário Sociodemográfico, TD e EMEP, respondidos por 21 participantes. Em seguida, as narrativas de dez pacientes, elaboradas durante as entrevistas, serão apresentadas com base na análise de conteúdo temática efetuada.

### 3.1 Caracterização das participantes

No total, a amostra foi constituída por 21 mulheres diagnosticadas com câncer de mama ( $n = 10$ ), estômago ( $n = 3$ ), ovário ( $n = 3$ ), colo do útero ( $n = 2$ ), intestino ( $n = 1$ ), pulmão ( $n = 1$ ), e pâncreas ( $n = 1$ ) em tratamento quimioterápico, com idade entre 37 e 77 anos ( $M = 52,24$ ;  $DP = 13,70$ ). Mais da metade das pacientes vivia com o companheiro ( $n = 14$ ; 67,0%), assim como também mais da metade possuía um ou mais filhos ( $n = 16$ ; 76,0%). Em relação à escolaridade, houve predominância do ensino superior completo ( $n = 7$ ; 33,0%), seguido dos níveis ensino médio completo ( $n = 5$ ; 24,0%) e pós-graduação *lato sensu* ( $n = 5$ ; 24,0%). Somente uma paciente tinha apenas o nível 'ensino fundamental' ( $n = 1$ ; 5%). Quanto à ocupação, constatou-se participação majoritária de aposentadas ( $n = 5$ ; 24,0%), seguidas de servidoras públicas ( $n = 3$ ; 14,0%), artesãs ( $n = 2$ ; 10,0%) e assistentes administrativas ( $n = 2$ ; 10,0%). As demais ocupações tiveram uma distribuição de 5% cada uma (Tabela 1).

**Tabela 1***Caracterização sociodemográfica das participantes da amostra*

<b>Características</b>		
Idade		
Mínima – Máxima	37 - 77	
Média	52,2	
Desvio padrão	13,7	
<hr/>		
Estado Civil	<i>n</i>	%
Solteira	2	10
Casada/união estável	14	67
Divorciada	5	24
<hr/>		
Possui filhos	<i>n</i>	%
Sim	16	76
Não	5	24
<hr/>		
Escolaridade	<i>n</i>	%
Fundamental	1	5
Médio	5	24
Técnico	1	5
Superior incompleto	2	10
Superior completo	7	33
Especialização	5	24
<hr/>		
Diagnóstico	<i>n</i>	%
Mama	10	48
Estômago	3	14
Ovário	3	14

Colo do útero	2	10
Intestino	1	5
Pulmão	1	5
Pâncreas	1	5
<hr/>		
Ocupação	<i>n</i>	%
Aposentada	5	24
Servidora pública	3	14
Artesã	2	10
Assistente administrativa	2	10
Autônoma	2	10
Advogada	1	5
Dentista	1	5
Do lar	1	5
Instrutora do Senai	1	5
Gestora de venda	1	5
Secretária	1	5
Técnica de enfermagem	1	5

---

Todas as participantes residiam em Brasília e realizavam as sessões de quimioterapia na clínica especializada.

Na Tabela 2, estão expostas as características sociodemográficas das subamostras referentes às mulheres adultas e mulheres idosas. Nota-se que todas as participantes do grupo A eram casadas ou tinham união estável ( $n = 9$ ; 100%). Com relação ao grupo B, predomina o nível de escolaridade superior completo ( $n = 5$ ; 42%). Comparativamente, as maiores percentagens de respondentes diagnosticadas com câncer de mama concentraram-se no grupo



A ( $n = 7$ ; 78,0%). É interessante salientar que o câncer de mama geralmente acomete mulheres com menos de 40 anos e costuma ser atribuído a mutações genéticas (Menen & Hunt, 2016).

A média de idade das participantes do grupo A foi menor do que a média das participantes do grupo B. O exame da Tabela 2 também mostra que apenas as mulheres do grupo A possuíam filhos menores de idade ( $M = 10,9$  anos).

A comparação das variáveis sociodemográficas evidencia que as participantes do grupo B possuíam nível educacional mais elevado, o que poderia ser um fator favorável à redução de estresse, pois a literatura aponta que pessoas idosas estariam mais expostas ao estresse crônico quando se encontram em desigualdade social (baixa escolaridade, baixo nível ocupacional e baixo nível econômico). Esses idosos tendem a sobreviver por menos tempo quando comparados a idosos com mais recursos. Ao que parece, nessas condições teriam menor controle sobre as causas e as consequências de eventos estressantes (Neri & Fortes-Burgos, 2009).

**Tabela 2**

*Caracterização sociodemográfica dos grupos A e B*

<b>Variáveis</b>	<b>Grupo A (<math>n = 9</math>)</b>		<b>Grupo B (<math>n = 12</math>)</b>	
Idade				
Média	40,5		61,0	
Desvio padrão	4,1		11,5	
Estado civil	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Solteira	0	0	2	17
Casada/ união estável	9	100	5	41
Divorciada	0	0	5	41
Possui filhos	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	7	78	9	75

Não	2	22	3	25
<hr/>				
Idade dos filhos				
Mínima - Máxima	1- 29		20 - 53	
Média	10,9		37,7	
Desvio padrão	9,46		9,67	
<hr/>				
Escolaridade	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Fundamental	0	0	1	8
Médio	2	22	3	25
Técnico	0	0	1	8
Superior incompleto	2	22	0	0
Superior completo	2	22	5	42
Especialização	3	33	2	17
<hr/>				
Diagnóstico	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Mama	7	78	3	25
Estômago	0	0	3	25
Ovário	0	0	3	25
Colo do útero	2	22	0	0
Intestino	0	0	1	8
Pulmão	0	0	1	8
Pâncreas	0	0	1	8

### 3.1.1 Frequência de *distress*

A análise feita por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney mostrou que a frequência de *distress* no grupo de mulheres adultas ( $M = 5,67$ ;  $DP = 3,35$ ) foi maior do que a frequência de *distress* das mulheres idosas (Tabela 3).

**Tabela 3**

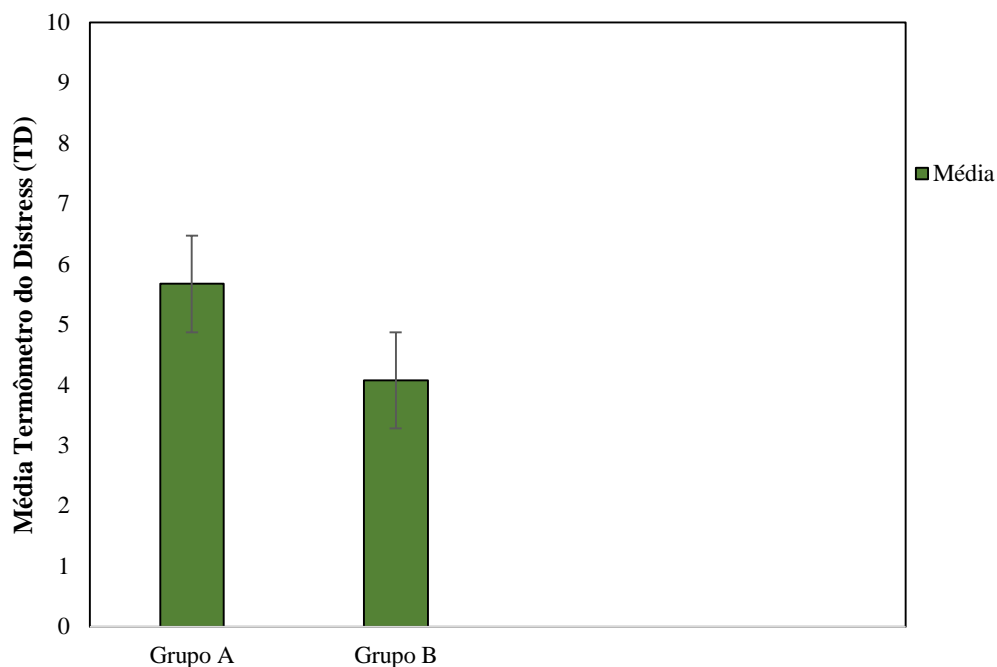
Comparação do nível de *distress* de mulheres adultas e idosas, de acordo com o TD

	Grupo A	Grupo B
TD		
Mínimo- Máximo	2 - 10	0 - 7
Média	5,67	4,08
Desvio padrão	3,35	2,31

A Figura 2 também ilustra os níveis de *distress* nos Grupos A e B, sendo as médias indicadas pela cor verde. Nela, é possível verificar que o grupo A apresentou maior nível de *distress* ( $M = 5,67$ ), em uma escala *likert* de 0 a 10.

**Figura 2**

*Análise dos níveis de distress dos grupos A e B*



De modo semelhante, Baider et al. (2003) indicaram que 20% a 30% das pacientes com câncer experimentam *distress* psicológico em alto nível. Determinados fatores podem

impactar negativamente as pacientes durante a experiência do tratamento: eventos estressantes do cotidiano, problemas financeiros e não se sentir confortável com sua aparência.

Outros fatores de risco parecem incrementar o *distress*: idade e ter filhos pequenos e dependentes (NCCN, 2020). Zabora et al. (2001) sugeriram que a adaptação de um paciente ao diagnóstico de câncer é influenciada por fatores psicossociais pré-existentes. Ou seja, outras vivências que os pacientes trazem para sua experiência de câncer. Em comparação com as mulheres com mais idade, as mulheres adultas geralmente possuem necessidades e preocupações que afetam a saúde mental, tais como: sexualidade, fertilidade, aparência, autonomia, comportamento profissional e social.

Muitas vezes, a relação entre câncer e envelhecimento é considerada como uma temática atinente à Geriatria. Isso pode ocorrer especialmente quando se focalizam déficits funcionais, resultantes inclusive de um tratamento oncológico e vinculados ao processo natural de envelhecimento. Mas, é fundamental salientar que tal enfoque não deve se limitar aos efeitos adversos de ordem física. É preciso ponderar o acesso da população envelhecida aos serviços de saúde voltados para a Saúde do Idoso. Mais do que isso, é necessário avaliar as influências sociais e culturais sobre o indivíduo, o que se inscreve no campo da Gerontologia (Binstock & George, 2006; Given et al., 2000; Lichtman et al., 2007).

Os caminhos de quem enfrenta um tratamento oncológico não costuma ser linear. Algumas pessoas podem ser impactadas mais intensamente do que outras. Elas diferem em aspectos pessoais, sociais, financeiros, normas, atitudes e crenças. Elas podem ser mais ou menos resilientes do que outras (Bower et al., 2005).

### 3.1.2 Lista de Problemas do TD

Para teste de significância, foi feito o Teste Exato de *Fisher*. Evidenciaram-se mais problemas físicos - sexuais ( $p = 0,021$ ) e problemas físicos - dormir ( $p = 0,029$ ) no grupo A do que ao grupo B.

Na Tabela 4, pode ser vista a distribuição dos problemas identificados pelas participantes por meio da Lista de Problemas que compõe o TD.

**Tabela 4**

*Distribuição de frequência da Lista de Problemas*

Lista de Problemas	Grupo A				Grupo B			
	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%
<b>Práticos</b>								
Cuidar de Criança	8	89	1	11	12	100	0	0
Cuidar da Casa	7	78	2	22	10	83	2	17
Plano de saúde/financeiro	8	89	1	11	11	92	1	8
Transporte	8	89	1	11	12	100	0	0
Trabalho/escola	9	100	0	0	11	92	1	8
<b>Familiares</b>								
Filhos	8	89	1	11	11	92	1	8
Companheiro	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Emocional</b>								
Depressão	7	78	2	22	12	100	0	0
Medos	4	44	5	56	9	75	4	33
Nervosismo	7	78	2	22	8	67	4	33
Tristeza	6	67	3	33	9	75	3	25
Preocupação	3	33	6	67	5	42	7	58

Perda do interesse em atividades usuais	7	78	2	22	11	92	1	8
Espiritual/Religioso	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%
	9	100	0	0	10	83	2	17
Físicos	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%
Aparência	5	56	4	44	9	75	3	25
Tomar banho/se vestir	9	100	0	0	11	92	1	8
Respiração	8	89	1	11	10	83	2	17
Mudanças ao urinar	9	100	0	0	12	100	0	0
Constipação	7	78	2	22	10	83	2	17
Diarréia	7	78	2	22	10	83	2	17
Alimentação	7	78	2	22	8	67	4	33
Fadiga	7	78	2	22	7	58	5	42
Sentindo-se inchado	4	44	5	56	8	67	4	33
Febre	9	100	0	0	12	100	0	0
Dar uma volta/circular	7	78	2	22	10	83	2	17
Indigestão	7	78	2	22	11	92	1	8
Memória/concentração	4	44	5	56	8	67	4	33
Mucosite/afta	8	89	1	11	10	83	2	17
Náusea	8	89	1	11	11	92	1	8
Nariz seco/congestionado	6	67	3	33	7	58	5	42
Dores	5	56	4	44	8	67	4	33
Sexual	5	56	4	44	12	100	0	0
Pele seca/coceira	5	56	4	44	9	75	3	25
Dormir	4	44	5	56	11	92	1	8

Mãos/pés formigando	6	67	3	33	8	67	4	33
---------------------	---	----	---	----	---	----	---	----

---

Nota-se maior porcentagem de problemas práticos (33%) e problemas físicos (100%) reportados pelas mulheres do grupo A. Já no grupo B problemas emocionais (92%) e problema espiritual/religioso (17%) foram os mais frequentes. Vale lembrar que 78% das participantes do grupo A tinham câncer de mama, comparadas às participantes do grupo B, no qual apenas 25% de mulheres tinham este diagnóstico. Diante desses resultados, é válido retomar o estudo de Partridge et al. (2014), no qual os autores identificaram que as mulheres adultas costumam receber tratamentos multimodais agressivos (ou seja, cirurgia, radiação, quimioterapia, terapias biológicas e/ou terapia endócrina), os quais podem ocasionar efeitos colaterais significativos.

Então, as diferenças encontradas, na presente pesquisa, podem estar relacionadas tanto às características da doença e do tratamento, como também podem estar vinculadas a fatores socioculturais que se mesclam com o sofrimento psicológico. De fato, o estudo de Admiraal et al. (2013) mostrou a importância da associação das variáveis gênero e idade. Esses autores indicaram que mulheres mais jovens reagem diferentemente ao câncer, quando comparadas com mulheres mais velhas. Segundo Admiraal et al. (2013), tais diferenças poderiam ser compreendidas em função de problemas pessoais e familiares que atingem mulheres em determinadas etapas do seu desenvolvimento. Ou seja, certos desafios existem antes mesmo do diagnóstico de uma enfermidade oncológica e caracterizam o desenvolvimento na vida adulta.

A Tabela 5 apresenta os valores descritivos de ambos os grupos por frequência de categoria de problemas. Evidentemente, essa análise inclui todas as participantes que relataram ao menos um problema em cada categoria.

**Tabela 5***Análise descritiva das categorias da Lista de Problemas*

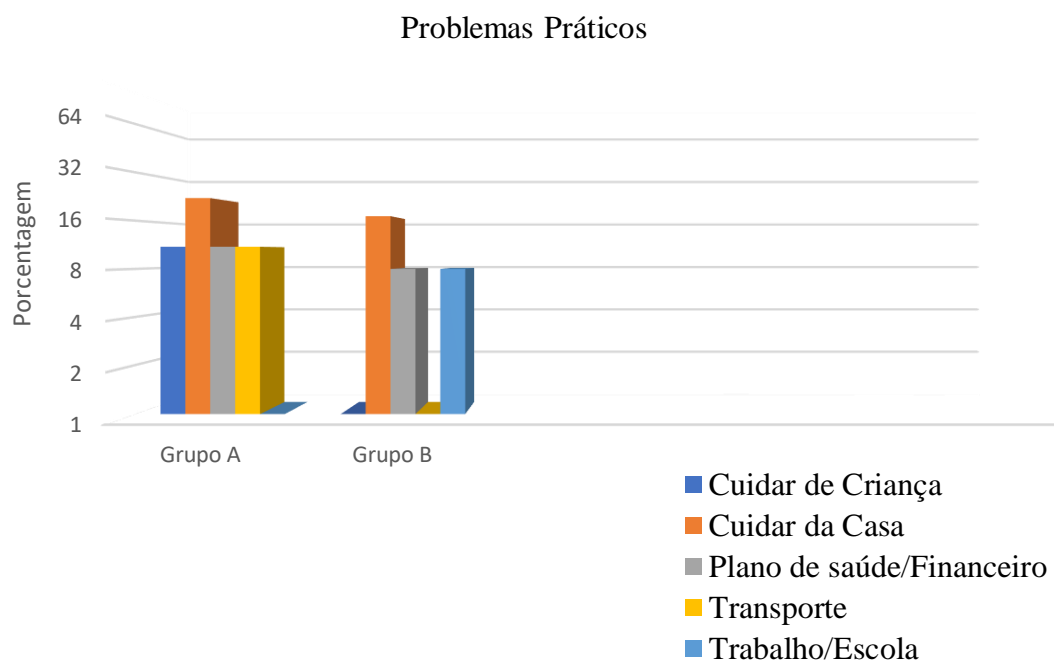
Lista de Problemas	Grupo A	Grupo B
<b>Práticos (5 itens)</b>		
Mínimo- Máximo	0 - 3	0 - 2
Média	0,56	0,33
Desvio Padrão	1,01	0,65
<b>Familiar (2 itens)</b>		
Mínimo- Máximo	0 - 1	0 - 1
Média	0,11	0,08
Desvio Padrão	0,33	0,29
<b>Emocional (6 itens)</b>		
Mínimo- Máximo	0 - 5	0 - 3
Média	2,22	1,58
Desvio Padrão	1,79	1,00
<b>Espiritual (1 item)</b>		
Mínimo- Máximo	0 - 0	0 - 1
Média	0,00	0,17
Desvio Padrão	0,00	0,39
<b>Físico (21 itens)</b>		
Mínimo- Máximo	1 - 14	0 - 10
Média	5,89	4,08
Desvio Padrão	4,51	2,75

Na Figura 3, é possível visualizar esses resultados por meio gráfico.



**Figura 3**

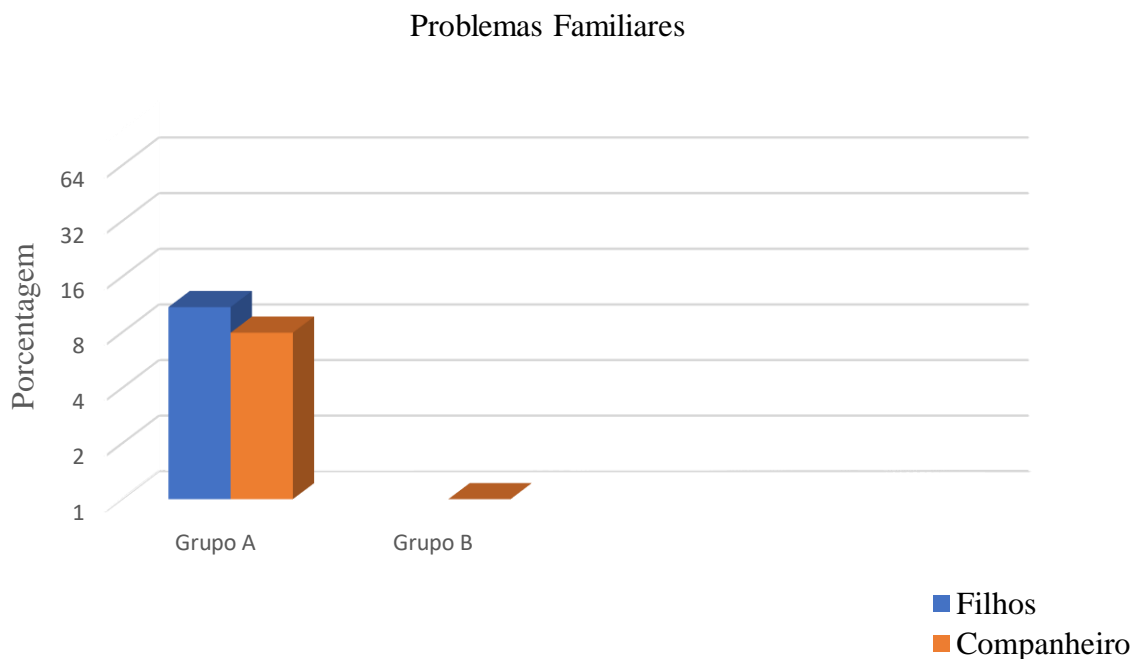
*Porcentagem de distribuição de respostas dadas na Lista de Problemas Práticos*



No gráfico, problemas práticos (cuidar da casa) e (cuidar de criança), problemas familiares (filhos) apresentaram maior percentual de respostas no grupo A. Dos cinco problemas assinalados em problemas práticos pelas mulheres adultas, os mais frequentes foram: cuidar da casa, cuidar de criança, financeiro e transporte. No grupo B, destacaram-se os problemas práticos: cuidar da casa, financeiro e trabalho.

**Figura 4**

*Porcentagem de distribuição de respostas dadas na Lista de Problemas Familiares*



Na Figura 4, os problemas familiares (filhos) e (companheiros) foram declarados pelo Grupo A. Na subamostra composta pelas mais idosas, não foram identificadas respostas relacionadas a problemas familiares.

Compete ressaltar, uma vez mais, que o diagnóstico de câncer impacta o bem-estar psicossocial das pacientes, pois atinge seus papéis sociais e identitários. Nesse sentido, a doença amplifica o sofrimento psicológico daquelas que exercem o papel materno (e, principalmente, quando existe dificuldade em equilibrar necessidades pessoais e familiares). Do ponto de vista clínico, percebe-se uma tendência para vivenciar culpa e perder o controle diante das múltiplas demandas e responsabilidades pelos cuidados de crianças pequenas e trabalhos domésticos. Ademais, o *distress* de mães com câncer (em geral, mulheres adultas com idade inferior a 45 anos) parece aumentar, pois se vincula ao medo de uma recidiva, ou piora do estado de saúde. Em outras palavras, há associação entre preocupação com os filhos e as implicações físicas

advindas do tratamento (Kuswanto, Stafford, Sharp & Schofield, 2018; Stinesen-Kollberg et al., 2013).

Também é preciso refletir que o relacionamento de uma mãe (paciente oncológica) com seus filhos poderá ser afetado pelo diagnóstico e pelos tratamentos. A literatura mostra que os filhos se tornam mais ‘próximos’ diante da comunicação aberta sobre a doença e suas implicações. Além disso, emoções como medo, raiva ou culpa são suscitadas nessas mulheres, e isso afetará seus relacionamentos (Bekteshi & Kayser, 2013). Coney e Borbasi (2007) igualmente alertaram para os seguintes aspectos: mulheres adultas costumam ser responsáveis pelo bem-estar de outras pessoas e pela estabilidade familiar. Isso acarretaria maior desgaste psicológico em comparação a mulheres idosas.

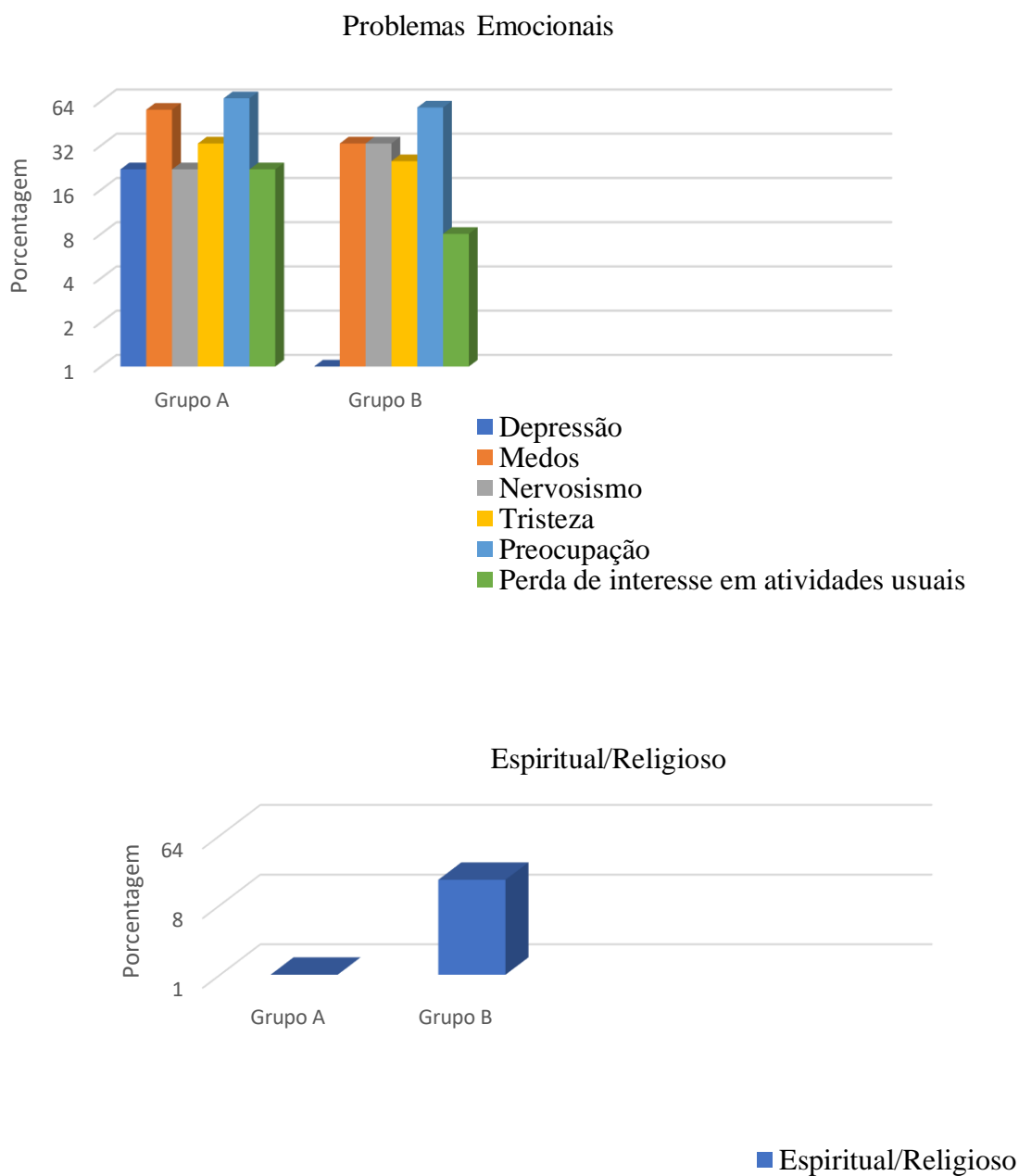
Na amostra estudada, os resultados evidenciaram que as mulheres adultas mencionaram problemas relacionados aos filhos e companheiros. Em relação ao companheiro, sabe-se que o relacionamento conjugal pode sofrer transformações quando um dos cônjuges adoece. Mudanças na vida conjugal foram apontadas em estudos internacionais com pacientes diagnosticados com doenças crônicas (Badr et al., 2008; Gilbert, Ussher, & Perz, 2010; Lindau et al., 2011; Manne & Badr, 2010). Sendo assim, as restrições físicas e psicossociais impostas por uma cronicidade pode repercutir na conjugalidade, já que surgem novas demandas e as prioridades precisam ser remanejadas ou totalmente modificadas, exigindo-se flexibilização de papéis (Picheti et al., 2013).

Em parte, explica-se a ausência de problemas relacionados a filhos e companheiro, no grupo B, pelo fato de 58% das participantes se declararem solteira ou divorciada. Vale ponderar, ainda, que a média de idade dos filhos das mulheres idosas era de 37,7 anos. Face ao exposto, é pertinente cogitar ausência de dependência desses filhos. Ademais, mulheres idosas tendem a fortalecer sua interação com a rede de apoio social construída ao longo de um ciclo vital mais prolongado, o que contribui para seu bem-estar (Cheng & Chan, 2006).

A Figura 5, composta por dois gráficos, ilustra os percentuais de problemas emocionais e espiritual respectivamente.

### Figura 5

*Porcentagem de distribuição de respostas dadas na Lista de Problemas Emocionais e Problema Espiritual/Religioso*



No grupo A, observou-se maior percentual dos problemas emocionais (preocupação) e (medos). As participantes do grupo B também reportaram os seguintes problemas: medos, preocupações e nervosismo. Duas participantes do grupo B informaram problema em relação ao envolvimento espiritual/religioso.

Sentimentos como medo e preocupação costumam estar associados a pensamentos negativos e intrusivos. Pacientes com câncer podem experimentar maior número de sentimentos negativos, aumentando tanto o risco de sofrimento psicológico relacionado a ansiedade, como o ‘ajustamento desadaptativo’ (Brewin et al., 1998; Epping-Jordan et al., 1999; Kangas et al., 2002; Whitaker et al., 2008).

É cabível supor que idosos estão menos expostos aos efeitos de eventos inesperados e estressantes, uma vez que desenvolveram estratégias de enfrentamento mais diversificadas e efetivas ao longo do ciclo vital. Porém, não é possível excluir a incidência de problemas psicossociais nessa faixa etária, em razão da variabilidade de eventos de vida não normativos e da influência de variáveis de natureza sociodemográfica (condições socioeconômicas e educacionais) (Santana, Cupertino & Neri, 2009).

Quanto ao envolvimento espiritual e religiosa, é essencial destacar que várias pesquisas têm indicado fatores protetivos, decorrentes desse engajamento, por ocasião do enfrentamento de uma cronicidade. Compete lembrar que espiritualidade é compreendida na literatura especializada como um conjunto de crenças e atitudes que dão sentido e propósito à vida por meio de um senso de conexão consigo mesmo, com os outros, com o ambiente natural, um poder superior e / ou outras forças sobrenaturais. Essas crenças e atitudes fortalecem e transcendem o *self* e estão incorporadas em sentimentos, pensamentos, experiências e comportamentos (Boscaglia et al., 2005; Emblen, 1992; Reed, 1992).

Interessadas em investigar o enfrentamento religioso/espiritual na adesão terapêutica e no enfrentamento em Oncologia, Gobatto e Araujo (2010) empreenderam uma revisão da

literatura e discutiram perspectivas para atuação do profissional de psicologia em serviços especializados. Tendo em vista as influências positivas e negativas de crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de enfermidades, Gobatto e Araujo (2013) igualmente estudaram concepções de profissionais da área sobre religiosidade, espiritualidade e saúde. Com tal objetivo, as autoras aplicaram um questionário eletrônico que foi respondido por 85 participantes, sendo que sete profissionais também participaram de grupos focais *online*. Muitos participantes comunicaram não ter recebido formação acadêmica para abordar essa temática. De modo geral, os profissionais revelaram concepções positivas sobre a influência da religiosidade/ espiritualidade para a saúde dos pacientes. Efeitos negativos foram mencionados em menor proporção. As autoras ressaltaram a necessidade de mais pesquisas para subsidiar programas de capacitação profissional, visando uma adequada abordagem do enfrentamento religioso/espiritual dos pacientes oncológicos. Gobatto e Araujo (2013) admitiram que a adoção de um modelo integrativo das dimensões biopsicossociais e espirituais ainda constitui um dilema em saúde.

A religiosidade e a espiritualidade podem se constituir em um recurso de enfrentamento dos eventos estressantes que perpassam a experiência oncológica, a depender de como é empregado pelos pacientes. Boscaglia et al. (2005) examinaram as consequências do enfrentamento espiritual ‘positivo’ e ‘negativo’ para o humor de mulheres que haviam completado um ano de diagnóstico de câncer ginecológico. Os resultados encontrados mostraram que entre as mulheres mais jovens e que tinham doença mais avançada havia uma tendência para adotar um enfrentamento espiritual mais negativo, experimentar humor deprimido e ter maior dificuldade de adaptação.

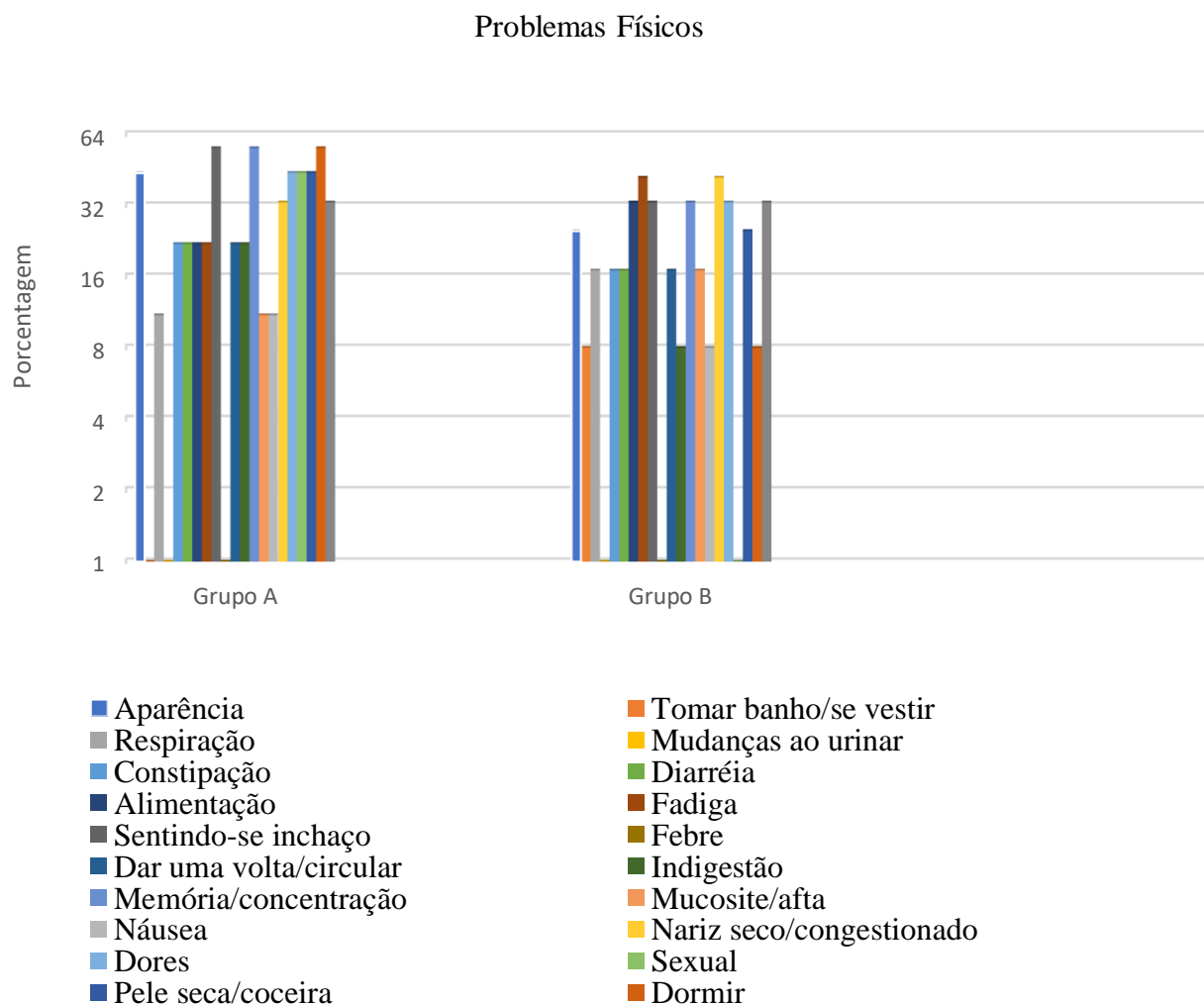
Problemas espirituais foram mais verificados no grupo B. É crucial comentar que a literatura especializada tem informado mais interesse acerca da religiosidade/espiritualidade em pessoas mais velhas. Em geral, esse recurso é considerado benéfico para a regulação emocional

e o bem-estar desses indivíduos, inclusive quando são acometidos por alguma cronicidade. Cumpre ponderar, também, que a Lista do TD pretende extrair informações sobre dificuldades e não solicita aprofundamento das vivências sobre elas. Por conseguinte, esse resultado não esclarece suficientemente acerca desse aspecto específico. Mas, pode-se hipotetizar que mais problemas de ordem espiritual/religiosa sejam apontados pela subamostra da presente pesquisa, pois justamente as mulheres que são idosas estão mais envolvidas com tais questões nessa etapa do seu desenvolvimento. Adicionalmente, esse resultado pode revelar que mais problemas dessa natureza são percebidos na amostra pesquisada, em razão da ausência de apoio e orientação na esfera espiritual/religiosa (Santana et al., 2009).

Problemas físicos – tais como inchaço, memória e dormir – foram mais referidos pelo Grupo A. Fadiga e nariz seco foram mais comunicados pelo grupo B (Figura 6).

**Figura 6**

*Porcentagem de distribuição de respostas dadas na Lista de Problemas de Físicos*



É importante comentar que fadiga foi bastante indicada nas Listas de Problemas preenchidas pelo grupo B. Em geral, este é um sintoma angustiante e persistente. Como é uma sensação subjetiva de cansaço físico, emocional e / ou cognitivo, que não é ‘proporcional’ ao grau de dificuldade de atividades mais recentemente executadas pelas pacientes em seu histórico de vida, a fadiga afeta a capacidade funcional e a performance dessas mulheres (Mock et al., 2000).

Em outros termos, a fadiga relacionada ao câncer é mais grave e angustiante do que a fadiga em indivíduos saudáveis e tem menor probabilidade de ser aliviada com repouso.



Geralmente, esse efeito colateral adverso persiste por um período de duas semanas após a sessão de quimioterapia (Rao & Cohen, 2008).

Além disso, a fadiga pode ocasionar diminuição da adesão ao tratamento do câncer e ter consequências econômicas nefastas, dadas as limitações da capacidade de trabalho. Esse sintoma prevalece especialmente em pacientes idosos por possuírem alterações fisiológicas causadas pelo envelhecimento natural (Gutstein, 2001; Roa & Cohen, 2008).

Outro sintoma similarmente relatado por pacientes oncológicos é a insônia, que contribui para significativos problemas psicológicos durante e após o tratamento quimioterápico como, por exemplo, a perda de apetite (Sateia & Long, 2008). Transtornos do sono (exemplo: insônia, dificuldade de manutenção do sono, despertares frequentes e dificuldade para retornar a dormir) causam angústia e prejuízos no funcionamento diário do indivíduo. Esses distúrbios são comuns em mulheres submetidas a tratamento de câncer de mama e se somam a outras variáveis específicas, tais como estágio da doença, dor e fadiga (Bardwell et al., 2008; Fiorentino & Ancoli-Israel, 2006; Simeit et al, 2004).

### ***3.1.3 Resultados da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas de Problemas (EMEP)***

Quanto à escala EMEP, destacaram-se as estratégias de enfrentamento focadas no problema ( $M = 3,76$ ) e o enfrentamento baseado na busca de práticas religiosas/pensamentos fantasiosos ( $M = 3,50$ ), seguidos por enfrentamento baseado na busca por suporte social ( $M = 3,35$ ) e enfrentamento focalizado na emoção ( $M = 1,70$ ), conforme Tabela 6.

**Tabela 6***Medidas dos fatores da EMEP*

<b>Fatores</b>	
Fator 1	
Mínimo-Máximo	44-8
Média	3,76
Desvio Padrão	8,89
Fator 2	
Mínimo-Máximo	17-43
Média	1,70
Desvio Padrão	7,24
Fator 3	
Mínimo-Máximo	10-32
Média	3,50
Desvio Padrão	6,63
Fator 4	
Mínimo- Máximo	7- 21
Média	3,35
Desvio Padrão	3,62

Portanto, os resultados da pesquisa de campo não reafirmaram a noção bastante disseminada de que mulheres tendem a reagir a situações estressantes por meio da emoção (Bakan, 1996; Erikson, 1968; Gutman, 1965; Hamilton & Fagot, 1988). Efetivamente, alguns estudos, que abordaram as diferenças de gênero, verificaram maior frequência no uso de estratégias evitativas por parte de mulheres. Entretanto, uma das hipóteses, que guiaram a

muitas dessas pesquisas relacionadas a gênero, é que as mulheres foram socializadas de modo a poderem expressar emoções. Diante disso, alguns estudiosos reconhecem que, em situações estressantes semelhantes, as mulheres são mais propensas a adotar um enfrentamento com foco na emoção ou buscar apoio social, em comparação com homens (Achenbach & Edelbrock, 1981; Beller & Newhauer, 1963; Ptacek et al. 1992).

Evidências clínicas e pesquisas internacionais indicaram que há diferenças de gênero na expressão de comportamentos guiados pelos papéis de gênero (Beller & Newhauer, 1963; Ilfeld, 1980). Mas, no que concerne a hipótese de socialização, alguns pesquisadores não encontraram diferenças de gênero relacionadas ao uso de estratégias de enfrentamento (Billings & Moos 1981; Gass & Chang 1989; Heppner et al. 1983). Assim, Tanck e Robbins (1979) alertaram para o uso de estratégias focadas na emoção em homens que utilizam álcool e drogas como forma de enfrentamento. Hamilton e Fagot (1988) concluíram que as expectativas sobre as diferenças de gênero no enfrentamento estão associadas aos estereótipos dos papéis sociais. De acordo com essa visão, as mulheres utilizariam estratégias de enfrentamento específicas.

Segundo Folkman (2011), o indivíduo que experimenta estresse desenvolve suas estratégias a partir de um contexto social complexo, envolvendo aspectos psicológicos, sociais e funcionamento físico. Muitas vezes, as várias estratégias de enfrentamento atuam em conjunto, de modo que a regulação da ansiedade (enfrentamento focado na emoção) permitirá que a pessoa se concentre em decidir (enfrentamento focado no problema). Com isso, a pessoa passa por uma revisão dos valores e objetivos subjacentes (enfrentamento focado no significado), o que revela um sistema dinâmico de processos interativos.

Considerando o tamanho da amostra, realizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para a análise de significância estatística (Tabela 7).

**Tabela 7***Comparação dos fatores da EMEP, de acordo com os grupos A e B*

	Grupo A	Grupo B	<i>p</i> -valor	Estatística-W
Fator 1	3,94	3,62	0,116	76,5
Fator 2	1,76	1,66	1,00	54,0
Fator 3	3,52	3,48	1,00	53,5
Fator 4	3,31	3,38	0,971	55,0

\*  $p < 0,05$ .

O exame da Tabela 7 permite notar que mulheres adultas e mulheres idosas usam Enfrentamento focalizado no Problema (fator 1), seguido em menor proporção do Enfrentamento baseado na Busca de Práticas Religiosas/ Pensamentos Fantasiosos (fator 3) e Enfrentamento baseado na Busca por Suporte Social (fator 4). Em ambos os grupos, os menores escores foram relativos ao enfrentamento focalizado na emoção (fator 2).

Na Tabela 8 e 9, os valores (mediana, variação interquartil - IQR, média e desvio padrão) apresentam mais claramente a comparação dos fatores por grupo. Estatisticamente, o fator 1 apresentou sensibilidade na diferença de distribuição.

**Tabela 8***Comparação dos fatores da EMEP – Grupo A*

Grupo A					
	<i>n</i>	Mediana	IQR	Média	Desvio Padrão
Fator 1	9	4,06	0,333	3,94	0,399
Fator 2	9	1,53	0,800	1,76	0,602
Fator 3	9	3,57	1,570	3,52	0,945
Fator 4	9	3,40	0,800	3,31	0,923

**Tabela 9***Comparação dos fatores da EMEP – Grupo B*

Grupo B					
	<i>n</i>	Mediana	IQR	Média	Desvio Padrão
Fator 1	12	3,67	0,555	3,62	0,531
Fator 2	12	1,60	0,517	1,66	0,394
Fator 3	12	3,43	1,430	3,48	0,990
Fator 4	12	3,50	0,850	3,38	0,575

A análise das combinações entre fator e grupo permitiu a obtenção de padrões associados entre grupos. Os resultados mostraram a priorização da estratégia focada no problema. No Grupo A, constatam-se: fator 1 ( $M = 3,94$ ); fator 2 ( $M = 1,76$ ); fator 3 ( $M = 3,52$ ); fator 4 ( $M = 3,31$ ). Já no grupo B, obteve-se: fator 1 ( $M = 3,62$ ); fator 2 ( $M = 1,66$ ); fator 3 ( $M = 3,48$ ) e fator 4 ( $M = 3,38$ ).

Tanto o grupo A, quanto o grupo B, utilizaram com mais frequência estratégias de enfrentamento focadas no problema (fator 1). Estudos com foco em desenvolvimento utilizando o instrumento *Ways of Coping Scale* (Folkman & Lazarus, 1988) ou seus derivados (Blanchard-Fields, Sulsky, & Robinson-Whelen, 1991; Felton & Revenson, 1987; Irion & Blanchard-Fields, 1987) apontaram que os idosos não costumam priorizar estratégias evitativas; porém, assemelham-se aos adultos quanto à frequência em utilizar as estratégias de enfrentamento focada no problema (Aldwin et al., 1996).

Em relação aos fatores da escala, realizou-se uma análise intrasujeito para melhor detalhamento das estratégias de enfrentamento de cada participante do estudo. As médias de cada fator são apresentadas nas Tabela 10 e Tabela 11.

**Tabela 10**

*Resultados da EMEP por fator - participantes do Grupo A*

P	Grupo A			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1	4,05	1,66	4,14	1,40
2	3,88	2,13	4,28	3,20
3	3,22	1,33	2,71	3,80
4	4,22	2,47	2,43	4,20
5	4,33	1,53	4,57	4,20
6	3,33	2,86	3,00	4,00
7	4,05	1,13	4,71	3,20
8	4,05	1,46	3,57	3,40
9	4,27	1,02	2,28	2,40

P = Participante

No grupo A, identificou-se o uso de mais de uma estratégia de enfrentamento, sendo que três participantes priorizaram a estratégia focalizada no problema; quatro destacaram a estratégia de práticas religiosas e pensamentos fantasiosos; e duas participantes preferiram a estratégia busca por suporte social.

**Tabela 11**

*Resultados da EMEP por fator e participantes do grupo B*

P	Grupo B			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1	4,27	1,66	3,28	2,80
2	3,83	1,26	3,57	3,40
3	4,22	1,93	4,57	4,20
4	3,05	1,66	3,00	2,80
5	3,72	1,33	3,00	3,60
6	4,05	1,80	4,57	3,80
7	3,61	1,26	1,42	3,40
8	3,16	1,46	4,28	4,20
9	2,44	1,53	2,71	2,80
10	3,55	2,13	4,57	3,60
11	3,55	1,26	2,57	2,40
12	4,00	2,53	4,14	3,60

P = Participante

No grupo de participantes B, as pontuações mais elevadas referiram-se ao fator 1. Neste grupo de mulheres mais velhas, sete participantes priorizaram a estratégia ‘foco no

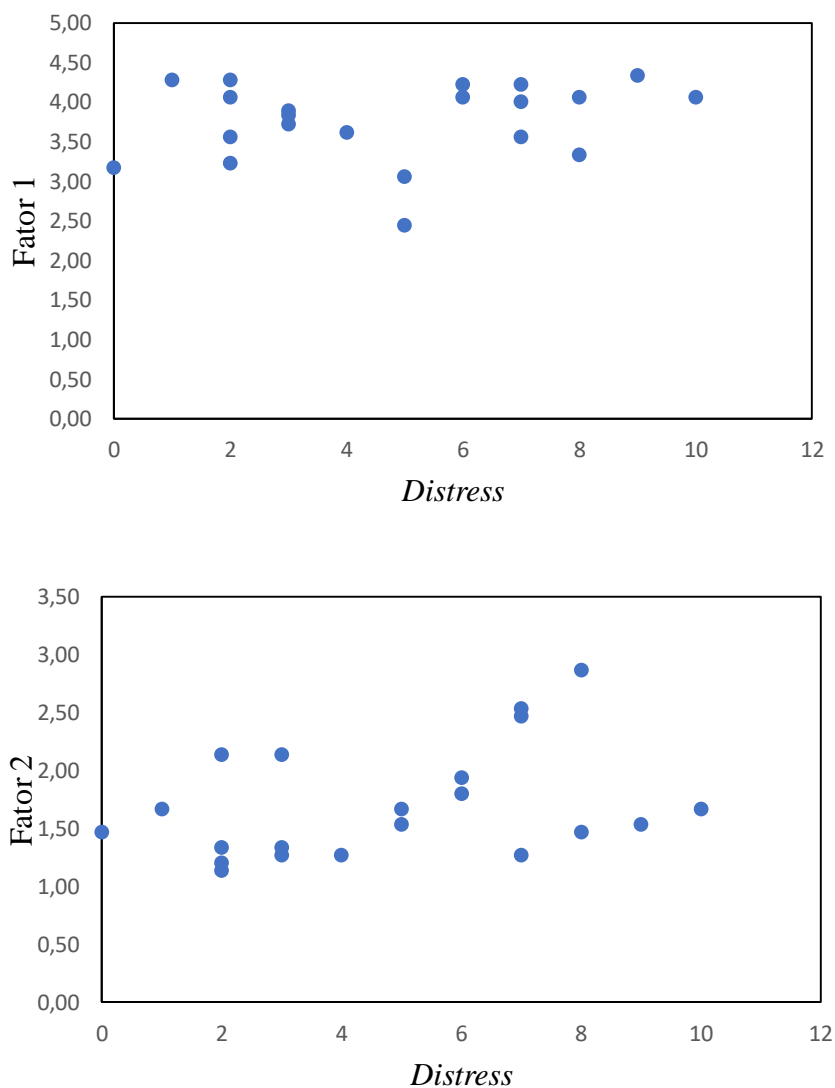
problema'; quatro participantes priorizaram enfrentamento baseado na busca de práticas religiosas/pensamentos fantasiosos e uma delas realçou a estratégia baseada na busca de suporte social.

### 3.1.4 Análise correlacional dos níveis de distress com fatores da EMEP

Visando comparar *distress* e as estratégias de enfrentamento, foram realizadas análises correlacionais de Pearson r (Figuras 7 e 8).

**Figura 7**

*Correlação dos níveis de distress com os fatores 1 e 2 da EMEP*





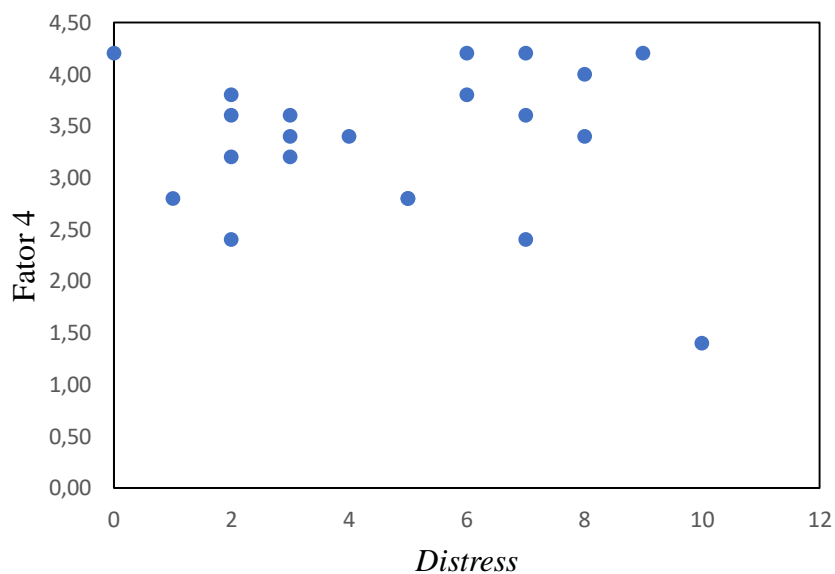
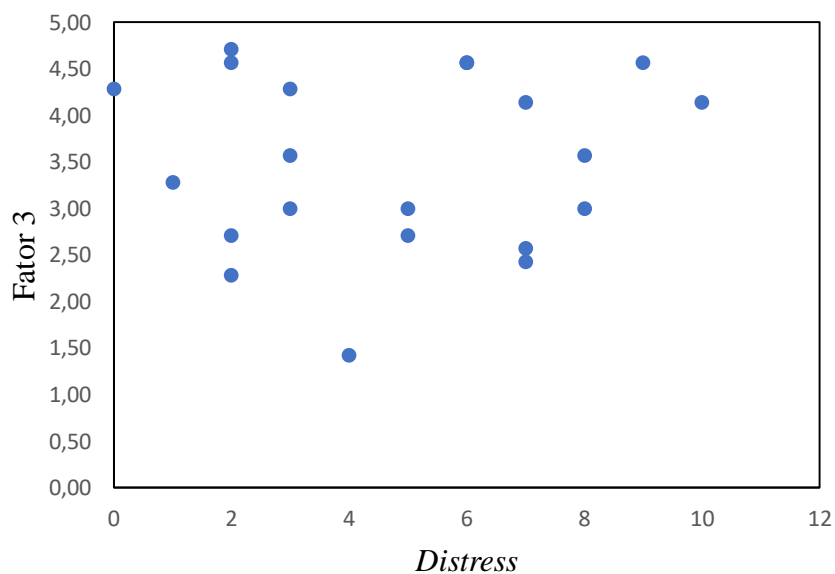
Não foi possível observar uma correlação moderada, forte ou muito forte entre as variáveis. O valor de  $\rho < 0,40$  corresponde a uma não correlação linear entre as variáveis, sendo assim, uma correlação fraca.

O fator 1 ( $p = 0,20$ ) e o fator 2 ( $p = 0,36$ ) correlacionados ao *distress* indicam que à medida que os níveis de *distress* aumentam, cresce o uso de estratégias ‘focalizadas no problema’ (fator 1), bem a adoção de estratégias ‘focalizadas na emoção’ (fator 2). No entanto, não há relação linear entre as variáveis, as correlações são fracas.

É válido mencionar que quando um paciente avalia o acontecimento como estressante, ele pode apresentar alteração comportamental a fim de solucionar a situação estressora, possivelmente tornando-a menos assustadora e controlável (Souza & Seidl, 2014). Sendo assim, ao se comparar os resultados obtidos com o TD e a EMEP, nota-se que as participantes apresentaram estratégias consideradas efetivas. Ao que parece estratégias focalizadas no problema e estratégias focalizadas na emoção integravam o repertório da amostra pesquisada e aumentaram suas possibilidades de se adaptar frente à situação estressora.

**Figura 8**

*Correlação dos níveis de distress com os fatores 3 e 4 da EMEP*



De acordo com a Figura 7, o fator 3 ( $p = 0,05$ ) indica que à medida que os níveis de *distress* se elevam, cresce o uso de enfrentamento baseado na busca de práticas religiosas/ pensamentos fantasiosos. Já o fator 4 ( $p = - 0,09$ ), em correlação ao *distress*, aponta para uma correlação negativa. Sendo assim, à medida em que os níveis de *distress* aumentam, o uso da

estratégia de enfrentamento por busca de suporte social decresce, em média. Entretanto, não há relação linear entre as variáveis, as correlações são fracas.

Também foi realizada uma análise correlacional dos resultados, comparando-se as duas subamostras (Tabela 12).

**Tabela 12**

*Coefficiente de correlação de Pearson r*

<b>Coefficiente de correlação de pearson r</b>					
<i>distress</i>	<i>n</i>	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
GA	9	20,1%	40,9%	18,6%	- 0,3%
GB	12	6,9%	26,7%	- 8,1%	- 21,7%

Destacou-se o grupo A com correlação moderada no fator 2 ( $p = 0,40$ ). Entretanto não se obteve correlação moderada em nenhum dos fatores associados ao *distress* no grupo B. Foi possível identificar – a partir da análise correlacional – que em ambos os grupos, a estratégia focalizada na emoção foi a mais utilizada. Encontraram-se os seguintes resultados:  $p = 0,40$  para o grupo A e  $p = 0,26$  para o grupo B.

Em síntese, diferenças foram identificadas entre os grupos de mulheres adultas e de mulheres idosas no que tange aos níveis de *distress* e às estratégias de enfrentamento. Em relação ao grupo A, identificou-se que o aumento do *distress* diminui o uso do enfrentamento baseado na busca por suporte social ( $p = -0,03$ ). Já no grupo B, verificou-se que à medida em que os níveis de *distress* aumentam, diminui o uso das estratégias de enfrentamento baseado na busca de práticas religiosas/ pensamentos fantasiosos ( $p = -0,08$ ) e de enfrentamento baseado na busca por suporte social ( $p = -0,21$ ).

Em uma revisão do modelo de estratégias de enfrentamento, Roberts et al. (2018) sugeriram que os indivíduos que avaliam o câncer como uma ameaça podem ser mais propensos a empregar estratégia de enfrentamento focado no problema. Entretanto, é preciso reforçar a necessidade de reavaliações ao longo do tempo, pois é incontornável reconhecer que a escolha por estratégias de enfrentamento é complexa e variável.

### 3.2 Análise das entrevistas

A segunda etapa dessa investigação contou com a participação de dez mulheres que responderam aos instrumentos impressos e puderam fazer as entrevistas com a pesquisadora, pois o distanciamento social ainda não tinha sido estabelecido no âmbito da clínica especializada. A caracterização sociodemográfica dessas pacientes está exposta na Tabela 13.

**Tabela 13**

*Caracterização sociodemográfica das participantes entrevistadas*

Variável	Grupo A (n = 6)	Grupo B (n = 4)	Total (n = 10)	
Estado Civil	Casada	5	2	8
	Solteira	1	0	0
	Divorciada	0	2	2
Escolaridade	Especialização	3	0	3
	Nível Superior Completo	1	3	4
	Nível Superior Incompleto	1	0	1
	Nível Médio	1	1	2
Profissão	Aposentada	0	3	3
	Artesã	1	0	1
	Autônoma	0	1	1
	Assistente Administrativo	1	0	1
	Servidora Pública	3	0	3
	Gestora de Vendas	1	0	1
Diagnóstico				

Mama	4	1	6
Ovário	0	2	2
Colo do útero	1	0	1
Estômago	0	1	1
Intestino	1	0	1

Filhos

Sim	4	4	8
Não	2	0	2

Verifica-se que a maioria declarou estado civil casada ( $n = 8$ ). Quanto à escolaridade, houve predomínio de mulheres com nível superior completo ( $n = 4$ ). Em referência à ocupação, sobressaíram-se as aposentadas ( $n = 3$ ) no grupo B e as servidoras públicas ( $n = 3$ ) no grupo A. A maioria das entrevistadas possuía diagnóstico de câncer de mama ( $n = 6$ ). Quatro respondentes das subamostras tinham filhos e uma paciente do grupo A declarou não possuir filhos.

As participantes foram representadas por ordem numérica, de acordo com participação nas subamostras A e B, acrescentando-se a letra inicial correspondente ao grupo a que foram designadas em função da faixa etária.

Assim, as participantes do grupo A foram denominadas:

- 1A: 39 anos, casada, servidora pública, especialização, câncer de mama, um filho.
- 2A: 41 anos, casada, artesã, nível superior incompleto, câncer de mama, sem filhos.
- 3A: 39 anos, casada, servidora pública, especialização, câncer de mama, três filhos.
- 4A: 49 anos, casada, assistente administrativa, especialização, câncer do colo do útero, três filhos.
- 5A: 46 anos, casada, servidora pública, nível superior completo, câncer de mama, dois filhos.
- 6A: 50 anos, solteira, gestora de vendas, nível médio, câncer de intestino, sem filho.

As participantes entrevistadas do grupo B foram nomeadas por:

- 1B: 77 anos, casada, aposentada, nível médio, câncer de estômago, dois filhos.
- 2B: 56 anos, casada, aposentada, nível superior completo, câncer de mama, dois filhos.
- 3B: 52 anos, divorciada, autônoma, nível superior completo, câncer de ovário, dois filhos.
- 4B: 62 anos, divorciada, aposentada, nível superior completo, câncer de ovário, três filhos.

No capítulo 2 desta Dissertação, foram explicitados os procedimentos de análise das entrevistas. Assim, após várias leituras das transcrições dos relatos, buscou-se a unidade de significados a partir de duas categorias gerais (Tabela 14).

**Tabela 14**

*Categorização dos relatos das participantes dos grupos A e B*

Categoria 1: Estratégias de enfrentamento		Categoria 2: Estresse	
Subcategorias		Subcategorias	
Fase diagnóstica		Familiar	
Tratamento		Trabalho	

### ***3.2.1 Categoria 1: Estratégias de enfrentamento***

Nesta primeira categoria, foram agrupadas as verbalizações sobre a reação ao comunicado da doença, ao estado de saúde, suas preocupações e medos em relação ao

tratamento. Foram identificados quatro relatos no grupo A e dois relatos no grupo B, totalizando-se seis relatos. Os trechos selecionados possuem o intuito de ilustrar as verbalizações das integrantes dos grupos.

- Fase diagnóstica

Incluiu-se as verbalizações sobre o comunicado do diagnóstico e as influências das estratégias de enfrentamento adotadas nessa situação.

*“Eu sofri, fiquei com medo de ter em outros órgãos. Então, eu procurei fazer todos os exames, pensei assim para resolver (...) hoje estou confiante” (1A)*

*“Tento não pensar muito no assunto, ainda me sinto anestesiada, fico sem acreditar que estou passando por isso. Mas Deus é pai e vai me dar forças para enfrentar e sair com vitória” (2A)*

*“Eu fiquei muito esperançosa, já imaginei que ia dar certo” (4A)*

*“Tranquila, o médico foi tranquilo. Abalou, mas o médico foi positivo e eu também” (3B)*

*“Na hora a ficha não caiu, sabe quando você não espera? Mas eu também não me desesperei depois” (4B)*

Em geral, as participantes relataram ter sentido esperança diante do comunicado da doença. A interdependência de enfrentamento e esperança se manifesta de muitas maneiras no decorrer do estresse prolongado (como por exemplo, no caso de cronicidades), o que está de acordo com estudos de autores internacionais (Emmons, 2005; Folkman, 2010; Lazarus, 1991). Segundo Folkman (2010), a esperança manifesta-se como anseio pela melhoria frente a um resultado temido. Por sua vez, a capacidade da pessoa de lidar com situações intensamente estressantes depende, pelo menos em parte, de ter esperança diante do resultado desejado.

- Tratamento

Compreende as verbalizações sobre as preocupações durante o tratamento que podem acarretar em *distress*:

“Surgir algum imprevisto, como a piora do meu estado físico” (1B)

“Os efeitos colaterais do tratamento (...) preocupa a intensidade deles” (2B)

“As reações do meu corpo me preocupam, a estética e a minha condição física” (4A)

“Me preocupa ter menopausa antecipada, a cirurgia de reconstrução mamária e meu estado físico que pode atrapalhar na minha carreira” (1A)

“Minha maior preocupação é se os remédios estão fazendo efeito. Porque não é fácil passar por isso” (6A)

De acordo com seus relatos, as pacientes compreendem o tratamento como uma limitação de ordem física. Essa percepção pode ser decorrente dos efeitos adversos do tratamento que afetam o desempenho físico e a aparência. O avanço da Medicina e o desenvolvimento de medicamentos antieméticos propiciaram diminuição dos sintomas físicos que acompanham o tratamento de câncer. Dessa maneira, poderia haver redução do *distress* relacionado aos efeitos colaterais no plano físico (Griffin et al., 1996; Naeim et al., 2008; Nozawa et al., 2013).

No entanto, precebe-se que o sofrimento de origem psicossocial perdura. Possivelmente, o maior número de pacientes, que continua a levar uma vida ativa mesmo durante o tratamento, faz com que essas mulheres estejam mais conscientes das mudanças na aparência ocasionadas pelo tratamento e, conseqüentemente, elas podem estar mais propensas a sofrer *distress* (Flexen et al., 2012; Moreira et al., 2011).



### 3.2.2 Categoria 2: Estresse

Essa categoria engloba os eventos estressantes, os fatores psicológicos e as relações sociais ao longo da experiência oncológica. Em termos quantitativos, foram identificadas cinco verbalizações do grupo A e quatro do grupo B.

- Familiar

Os trechos reproduzidos a seguir ilustram a percepção das pacientes em tratamento oncológico sobre apoio e dinâmica familiar. De maneira geral, elas identificaram o suporte familiar como positivo.

*“Minha relação familiar é boa, porém eu tenho três crianças e todos estão na escola, isso me demanda tempo”* (3A)

*“Nota mil, não tenho do que reclamar”* (3B)

*“Relação tranquila, sem desavenças”* (4B)

*“Excelente, minha família é maravilhosa, me apoia”* (2A)

*“Tenho bons filhos, bom marido, tenho meu irmão e minha irmã, eles são ansiosos, preocupados, ligam sempre para saber como eu estou”* (2B)

O impacto do diagnóstico de câncer reverbera para o contexto familiar. No entanto, os diversos tipos de suporte social influenciam o humor da paciente, tranquilizando-a e mantendo as reações emocionais em um nível ‘administrável’ (Di Matteo & Hays, 1981). Os estudos sobre suporte social a pacientes oncológicos não são recentes. Desde a década de 1970, foram publicados muitos artigos que mostraram os efeitos benéficos do apoio social (Bottomley & Jones, 1997; Broadhead & Kaph 1991; Caplin, 1974; Cassel, 1974).

- Trabalho

As verbalizações, aqui reunidas, referem-se às atividades laborativas e à rotina diária, notadamente aquelas associadas à percepção de papéis de gênero desenvolvidos pelas participantes.

*“Não estou trabalhando fora, mas me canso muito, cuido dos filhos, supervisiono as aulas e cursos on-line” (3A)*

*“Nossa, eu faço muita coisa, sou aposentada mas vou ao mercado, ao restaurante, visito os filhos, e ainda vou à missa” (1B)*

*“Minha rotina de trabalho é em casa, sou autônoma, cuido da casa também. Na semana que eu coloco a ‘bombinha’ minha rotina muda, fico fadigada” (3B)*

*“Eu estou trabalhando em casa, ‘home office’. Fui afastada por conta do tratamento, então eu acordo tomo banho como se eu fosse sair de casa, me arrumo. E ainda tem as atividades de casa” (4A)*

*“Rotina monótona, não trabalho mais, fico em casa, assisto tv e vou para casa de parentes” (5A)*

As mulheres entrevistadas relatam exigências no âmbito físico, emocional e social, o que converge com estudos de autores brasileiros e internacionais (Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana, & Vicente, 2006; Ospina & Soto, 2001; Salci & Marcon, 2008). É importante ressaltar que embora os papéis de gênero, prescritos para uma mulher no grupo familiar, tenham se modificado ao longo do tempo (devido principalmente à sua inserção crescente no mercado de trabalho), na realidade percebe-se uma ampliação e sobrecarga de papéis do que uma transformação mais profunda. Mesmo sofrendo com um câncer, a mulher parece investida de muitas atribuições para assegurar a qualidade de vida do seu grupo familiar (Marcon & Elsen, 2006).

Em suma, os relatos obtidos por meio das entrevistas com mulheres em diferentes etapas do desenvolvimento humano mostraram vivências da fase diagnóstica; medos e preocupações com o tratamento; apoio dos familiares; e multitarefas desempenhadas. Os resultados descritos nesta Dissertação revelaram a concepção das participantes sobre enfrentamento, papéis de gênero, câncer e *distress*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista diferenças somáticas, como também aquelas vinculadas ao contexto sociocultural, muitos estudiosos têm se dedicado à compreensão das relações entre saúde e gênero. Especificamente em Psico-Oncologia, pesquisas sobre *distress* e enfrentamento de foram difundidas. Todavia, sobretudo no cenário brasileiro, são necessários mais estudos voltados para aspectos psicossociais, sendo que questões relacionadas a gênero e ao desenvolvimento persistem como desafios significativos no plano científico e no plano assistencial.

Considerando, portanto, os desdobramentos deste tema para o acompanhamento clínico por parte de equipes especializadas em Oncologia, empreendeu-se uma investigação com o propósito de descrever, avaliar e comparar *distress* e enfrentamento de mulheres adultas e mulheres idosas, diagnosticadas com câncer e submetidas a tratamento quimioterápico.

No total de 21 participantes que foram avaliadas pelo TD, constatou-se proeminência dos seguintes problemas: práticos, físicos, emocional e espiritual/religioso.

Evidenciaram-se níveis mais elevados de *distress* nas mulheres adultas do que nas mulheres mais velhas que participaram da pesquisa de campo. Verificou-se predomínio de problemas práticos (cuidar da casa, cuidar de criança) e problemas familiares (filhos) nas nove mulheres que foram selecionadas para o grupo A e de problemas físicos (como fadiga, nariz seco/congestionado) nas 12 mulheres que formaram o grupo B. Presume-se que as comorbidades desencadeadas pelo envelhecimento influenciem a identificação dessas especificidades em participantes de uma faixa etária superior.

No que concerne às estratégias de enfrentamento, identificou-se preponderância de estratégias de enfrentamento ‘focalizado no problema’, ‘busca de práticas religiosas/pensamentos fantasiosos’ e ‘busca por suporte social’ no grupo A e estratégias de

enfrentamento ‘focalizada no problema’, ‘busca de práticas religiosas/ pensamentos fantasiosos’ e ‘busca por suporte social’ no grupo B. Quanto ao total da amostra pesquisada, foi possível observar uso mais frequente da estratégia de enfrentamento focalizada no problema. Mas, é pertinente insistir que o processo de enfrentamento é complexo e um conjunto de estratégias são indispensáveis para que o paciente possa se adaptar a uma enfermidade oncológica, cujos impactos repercutem em diversas esferas da sua existência. Nesse sentido, conhecer melhor as estratégias – habitualmente adotadas pelas mulheres com câncer – é importante para o estabelecimento de protocolos clínicos centrados em suas necessidades de gênero e etapa do desenvolvimento. Ademais, ao se observar insuficiência no uso de determinadas estratégias de enfrentamento – que são imprescindíveis para um ajustamento adaptativo com bem-estar e qualidade de vida satisfatórios – torna-se crucial que a equipe multiprofissional estimule a adoção dessas outras modalidades de enfrentamento.

Segundo os relatos reunidos na etapa de entrevistas, as mulheres adultas ressaltaram numerosas exigências relacionadas ao trabalho, filhos e atividades domésticas. A responsabilização por múltiplas funções pode estar interligada ao aumento dos níveis de *distress* nessa subamostra. Em contraposição, na subamostra de mulheres classificadas como idosas (tendem a estar aposentadas), não se obteve narrativas que enfatizassem essas condições.

No que se refere à efetivação da pesquisa de campo, é preciso repetir as dificuldades impostas à pesquisadora em relação ao seu planejamento inicial. As medidas restritivas deflagradas pela pandemia da Covid-19, limitaram o trabalho almejado desde o final da graduação no curso de Psicologia. Dessa maneira, o tamanho amostral estipulado no projeto não pode ser alcançado, o que exigiu, inclusive, adaptações na análise de dados. O fato de somente dez participantes terem sido entrevistas igualmente alterou as metas visadas preliminarmente. Para ampliar os conhecimentos sobre gênero e desenvolvimento, seria

essencial reunir mais relatos. Mas, apoiando-se em recursos pessoais e institucionais, foi possível finalizar a investigação com evidências interessantes para a área do conhecimento.

Assim, entre as contribuições da pesquisa destaca-se a confirmação da adequação do TD e da EMEP em estudos com pacientes com câncer. Buscou-se manter a privacidade das participantes durante a coleta. Contudo, em razão do momento de quimioterapia, houve interferência dos enfermeiros; mas a experiência da pesquisadora nesse contexto, possibilitou lidar com tal influência. Ademais, vale lembrar que se optou pela autoaplicação desses instrumentos. Cabe realçar, ainda, que a amostra estudada tinha características socioeducacionais e ocupacionais de nível mais elevado, quando se pensa em indicadores desse tipo no cenário nacional. Nesse sentido, é interessante sugerir que pesquisas semelhantes sejam realizadas com amostras compostas por mulheres com outras características sociodemográficas.

A maioria das participantes tinha diagnóstico de câncer de mama. Essa hegemonia de casos pode ter sido favorável à obtenção de informações sobre desafios relacionados ao gênero feminino. Sendo assim, recomenda-se que futuras pesquisas ampliem o espectro de neoplasias para aprofundar a compreensão sobre seus diferentes impactos em mulheres.

Igualmente, será relevante conduzir estudos comparativos em serviços de saúde da rede pública e privada, com delineamento multicêntrico, para evidenciar diversidades e semelhanças nos níveis de *distress* e nas estratégias de enfrentamento.

Por fim, considera-se crucial prosseguir no aprofundamento do assunto, notadamente para favorecer o aprimoramento do acompanhamento de pacientes (em diferentes etapas de seu desenvolvimento), tendo por fundamento evidências divulgadas pela literatura especializada. Reafirma-se a necessidade de protocolos de atendimento calcados em pesquisas sobre aspectos psicossociais.

## REFERÊNCIAS

Aaronson, N. K., Mattioli, V., Minton, O., Weis, J., Johansen, C., Dalton, S. O., Leeuw, I. M. V., Stein, K. D., Alfano, C. M., Mehnert, A., Boer, A., & Poll-Franse, L. V. (2014). Beyond treatment psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *European Journal of Cancer Supplements*, *12*(1), 54–64.

Abenhaim, H. A., Azoulay, L., Holcroft, C. A., Bure, L. A., Assayag, J., & Benjamin, A. (2012). Incidence, risk factors, and obstetrical outcomes of women with breast cancer in pregnancy. *Breast Journal*, *18*(6), 564–568. <https://doi.org/10.1111/tbj.12007>

Abu-Rustum, N. R., Yashar, C. M., Bean, S., Bradley, K., Campos, S. M., Chon, H. S., Chu, C., Cohn, D., Crispens, M. A., Damast, S., Dorigo, O., Eifel, P. J., Fisher, C. M., Frederick, P., Gaffney, D. K., Han, E., Huh, W. K., Lurain, J. R., Mariani, A., ... Scavone, J. (2019). Gestational trophoblastic neoplasia, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *17*(11), 1374–1391. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0053>

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *46*(1), 1–82.

Admiraal, J. M., Reyners, A. K. L., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2013). Do cancer and treatment type affect distress?. *Psycho-Oncology*, *22*, 1766–1773. <https://doi.org/10.1002/pon.3211>

Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., & Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the normative aging study. *Journals of Gerontology: Series B*, *51*B, 179 – 188. <https://doi.org/10.1093/geronb/51B.4.P179>

Almeida, R. A. (2006). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9(2), 99–113.

American Cancer Society, 2020. <https://www.cancer.org/healthy.html>.

Anderson, D. J., Yates, P., McCarthy, A., Lang, C. P., Hargraves, M., McCarthy, N., & Porter-Steele, J. (2011). Younger and older women's concerns about menopause after breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 20(6), 785–794. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01282.x>

Ardakani, B. Y., Tirgari, B., & Rashtabadi, O. R. (2019). Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery. *European Journal Cancer of Care*, 29, e13191. <https://doi.org/10.1111/ecc.13191>

Armaou, M., Schumacher, L., & Grunfeld, E. A. (2018). Cancer survivors' social context in the return to work process: Narrative accounts of social support and social comparison information. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 504–512. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9735-9>

Ashing, K. T., Wang, J. H., George, M., & Gwede, C. K. (2018). Exploring gender and cultural, sociocological consideration in Psycho-oncology. In Y. Kim, & M. J. Loscalzo (Eds.), *Gender in Psycho-Oncology* (pp. 170–185). Oxford University Press.

Badr, H., Acitelli, L. K., & Taylor, C. L. C. (2008). Does talking about their relationship affect couples' marital and psychological adjustment to lung cancer? *Journal of Cancer Survivorship*, 2(1), 53–64.

Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hofman, G., & Samonigg, H. (2003). Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer?. A randomized study. *European Journal of Cancer Care*, 12, 263–273. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2003.00412.x>



Bakan, D. (1966). *The duality of human existence*. Rand McNally.

Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (5ª ed.). Edições 70.

Bardwell, W. A., Profant, J., Casden, D. R., Dimsdale, J. E., Ancoli-Israel, S., Natarajan, L., Rock, C. L., & Pierce, J. P. (2008). Women's healthy eating & living (WHEL) study group. The relative importance of specific risk factors for insomnia in women treated for early-stage breast cancer. *Psycho-oncology*, *17*(1), 9–18. <https://doi.org/10.1002/pon.1192>

Barros, A. C. S. D. (2008). Câncer de mama. In V. A. Carvalho, M. H. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. Holtz (Eds.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 40–45). Summus.

Bastiaannet, E., Portielje, J. E. A., Velde, C. J. H., Craen, A. J. M., Velde, S., Kuppen, P. J. K., Geest, L. G. M., Janssen-Heijnen, M. L. G., Dekkers, O. M., Westendorp, R. G. J., & Liefers, G. J. (2012) Lack of survival gain for elderly women with breast cancer. *Oncologist*, *16*, 415–423. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2010-0234>.

Bekteshi, V., & Kayser, K. (2013). When a mother has cancer: Pathways to relational growth for mothers and daughters coping with cancer. *Psycho-oncology*, *22*(10), 2379–2385.

Beller, E. K., & Newhauer, P. B. (1963). Sex differences and symptom patterns in early childhood. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *2*, 417–433.

Bergerot, C. D. (2013). *Avaliação de distress para a identificação de fatores de risco e proteção na experiência oncológica: contribuições para estruturação de rotinas e programas em psico-oncologia*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15392/1/2013\\_CristianeDecatBergerot.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15392/1/2013_CristianeDecatBergerot.pdf)

Bergerot, C. D., Araujo, T. C. C. F., & Tróccoli, B. T. (2014). Assessment of *distress* among chemotherapy patients: A comparative study of gender. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *24*(57), 56–65. <https://doi.org/10.1590/1982-43272457201408>

Bernardes, S. F., Silva, S. A., Carvalho, H., Costa, M., & Pereira, S. (2013). É uma dor masculina? Representações de género de enfermeiras comuns por enfermeiras e leigas portuguesas. *European Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1002 / j.1532-2149.2013.00387.x>

Berry, D. L., Blonquist, T. M., Hong, F., Halpenny, B., & Partridge, A. H. (2015). Self-reported adherence to oral cancer therapy: Relationships with symptom *distress*, depression, and personal characteristics. *Patient Preference and Adherence*, *9*, 1587–1592.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 139–157.

Binstock, R. H., & George, L. K. (2006). Handbook of aging and the social sciences. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012088388-2/50027-4>

Bird, C. E., & Rieker, P. P. (1999). Gender matters: An integrated model for health. *Social Science & Medicine*, *48*, 745–755.

Blanchard, E. B., Keefer, L., Galovski, T. E., Taylor, A. E., & Turner, S. M. (2001). Gender differences in psychological *distress* among patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*, 271-275.

Blanchard-Fields, F., Sulsky, L., & Robinson-Whelen, S. (1991). Moderating effects of age and context on the relationship between gender, sex role differences, and coping. *Sex Roles*, *25*, 645–660.

Blank, T. O., & Bellizzi, K. M. (2008). A gerontologic perspective on cancer and aging. *Cancer, 112*, 2569–2576. <https://doi.org/10.1002/cncr.23444>

Borges, A. D. V. S., Silva, E. F., Mazer, S. M., Toniollo, P. B., Valle, E. R. M., & Santos, M. A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo, 11*(2), 361–369. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200015>

Boscaglia, N., Clarke, D. M., Jobling, T. W., & Quinn, M. A. (2005). The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer, 15*(5), 755–761. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2005.00248.x>

Bottomley, A., & Jones, L. (1997). Social support and the cancer patient. A need for clarity. *European Journal of Cancer Care (Engl.), 6*(1), 72–77. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.1997.tb00271.x>.

Bower, J. F., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernaards, C. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine, 29*, 236–245.

Braz, I. F. L., Gomes, R. A. D., Azevedo, M. S., Alves, F. C. M., Seabra, D. S., Lima, F. P., & Pereira, J. S. (2018). Análise da percepção do câncer por idosos. *Einstein (São Paulo), 16*(2), eAO4155. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4155>

Brewin, C. R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., & Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 1131–1142.

Bright, E. E., & Stanton, A. L. (2018). *Theoretical perspectives on gender and gender-related processes in adjustment to cancer*. In Y. Kim & M. J. Loscalzo (Eds.), *Gender in psycho-oncology* (p. 11–34). Oxford University Press.

Broadhead, W. E., & Kaplan, B. H. (1991). Social support and the cancer patient. Implications for future research and care. *Cancer*, *3*, 794–749.

Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized: A bioecological model. *Psychological Review*, *101*, 568–586.

Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental Science in the 21<sup>st</sup> Century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, *9*, 115–125. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00114>

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (5th ed., pp. 993–1028). Wiley.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In W. Damon, R. M. Lerner & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (pp. 793-828). <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>

Browall, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2006). Postmenopausal women with breast cancer: Their experiences of the chemotherapy treatment period. *Cancer Nursing*, *29*, 34–42.

Browall, M., Kenne Sarenmalm, E., Persson, L. O., Wengström, Y., & Gaston-Johansson, F. (2016). Patient-reported stressful events and coping strategies in postmenopausal women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, *25*(2), 324–333. <https://doi.org/10.1111/ecc.12294>

Bulotiene, G., Veseliunas, J., & Ostapenko, V. (2007). Quality of life of Lithuanian women with early stage breast cancer. *BMC Public Health*, 7. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-124>

Buzaid, A. T. F., & Buzaid, A. C. (2008). Câncer e gestação. In V. A. Carvalho, M. H. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. Holtz (Eds.) *Temas em Psico-oncologia*, (pp. 46–51). Summus.

Capelloza, M. L. S. S., Peçanha, D. L., Mattar, R., & Sun, S. Y. (2014). A dinâmica emocional de mulheres com câncer e grávidas. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 34(86), 151–170.

Caplin, G. (1971). Social support systems and community mental health. *Behavioural Publications*.

Cash, T. F. (2001). The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clinics in Dermatology*, 19, 161–166.

Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and ‘stress’ theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471–482.

Cataldo, J. K., Paul, S., Cooper, B., Skerman, H., Alexander, K., Aouizerat, B., Blackman, V., Merriman, J., Dunn, L., Ritchie, C., Yates, P., & Miaskowski, C. (2013). Differences in the symptom experience of older versus younger oncology outpatients: A cross-sectional study. *Biomed Central Cancer*, 13, <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-6>

Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012). Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 339–349.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000200016>

Chaturvedi, S. K., Shenoy, A., Prasad, K. M., Senthilnathan, S. M., & Premlatha, B. S. (1996). Concerns, coping and quality of life in head and neck cancer patients. *Support Care in Cancer*, 4, 186–199

Cheng, S. T., & Chan, A. C. M. (2006). Relationship with others and life satisfaction in later life: Do gender and widowhood make a difference? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61(1), 46–53.

Chittem, M. (2014). Understanding coping with cancer: How can qualitative research help?. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 10(1), 6–10. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.131328>

Cho, J., Choi, E. K., Kim, I. R., Im, Y. H., Park, Y. H., Lee, S., Lee, J. E., Yang, J. H., & Nam SJ. (2013). Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia distress Scale (CADS) for breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 25(2), 346–351.

Choi, E. K., Kim, I. R., Chang, O., Kang, D., Nam, S. J., Lee, J. E., Lee, S. K., Im, Y. H., Park, Y. H., Yang, J. H., & Cho, J. (2014). *Psycho-oncology*, 23(10), 1103–1110. <https://doi.org/10.1002/pon.3531>

Conselho Nacional de Saúde (1996). Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>

Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Rothrock, N. E. & Anderson, B. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 132–142. <https://doi.org/10.1002/pon.930>

Couto, V. B. M., Sampaio, B. P., Santos, C. M. B., Almeida, I. S., Santos, N. G. S., Santos, D. C., Coelho, F. L. P, Menezes, T. A. M., Correia, G. S., Medeiros, S. C., & Guzman, J. L. D. (2017). “Além da Mama”: o cenário do outubro rosa no

aprendizado da formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(1), 30–37. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1rb20160005>

Coyne, E., & Borbasi, S. (2006). Holding it all together: Breast cancer and its impact on life for younger women. *Contemporary Nurse*, 23, 2, 157-69. <https://doi.org/10.5555/conu.2006.23.2.157>.

Danaei, G., Hoorn, S. V., Lopez, A. D., Murray, C. J., & Ezzati, M. (2005). Comparative risk assessment collaborating group (cancers). Causes of cancer in the world: Comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366(9499), 1784–1793.

Decat, C. S., Araujo, T. C. C. F., & Stiles, J. (2011). Distress levels in patients undergoing chemotherapy in Brazil. *Psycho-oncology*, 20(10),1130–1133. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.1833>

Decat, C. S., Laros, J., A., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Termômetro de *distress*: Validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 14(3), 253–260. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300002>

Di Mateo, M., & Hays, R. (1983). Social support and serious illness. In B. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 117–148). Sage Publications.

Dow, K. H. (1994). Pregnancy after breast-conserving surgery and radiation therapy for breast cancer. *National Cancer Institute*, 16, 131–137.

Dua, P., Heiland, M. F., Kracen, A. C., & Deshields, T. L. (2017). Cancer-related hair loss: A selective review of the alopecia research literature. *Psycho-oncology*, 26(4), 438-443. <https://doi.org/10.1002/pon.4039>

Dunn, J., & Steginga, S. K. (2000). Young women's experience of breast cancer: Defining young and identifying concerns. *Psycho-oncology*, 9(2), 137–146.

[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(200003/04\)9:2<137::aid-pon442>3.0.co;2-0](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(200003/04)9:2<137::aid-pon442>3.0.co;2-0)

Emblen, J. D. (1992). Religion and spirituality defined according to current usage in nursing literature. *Journal of Profisional Nursing*, 8, 41–47.

Emmons, R. A. (2005). Emotion and religion. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (p. 235–252). Guilford.

Emmons, R. A. (2005). Emotion and Religion. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (p. 235–252).

Enskar, K., Carlsson, M., Golsatter, M., & Hamrin, E. (1997). Symptoms, distress and life situation in adolescents with cancer. *Cancer Nursing*, 20, 23–33.

Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osewiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315–326.

Erikson, E. (1974). Once more the inner/space. In J. Strouse (Ed.), *Woman and analysis: Dialogues on psychoanalytic views of femininity* (pp. 365–387). Dell.

Ernst, J., Götze, H., Krauel, K., Romer, G., Bergelt, C., Flechtner, H. H., Herzog, W., Lehmkuhl, U., Keller, M., Brähler, E., & von Klitzing, K. (2013). Psychological *distress* in cancer patients with underage children: Gender-specific differences. *Psycho-oncology*, 22(4), 823–828. <https://doi.org/10.1002/pon.3070>

Faccio, F., Mascheroni, E., Ionio, C., Pravettoni, G., Peccatori, F. A., Pisoni, C., Cassani, C., Zambelli, S., Zilioli, A., Nastasi, G., Giuntini, N., & Bonassi, L. (2019). Motherhood during or after breast cancer diagnosis: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*. 29, e13214. <https://doi.org/10.1111/ecc.13214>

Falk, D., C., A., Reinertsen, K., V., Nesvold, I., L., Fosså, S., D., Dahl, A., A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116, 3549–3557.



Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1987). Age differences in coping with chronic illness. *Psychology and Aging, 2*, 164–170.

Fiorentino, L., & Ancoli-Israel, S. (2006). Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Medicine Reviews, 10*, 419–429.

Flexen, J., Ghazali, N., Lowe, D., & Rogers, S. N. (2012). Identifying appearance-related concerns in routine follow-up clinics following treatment for oral and oropharyngeal cancer. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery, 50*, 314–320.

Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-oncology, 19*, 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>

Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health and coping*. Oxford University Press.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219–239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Consulting Psychologists Press.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotional: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine, 26*(3), 309–317. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90395-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90395-4)

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>

Freedman, R. A., & Partridge, A. H. (2013). Management of breast cancer in very young women. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 22(2), 176–179. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2013.07.034>

Freedman, T. G. (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17, 334-341.

Fromme, E. K., Dranch, L. L., Tolle, S. W., Ebert, P., Miller, P., Perrin, N., & Tilden, V. P. (2005). Men as caregivers at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8(6), 11167–1175.

Gass, K. A., & Chang, A. S. (1989). Appraisal of bereavement, coping resources, and psychosocial health dysfunction in widows and widowers. *Nursing Research*, 38, 31–36.

Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas em pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50–75.

Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: The experiences of carers. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 998-1009.

Gimenes, M. G. G., & Queiroz, E. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Eds.), *A mulher e o câncer* (pp. 171–195). Editorial Psy.

Given, C. W., Given, B., Azzouz, F., Stommel, M., & Kozachik, S. (2000). Comparison of changes in physical functioning of elderly patients with new diagnoses of cancer. *Medical Care*. 38, 482–493.

Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Coping religioso-espiritual: Reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista da SBPH*, 13, 52–63. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a05.pdf>

Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: Concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 24, 11–34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642013000100002>

Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: Proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 825–829. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300017>

Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Santana, L. W. S., Vicente, F. R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente / fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis-SC. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(4), 570-577. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400004>.

Gray, R., Fitch, M., Greenberg, M., Hampson, A., Doherty, M., & Labrecque, M. (1998). The information needs of well long-term survivors of breast cancer. *Patient Education and Counseling*. 33(3), 245–255

Griffin, A. M., Butow, P. N., Coates, A. S., Ellis, P. M., Dunn, S. M., & Tattersall, M. H. (1996). On the receiving end V. Patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy in 1993. *Annals of Oncology*, 7(2), 189–195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.annonc.a010548>

Gutman, D. L. (1965). Women and the conception of ego strength. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 11, 229–240.

Gutstein, H. B. (2001). The biologic basis of fatigue. *Cancer*, 92, 1678–1683. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20010915\)92:6+<1678::AID-CNCR1496>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20010915)92:6+<1678::AID-CNCR1496>3.0.CO;2-R)

Hamama-Raz Y. (2012). Does psychological adjustment of melanoma survivors differ between genders?. *Psycho-oncology*, *21*(3), 255–263. <https://doi.org/10.1002/pon.1889>

Hamilton, S., & Fagot, B. I. (1988). Chronic stress and coping styles: A comparison of male and female undergraduates. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*(5), 819–823. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.5.819>

Han, W. T., Collie, K., Koopman, C., Azarow, J., Classen, C., Morrow, G. R., Michel, B., Brennan-O'Neill, E., & Spiegel, D. (2005). Breast cancer and problems with medical interactions: relationships with traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. *Psycho-oncology*, *14*(4), 318–330. <https://doi.org/10.1002/pon.852>.

Henry, M., Huang, L. N., Sproule, B. J., & Cardonick, E. H. (2012). The psychological impact of a cancer diagnosed during pregnancy: Determinants of long-term distress. *Psycho-oncology*, *21*(4), 444–450. <https://doi.org/10.1002/pon.1926>

Herschbach, P., Britzelmeir, I., Dinkel, A., Giesler, J. M., Herkommer, K., Nest, A., Pichler, T., Reichelt, R., Tanzer-Küntzer, S., Weis, J., & Marten-Mittag, B. (2020). Distress in cancer patients: Who are the main groups at risk?. *Psycho-oncology*, *29*(4), 703–710. <https://doi.org/10.1002/pon.5321>

Hilton, B. A. (1996). Getting back to normal: The family experience during early stage breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *23*, 605–614.

Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O., Compas, B., Deshields, T. L., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., Greenberg, D. B., Greiner, C. B., Handzo, G. F., Hoofring, L., Hoover, C., Jacobsen, P. B., Kvale, E., Levy, M. H., Loscalzo, M. J., McAllister-Black, R., Mechanic, K. Y., ... Freedman-Cass, D. A. (2013). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, *11*(2), 190–209. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2013.0027>

Holland, J. C., Bultz, B. D., & National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2007). The NCCN guideline for *distress* management: A case for making *distress* the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 3–7.

Hunt, N., & McHale, S. (2005). The psychological impact of alopecia. *British Medical Journal*, 331(7522), 951–953. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7522.951>.

Infeld, F. W. (1980). Coping styles of Chicago adults: Effectiveness. *Archives of General Psychology*, 37(11), 1239–1243. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780240037004>

Instituto Nacional do Câncer – INCA. (2019). *Estimativa 2020: Incidência do câncer no Brasil*. Fox Print.

Irion, J. C., & Blanchard-Fields, F. (1987). A cross-sectional comparison of adaptive coping in adulthood. *Journal of Gerontology*, 42, 502–504.

Ives, A., Musiello, T., & Saunders, C. (2012). The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. *Psycho-oncology*, 21(7), 754–761. <https://doi.org/10.1002/pon.1970>

Johnson, R. L., Gold, M. A., & Wyche, K. F. (2010). Distress in woman with gynecologic cancer. *Psycho-oncology*, 19, 665–668. <https://doi.org/10.1002/pon.1589>

Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499–524. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00118-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00118-0)

Kayser, K., Sormanti, M., & Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 725–739. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1999.tb00394.x>

Kim, I.-R., Cho, J.-H., Choi, E.-K., Kwon, I. G., Sung, Y. H., Lee, J. E., Nam, S.-J., & Yang, J.-H. (2012). Perception, attitudes, preparedness and experience of chemotherapy-induced alopecia among breast cancer patients: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *13*, 1383–1388. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.4.1383>

Kim, Y., Mitchell, H. R., & Ting, A. (2019). Application of psychological theories on the role of gender in caregiving to psycho-oncology research. *Psycho-oncology*, *28*(2), 228–254. <https://doi.org/10.1002/pon.4953>

Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *25*(3), 417–429. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300010>

Koller, S. H. (2004). *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil*. Casa do Psicólogo.

Kreling, B., Figueiredo, M. I., Sheppard, V. L. & Mandelblatt, J. S. (2006). A qualitative study of factors affecting chemotherapy use in older women with breast cancer: Bbarriers, promoters, and implications for intervention. *Psycho-oncology*, *15*, 1065–1076. <https://doi.org/10.1002/pon.1042>

Kuswanto, C. N., Stafford, L., Sharp, J., & Schofield, P. (2018). Psychological distress, role, and identity changes in mothers following a diagnosis of cancer: A systematic review. *Psycho-oncology*, *27*, 2700–2708. <https://doi.org/10.1002/pon.4904>

Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E. M., Ryttilähti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R., & Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cancer: Coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, *10*(1), 6–11. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00243.x>

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Lemieux, J., Maunsell, E., & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: A literature review. *Psycho-oncology*, *17*, 317–328.

Lichtman, S. M., Balducci, L., & Aapro, M. (2007). Geriatric oncology: A field coming of age. *Journal of Clinical Oncology*, *25*, 1821–1823.

Lindau, S. T., Surawska, H., Paice, J., & Baron, S. R. (2011). Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. *Psycho-oncology*, *20*(2), 179–185.

Lira, N. P. M. (2013). *Mulheres em braquiterapia para câncer de colo do útero: uma proposta de intervenção psicoeducativa*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.  
[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13777/1/2013\\_NadielledePaulaMouraLira.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13777/1/2013_NadielledePaulaMouraLira.pdf)

Loge, J. H., Abrahamsen, A. F., Ekeberg, O., Hannisdal, E., & Kaasa, S. (1997). Psychological *distress* after cancer cure: A survey of 459 Hodgkin's disease survivors. *British Journal of Cancer*, *76*, 791-796.

Loscalzo, M. J., Kim Y., Clark, K. L., (2010). Gender and caregiving. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle. *Psycho-Oncology* (pp. 522-526). Oxford University Press.

Manne, S., & Badr, H. (2010). Intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Psycho-oncology*, *19*(9), 941–954.

Mantese, J. C. (2008). Câncer ginecológico: Ovário, útero e vagina. In V. A. Carvalho, M. H. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. Holtz (Eds.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 59–66). Summus.

Marcon, S. S., & Elsen, I. (2016). Os caminhos que, ao criarem seus filhos, as famílias apontam para uma enfermagem familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5, 011–018. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v5i0.5029>

Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., Schall, V. T., & Modena, C. M. (2014). Relações de gênero e a atuação de psicólogos na oncologia: Subsídios para a saúde masculina. *Psico*, 45(1), 7–14.

Martins, A. M., & Modena, C. M. (2016). Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: Desafios para a integralidade. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(2), 399–420. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00110>

McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K., McIlpatrick, S., & McKenna, H. (2012). Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer after chemotherapy treatment: A qualitative longitudinal study. *Psycho-oncology*, 21, 64–71.

Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2017). One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress. *Psycho-oncology*, 27(1), 75-82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>

Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2017). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-oncology*, 27(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>



Melo, L. P., Carlotto, M. S., Rodriguez, S. Y. S., & Diehl, L. (2016). Estratégias de enfrentamento ( *coping* ) em trabalhadores: Revisão sistemática da literatura nacional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *68*(3), 125-144.

Menen, R. S., & Hunt, K. K. (2016). Considerations for the treatment of young patients with breast cancer. *Breast Journal*, *22*, 667–672. <https://doi.org/10.1111/tbj.12644>

Ministério da Saúde. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde.

Mock, V., Atkinson, A., Barsevick, A., Cella, D., Cimprich, B., Cleeland, C., Donnelly, J., Eisenberger, MA., Escalante, C., Hinds, P., Jacobsen, PB., Kaldor, P., Knight, SJ., Peterman, A., Piper, BF., Rugo, H., Sabbatini, P., Stahl, C., & National Comprehensive Cancer Network. (2000). National Comprehensive Cancer Network. NCCN Practice Guidelines for Cancer-Related Fatigue. *Oncology (Williston Park)*. *14*(11A), 151–161.

Money, J. (1973). Gender role, gender identity, core gender identity: Usage and definition of terms. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, *1*(4), 397–402. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1973.1.4.397>

Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BioMed Central Cancer*, *8*, 330. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-8-330>.

Moreira, H., Crespo, C., Paredes, T., Silva, S., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Marital relationship, body image and psychological quality of life among breast cancer patients: The moderating role of the disease's phases. *Contemporary Family Therapy*, *33*, 161-178.

Naeim, A., Dy, S. M., Lorenz, K. A., Sanati, H., Walling, A., & Asch, S., M. (2008). Evidence-based recommendations for cancer nausea and vomiting. *Journal of Clinical Oncology*, 26(23), 3903–3910. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.15.9533>.

National Comprehensive Cancer Network (2007). *Clinical practice guidelines in oncology: distress management*. [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/distress.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf)

National Comprehensive Cancer Network. (2016). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology* (v.2). NCCN Guidelines: *distress* management.

Neme, C. M. B., & Lipp, M. E. N. (2010). Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 475–483. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300010>

Neri, A. L., & Fortes-Burgos, A. C. G. (2009). Successful aging. In J. M. C. Filho (Ed.), *Brazilian Geriatrics & Gerontology* (Vol. 3, pp. 49-51). Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Nipp, R. D., Zullig, L. L., Samsa, G., Peppercorn, J. M., Schrag, D., Taylor, D. H., Jr, Abernethy, A. P., & Zafar, S. Y. (2016). Identifying cancer patients who alter care or lifestyle due to treatment-related financial distress. *Psycho-oncology*, 25(6), 719–725. <https://doi.org/10.1002/pon.3911>

Nozawa, K., Shimizu, C., Kakimoto, M., Mizota, Y., Yamamoto, S., Takahashi, Y., Ito, A., Izumi, H. & Fujiwara, Y. (2013). Quantitative assessment of appearance changes and related distress in cancer patients. *Psycho-oncology*, 22, 2140–2147. <https://doi.org/10.1002/pon.3268>

Nunes, C. M. N. S. (2010). O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psico-oncologia. *Encontro: Revista de Psicologia*, 13(19), 91-102.

Omran, S., Saeed, A. M., & Simpson, J. (2012). Symptom distress of Jordanian patients with cancer receiving chemotherapy. *International Journal of Nursing practice*, 18(2), 125–132. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02012.x>

Ospina, M. D. E., & Soto, A. C. P. (2001). Entre el rito y rutina: El rol de cuidadoras en las mujeres de Medellín. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19(2), 58–65.

Pan, I. W., Yen, T., Huo, J., Chen, C., Smith, B. D., & Shih, Y. T. (2020). Choice of local therapy for young women with early-stage breast cancer who have young-aged children. *Cancer*, 10.1002/cncr.33099. <https://doi.org/10.1002/cncr.33099>

Partridge, A. H., Hughes, M. E., Ottesen, R. A., Wong, Y. N., Edge, S. B., Theriault, R. L., Blayney, D. W., Niland, J. C., Winer, E. P., Weeks, J. C., & Tamimi, R. M. (2012). The effect of age on delay in diagnosis and stage of breast cancer. *Oncologist*, 17(6), 775–782. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0469>

Partridge A. H., Pagani, O., Abulkhair, O., Aebi, S., Amant, F., Azim Jr, H. A., Costa, A., Delalogue, S., Freilich, G., Gentilini, O. D., Harbeck, N., Kelly, C. M., Loibl, S., Meiorow, D., Peccatori, F., Kaufmann, B., & Cardoso, F. (2014). First international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY1). *Breast Journal*, 23, 209–220.

Picheti, J. S., Castro, E. K., & Falcke, D. (2013). Conjugalidade e câncer: Estudo bibliométrico sobre a comunicação nesse contexto. *Nova Perspectiva e Sistema*, 45, 22–45.

Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A Longitudinal Analysis. *Journal of Personality*, 60, 747–770. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00272.x>

Rao, A. V., & Cohen, H. J. (2008). Fatigue in older cancer patients: Etiology, assessment, and treatment. *Seminars in Oncology*, 35(6), 633–642. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2008.08.005>

Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*, 15, 349–57.

Roberts, D., Calman, L., Large, P., Lynda, A., Grande, G., Lloyd-Williams, M., & Walshe, C. (2018). A revised model for coping with advanced cancer. Mapping concepts from a longitudinal qualitative study of patients and carers coping with advanced cancer onto Folkman and Greer's theoretical model of appraisal and coping. *Psycho-oncology*, 27, 229-235. <https://doi.org/10.1002/pon.4497>

Rohrbaugh, M. J., Cranford, J. A., Shoham, V., Nicklas, J. M., Sonnega, J. S., & Coyne, J. C. (2002). Couples coping with congestive heart failure: Role and gender differences in psychological distress. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 3-13. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.1.3>

Rosenberg, S. M., & Partridge, A. H. (2015). Management of breast cancer in very young women. *Breast Journal (Edinburgh, Scotland)*, 24(2), S154–S158. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2015.07.036>

Salci, M. A., & Marcon S. S. (2008). De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivência o câncer. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(3), 544–551. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000300016>

Sammarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: A comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing*, 32, 347-356.

Santana, M. C., Cupertino, A. P. F. B., & Neri, A. L. (2009). Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade. In J. M. C. Filho (Ed.),

*Brazilian Geriatrics & Gerontology* (Vol. 3, pp. 70–77). Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Santos, M. M. R., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Teorias psicológicas sobre gênero e suas implicações para o estudo da intersexualidade. In A. L. Galinkin, & C. Santos (Eds.). *Gênero e psicologia social: Interfaces* (pp. 137–182). TechnoPolitik.

Santos, N. E. T., Alves, K. C. G., Zorzal, M., & Lima, R. C. D. (2008). Políticas de saúde materna no Brasil: Os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 107-119. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>

Sateia, M. J., & Lang, B. J. (2008). Sleep and cancer: Recent developments. *Current Oncology Reports*, 10, 309-318.

Savóia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1-2), 183–201.

Scott, J. (1988). *Gender on the politics of history*. Columbia University Press.

Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225–234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>

Sherman, K. A., Woon, S., French, J., & Elder, E. (2017). Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: The roles of self-compassion and appearance investment. *Psycho-oncology*, 26(3), 337–345. <https://doi.org/10.1002/pon.4138>

Silva, A. V., Zandonade, E., & Amorim, M. H. C. (2017). Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2891. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1722.2891>

Silva, C. N. (2000). *Como o câncer (des) estrutura a família*. Annablume.

Simeit, R., Deck, R., & Conta-Marx, B. (2004). Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Support Care Cancer, 12*, 176–183.

Smith, L. H., Danielsen, B., Allen, M. E., & Cress, R. (2003). Cancer associated with obstetric delivery: Results of linkage with the California cancer registry. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 189*, 1128–1135.

Souza, J. R., & Seidl, E. M. F. (2013). Distress e enfrentamento: da teoria à prática em Psico-oncologia. *Brasília Médica, 50*(3), 242-252.

Stapleton, S. J., Valerio, T. D., Astroth, K., & Woodhouse, S. (2017). Distress during radiation therapy: Assessment among patients with breast or prostate cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 21*(1), 93–98.  
<https://doi.org/10.1188/17.CJON.93-98>

Stefanek, M. E., Derogatis, L. P., & Shaw, A. (1987). Psychological distress among oncology outpatients. *Psychosomatic, 28*, 530–539.

Stinesen-Kollberg, K., Thorsteinsdottir, T., Wilderäng, U., & Steineck, G. (2013). Worry about one's own children, psychological well-being, and interest in psychosocial intervention. *Psycho-oncology, 22*(9), 2117–2123.  
<https://doi.org/10.1002/pon.3266>

Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Artmed

Tanck, R. H., & Robbins, J. M. (1979). Assertiveness, locus of control, and coping behaviors used to diminish tension. *Journal of Personality Assessment, 43*, 396–400.

Tavares, A. G. & Araujo, T. C. C. F. (2017). Perspectivas sobre gênero em oncologia: apontamentos sobre diferenças de estresse e enfrentamento entre pacientes

acometidos por câncer [Poster Presentation]. 47a. Reunião Anual da SBP, 2017, São Paulo. Resumos da 47a. Reunião Anual da SBP.

Thewes, B., Meiser, B., Rickard, J., & Friedland, M. (2003). The fertility and menopausal related information needs of younger women with a diagnosis of breast cancer: A qualitative study. *Psycho-oncology*, *12*, 500–511.

Toriy, A. M., Krawulski, E., Viera, J. S. B., Luz, C. M., & Sperandio, F. F. (2013). Perceptions, feelings and physical and emotional experiences of woman after breast cancer. *Journal of Human Growth and Development*, *23*(3), 303–308.

Townsley, C., Pond, G., Pelozo, B., Kok, J., Naidoo, K., Dale, D., Herbert, C., Holowaty, E., Straus, S., Siu, L. (2005). Analysis of treatment practices for elderly cancer patients in Ontario, Canada. *Journal of Clinical Oncology*, *23*, 3802–3810. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.06.742>.

Trusson, D., & Pilnick, A. (2017). The role of hair loss in cancer identity: Perceptions of chemotherapy-induced alopecia among women treated for early-stage breast cancer or ductal carcinoma in situ. *Cancer Nursing*, *40*(2), E9-E16. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000373>

Ussher, J. M., & Perz, J. (2019). Infertility-related distress following cancer for women and men: A mixed method study. *Psycho-oncology*, *28*, 607–614. <https://doi.org/10.1002/pon.4990>

Wardley, A. (2008) The need for advanced breast cancer treatment guidelines: Results of an internet-based survey. *Breast Journal (Edinburgh, Scotland)*, *17*, 275–281.

Williams, J., Wood, C., & Cunningham-Warburton, P. (1999). A narrative study of chemotherapy induced alopecia. *Oncology Nursing Forum*, *26*, 1463–1468.

Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S.

(2001). The prevalence of psychological *distress* by cancer site. *Psycho-oncology*, 10(1), 19–28.

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Appris.



## ANEXO A

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Gênero e desenvolvimento em Oncologia: estresse e enfrentamento um estudo entre mulheres.

**Pesquisador:** AGNI GONCALVES TAVARES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19169219.4.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.682.691

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa irá analisar o impacto do estresse na saúde mental de mulheres diagnosticadas com câncer. O projeto afirma que são raros os estudos envolvendo relações entre tratamento de oncologia e gênero. O estudo propõe algumas das seguintes questões: Quais as estratégias de enfrentamento usadas por mulheres mais jovens? E as mais velhas? E em relação ao estresse, é comumente mais exacerbado entre as mulheres mais jovens? Ou, as mulheres mais velhas possuem índices menores? Farão parte deste estudo pessoas do sexo feminino diagnosticadas com câncer. Como critério de inclusão serão selecionadas mulheres com idade mínima de 20 anos até 80 anos de idade, que estão em tratamento quimioterápico ou radioterápico e também as que já passaram por esses. As pacientes receberão o 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido' para assinatura, que garantirá o anonimato e a integridade física durante o processo de coleta e análise dos dados, a participante poderá desistir a qualquer momento da sua participação na pesquisa sem nenhum impedimento ou julgamento

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Identificar e comparar as estratégias de enfrentamento e os níveis de estresse em mulheres. **Objetivo Secundário:** 1. Identificar a influência dos aspectos do desenvolvimento em mulheres acometidas por neoplasias. 2. Avaliar e caracterizar as diferenças e semelhanças de estresse e enfrentamento entre mulheres acometidas por neoplasias.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 3.682.691

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A autora afirma que não há riscos envolvidos na realização da pesquisa. Afirma que as participantes receberão termo de consentimento que garante seu anonimato e lhes explica todos os riscos. No entanto, não se pode desconsiderar que a pesquisa acarreta riscos, pois envolve entrevistas e coleta de dados com pessoas em situação de vulnerabilidade – mulheres em tratamento oncológico. Por isso, a pesquisa deve adotar todos os cuidados – para além do anonimato – para preservar a integridade psicológica e física das mulheres participantes, que podem passar por momentos de sofrimento ou de desgaste emocional ao longo da realização da pesquisa.

**Benefícios:** Indica-se um maior investimento no tema, por se tratar de uma demanda diária dos profissionais de saúde ajudando na atuação de forma preventiva, a partir de intervenções e acompanhamento adequado, oferecendo tratamento para sequelas psicossociais negativas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa está adequado às exigências da Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e Complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os pesquisadores anexaram todos os termos de apresentação obrigatória, tais como projeto detalhado, TCLE, instrumento de coleta de dados, cronograma com previsão de coleta de dados para início em novembro de 2019. O aceite institucional é assinado pela Gerente de Assistência do Centro de Câncer de Brasília. Na primeira oportunidade em que analisou o projeto, este CEP afirmou ser necessária uma reformulação do TCLE, para que contivesse informações mínimas sobre os riscos da pesquisa e sobre as estratégias de mitigação de riscos. Nesse sentido, o TCLE foi reformulado e passou a ser mais informativo, merecendo ser aprovado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/CHS.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	ceptcleagni.pdf	10/10/2019 16:39:30	Érica Quinaglia Silva	Aceito

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.682.691

Ausência	ceptcleagni.pdf	10/10/2019 16:39:30	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1385825.pdf	19/09/2019 16:10:35		Aceito
Cronograma	cronogramanovembro.pdf	19/09/2019 16:10:06	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
Outros	lattelstereza.pdf	11/08/2019 19:25:05	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
Outros	lattesagni.pdf	11/08/2019 19:24:33	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	11/08/2019 19:23:14	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
Outros	CARTEENCAMINHAMENTO.pdf	11/08/2019 19:22:33	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL.pdf	29/07/2019 12:30:50	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODERESPONSABILIDADE.pdf	29/07/2019 12:15:40	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
Outros	CARTADEREVISAOETICA.pdf	29/07/2019 12:14:33	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
Outros	ACEITEINSTITUCIONAL.pdf	29/07/2019 12:12:52	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodecompromissoplataforma.pdf	17/07/2019 10:18:18	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoplataforma.pdf	17/07/2019 10:18:01	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	17/07/2019 10:09:45	AGNI GONCALVES TAVARES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.682.691

BRASILIA, 04 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Érica Quinaglia Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

## ANEXO B

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Gênero e Desenvolvimento em Oncologia”. A sua tarefa será responder aos instrumentos: Termômetro do *Distress* - TD, Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP e Questionário Sociodemográfico. Em seguida, você participará de uma entrevista semiestruturada. O objetivo desta pesquisa é identificar e comparar as estratégias de enfrentamento e os níveis de *distress* em mulheres.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Aceito participar da pesquisa.

Não aceito participar da pesquisa.

Pesquisador \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Participante \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone e endereço de e-mail da responsável

Nome: Agni Gonçalves Tavares / Telefone: (61)986411216 / E-mail:

[agni\\_goncalves@hotmail.com](mailto:agni_goncalves@hotmail.com)

## ANEXO C

### TERMÔMETRO DO *DISTRESS* - TD

Decat, Laros, & Araujo (2009)

#### Termômetro de Distress

Versão 1.0 em Português

Primeiramente, circule um número de 0 a 10 que melhor descreve a quantidade de distress que você tem experimentado na semana passada incluindo o dia de hoje.

Indique a seguir, se algum desses itens tem sido um problema para você na última semana, incluindo o dia de hoje. Certifique-se de assinalar Sim (S), Não (N) ou Não se aplica (Na) em cada item.

Extremo Distress

Sem Distress

S	N	Na	<u>Problemas Práticos</u>	S	N	Na	<u>Problemas Físicos</u>
( )	( )	( )	Cuidar de criança	( )	( )	( )	Aparência
( )	( )	( )	Cuidar da casa	( )	( )	( )	Tomar banho/se vestir
( )	( )	( )	Plano de saúde/ financeiro	( )	( )	( )	Respiração
( )	( )	( )	Transporte	( )	( )	( )	Mudanças ao urinar
( )	( )	( )	Trabalho/escola	( )	( )	( )	Constipação
			<u>Problemas Familiares</u>	( )	( )	( )	Alimentação
( )	( )	( )	Filhos	( )	( )	( )	Fadiga
( )	( )	( )	Companheiro(a)	( )	( )	( )	Sentindo-se inchado
			<u>Problemas Emocionais</u>	( )	( )	( )	Febre
( )	( )	( )	Depressão	( )	( )	( )	Dar uma volta/circular
( )	( )	( )	Medos	( )	( )	( )	Indigestão
( )	( )	( )	Nervosismo	( )	( )	( )	Memória/concentração
( )	( )	( )	Tristeza	( )	( )	( )	Mucosite/afta
( )	( )	( )	Preocupação	( )	( )	( )	Náusea
( )	( )	( )	Perda do interesse em atividades usuais	( )	( )	( )	Nariz seco/congestionado
( )	( )	( )	<u>Envolvimento Espiritual/ Religioso</u>	( )	( )	( )	Dores
				( )	( )	( )	Sexual
				( )	( )	( )	Pele seca/coceira
				( )	( )	( )	Dormir
				( )	( )	( )	Mãos/pés formigando

Outros Problemas: \_\_\_\_\_

## ANEXO D

## ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS - EMEP

Seidl, Tróccoli, &amp; Zannon (2001)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

Escreva qual é a enfermidade que você possui: \_\_\_\_\_

**Veja um exemplo:**

1	Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde.	1 eu nunca faço isso	2 eu faço isso <b>um</b> <b>pouco</b>	3 eu faço isso <b>às vezes</b>	4 eu faço isso <b>muito</b>	5 eu faço isso <b>sempre</b>
---	--	-------------------------------	--	---	--------------------------------------	---------------------------------------

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (*Eu nunca faço isso*); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (*Eu faço isso sempre*). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. Obrigado pela participação.

Leia cada item abaixo e indique, na categoria apropriada, o que você faz na situação.

- 1 – eu **nunca** faço isso
- 2 – eu faço isso **um pouco**
- 3 – eu faço isso **às vezes**
- 4 – eu faço isso **muito**
- 5 – eu faço isso **sempre**

		1 nunca	2 um pouco	3 às vezes	4 muito	5 sempre
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2	Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5	Procuro um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6	Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
7	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8	Eu rezo / oro.	1	2	3	4	5
9	Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10	Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11	Eu me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13	Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5

		1 nunca	2 um pouco	3 às vezes	4 muito	5 sempre
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	1	2	3	4	5
27	Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29	Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1	2	3	4	5
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34	Procuo me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37	Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5



**ANEXO E**  
**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1. Idade:
2. Cor:
3. Ocupação principal:
4. Grau de escolaridade:
5. Estado Civil:  Solteira  Casada  União estável  Separada  
 Divorciada  Viúva  Outro: \_\_\_\_\_
6. Data do primeiro diagnóstico:    /    /
7. Diagnóstico e tratamento anteriores:  Sim  Não
8. Localização do tumor: \_\_\_\_\_
9. Possui filhos?  Sim  Não
10. Caso possua, responda:
  - Quantos? \_\_\_\_\_
  - Idade(s): \_\_\_\_\_
  - Moram com você?  Sim  Não

**ANEXO F**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1. Como você reagiu a esse comunicado do diagnóstico?
2. O que está lhe preocupando em relação ao tratamento?
3. Como é a sua relação com os seus familiares?
4. Quais atividades diárias você exerce?
5. Quais são as dificuldades em relação a sua rotina?