



**PUC** GOIÁS

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO E DOS  
PROCESSOS DE *COPING* DE PACIENTES LEUCÊMICOS**

**IZADORA DE FREITAS SALVADOR**

GOIÂNIA - GOIÁS  
2016

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO E DOS  
PROCESSOS DE *COPING* DE PACIENTES LEUCÊMICOS**

IZADORA DE FREITAS SALVADOR

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu em Psicologia*

Dissertação apresentada por Izadora de Freitas Salvador, ao Programa de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda.

GOIÂNIA - GOIÁS  
2016

S182a Salvador, Izadora de Freitas  
Avaliação da percepção do diagnóstico e dos processos  
de coping de pacientes leucêmicos [manuscrito] / Izadora  
de Freitas Salvador.-- 2016.  
63 f.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês.  
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade  
Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação STRICTO  
SENSU em Psicologia, Goiânia, 2016  
Inclui referências

1. Leucemia. 2. Leucemia - Diagnóstico. 3. Ajustamento  
(Psicologia). I.Miranda, Fábio Jesus. II.Pontifícia  
Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 616.155.392

**Avaliação da percepção do diagnóstico e dos processos de  *coping*  de pacientes  
leucêmicos**

Izadora de Freitas Salvador

Dissertação apresentada à banca como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação  *Stricto Sensu*  da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda  
PUC Goiás (Presidente da Banca)

---

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto  
PUC Goiás (Membro Interno)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Rúbia de Camargo Alves Orsini  
UFG (Membro Externo)

---

Prof. Dr. Cristiano Coelho  
PUC Goiás (Membro Convidado Suplente)

*Dedico o meu trabalho a minha avó Izoldina, uma guerreira que lutou bravamente contra a Leucemia. Ela sempre foi meu chão, meu ar e minha fé. Muito obrigada por ter dedicado a vida a me ensinar o significado de cuidar, amar, proteger e ensinar.*

## **Agradecimentos**

A única forma de chegar até aqui foi acreditando, sentindo e idealizando que tudo isso seria possível. Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora que me deram o dom e a capacidade de exercer essa minha profissão, que me acompanharam, me protegeram e me guiaram até aqui.

Aos meus pais, Jaime e Karla, agradeço eternamente a dedicação, o afeto e o apoio. Ao meu irmão Gabriel, agradeço a amizade e a cumplicidade. Ao meu namorado Lucas, agradeço a paciência, o cuidado e o carinho. Sem vocês nada do que sou e do que fiz seria possível.

Agradeço imensamente ao Prof. Dr. Fábio Miranda, pelas inúmeras orientações de incalculável crescimento profissional e pessoal. Muito obrigada pelo apoio, pela paciência e pela dedicação. Ao Prof. Dr. Sebastião Benicio e a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Rúbia Orsini, obrigada por terem aceitado o convite para participarem da banca e de atuarem como coparticipantes de um trabalho tão importante e significativo para mim.

As minhas amigas, minhas escolhas de coração, de afinidade, que me acompanham sempre com muita paciência, obrigada por tudo. Laryssa, Pâmela, Lidiane e Mariana, vocês foram parte essencial de tudo isso, meu muito obrigada.

A minha terapeuta Liliane Orsoni, agradeço por toda a orientação, toda a preocupação e pelo apoio durante este tempo.

Por fim, agradeço a todos aqueles que me deram suporte e que cuidaram de mim, principalmente meus familiares. Foi por meio de vocês que pude entender o significado de escutar, cuidar e apoiar. Muito obrigada por tudo! Serei grata a vocês enquanto tiver vida!

### **Lista de Tabelas**

**Tabela 1. Itens da escala agrupados de acordo com os fatores a investigar .....38**

**Tabela 2. Descrição da percepção do problema no Momento do Diagnostico (MD) e no Momento da Avaliação (MA) .....41**

**Tabela 3. Frequência dos fatores da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas Centrais .....51**

## Lista de Siglas

<b>ABRALE</b>	<b>Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia</b>
<b>AFI</b>	<b>Análise Fenomenológica Interpretativa</b>
<b>BVS</b>	<b>Biblioteca Virtual em Saúde</b>
<b>CAPES</b>	<b>Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior</b>
<b>CRS</b>	<b>Centro de referência em Saúde</b>
<b>EMEP</b>	<b>Escala Modo de Enfrentamento de Problemas</b>
<b>INCA</b>	<b>Instituto Nacional de Câncer</b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial de Saúde</b>
<b>PUC-GO</b>	<b>Pontifícia Universidade Católica de Goiás</b>
<b>PePSIC</b>	<b>Periódicos Eletrônicos de Psicologia</b>
<b>UICC</b>	<b>Union for International Cancer Control</b>



## Resumo

O diagnóstico positivo para uma doença grave, como o câncer, prejudica o indivíduo em seus mais amplos aspectos e afeta, por conseguinte, a sua rede de interações. A leucemia é um tipo de câncer caracterizado pelo crescimento desordenado dos glóbulos brancos. A patologia envolve alterações biológicas e psicológicas. O presente estudo objetivou descrever a percepção frente ao diagnóstico, a percepção do prognóstico e as estratégias de *coping* utilizadas por nove pacientes, homens e mulheres, com diagnóstico positivo para leucemia. Para tanto, foi realizada uma revisão da bibliografia sobre leucemia e *coping* e a aplicação de dois instrumentos avaliativos, uma entrevista semiestruturada e uma escala de *coping*. Os dados indicam uma tendência entre os sujeitos de apresentarem uma percepção inicial negativa do diagnóstico, envolvendo sentimentos de medo, angústia e estratégias de negação. Contudo, após o início do tratamento, os dados indicam uma mudança desse primeiro momento para uma ressignificação positiva da percepção frente ao prognóstico do tratamento. Destacam-se como estratégias de *coping*: 1) nas entrevistas, *coping* religioso; 2) na escala de *coping*, a focalização no positivo, a focalização na emoção e o *coping* religioso. Verifica-se que a associação dessas três estratégias de *coping* estão associadas à percepção de confiança na melhora da leucemia. Os resultados destacam que para um melhor manejo no atendimento ao paciente leucêmico, é importante que a equipe de trabalho devote especial atenção aos processos psicológicos desencadeados em cada fase do adoecimento e que seja resguardado ao paciente o devido apoio social durante o processo de tratamento.

**Palavras-chave:** *coping*, leucemia, diagnóstico.

## Abstract

The positive diagnosis of a serious illness like cancer affects people in global aspects. The disorder involves biological, psychological and social changes.. Leukemia is a cancer characterized by the uncontrolled growth of malignant white blood cells. This study aimed to describe the perceptions of diagnosis, the perception of prognosis and *coping* strategies used by nine patients, men and women, diagnosed with leukemia. For this purpose it reviewed the literature on leukemia and *coping* and the application of two instruments, a semi-structured interview and a *coping* scale. The data indicate a trend among participants, an initial negative perception of diagnosis, involving feelings of fear, anguish and denial strategies. However, after the beginning of treatment, the data indicate a change to a positive perception. It stands out as *coping* strategies: 1) interviews, religious *coping*; 2) in the range of *coping*, focusing on the positive, focusing on emotion and focusing on religion. It appears that the combination of these three *coping* strategies are associated with the perception of confidence in the cure of leukemia. The results highlight that for better management in the care of patients with leukemia, is important to devote special attention to teamwork psychological processes triggered in each phase of the illness and to offered the patient the proper social support during the treatment process.

**Keywords:** *coping*, leukemia, diagnosis.

## Sumário

<b>Lista de tabelas .....</b>	<b>06</b>
<b>Lista de siglas .....</b>	<b>07</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>08</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>09</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1 – Revisão da Literatura.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 A leucemia.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 A teoria do <i>Coping</i> .....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 Adoecimento crônico e <i>Coping</i>.....</b>	<b>28</b>
<b>Capítulo 2 – Metodologia.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1 Sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2 Instrumentos.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 Procedimentos de coleta de dados .....</b>	<b>35</b>
<b>2.4 Procedimentos de análise de dados .....</b>	<b>36</b>
<b>Capítulo 3 – Resultados e Discussão .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Percepções no momento do diagnóstico.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2 Percepções no momento da avaliação .....</b>	<b>49</b>
<b>3.3 Estratégias de <i>Coping</i> .....</b>	<b>51</b>
<b>Considerações finais .....</b>	<b>55</b>
<b>Referências .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>65</b>

## Introdução

A motivação para este trabalho surgiu da experiência pessoal de acompanhamento de um caso de leucemia e da constatação de que, embora existam vários trabalhos sobre o câncer (Schulze, 1995; Horta, Neme, Capote & Gibran, 2003; Nucci, 2003; Dóro, Pasquini, Medeiros, Bitencourt & Moura, 2004) e em especial sobre o câncer de mama (Duarte, 2001; Neme & Kato, 2003; Rossi & Santos, 2003), há uma escassez de trabalhos com enfoque na leucemia e nos mecanismos de seu enfrentamento em adultos. Soma-se a estes fatores o fato de que grande parcela da população mundial morre de câncer, e, “conforme o levantamento feito pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer é a segunda doença que mais mata, depois dos problemas cardiovasculares” (Martins, 1992, p.12). No Brasil, os dados epidemiológicos indicam um grande impacto dessa doença na população. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva-INCA (2016), para o ano de 2016, a estimativa é de 596.070 mil casos novos de câncer e 5.540 novos casos de leucemia.

É bem conhecido que o diagnóstico positivo para uma doença grave, como o câncer, prejudica o indivíduo em seus mais amplos aspectos e afeta, por conseguinte, a sua rede de interações. Assim, este trabalho se insere no campo das ciências humanas, com ênfase na área da saúde e pretendeu realizar: 1) um estudo descritivo do relato dos pensamentos, sentimentos e reações dos pacientes no momento do diagnóstico positivo para a leucemia e, no momento da pesquisa, após o início do tratamento; 2) um levantamento das estratégias de *coping* utilizadas por pacientes adultos que tiveram o diagnóstico positivo para a leucemia.

As perguntas que se propôs a responder foram: De que maneira pacientes de diferentes faixas etárias enfrentam o diagnóstico positivo para a leucemia? E, quais os

mecanismos de enfrentamento utilizados por pacientes adultos diagnosticados com leucemia? Para respondê-las, o primeiro capítulo apresenta uma revisão bibliográfica sobre a leucemia, a teoria do *coping* e as pesquisas sobre câncer e *coping*.

O segundo capítulo apresenta o percurso metodológico que expõe informações sobre os participantes, os critérios de inclusão, os instrumentos, os procedimentos e o método de análise dos dados. Na sequência do trabalho, são apresentados os resultados, a discussão, as considerações finais, as referências e um anexo.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para uma melhor compreensão dos fatores psicológicos presentes na dinâmica de pacientes que foram diagnosticados para a leucemia e numa qualificação da equipe de profissionais, visando proporcionar uma melhor atenção e qualidade de tratamento para esses indivíduos.

## Capítulo I

### Revisão da Literatura

Nesta seção, serão apresentadas informações sobre a leucemia. Para tanto, serão considerados os seguintes aspectos: suas características e suas classificações, as possíveis causas da referida doença, as manifestações clínicas, os impactos da doença, a atuação profissional e o tratamento, serão apresentadas, ainda, informações sobre a teoria do *coping* e sobre as pesquisas em câncer e *coping*.

#### 1.1 A Leucemia

A leucemia é um tipo específico de câncer hematológico, com origem nas células imaturas da medula óssea. A produção de glóbulos brancos fica descontrolada e o funcionamento da medula óssea saudável torna-se, cada vez mais, afetado, diminuindo progressivamente a produção de células normais, dando lugar ao aparecimento de anemia, de infecções e de hemorragias (INCA, 2015).

Desconhece-se qual a causa específica da leucemia. Suspeita-se que possa haver uma predisposição genética. Existem famílias (raras), cerca de 5%, em que as pessoas nascem com anomalias cromossômicas que poderão aumentar a probabilidade dos descendentes virem a desenvolver a doença. Fatores ambientais, como altas doses de radiações e exposição a certos produtos químicos tóxicos, foram identificados como estando ligados ao aparecimento da doença, mas somente em situações extremas como nos sobreviventes da bomba atômica em Nagasaki e Hiroshima ou em trabalhadores em indústrias do benzeno. Além disso, pessoas com deficiências do sistema imunológico parecem ter um maior risco de desenvolverem a doença e há evidências de que doentes

tratados por cancro com quimioterapia e/ou radioterapia podem, mais tarde, vir a ter leucemia (INCA,2015).

As manifestações clínicas da leucemia são secundárias à proliferação excessiva de células imaturas da medula óssea que infiltram os tecidos do organismo, tais como: amígdalas, linfonodos (ínguas), pele, baço, rins, sistema nervoso central e outros. Sintomas como fadiga, palpitação e anemia aparecem pela redução da produção dos eritrócitos pela medula óssea. Infecções que podem levar ao óbito são causadas pela redução dos leucócitos normais, responsáveis pela defesa do organismo (INCA,2015). Verifica-se tendência a sangramentos pela diminuição na produção de plaquetas (trombocitopenia). Outras manifestações clínicas são dores nos ossos e nas articulações. Dor de cabeça, náuseas, vômitos, visão dupla e desorientação (INCA, 2015).

As leucemias podem ser classificadas, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), com base em quão rapidamente a doença evolui e se torna grave. Sob esse aspecto, a leucemia pode ser do tipo crônica (que geralmente agrava-se lentamente) ou aguda (que geralmente agrava-se rapidamente):

- Crônica: No início da doença, as células leucêmicas ainda conseguem fazer algum trabalho dos glóbulos brancos normais. Geralmente, a doença é descoberta durante exame de sangue de rotina. Lentamente, a leucemia crônica se agrava. À medida que o número de células leucêmicas aumenta, aparecem inchaço nos linfonodos (ínguas) ou infecções. Quando surgem, os sintomas são brandos, agravando-se gradualmente.
- Aguda: As células leucêmicas não podem fazer nenhum trabalho das células sanguíneas normais. O número de células leucêmicas cresce rapidamente e a doença agrava-se num curto intervalo de tempo.

As leucemias também podem ser classificadas baseando-se nos tipos de glóbulos brancos que elas afetam: linfóides ou mielóides. As que afetam as células linfóides são chamadas de linfóide, linfocítica ou linfoblástica. A leucemia que afeta as células mielóides são chamadas mielóide ou mieloblástica. Combinando as duas classificações, existem quatro tipos mais comuns de leucemia:

- Leucemia linfóide crônica: afeta células linfóides e se desenvolve vagarosamente. A maioria das pessoas diagnosticadas com esse tipo da doença tem mais de 55 anos. Raramente afeta crianças.
- Leucemia mielóide crônica: afeta células mielóides e se desenvolve vagarosamente, a princípio. Acomete, principalmente, adultos.
- Leucemia linfóide aguda: afeta células linfóides e agrava-se rapidamente. É o tipo mais comum em crianças pequenas, mas também ocorre em adultos.
- Leucemia mielóide aguda: afeta as células mielóides e avança rapidamente. Ocorre tanto em adultos como em crianças.

Quanto ao tratamento, este tem o objetivo de destruir as células leucêmicas para que a medula óssea volte a produzir células normais. Dependendo do tipo e da extensão da doença, a pessoa pode fazer quimioterapia, imunoterapia, radioterapia, transplante de medula óssea ou a associação de diferentes tratamentos (INCA,2015).

Dentre os tipos de leucemia, tem-se que: uma pessoa com leucemia aguda precisa de ser tratada imediatamente. O objetivo do tratamento é a remissão do tumor. Depois, quando os sinais e os sintomas desaparecerem, podem ser administrados tratamentos adicionais, para prevenir que a doença reincida. Este tipo de tratamento é chamado de terapêutica de manutenção. Na leucemia aguda, existe a possibilidade de cura; já uma leucemia crônica, que não apresente sintomas, pode não necessitar de tratamento imediato. Para algumas pessoas com leucemia crônica, a sugestão é a



vigilância monitorizada. A equipe médica irá monitorizar a saúde da pessoa, para que o tratamento possa ter início logo que se apresentem os primeiros sintomas. No entanto, a leucemia crônica raramente pode ser curada, porém, os doentes podem fazer terapêutica de manutenção, para ajudar a manter o tumor em remissão (INCA,2015).

O aumento da incidência de leucemia e a cronicidade do diagnóstico geram impacto em diversos setores. No setor econômico, esse impacto pode ser identificado, uma vez que os cuidados com a doença crônica envolvem o uso de medicações e hospitalizações; na organização social, alteram-se rotinas de trabalho, a organização de tarefas, a estrutura de locais públicos e ocorre o aumento do número de aposentadorias por invalidez; na organização familiar, podem-se verificar a reestruturação de papéis, a criação de novas rotinas e, sob aspectos mais individuais, o fato de o paciente passar a conviver com mudanças e limites postos pela doença (INCA, 2015).

São incontestáveis as alterações bio-fisiológicas e o desconforto provocado pelo aparecimento dos sintomas na leucemia (cansaço, irritabilidade, fraqueza, emagrecimento, infecções frequentes, febre, entre outros). Além dessa primeira desorganização a nível biológico, existe ainda uma desorganização a nível psicológico (Silva, 2010).

Segundo Chiattonne (1998), o diagnóstico atinge diretamente a integridade psicológica dos pacientes, dando início aos sentimentos de fragilidade e de vulnerabilidade. Essa situação é geradora de extrema angústia, de sofrimento e da ideia de eminência da morte, que desencadeiam reações psíquicas que variam de acordo com os recursos psicológicos internos de cada paciente. Tanto as questões físicas, inerentes à doença e ao tratamento, quanto as questões psíquicas, contíguas a esse quadro, favorecem o surgimento de angústias, questionamentos, reflexões, sofrimentos e até mesmo a eclosão de um quadro psicopatológico.

Ao ser informado, o diagnóstico produz uma série de mudanças, o consulente, na maior parte das vezes, entra em estado de choque. Percebendo que sua saúde se encontra desorganizada, o paciente pode sentir-se angustiado diante do novo e do desconhecido. Desse modo, emoções como: medo, raiva, ressentimento, agressividade, tristeza e depressão são comuns nesse momento (Amaral, 1994).

Todo o processo de doença, desde os sintomas, os exames de diagnóstico específicos até o tratamento, implica em um impacto psicológico, isto é, ocasionam uma enorme instabilidade emocional no doente. Tendo em conta que o tratamento é faseado e longo, o estado psicológico do doente tende a deteriorar-se. Trata-se de um momento de vida em que o indivíduo se percebe submetido a riscos significativos. Tais riscos contribuem para o aparecimento daquilo que em Psicologia se designa por perturbação emocional – interferência desajustada direta ou indireta das emoções no pensamento (Silva, 2010).

Muitas são as reações psicológicas e psicopatológicas que os doentes podem desenvolver, nomeadamente: dificuldades de ajustamento, ansiedade, sintomatologia depressiva, irritabilidade, isolamento social, desmotivação, medos, dificuldades na tomada de decisão (inerentes ao processo de transplante, por exemplo), desorientação, dificuldades de controlo e gestão do stress, vulnerabilidade, distúrbios alimentares, sentimentos de inutilidade, inferioridade e autodesvalorização, baixa autoestima e autoconfiança, insegurança, autoimagem desvalorizada, dificuldades de atenção e concentração, desorganização e instabilidade emocional, entre outras (Silva, 2010).

Nos casos das doenças crônicas, como a leucemia, frente ao diagnóstico, a percepção inicial do consulente geralmente se relaciona a uma emoção negativa, advinda de uma história social estigmatizada que se relaciona a um processo de morte. Comumente este é o sentimento elencado pela maioria dos doentes.

A fim de justificar a assertiva acima, apresenta-se um breve resgate histórico. Entre os séculos XIX e início do XX, em função de não se conhecer as causas da doença e não se ter acesso a tratamentos eficientes, o diagnóstico de câncer era visto como o equivalente à morte. Revelar o diagnóstico ao paciente era considerado desumano, entendendo-se que ele poderia lidar melhor com o tratamento, com as emoções e com os sentimentos caso não soubesse que estava acometido de tal mal. Devido ao grande estigma que a doença possuía, eram comuns sentimentos como a culpa, a vergonha e o medo de contágio (Holland & Weiss, 2010; Johansen, 2010; Carvalho et al., 2008).

A partir da segunda metade do século XX, os avanços na Medicina, com o uso da quimioterapia, da radioterapia e da cirurgia, tornaram a cura uma possibilidade. Porém, até a década de 1950 e 1960, sobreviver ao câncer era pouco frequente (Teles & Valle, 2009). Naquele mesmo período, desenvolveram-se estudos que elegeram temas como: a resposta psicológica de pacientes hospitalizados e as contribuições da medicina psicossomática (Holland & Weiss, 2010).

No Brasil, a criação do INCA, em 1962, contribuiu para o aprimoramento dos estudos no contexto nacional e o aprimoramento da atuação dos profissionais na área da saúde. Por volta de 1970 a 1980, as possibilidades curativas tornaram-se maiores. Naquele momento, um marco importante foi a mudança de postura dos profissionais de Oncologia. Influenciados de modo especial pela psiquiatria, eles passaram a ver o paciente como partícipe no processo de saúde-doença e, assim, passaram a revelar o diagnóstico de câncer a ele e a seus familiares. Este período coincide com o início formal da Psico-Oncologia, com o treinamento de equipes, com uma atenção especial ao manejo psicológico, e na pesquisa (Holland & Weiss, 2010; Teles & Valle, 2009; Carvalho et al., 2008).

A partir destas mudanças, o que se tornou significativo foi a forma como cada paciente lida com os impactos do adoecimento e quais são as estratégias de enfrentamento (*coping*) que utilizam nessa situação estressante. Sobre esse aspecto, passou-se a se interessar pela forma de enfrentamento da doença e sua relação com o tratamento e a adaptação à nova realidade (Teles & Valle, 2009).

## 1.2 A teoria do *Coping*

De acordo com a literatura, o *coping* é concebido como:

O conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas têm se constituído em objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais. (Antoniazzi et al., 1998, p. 274)

Historicamente, desde o início do século XXI, pesquisadores vinculados à psicologia do ego têm concebido o *coping*, enquanto correlato aos mecanismos de defesa, motivado interna e inconscientemente como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos (Vaillant, 1994). Eventos externos e ambientais, posteriormente incluídos como possíveis desencadeadores dos processos de *coping* foram, a exemplo dos mecanismos de defesa, categorizados hierarquicamente no sentido dos mais imaturos aos mais sofisticados e adaptativos (Tapp, 1985). Assim, para esta primeira geração de pesquisadores, o estilo de *coping* utilizado pelos indivíduos era concebido como estável.

A partir dessa perspectiva inicial, estudos foram desenvolvidos a fim de diferenciar os mecanismos de defesa do *coping* propriamente dito. A principal

modificação consistiu na distinção entre os comportamentos associados aos mecanismos de defesa, classificados como rígidos, e os comportamentos associados ao *coping*, que são classificados como mais flexíveis, adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes (Antoniuzzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998)

A partir da década de 1960, estendendo-se pelas duas décadas seguintes, uma segunda geração de pesquisadores apresentou uma nova perspectiva. Esta tendência buscava enfatizar os comportamentos de *coping* e seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls, David & Harvey, 1996). Em seguida, pesquisadores passaram a conceitualizar o *coping* como um processo transacional entre pessoa e o ambiente, com ênfase tanto no processo, quanto em traços de personalidade (Folkman & Lazarus, 1985). Essa época foi marcada por importantes avanços na área, que geraram inúmeras publicações, em especial aquelas apresentadas pelo grupo de Lazarus e Folkman (Folkman & Lazarus, 1980, 1985; Lazarus & Folkman, 1984).

Uma terceira geração de pesquisadores, mais recente, têm se voltado para o estudo das convergências entre *coping* e personalidade. Estes têm sido motivados, em parte, pelo corpo cumulativo de evidências que indicam que fatores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos. Os traços de personalidade mais amplamente estudados, que se relacionam às estratégias de *coping*, são otimismo, rigidez, autoestima e locus de controle (Carver & Scheier, 1994; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991; Lopez & Little, 1996; Parkes, 1984).

Neste trabalho, dentre as três gerações apresentadas, elegeu-se como base teórica a segunda geração, em que o *coping* é considerado como um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, enfatizando o caráter processual da situação estressante. A seguir, serão apresentados alguns de seus postulados.

Folkman e Lazarus (1980, 1984) definem o *coping* como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais. Nessa perspectiva, adota-se que os modos de enfrentamento mudam ao longo de tempo, de acordo com as características do estressor e as exigências do contexto.

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais: (a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente. Este modelo foi referido por Beresford (1994) como o mais compreensivo dos modelos existentes.

Folkman e Lazarus (1980) propõem uma divisão do *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. O *coping* focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress ou é o resultado de eventos estressantes.

O *coping* focalizado no problema constitui-se em um esforço para atuar na situação que deu origem ao stress, tentando mudá-la. A função desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. O uso de estratégias de *coping* focalizando o problema ou a emoção depende de uma avaliação da situação estressora na qual o sujeito encontra-se envolvido. Nessa

perspectiva, o *coping* está diretamente ligado à ideia de percepção. O modo como o indivíduo percebe cognitivamente a sua doença influencia o seu comportamento frente ao adoecer.

Para Beresford (1994), no modelo de *coping* e *stress* proposto por Lazarus e Folkman (1984), qualquer tentativa de administrar o estressor é considerado *coping*, tenha ela sucesso ou não no resultado. Desta forma, uma estratégia de *coping* não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa. Torna-se, então, necessário considerar a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do esforço de *coping*.

Para Compas (1987), ambas as estratégias de *coping*, focalizada no problema e focalizada na emoção, são importantes, mas a sua eficácia é caracterizada por flexibilidade e mudança. Novas demandas requerem novas formas de *coping*, pois uma mesma estratégia não é eficaz para todas as situações. O resultado de uma estratégia de *coping* é difícil de avaliar porque pode mudar com o tempo, confirmando a ideia de Lazarus e DeLongis (1983), de um *coping* que se processa nas condições e etapas da vida do ser humano.

Beresford (1994) comenta que o processo de *coping* não pode ser simplificado, pois, quando um indivíduo lida com um estressor, as estratégias de *coping* são utilizadas individualmente, consecutivamente e em combinação. Assim, o impacto de uma estratégia de *coping* pode ser confundido pelo efeito de outras estratégias, ou seja, em um sistema de autorregulação, cada fase da situação estressora pode exigir diferentes manejos.

A forma pela qual uma pessoa usa as estratégias de enfrentamento está determinada parte por seus recursos pessoais e parte por recursos ambientais. No âmbito pessoal, estão inclusos os recursos físicos, os quais incluem saúde e energia; os recursos

psicológicos, como valores e crenças; os recursos de competências, como habilidades sociais e de solução de problema. Quanto aos recursos ambientais, estão inclusos o suporte social, a equipe de cuidado interdisciplinar e os recursos materiais (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e DeLongis (1983) indicam que os processos de *coping* variam de acordo com as etapas do desenvolvimento humano. Essa variância ocorre devido a grandes modificações que se processam nas condições de vida, através das experiências vivenciadas e do ambiente sócio-histórico-cultural em que o sujeito está inserido.

Segundo esse ponto de vista, não somente o envelhecimento é levado em consideração, mas também o significado dos eventos estressantes nos diversos momentos da vida. Devido a essa variabilidade, os autores, mais uma vez, defendem a visão de *coping* processual e que, portanto, de preferência, seja estudado longitudinalmente (Lazarus & DeLongis, 1983).

Quanto à idade, Heckhausen e Schulz (1995) sugerem que as habilidades necessárias para usar *coping* focalizado no problema ou focalizado na emoção emergem em diferentes pontos do desenvolvimento. Para Compas et al. (1991), as habilidades para *coping* focalizado no problema parecem ser adquiridas mais cedo, desenvolvendo-se até, aproximadamente, 8 a 10 anos de idade. As habilidades de *coping* focalizado na emoção tendem a aparecer mais tarde e se desenvolvem durante a adolescência, já que as crianças muito pequenas ainda não têm consciência de seus próprios estados emocionais. Além disto, aprender as habilidades relacionadas ao *coping* focalizado na emoção, por meio de processos de modelagem, é mais difícil do que aprender as habilidades de *coping* focalizadas no problema, mais facilmente observadas pelas crianças no comportamento dos adultos. Os adolescentes utilizam mais *coping* focalizado na emoção do que as crianças, mas não diferem de jovens adultos, sugerindo



que essas mudanças no desenvolvimento de *coping* ocorrem até o final da adolescência (Compas et al., 1991).

Moos (2002) chegou a uma espécie de categorização das respostas de *coping*. Assim, no que diz respeito às habilidades de *coping*, ele afirmou que estas podem ser caracterizadas a partir do foco, podendo ser de aproximação ou de evitação, e segundo o método, pode-se caracterizá-las de acordo com o método cognitivo ou comportamental.

Dessa forma, o autor descreveu o uso de estratégias como a análise lógica (quando se analisam riscos inerentes à situação, bem como os recursos disponíveis, tanto do ponto de vista ambiental quanto pessoal) e a reavaliação positiva (esforço cognitivo para enxergar a situação sob outro ângulo) como exemplos de *coping* cognitivo de aproximação, enquanto a busca de apoio social (comportamento de busca de apoio nas pessoas) e a solução de problemas (ações implementadas visando resolver a situação propriamente dita) ilustram o *coping* comportamental de aproximação.

Já a evitação cognitiva (que pode ser ilustrada como simplesmente evitar pensar sobre o assunto) e a aceitação-resignação (o simples ato de conformar-se com a situação) exemplificam o *coping* cognitivo de evitação, ao passo que a busca de recompensas alternativas (em que se busca compensação em outras coisas ou situações) bem como a descarga emocional ou ventilação das emoções (desabafo ou expressão dos sentimentos negativos por meio de comportamentos do tipo gritar e chorar) ilustram o *coping* comportamental de evitação (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

No trabalho de Lazarus e Folkman (1984), existe ainda a ressalva quanto à diferença entre função e consequência do enfrentamento. A função diz respeito ao propósito a que serve a estratégia, enquanto as consequências dizem respeito ao efeito produzido por ela. Uma determinada estratégia pode ter a função, por exemplo, de

impedimento do fator aversivo, mas a sua utilização não necessariamente significa que a ameaça seja evitada. Em outras palavras, o controle pode ser ilusório (Savóia, 1999).

Seguindo tal pensamento, o enfrentamento tem duas funções: 1) modificar a relação da pessoa com o ambiente, controlando ou alterando o problema causador (enfrentamento centrado no problema), estratégias que exigem, em geral, uma postura ativa de aproximação em relação ao estressor; 2) adequar a resposta emocional ao problema (enfrentamento centrado na emoção), podendo representar atitudes de afastamento ou atitudes paliativas em relação à fonte de estresse.

De forma geral, as formas de enfrentamento centrados na emoção acontecem quando já houve uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar as condições de dano, de ameaça ou relativas aos desafios ambientais. De qualquer maneira, os enfrentamentos centrados no problema ou na emoção não são excludentes e podem ser utilizados simultaneamente para lidar com a situação ameaçadora (Savóia, 1999).

Iniciativas no sentido de mensurar as estratégias de enfrentamento vêm sendo desenvolvidas, com a idealização, construção e validação de alguns instrumentos com utilização em diferentes contextos, especialmente nos Estados Unidos, Canadá e Espanha (Amirkhan, 1990; Carver et al., 1989; Endler & Parker, 1990, 1999; Folkman et al., 1986; Folkman & Lazarus, 1985; Rodríguez-Marín, Terol, López, Roig & Pastor, 1992; Vitaliano, P.P. et al., 1985).

Folkman e Lazarus, criaram o instrumento *Ways of Coping Checklist - WCC*, em 1980, que concebe o enfrentamento como respostas a estressores específicos. O instrumento tinha 68 itens, contendo itens que representavam estratégias voltadas para o problema e estratégias focalizadas na emoção. A resposta aos itens era do tipo sim ou não (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001).

Uma revisão realizada por Folkman et al. (1986) levou à elaboração do *Ways of Coping Questionnaire Revised - WOCQR*, composto por oito fatores: confrontação, distanciamento, autocontrole, busca de suporte social, aceitação de responsabilidade, evitação-fuga, planificação de soluções e reavaliação positiva. Assim, as duas grandes categorias – focalização no problema e na emoção – desdobraram-se em diferentes fatores representando funções: alguns indicando uma ação direta em relação ao estressor (confrontação e planificação de soluções) ou de afastamento e de inibição da ação em relação ao estressor (distanciamento e evitação-fuga) (Seidl et al., 2001).

Procedendo à análise da estrutura fatorial do *Ways of Coping Checklist* e a revisões teóricas do conceito, Vitaliano et al. (1985) chegaram a um instrumento composto por 57 itens distribuídos em cinco fatores: focalização no problema, pensamento fantasioso/desiderativo, busca de suporte social, esquiva e autculpa. O estudo de validação realizado junto à população norte-americana manteve os itens com cargas fatoriais superiores a 0,30 e a consistência interna das escalas obteve valores superiores a 0,70. Posteriormente, o instrumento foi revisado com a inclusão de mais três fatores – culpabilização de outros, religiosidade e pensamento positivo – sobre os quais não foram identificados indicadores de consistência interna e carga fatorial dos novos itens.

Outra versão do instrumento de Vitaliano et al., validada para a população espanhola por Rodríguez-Marín, Terol, López, Roig & Pastor (1992), ficou reduzida a 36 itens – itens com carga fatorial menor que 0,40 foram excluídos – distribuídos em cinco fatores, que representavam estratégias de enfrentamento de aproximação em relação ao estressor (focalização no problema, busca de apoio social, religiosidade, pensamento positivo e contabilização de vantagens) e seis fatores que representavam estratégias de afastamento ou de falta de ação em relação ao estressor (pensamento

fantasioso/desiderativo, esquiva, autculpa, culpabilização de outros, repressão emocional e resignação).

É possível avaliar que a estrutura fatorial adotada no instrumento espanhol levou ao desdobramento de alguns fatores e à acentuada redução do número de itens (os fatores resignação, religiosidade e contabilização de vantagens tinham apenas dois itens), o que enfraqueceu o poder de análise do instrumento, do ponto de vista psicométrico. No entanto, a ampliação da escala de respostas para Likert de cinco pontos foi um aspecto positivo, contribuindo para a análise das diferenças das estratégias de enfrentamento (Seidl et al., 2001).

Um instrumento citado frequentemente na literatura é o COPE Inventory, elaborado por Carver et al. (1989), que parte da concepção de que as respostas de enfrentamento são estáveis, não direcionadas a situações específicas. O COPE possui 14 fatores: enfrentamento ativo, reinterpretação positiva, planejamento, restrição ao enfrentamento, supressão de atividades competitivas, afastamento mental, afastamento comportamental, utilização de suporte social emocional, utilização de suporte social instrumental, aceitação, ventilação de emoções, busca da religiosidade, negação e uso de substâncias como álcool e drogas (Seidl et al., 2001).

No Brasil, algumas iniciativas também merecem ser mencionadas. Tróccoli e outros colaboradores (Nunes, Tróccoli, Tamayo & Pinheiro, 1999; Pinheiro, Tamayo & Tróccoli, 2000; Tróccoli, 1998; Tróccoli, no prelo-a; Tróccoli, no prelo-b; Tróccoli, Laros, Moraes, Hostensky & Araújo, 2000; Tróccoli, Nunes & Rodrigues, 1999) traduziram e adaptaram a versão reduzida do Constructive Thinking Inventory - CTI-S desenvolvido por Epstein seguindo a sua Teoria do Self Cognitivo-Experiencial (Epstein, 1990). Outra iniciativa foi a tradução e adaptação para o português da escala de Vitaliano et al. (1985), realizada por Gimenes e Queiroz (1997), utilizando

procedimentos de análise semântica e tradução reversa, sem, no entanto, proceder à investigação da sua estrutura fatorial. A Escala Modos de Enfrentar Problemas foi concebida com base no modelo interativo do estresse e conceitua enfrentamento como um conjunto de respostas específicas para determinada situação estressora.

Os instrumentos para a avaliação do *coping* têm sido usados em vários contextos e na presença de diversos agentes estressores. A seguir, apresentamos pesquisas que avaliam as estratégias de *coping* no contexto do adoecimento crônico e da leucemia.

### **1.3 Pesquisas sobre leucemia e *Coping***

Nesta seção, apresentamos uma revisão de pesquisas envolvendo os temas: *coping* e leucemia. Existem, na literatura científica, vários trabalhos que analisam a relação entre o *coping* e outros tipos de câncer, especialmente o câncer de mama. Além disso, existe um considerável número de trabalhos sobre *coping* e leucemia na infância e *coping* em cuidadores de pacientes com leucemia. Contudo, há uma escassez de pesquisas que tratam especificamente da leucemia e dos mecanismos de enfrentamento em pacientes adultos. Esta revisão considerou apenas este último caso.

Para realizar a referida revisão, as palavras-chaves utilizadas foram: leucemia, *coping*, adultos e leukemia e o período utilizado como referência foi o intervalo entre os anos de 2010 a 2015. Iniciou-se a pesquisa recorrendo aos seguintes portais: Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), Google Acadêmico e Portais virtuais de 15 universidades brasileiras (PUC e UFG – Goiânia; USP – São Paulo; UNB- Brasília; UFRJ – Rio de Janeiro; UFSM – Santa Maria (RS); UFBA (Bahia), entre outras), e três estrangeiras, de países como Portugal (ISPA, Instituto Universitário), França (Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers (ou CHU de

Poitiers) e Reino Unido (University of Dundee). Foram lidos o título e o resumo de 667 estudos. Destes, 300 tratavam sobre leucemia e *coping*. Do total de 300 artigos, foram verificados os participantes e, desse modo, somente sete artigos se adequavam aos critérios da pesquisa, ou seja, pacientes adultos com leucemia, e foram considerados na presente revisão.

No portal BVS, foram encontrados três títulos. O primeiro estudo (Cardoso & Santos, 2013) foi realizado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Participaram do referido estudo 17 pacientes, com idade entre 20 e 42 anos e com diagnóstico para a Leucemia Mieloide Crônica. Os resultados apontam que:

- Apesar dos conhecidos avanços da medicina, para alguns pacientes, o diagnóstico para a leucemia, ainda, continua sendo considerado uma sentença de morte.
- Após o diagnóstico, o paciente e seus familiares tentam compreender e dar sentido à doença e ao tratamento, sendo frequentes os sentimentos de medo e incertezas.
- A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes foi a religiosidade. Foi constatado que, para esses pacientes, ter fé e acreditar em Deus foram recursos imprescindíveis para o enfrentamento das adversidades da situação de tratamento. Esse apego à fé pode ser compreendido como a busca do sagrado, em resposta às questões existenciais suscitadas pela percepção de finitude, desencadeada pelo adoecimento e pela submissão aos riscos inerentes ao tratamento. A fé, nesses casos, teria o poder de proporcionar alívio, como um bálsamo capaz de cicatrizar as dores provocadas pelo desatino da existência.
- Desse modo, o apego à fé aparece como recurso que poderia vir a dar algum sentido para a experiência desestabilizadora do adoecimento e do tratamento, o

que auxiliaria no processo de enfrentamento do diagnóstico.

O segundo estudo, de López & Trad (2015), realizado na Universidade Federal da Bahia, utilizou uma metodologia de caráter qualitativo, a partir da análise de narrativas sobre a experiência com a leucemia. Foram ouvidos dez pacientes, com idades entre 23 e 74 anos, usuários do Sistema Público de Saúde (SUS) e de planos de saúde privados. Os resultados indicam que:

- A experiência de enfrentamento da doença crônica pode avançar de uma fase na qual prevalecem os sentidos de morte, sofrimento, desconstrução e rupturas, para outra em que vai se processando a normalização.
- As narrativas apontaram para um “desconhecimento geral” sobre a leucemia como tal, trazendo a questão sobre as implicações sociais dos avanços tecnológicos para o tratamento da leucemia, que permanecem no terreno do conhecimento científico e médico.
- Por último, argumenta-se que o sentido de “aprendizado” em face da experiência com a leucemia não diz respeito apenas aos pacientes, suas famílias e redes sociais, tendo em vista que pesquisadores e profissionais de saúde se deparam no dia a dia com os novos significados e possibilidades de lidar com esta enfermidade.

Utilizando-se também de uma metodologia qualitativa, o terceiro estudo analisado foi o de Lombardo (2014), realizado pela Universidade Estadual Paulista, em Botucatu. Participaram dessa pesquisa 20 pacientes diagnosticados com leucemia e com idade entre 18 e 74 anos. A seguir, são apresentados seus principais resultados:

- De modo geral, houve uma variedade de explicações, sugerindo que a enfermidade foi adquirida por meios externos (contato com agrotóxicos).
- O estigma do câncer na sociedade e a dificuldade em enfrentar algo

desconhecido fizeram aflorar diversos sentimentos, destacando-se o medo.

- Em função do impacto do diagnóstico, os entrevistados se referiam a um “antes” e um “depois”, revelando uma ruptura biográfica e na vida cotidiana.
- Parte dos participantes considerou o espaço do ambulatório pesado e impessoal e, também, relataram que enfrentavam dificuldades em conviver com outros pacientes mais debilitados.
- Alguns expressaram uma preocupação com o amanhã e, dessa forma, o presente foi considerado pior, mesmo com a aceitação da doença.
- Outros participantes readequaram suas vidas de acordo com as mudanças propostas.
- De modo geral, o diagnóstico da leucemia faz o sujeito repensar sobre sua nova condição.

O Portal do Google acadêmico forneceu dois títulos para esta análise. O primeiro estudo pertence aos autores Galvan, Kaufmann, Brustoli e Ascari (2014), da Universidade Federal de Santa Maria-RS, no qual foi utilizada uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Participaram da pesquisa sete pacientes adultos, com idades entre 18 e 60 anos, portadores de leucemia. As formas de enfrentamento mais citadas pelos pacientes foram: o apoio familiar (apoio social), a espiritualidade e a fé (religiosidade). O vínculo da doença com ideias de sofrimento e terminalidade geraram sentimentos de medo, angústia, tristeza e impotência diante da enfermidade. No entanto, da experiência com o processo de adoecimento, emergiram sentimentos positivos, a partir da busca de mecanismos de enfrentamento e do apoio emocional da equipe e da família (Galvan, Kaufmann, Brustoli & Ascari, 2014).

A pesquisa de Farsi, Nayeri e Negarandeh (2010) foi realizada no Irã, com a participação de dez pacientes, de 18 anos, diagnosticados com leucemia mielóide aguda



ou linfoblástica aguda. Os resultados apontaram para as seguintes estratégias de enfrentamento:

- “Autoculpa”, atribuição do diagnóstico da doença à circunstâncias como os "caminhos pecaminosos da vida" e o "stress diário da vida". Essa estratégia foi considerada útil, pelos autores, porque restabelece o sentido de controle do paciente e a capacidade de lidar com a situação desconhecida da doença. No entanto, eles alertam que a estratégia pode ter valor positivo numa fase inicial da doença, mas, também, pode ser disfuncional, aumentando o risco de enfrentamento depressivo quando os recursos do participante são insuficientes.
- Negação e evasão.
- “Aceitar o destino” (religiosidade), esse enfrentamento é, geralmente, oriundo das crenças religiosas dos consulentes. Os participantes viram a doença como uma expiação ou retaliação pelos pecados, um teste de Allah. A cultura islâmica difere significativamente de outras culturas e os muçulmanos usam suas crenças religiosas para alcançar níveis de espirituais elevados.

Na Universidade de Dundee, no Reino Unido, Papadopoulou, C. & Johnston, B. & Themessl-Huber, M. (2013) colaboraram com um estudo que incluiu 50 pacientes, com idades entre 18 e 60 anos, que foram diagnosticados para a leucemia num período de até 18 meses. Esses pacientes eram provenientes do Brasil, da França, da Alemanha, da Rússia e da Espanha. Foram identificados cinco estágios comuns experimentados por esses pacientes com leucemia: crise/medo, esperança, adaptação, novidades e incerteza.

O trabalho sugere várias recomendações para os profissionais de saúde sobre o manejo de pacientes através de sua jornada na doença. Ao prestar apoio, educação, e segurança, os profissionais de saúde podem ajudar os pacientes a ultrapassarem os estágios iniciais da crise do diagnóstico. Quando os pacientes estão em fase de

adaptação e vivendo novidades em suas rotinas, os profissionais de saúde podem ajudá-los a alcançar e manter uma nova normalidade, definindo expectativas para os riscos/benefícios da terapia medicamentosa em longo prazo, facilitando a adesão do paciente.

Por fim, na plataforma virtual do Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers (ou CHU de Poitiers) na França, um estudo de Guilhot, Coombs, Szczudlo, Zernovak, Paolantonio, C. Bender, A. Macdonald & N. Shapiro (2013), colaborou com uma conclusão simplória, mas de suma importância: ajudar os pacientes de leucemia a dar um novo sentido à experiência do adoecimento colabora com a qualidade de vida deles, durante o processo de tratamento, e ainda favorece a adaptação as novas perspectivas.

Como dissemos anteriormente e como ficou evidente por meio dessa revisão bibliográfica, há uma escassez de pesquisas que considerem especificamente grupos de pacientes adultos com o diagnóstico para a leucemia. Destarte, no próximo capítulo, será apresentada a metodologia do trabalho. O desejo é que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento psicológico que venha contribuir para o tratamento das pessoas afetadas por essa doença.

## Capítulo II

### Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo com variáveis qualitativas e quantitativas<sup>1</sup>, série-de-casos, descritivo e exploratório.

#### 2.1 Sujeitos da pesquisa

*Campo do Estudo:* este estudo foi realizado em um Centro de Referência em Saúde –(CRS) especializado em tratamento onco-hematológico.

*Participantes:* participaram desta pesquisa 09 pacientes que tiveram diagnóstico positivo para a leucemia. Homens e mulheres entre 20 e 60 anos de idade.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) ter o diagnóstico para a leucemia; b) estar em tratamento para a leucemia; c) ter entre 20 e 60 anos de idade; d) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 2). Ressaltamos que a amostra foi constituída por conveniência.

#### 2.2 Instrumentos

a) Roteiro de entrevista estruturada: trata-se de um instrumento elaborado pela pesquisadora, baseada no estudo prévio da literatura sobre os impactos da leucemia na vida do portador. É composto por duas questões que abordam os seguintes temas: sentimentos e reações do paciente ao receber o diagnóstico positivo de leucemia; e sentimentos e reações do paciente frente ao tratamento e ao convívio com a doença, no momento da pesquisa (Anexo 4).

---

<sup>1</sup>As variáveis qualitativas foram analisadas a partir da entrevista e os dados quantitativos foram analisados a partir da Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP).

b) Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP), trata-se de uma tradução e adaptação para o português da escala de Vitaliano et al. (1985), posteriormente desenvolvida e validada por Seidl et al. (2001). A EMEP foi concebida, conforme Seidl et al. (2001), com base no modelo interativo do estresse e conceitua o enfrentamento como um conjunto de respostas específicas para determinada situação estressora. Por meio desse conceito, o instrumento visa medir e identificar fatores psicossociais de enfrentamento do estresse, por meio de uma escala de 45 itens, agrupados nos fatores: enfrentamento focalizado no problema (18 itens: comportamentos para controlar o problema causador do estresse); enfrentamento focalizado na emoção (15 itens: tentativas de adequar a resposta emocional ao problema); busca de suporte social (cinco itens: procura por apoio instrumental, emocional ou de informação) e busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (sete itens: comportamentos religiosos, pensamentos de esperança que servem para auxiliar no enfrentamento do problema). As respostas estão organizadas em uma escala Likert e são: 1=Eu nunca faço isso, 2= Eu faço isso um pouco, 3= Eu faço isso às vezes, 4= Eu faço isso muito e 5= Eu faço isso sempre (Anexo 3).

### **2.3 Procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho a novembro de 2014. Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com a coordenação do CRS para obter a autorização para a pesquisa. A pesquisadora entrou em contato pessoal com os médicos e dirigentes do local para expor os objetivos e solicitou tanto a participação quanto a liberação dos pacientes para a participação no estudo.

Em seguida, a partir da indicação dos profissionais, a pesquisadora entrou em contato com alguns consultentes e solicitou a participação deles na pesquisa, agendando,

então, dia e horários para comparecerem ao CRS. Quando os consulentes se encontravam em sistema de internação, a aplicação da entrevista e da escala de modo de enfrentamento de problemas era realizada no quarto de internação.

Ao aceitar participar da pesquisa, o consulente era encaminhado para uma sala cedida pela instituição, onde era informado sobre os objetivos da pesquisa e tinha a oportunidade de sanar quaisquer dúvidas que tivesse. Após esse procedimento, o TCLE era lido juntamente com o paciente e ao final era colhida a assinatura do mesmo. Aos pacientes era garantido o sigilo, bem como a possibilidade de desistência da pesquisa, a qualquer momento do processo, sem que houvesse nenhum dano para eles e que as entrevistas seriam gravadas, após essa fase, iniciava-se a coleta de dados.

Concluída a etapa de coleta de dados, as gravações das entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e as respostas aos fatores da EMEP foram calculados. Esses dados foram utilizados somente para os fins da pesquisa e permanecerão arquivados pelo período de cinco anos.

#### **2.4 Procedimentos de análise dos dados**

Para a análise das entrevistas, foi utilizado o método de “Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI)”. Em Bruner (1990), a AFI compartilha a concepção da psicologia cognitiva enquanto ciência do significado e da construção do significado. O referido método tem a preocupação de elucidar a relação entre o que as pessoas pensam (cognição), dizem (relato) e fazem (comportamento). A AFI está comprometida com a compreensão dos fenômenos a partir de uma perspectiva das experiências vividas pelo indivíduo, reconhecendo esse processo como interpretativo. Sendo assim, a atividade interpretativa do relato que o participante oferece, com suas

próprias palavras, tem o objetivo de transitar entre a descrição e os diferentes níveis de interpretação (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw & Smith, 2010).

A AFI orienta que sejam seguidas três etapas analíticas para a construção das categorias: a primeira delas consiste em várias leituras detalhadas dos relatos, buscando entender, de forma holística, o fenômeno pesquisado; a segunda refere-se à formulação de temas iniciais que serão examinados em relação aos dados e, por fim, o refinamento e o condensamento desses temas conforme uma correlação entre eles.

Para a escala de enfrentamento, existem dois métodos de pontuação: pontuações absolutas e pontuações relativas. As pontuações absolutas consideram o somatório das respostas dos sujeitos nos itens que compõem cada um dos fatores da escala. O método de pontuações relativas, sugerido por Vitaliano, Maiuro, Russo e Becker (1987), consiste em calcular a pontuação média de um fator da escala, dividindo o somatório das pontuações desse fator da escala pelo número de itens que o compõem. Para este trabalho, foi utilizado o método de pontuações relativas. Tal escolha foi motivada considerando que o método de pontuação absoluta visa à comparação entre momentos diferentes do processo de enfrentamento. Desse modo, ele não seria adequado, pois o presente trabalho visou considerar a representatividade de cada fator da escala em um único momento do processo de enfrentamento. Os itens da escala foram agrupados de acordo com os fatores que pretendem investigar: fator 1, focalização no problema, inclui os itens: 1,2,5,14,20,22,23,25,26,27,29,32,33,34,36,37,42,45; fator 2, focalização na emoção, inclui os itens: 3,4,10,11,12,13,15,16,17,18,24,28,35,40,41; fator 3, busca de suporte social, inclui os itens: 7,9,19,31,43; e, por fim, o fator 4, práticas religiosas e pensamento fantasioso, inclui os itens: 6,8,21,30,38,39,44 (ver tabela 1). Em seguida, obteve-se os escores relativos:

**Tabela 1***Itens da escala EMEP agrupados de acordo com os fatores a investigar*

<b>Fatores</b>	<b>Itens</b>
<p>Fator 1: Focalização no Problema</p>	<p>1. Eu estou buscando ajuda profissional par enfrentar o meu problema de saúde.</p> <p>2. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.</p> <p>5. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.</p> <p>14. Desconto em outras pessoas.</p> <p>20. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.</p> <p>22. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.</p> <p>23. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.</p> <p>25. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.</p> <p>26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.</p> <p>27. Tento esquecer o problema todo.</p> <p>29. Eu culpo os outros.</p> <p>32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia.</p> <p>33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.</p> <p>34. Procuro me afastar das pessoas em geral.</p> <p>36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.</p> <p>37. Descubro quem mais é ou foi responsável.</p> <p>42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.</p> <p>45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.</p>

Fatores	Itens
Fator 2: Focalização na emoção	<p>3. Eu me culpo.</p> <p>4. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.</p> <p>10. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.</p> <p>11. Eu insisto e luto pelo que eu quero.</p> <p>12. Eu me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo.</p> <p>13. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.</p> <p>15. Encontro diferentes soluções para o meu problema.</p> <p>16. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.</p> <p>17. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.</p> <p>18. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.</p> <p>24. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.</p> <p>28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente</p> <p>35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.</p> <p>40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.</p> <p>41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.</p>
Fator 3:Busca de suporte social	<p>7. Procuro um culpado para a situação.</p> <p>9. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.</p> <p>19. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.</p> <p>31. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.</p> <p>43. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.</p>



<b>Fatores</b>	<b>Itens</b>
Fator 4: Práticas religiosas/Pensamento fantasioso	6. Espero que um milagre aconteça. 8. Eu rezo/ oro. 21. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto. 30. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema. 38. Converso com alguém para obter informações sobre a situação. 39. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor. 44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação

### Capítulo III

#### Resultados e Discussão

Este trabalho é comprometido com a ética, o sigilo e a confidencialidade. Portanto, todos os nomes foram modificados e aparecerão apenas com siglas indicativas, a fim de se cumprir com o artigo 32 do Código de Ética do Psicólogo.

Para melhor demonstração e compreensão da análise realizada, os dados foram organizados em uma tabela (Tabela 1), que apresenta o registro das entrevistas com os sujeitos. Na coluna da esquerda, faz-se a descrição dos sujeitos, na coluna do meio, as categorias condensam os temas encontrados e na coluna da direita um recorte de fala (*ipsis litteris*) que exemplifica os temas centrais que comparecem nas entrevistas.

Participaram do estudo: 1) quatro homens, com idades variando de 20 a 38 anos, todos sendo atendidos pelo CRS, há no mínimo um mês e no máximo 1 ano e com diagnóstico de leucemia aguda, hemorrágica ou mista; 2) cinco mulheres, com idades variando de 29 a 54 anos, todas sendo atendidas e acompanhadas pelo CRS há no mínimo 20 dias e no máximo 1 ano e 7 meses e todas com o diagnóstico de leucemia aguda.

#### Tabela 2

*Descrição da percepção do problema no Momento do Diagnóstico (MD) e no Momento da Avaliação (MA)*

Sujeito	Categorias	Dados da Entrevista com o Sujeito
<b>S 1: Mulher, 54 anos, Leucemia aguda, 20 dias de diagnóstico</b>	1.1 Experiência anterior negativa (MD)	1.1. “... Sabe o que é Dr <sup>a</sup> , <u>eu perdi meu neto há 02 anos, com câncer também. Minha filha, essa que tava no consultório comigo, descobriu um tumor quando estava grávida...</u> ”
	1.2 Percepção negativa/	1.2. “... <u>No dia que a Dr<sup>a</sup> M. deu o</u>

Sujeito	Categorias	Dados da Entrevista com o Sujeito
<b>S 1: Mulher, 54 anos, Leucemia aguda, 20 dias de diagnóstico</b>	Dificuldade em aceitar o diagnóstico (MD)	<u>resultado</u> do exame e falou, né, que eu também tinha câncer <u>foi ruim demais, difícil demais de aceitar...</u>
	1.3 <i>Coping</i> Religioso (Fé, MA)	1.3. “... Então Dr <sup>a</sup> , igual eu te falei eu <u>sou muito temente a Deus</u> , sei que isso tudo não ia tá acontecendo <u>se Ele não achasse que eu sou capaz</u> . E eu sei que <u>sou capaz de melhorar...</u> ”
	Confiança na melhora	
<b>S 2: Homem, 38 anos, Leucemia hemorrágica, 30 dias de diagnóstico</b>	1.4 <i>Coping</i> religioso (MA)	1.4. “... Hoje eu <u>confio em Deus</u> e no <u>apoio da minha família</u> , <u>eu sei que vou sair dessa!</u> ”
	Apoio Social (Apoio familiar, (MA)	
	Confiança na melhora (MA)	
<b>S 2: Homem, 38 anos, Leucemia hemorrágica, 30 dias de diagnóstico</b>	2.1. Percepção negativa/ Dificuldade em aceitar o diagnóstico (MD)	2.1. “... <u>Eu não acreditei, para mim não tinha caído a ficha ainda, né</u> , para mim seria uma coisa normal, uma gripe, uma coisa simples, não tinha caído a ficha ainda. <u>Na hora eu fiquei tranquilo...</u> ”
	2.2. Negação (MD)	2.2 “... quando a médica falou assim para mim: Você vai ter que internar hoje! Eu falei: <u>Não então deixa eu ir em casa pegar uma roupa e tomar um banho!</u> Ela falou: Não, você não entendeu, você corre risco de vida, era para você tá morto há muito tempo. Eu falei assim: Mas como, eu tô bem, só senti uma tontura...”
	2.3. Confiança na melhora (MA).	2.3. “... Hoje faz um mês que eu descobri. Mas eu acredito, tenho fé, que <u>vou me curar entendeu, isso é só um período e graças a deus tem cura...</u> ”
<b>S 2: Homem, 38 anos, Leucemia hemorrágica, 30</b>	2.4. Afastamento familiar	2.4. “... <u>O que mais doi no tratamento é que meu filho ta com 1 ano e eu não to vendo ele crescer.</u> A medica evitou meu

Sujeito	Categorias	Dados da Entrevista com o Sujeito
dias de diagnóstico	(MA)	contato com ele porque ele tem 1 ano e ainda está em fase de tomar algumas vacinas e pode ser prejudicial para ele e para mim o contato devido as reações. <u>Hoje tá com 30 dias que eu tô internado, então tem 30 dias que eu não vejo ele....”</u>
	2.5.Percepção negativa/ Dificuldade em aceitar o diagnóstico (MA)	2.5. “... já tomei 4 quimio e tive reações ótimas, meu corpo respondeu super bem e eu tô normal, a única coisa que eu ainda sinto é a tontura, mas já diminuiu bastante e fisicamente <u>o que dói são as agulhadas porque eu cago de medo de agulha (risos)...</u> ”
<b>S 3: Homem, 20 anos, Leucemia aguda, 60 dias de diagnóstico</b>	3.1.Perda da possibilidade de realizar expectativas/planos/desejos (MD)	3.1. “... <u>e foi ruim, eu fiquei bem mal,</u> porque eu sou novo ai eu pensava assim: nossa e meus estudos (eu fazia direito, tava no 6º período, ai eu tranquei) e minha namorada né, <u>o sonho que eu tenho de casar, de ter uma família, de ser advogado, parecia que nada disso ia acontecer mais...</u> ”
	Medo da morte (MD)	
	3.2. Coping religioso (Fé, MA)	3.2. “... Agradeço a <u>Deus</u> todo dia na hora de dormir e na hora que eu acordo. <u>Confesso que as vezes da medo de morrer. Mas tudo isso passa e dias bons vem e dias ruins também e assim a gente vai vivendo...</u> ”
	3.3.Confiança na melhora Esperança (MA)	3.3. “... <u>Não deixo nunca de ter esperança, tem cura, eu sei disso e é atrás</u>

Sujeito	Categorias	Dados da Entrevista com o Sujeito
<p><b>S 4: Homem 34 anos, Leucemia aguda, 6 meses de diagnóstico</b></p>	<p>4.1. Percepção negativa/ Dificuldade em aceitar o diagnóstico (MD)</p>	<p><u>de la que eu vou melhorar..”</u></p> <p>4.1. “... <u>Ah um choque. Depois eu aceitei o tratamento. Não tem o que fazer mesmo.</u> No dia eu tava tão mal que eu nem pensei nada, eu tava amarelo, tinha ido para fazer transfusão, tava passando mal né. Ai depois que eu me recuperei que eu fui cair em si...”</p>
	<p>4.2. Medo da morte (MD)</p>	<p>4.2. “... <u>No dia eu pensei em morrer e pensei um monte de besteira...</u>”</p>
	<p>4.3. Dificuldades com o tratamento (MA)</p>	<p>4.3. “ ...Em relação ao tratamento <u>eu tô saturado dessas agulhas já</u>, mais de mil picadas ...Eu <u>sei que o tratamento é longo</u> e eu <u>tenho que ter paciência</u>, mas as vezes simplesmente não dá...”</p>
<p><b>S 5: Mulher, 29 anos, Leucemia aguda, 1 ano de diagnóstico</b></p>	<p>5.1. Experiência anterior negativa (MD)</p>	<p>5.1. “... Eu <u>fiquei meio impressionada, porque tenho o histórico de câncer na minha família ...”</u></p>
	<p>5.2 Afastamento familiar (MD)</p>	<p>5.2 “... você já fica meio que <u>querendo fugir...</u>”</p>
	<p>5.3 Foco nos aspectos positivos (MA)</p>	<p>5.3 “... <u>Hoje eu dou valor em coisas bem pequenas</u> e de certo ponto foi bom passar por isso, <u>trouxe um novo sentido para a minha vida</u>, tudo agora é melhor...”</p>
<p><b>S 6: Mulher, 53 anos, Leucemia aguda, 1 ano e 7</b></p>	<p>6.1 Supressão (da experiência negativa) (MD)</p>	<p>6.1 “... Ai eu não sei te dizer o que que eu senti, <u>se eu bloqueei tudo</u>, eu <u>não lembro de mais nada. Não tenho lembrança.</u> As meninas falam assim que a Dr<sup>a</sup> ficou no hospital comigo e eu não lembro...sabe eu acho que todos sofreram demais da conta</p>

Sujeito	Categorias	Dados da Entrevista com o Sujeito
meses de diagnóstico		e para mim de um certo ponto <u>é até bom não lembrar</u> , deixar como tá ...”
	6.2. <i>Coping</i> Religioso (confiança nos desígnios de deus, MA)	6.2. “... Acho que <i>Deus</i> me deixou aqui por algum motivo e acho que também para <u>o meu marido me dar mais valor ...”</u>
	6.3. Foco nos aspectos positivos (MA)	6.3. “... Mas hoje, eu estou muito bem, superei tudo, <u>encaro a vida com mais alegria..</u>
S 7: Homem, 34 anos, Leucemia aguda, 1 ano de diagnóstico	7.1. Desinformação (em relação ao diagnóstico, MD)	7.1. “... <u>Fiquei preocupado</u> , porque, até então, <u>eu não conhecia nada sobre a doença, né...</u> ”
	7.2. Confiança na melhora (MA)	7.2. “... Ah, hoje é mais tranquilo, acho que a fase mais difícil, do começo da doença já passou. <u>A doença está controlada</u> , e eu tô bem confiante. Eu sou muito tranquilo né, acho que isso ajuda...”
	7.3. Característica Pessoal (MA)	
S 8: Mulher, 31 anos, Leucemia aguda, 7 meses de diagnóstico	8.1. Desinformação (em relação diagnóstico, MD)	8.1. “... <u>Eu não tinha muito conhecimento né</u> , então comecei o tratamento e aí conversando com outras pessoas e fui vendo pelo que eu ia passar e <u>comecei a entender a doença...</u> ”
	8.2. Percepção de melhora (MA)	8.2. “... Mas assim, é muito de momento, <u>hoje em dia eu melhorei demais, to tranquila e to bem.</u> Tenho me mantido assim já faz um tempo...”
S 9: Mulher, 33 anos, Leucemia aguda, 7 meses de diagnóstico	9.1. Perda da possibilidade de realizar expectativas/planos/desejos (MD)	9.1. “... Eu <u>fiquei assim um pouco tensa, a primeira coisa que veio a minha mente foi: vou ter que fazer o tratamento e eu não vou poder engravidar agora</u> , porque eu e meu esposo a gente estava tentando engravidar, né. Então a primeira coisa foi isso...”

Sujeito	Categorias	Dados da Entrevista com o Sujeito
	9.2. <i>Coping</i> Religioso (Fé. MA)	9.2. “... Mas depois, quando realmente fechou o diagnóstico, eu recebi uma <u>palavra, vinda de Deus</u> , né. Que eu não deveria me preocupar ... Então eu <u>me firmei nesse proposito</u> , de que <u>Ele prometeu</u> que eu não iria morrer e que muitas pessoas seriam curadas também, né, de certa forma através da minha vida. Então <u>isso me fortaleceu...</u> ”
	Confiança na melhora (MA)	

As pessoas que recebem um diagnóstico de câncer passam por vários níveis de estresse e angústia emocional. A seguir, considera-se o relato dos entrevistados sobre suas reações no momento do diagnóstico para a leucemia e no momento da realização da pesquisa (momento da avaliação), a fim de se obter uma compreensão sobre esses aspectos.

### 3.1 Percepções no momento do diagnóstico

Considerando o Momento do Diagnóstico, indistintamente para os gêneros, esse foi marcado por uma fragmentação na vida dos sujeitos. Foi percebido, por meio do relato, que este foi o pior momento no transcorrer da doença, caracterizando-se como uma fase de “medo, angústia, preocupação com a saúde, quebra das expectativas/planos/desejos, desinformação e dificuldades em aceitar o diagnóstico”.

Tais afetos podem ser inseridos, de modo geral, na categoria *Percepção negativa/Dificuldade em aceitar o diagnóstico* que apareceu de forma considerável nas entrevistas. Para Venâncio (2004), o diagnóstico de câncer é vivido como um momento de muita angústia e ansiedade pelo motivo da doença ser rotulada como mortal e dolorosa. Assim, alguns pacientes recebem seu diagnóstico como se estivessem recebendo uma sentença de morte.

Segundo Kubler-Ross (1996), o paciente vivencia várias etapas até chegar ao momento de aceitação de seu diagnóstico. A primeira etapa seria a da negação, na qual o paciente, ao receber seu diagnóstico, vai à busca de outros médicos, repete os exames em outros laboratórios, sempre na esperança de conseguir uma explicação diferente para a sua doença. A pesquisa de Papadopoulou et al. (2013), da University of Dundee, também identificou cinco estágios vivenciados pelos pacientes diagnosticados para a leucemia: crise/medo, esperança, adaptação, novidades e incerteza. Desse modo, esses autores também identificaram que o primeiro desses estágios é a crise/medo, resultado que é corroborado pelos resultados desta pesquisa.

Em seus relatos do momento diagnóstico, os sujeitos S1 (1.2), S2 (2.1, 2.2), S5 (5.2) e, mais radicalmente S6 (6.1), indicaram terem passado por essa primeira fase de negação e todos os sujeitos explicitaram, em seus relatos, terem vivenciado o estágio de crise/medo.

Em uma pesquisa realizada pela Universidade Kentucky, cientistas analisaram a reação de indivíduos expostos a diferentes imagens. Aqueles recentemente doentes tenderam a evitar fotografias de pessoas e situações que remetiam à ideia de adoecimento. As que não enfrentaram nenhuma condição de debilidade não apresentaram diferença no tempo de reação a essas imagens. Tendemos a pensar que esse resultado pode estar refletido na categoria *Desinformação*, na medida em que estar ou "se fazer desinformado" sobre um mal presente, consistiria em uma forma de *evitação* desse mal.

No momento do diagnóstico, a categoria *Desinformação* se destaca nos relatos de S7 (7.1) e S8 (8.1). A descoberta de uma doença tão estigmatizada pode provocar reações menos racionais e objetivas com a finalidade de proteger a pessoa de um possível desprazer psíquico, anunciado por sentimentos de ansiedade, medo, culpa, entre outros. Embora esse mecanismo se configure em uma forma de adaptação à situação, ele pode se tornar ineficaz ou não adaptado às realidades internas ou externas desses indivíduos (Bergeret, 2006).



Sobre a categoria *Experiência anterior negativa*, exemplificada nas falas de S1(1.1) e S5 (5.1), é sabido que, cientificamente, a hereditariedade é responsável por apenas 10% dos casos (INCA, 2015). Contudo, sob uma perspectiva emocional, as representações associadas ao câncer são negativas. É uma doença vista como destruidora, uma vez que está associada ao estigma da morte. Este estigma, que se presentifica na categoria *Medo da Morte*, é explicitado nas falas dos sujeitos S3 (3.1, 3.2), S4 (4.2) e em S9 (9,2), de modo inverso.

Além do aspecto de maior destrutividade representado pela morte, o diagnóstico de Leucemia foi relacionado, pelos sujeitos S3 (3.1) e S9 (9.1) à categoria *Perda das possibilidades de realizar expectativas/planos/desejos*. O pensamento de não ser capaz de concretizar expectativas, anteriormente traçadas, é também um indicador da crise que se instala no momento do diagnóstico, mas que se dissemina como “metástase” na existência futura desses sujeitos.

Sob este aspecto, a pesquisa realizada por Lombardo (2014) chama a atenção para o fato de que a enfermidade provoca no consulente uma ruptura do seu cotidiano. Os achados dessa pesquisa também salientam a ocorrência de uma transformação entre “o antes” e “o depois” do diagnóstico.

### **3.2 Percepções no momento da Avaliação**

No Momento da Avaliação, a categoria *Coping Religioso* foi uma das respostas predominantes entre os Sujeitos da pesquisa, como pode ser visto em S1 (1.3, 1.4), S3 (3.2), S6 (6.2) e S9 (9.2). Diante da percepção negativa frente ao diagnóstico da leucemia e, sobretudo, frente ao medo da morte, não é de se estranhar que muitos dos sujeitos se voltem para uma esperança depositada em algo que transcenda a natureza mundana dos cuidados possíveis. Assim, os sujeitos significam a *Fé* como um meio de suporte nos momentos de dor e sofrimento, causados pelo câncer e pelo tratamento e, também, como suporte para manter a

esperança de cura.

Esse aspecto é corroborado pela pesquisa de Cardoso e Santos (2013), em que o apego à fé aparece como recurso que poderia vir a dar algum sentido para a experiência desestabilizadora do diagnóstico e do tratamento. Ele também auxiliaria no processo de enfrentamento da doença.

A *Confiança na melhora* é outra categoria que se destaca das entrevistas. Aparece nas falas de S1 (1.3, 1.4), S2 (2.3), S3 (3.3), S7 (7.2) e S9 (9.2) de forma isolada e de forma complementar em S1 (1.3, 1.4), e S9 (9.2), juntamente com a categoria *Fé*. Em S1 verifica-se ainda o relato do *Apoio Social* associado à *Confiança na melhora*. Neste sentido, *Fé* e *Apoio Social* podem estar estabelecendo uma forma de enfrentamento ao diagnóstico e ao tratamento para a leucemia.

Outros temas que estabelecem uma mesma percepção positiva, no momento atual da pesquisa, são *Foco nos aspectos positivo* nas falas de S5 (5.3), S6 (6.3) e *Percepção de melhora* que podemos verificar na fala de S8 (8.2). Observou-se ainda que os sujeitos do sexo masculino S2 (2.4) e S4 (4.3) disseram apresentar *Dificuldades com o tratamento*, sendo que S2 queixou-se do *Afastamento familiar* e S4 se mostrou saturado por mais de mil picadas de agulhas e incomodado pela longa duração do tratamento. Em contraposição, os sujeitos do sexo feminino não apresentaram relatos de dificuldades com os procedimentos do tratamento ou com seus possíveis efeitos colaterais. Esta diferença entre gêneros opõe-se aos dados da pesquisa de Xavier, Ataíde, Pereira e Nascimento (2010) que apontam as mulheres como mais queixosas, mais fragilizadas e manipuladas pela quimioterapia, enquanto os homens não verbalizaram inquietude quanto ao tratamento.

Considerando o Momento da Avaliação, pode-se observar que, mesmo com a presença de algumas queixas em relação aos procedimentos e ao tempo de tratamento, de um modo geral, os sujeitos relatam uma percepção positiva de confiança na melhora, sendo que esta

percepção, em alguns sujeitos, aparece associada ao sentimento de *Fé* e ao *Apoio Social* que podem estar funcionando como mediadores do estresse provocado pelo diagnóstico e tratamento da leucemia.

Como pode ser visto no relato de S 7 (7.3), é importante ressaltar que a reação frente à doença oncológica, e no presente caso frente à leucemia, é extremamente individual e pode variar em função da história de vida, das *Características Pessoais*, do que se ouviu falar sobre a doença, das experiências anteriores com pessoas próximas etc. (Gazzi, Kajika, & Rodrigues, 1991). Mas, de modo geral, no momento do diagnóstico, o que se pode destacar das falas dos sujeitos, a partir das categorias: *Experiência anterior negativa*, *Desinformação*, *Medo da morte*, *Perda das possibilidades de realizar expectativas/planos/desejos*, são os signos de um efeito devastador, real ou imaginado, que se vivenciou a partir de um diagnóstico para a Leucemia.

Assim, podemos concluir que, sob o aspecto de avaliar a percepção no momento do diagnóstico, os participantes deste estudo viveram um período inicial marcado por medos e angústias. Porém, pode-se destacar que eles avançaram com o desenvolvimento do tratamento para uma fase de ressignificação, aceitação e “normatização” da situação de adoecimento. Este dado é corroborado por outros estudos, tais como os de López e Trad (2015) e de Lombardo (2014).

### **3.3 Estratégias de Coping**

Neste estudo, o efeito de mediação do estresse foi avaliado pela Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP). A tabela 2 apresenta a frequência relativa dos fatores da EMEP, obtidos para cada um dos sujeitos da pesquisa.

**Tabela 3**

*Frequência dos fatores da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas*

Sujeitos	Estratégias de enfrentamento			
	Focalização no problema (%)	Focalização na emoção (%)	Busca de suporte social (%)	Práticas religiosas/ Pensamento Fantasiado (%)
S 1	60	82,6	100	71,4
S 2	50	69,3	60	77,1
S 3	50	58,6	64	65,7
S 4	55,5	81,3	76	68,5
S 5	51,1	73,3	64	88,57
S 6	44,4	73,3	52	65,7
S 7	61,1	73,3	60	51,42
S 8	38,8	74,6	68	71,4
S 9	50	62,6	68	88,5
<b>Média</b>	<b>51,21</b>	<b>72,10</b>	<b>68,00</b>	<b>73,0</b>

Em primeira análise, fica perceptível a tendência dos sujeitos entrevistados a relatarem o uso preferencial das estratégias Focalização na emoção (72,10%), Práticas religiosas/pensamento fantasiado (72,03%) e Busca de suporte social (68,00%). A estratégia Focalização no problema embora tenha atingido um percentual de utilização menor, foi indicada de modo considerável (51,21%) para esse grupo de sujeitos com o diagnóstico para a leucemia..

O *coping* focado no problema refere-se às tentativas, cognitivas e comportamentais, ativas, diretas e construtivas para modificar ou eliminar a situação geradora de estresse e, deste modo, resolver os problemas. O *coping* focado na emoção refere-se aos esforços para reduzir ou regular a resposta emocional que está associada ao stress, ou que resulta da situação estressante. Estas duas estratégias de *coping* estão associadas a duas importantes funções do *coping*: a alteração da relação indivíduo-ambiente, causadora de stress, e a regulação de emoções perturbadoras (Folkman & Lazarus, 1986).

De modo geral, pesquisadores sugerem que o *coping* focado na emoção é menos eficaz e provavelmente estará mais associado à perturbação psicológica, enquanto as estratégias de *coping* focadas no problema estão associadas à saúde psicológica (e.g., Billings & Moos, 1981; Pearlin & Schooler, 1978; Ben-Zur, 2005; Sigmon, Stanton, & Snyder, 1995). Contudo, os dados das entrevistas (Tabela 1) colocam em evidência uma modificação da percepção negativa, no momento do diagnóstico de leucemia, para uma percepção positiva, no momento da avaliação da pesquisa, independentemente do tempo entre os dois momentos de análise. Assim, no presente caso, pode-se inferir que a maior frequência dos relatos de utilização do *coping* focado na emoção, nas práticas religiosas/pensamento fantasioso e na busca de suporte social está associada a uma ressignificação da avaliação dos sujeitos em termos do diagnóstico e do tratamento para a leucemia.

O *coping* religioso/pensamento fantasioso responde pela segunda maior frequência entre as estratégias analisadas. Para Pargament (1997), o *coping* religioso ocorre quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse. Koenig, Pargament e Nielsen (1998) o definem como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas de situações estressantes da vida. Wong-McDonald e Gorsuch (2000) afirmaram que o *coping* religioso descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse e os problemas de vida – ressalta-se que a fé pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais.

É importante ressaltar que, nas entrevistas, considerando-se os aspectos que influenciam a favor de uma perspectiva positiva em relação ao diagnóstico e ao tratamento da leucemia, para alguns sujeitos (S1, S3, S6 e S9) o *coping* religioso ocupou um lugar central. Esse aspecto demonstra uma congruência dos resultados da EMEP e da entrevista e ressalta a importância desse modo de enfrentamentos em situação de crises vitais.

As respostas à entrevista indicam uma percepção da Leucemia como uma doença devastadora, mortal. Esse aspecto parece incitar alguns sujeitos à busca por um fator transcendente que possa fazer frente a tal percepção. Assim, a religiosidade constitui-se em elemento de proteção, promovendo uma percepção positiva do tratamento e do prognóstico para esses sujeitos. Esse aspecto é confirmado por pesquisas que indicam o enfrentamento religioso como fonte de equilíbrio e fortalecimento, promovendo serenidade e favorecendo a luta pela vida (Miller & Shaw, 1997, conforme citado por Hoffman, Müller & Rubin, 2006; Teixeira & Lefèvre, 2008).

Em pesquisa com pacientes oncológicos, Galvan et al. (2014) constataram que os aspectos mais citados, que influenciaram positivamente o enfrentamento do câncer, foram o apoio familiar, a espiritualidade e a fé. Em nosso estudo, a Busca de suporte social foi também uma estratégia bastante utilizada pelos participantes. Uma das primeiras conceituações de suporte social referia-se à “informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas” (Cobb, 1976, p. 300). Nesse sentido, os efeitos do suporte social levariam ao sentimento e à percepção de estima e pertencimento a uma rede social com direitos e deveres comuns.

De modo geral, os resultados apontam que a situação-limite estabelecida por um diagnóstico de Leucemia exige dos pacientes um esforço de enfrentamento em que se colocam em ação uma combinação de todo o seu repertório adaptativo, no sentido de lidar da melhor forma com o impacto desse diagnóstico.

## Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção sobre o diagnóstico, o tratamento e as estratégias de *coping* em pacientes com diagnóstico positivo para a leucemia e com um curso de tempo máximo de adoecimento de dois anos. Para tanto, se utilizaram dois instrumentos: a entrevista semiestruturada, como forma de avaliar a percepção dos indivíduos em dois momentos: no momento do diagnóstico e no momento da avaliação (pesquisa); e também a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas para avaliar as estratégias de *coping*.

Os resultados indicaram que pacientes leucêmicos tendem a ter uma percepção da doença particularizada, em função da história de vida, das características pessoais, do que se ouviu falar sobre a doença e das experiências anteriores com pessoas próximas. Mas, de modo geral, o câncer coloca inicialmente a pessoa em uma situação limite, devastadora. Verificou-se que a reação inicial ao diagnóstico foi pautada por medos, angústias e traumas. Contudo, na análise dos resultados, no momento da avaliação (tratamento), foi possível verificar uma mudança da percepção inicial negativa, para uma percepção positiva do tratamento, marcando, assim, uma ressignificação destes conteúdos iniciais. Ainda que tenham se mantido algumas queixas em relação aos procedimentos e ao tempo de tratamento, pode-se inferir que esta ressignificação do diagnóstico está relacionada à utilização do *coping* focado no problema, conjugado com o *coping* focado na emoção, bem como, do *coping* religioso, como ficou evidenciado pelas entrevistas.

Considerando os resultados encontrados, destacamos alguns aspectos que deveriam ser observados no manejo clínico de pessoas que serão informadas de um diagnóstico para uma doença crônica e severa como a leucemia.

1. A evidência do impacto causado pelo diagnóstico para uma doença como a leucemia indica a necessidade de um cuidado especial com o manejo da devolução

ao paciente nesse “momento do diagnóstico”. Isto implica em dar ao paciente a oportunidade de não apenas tirar suas dúvidas, mas também preencher lacunas de conhecimento que podem induzir a uma melhor reação.

2. Os resultados alertam que, para um melhor manejo e acolhimento do paciente no contexto de atendimento ao adoecimento crônico, a equipe de trabalho deveria desenvolver um nível de especialização que contemplasse os processos psicológicos, que envolvem sentimentos de negação, revolta, medo, angústia e aceitação, que são desencadeados em cada fase do processo de diagnóstico e tratamento da pessoa doente.
3. No tratamento de pessoas com doenças crônicas, especialmente no caso da leucemia, é de suma importância resguardar o devido apoio social ao enfermo, seja ele possibilitado pela equipe profissional ou pela facilitação da permanência de um acompanhante (familiar) durante o processo de tratamento, resguardando o devido risco de contaminação.
4. Apesar de alguns estudos indicarem o *coping* focalizado no problema como de maior eficácia para a melhora das condições clínicas dos pacientes, e algumas pesquisas indicarem uma eficácia menor nas resultantes de saúde para as estratégias focadas na emoção, os resultados aqui indicaram uma associação entre estes dois modos de *coping*, e também, da religiosidade com uma melhor percepção em relação ao tratamento e prognóstico da leucemia, indicando uma eficácia maior da ação associada das estratégias. Este fator é indicativo de que se deve respeitar todas as iniciativas cognitivas e comportamentais, promovidas pelo paciente, na tentativa de adaptação e superação de sua enfermidade.

Acreditamos que estas observações podem melhorar o contexto do diagnóstico e do tratamento para a leucemia. A seguir, listamos três aspectos que podem contribuir para novas



investigações:

1. A entrevista para avaliação da percepção dos sujeitos no Momento Diagnóstico foi realizada em momento posterior ao diagnóstico e, neste sentido, pode ser que os dados levantados fiquem suscetíveis à passagem do tempo e à elaboração secundária das reações à comunicação do diagnóstico de leucemia. Novas pesquisas poderiam estabelecer um delineamento para investigação em tempo real de cada momento desse processo.
2. Embora considerasse dois momentos, a pesquisa foi realizada em apenas um momento do processo clínico dos sujeitos. Uma pesquisa longitudinal, com um número maior de momentos avaliativos poderia contribuir com uma compreensão mais abrangente do processo de adoecer, do tratamento da leucemia e dos processos de *coping*.
3. A amostra nesta pesquisa foi feita por conveniência e, sendo assim, é pouco representativa quando a intenção é generalizar os resultados, portanto, a sugestão é, em pesquisas futuras, aumentar o número de sujeitos participantes.

A pesquisa realizada recobre com uma luz tênue os processos subjacentes que se fazem presente em toda forma de sofrimento humano e especialmente no sofrimento provocado por um diagnóstico de leucemia. O adoecimento crônico ilustra a necessidade de investimento em pesquisas que fundamentem o desenvolvimento de ações amplas e abrangentes, para a melhoria da promoção da saúde e da assistência integral aos pacientes. Esperamos que este estudo possa contribuir para este cenário em um futuro próximo e, também, incentive novas pesquisas sobre esse tema.

## Referências

- Amaral, M. T. C. (1994). Vivenciando o câncer com arte. In M. M. M. J de Carvalho (Org.), *Introdução à psiconcologia* (pp. 37-56). Campinas, SP: Livro Pleno.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Antoniuzzi, A.S., Dell'aglio, D.D., & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 274.
- Ben-Zur, H. (2005). Coping, distress, and life events in a community sample. *International Journal of Stress Management*, 12, 188-196.
- Bergeret, J. et al. (2006). *Psicopatologia: teoria e clínica*. Trad. Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed, 9ª edição.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- 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.
- Breakwell, G.M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Métodos de pesquisa em Psicologia*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Brunner, J. (1990). *Actos de Significado*. Lisboa: Edições 70.
- Cardoso, E. & Santos, M. (2013). *Luto antecipatório em pacientes com indicação para o Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas*. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo /USP.
- Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B., & Barros, L. H. C. (2008). *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C. S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Chiattonne, H.B.C. (1998). Urgências psicológicas em leucemia. In V.A. Angeramini-Camon (Org). *Urgências psicológicas no hospital* (pp.171-191). São Paulo: Pioneira.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

- Compas, B. E. (1987). *Coping with stress during childhood and adolescence. Psychological Bulletin, 101*, 393-403.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived Control and Coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues, 47*(4), 23-34.
- Dóro, M. P.; Pasquini, R.; Medeiros, C. R.; Bitencourt, M. A. & Moura, G. L. (2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia: ciência e profissão, 24*(2), 120- 133.
- Duarte, T. P. (2001). *Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.
- Farsi, Z., Nayeri, N., & Negarandeh, R. (2010) Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study. *Nursing and Health Sciences, 12*, 485–492.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 839-852.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress, processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 107-113. doi:10.1037/0021-843X.95.2.107
- Galvan, D., Kaufmann, G., Brustoli, A., & Ascari, R. (2014). Percepção dos Pacientes Acometidos pela Leucemia Frente à Internação Hospitalar. *Rev. de Enferm. da UFSM, 3*(Esp.), 647-657.
- Gazzi, G., Kajika, M., & Rodrigues, C. (1991). O paciente com câncer: crenças e sentimentos sobre sua doença e o tratamento. *Acta Oncol Bras., 11*(1/3). 123-6.
- Gimenes, M.G.G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M.G.G. Gimenes & M.H. Fávero (Orgs). *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas: Editorial Psy.
- Guilhot F., Coombs J., Szczudlo T. Zernovak O., Paolantonio M. ,Bender C., Macdonald A. & Shapiro N. (2013). The Patient Journey in Chronic Myeloid Leukemia Patients on Tyrosine Kinase Inhibitor Therapies: Qualitative Insights Using a Global Ethnographic Approach. *Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, France*.

- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). *A life spans theory of control*. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Hoffmann, F. S, Müller, M. C., & Rubin, R. (2006). A mulher com câncer de mama: Apoio social e espiritualidade. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 14(2), 143-150.
- Holland, J. C., & Weiss, T. R. (2010). History of Psycho-Oncology. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorle (Eds.), *PsychoOncology*. (pp.3-12). New York: Oxford University Press.
- Horta, C. R.; Neme, C. M. B.; Capote, P. S. O. & Gibran, V. M. (2003). O papel da fé no enfrentamento do câncer. In C. M. B. Neme & O. M. P. R. Rodrigues (Orgs.) *Psicologia da saúde: Perspectivas interdisciplinares*. (pp. 149-171). São Carlos: Rima
- Instituto Nacional do Câncer - INCA (2015). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Portal Online. Acessado durante o ano de 2015.
- Instituto Nacional do Câncer - INCA (2016). *Estimativa 2016: incidência do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Johansen, C. (2010). Psychosocial factors. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorle (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp.57-61). New York: Oxford University Press.
- Koenig, H.G.; Pargament, K.I.; Nielsen, J. (1998). Religious *coping* and health status in medical ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis*, 186(9), 513-521.
- Kübler-Ross, E.(1996). Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. *São Paulo*, Ed. Martins Fontes.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and *coping* in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lombardo, M.(2014). *A pílula mágica e o (pré)conceito: a realidade e o impacto da leucemia mielóide crônica na vida do paciente*. Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu.
- Lopez, D. F., & Little, T. D. (1996). Children’s action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*, 32, (2), 299-312.
- López, Y. & Trad, E. (2015). “Vivendo e Aprendendo”. Os significados da cronicidade da leucemia mielóide crônica na experiência de pacientes. *Revista de Ciências Sociais*, 42, 175-195.
- Martins, B. M. (1992). *Câncer: uma luta com fé*. Sem local: Nova Prova.

- Moos, R. H. (2002). The mystery of human context and coping: an unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology*, 30, 67–88.
- Neme, C. M. B. & Kato, S. (2003). Mulheres com câncer de mama: Crenças sobre a doença e temores quanto ao tratamento. Em C. M. B. Neme & O. M. P. R. Rodrigues (Orgs.) *Psicologia da saúde: Perspectivas interdisciplinares* (pp. 125-148). São Carlos: Rima.
- Nucci, N. A. G. (2003). *Qualidade de vida e câncer: Um estudo compreensivo*. Tese de Doutorado. Programa de PósGraduação em Psicologia/USP, Ribeirão Preto/SP.
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2010). *Relatório Mundial de Saúde*. Acessado em 14 de maio de 2015, em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. Guilford Press, New York.
- Parkes, K.R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655-668.
- Papadopoulou, C. , Johnston, B., & Themessl-Huber, M. (2013). *The experience of acute leukaemia in adult patients: A qualitative thematic synthesis*. Dundee, UK.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S. y Pastor, M. A (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista Psicología de la Salud*, 4, 59-84.
- Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento do câncer em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.
- Savoia, M.G. (1999) Escala de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). *Rev. Psiq. Clin.*, 26(2), 57-67.
- Schulze, C. M. N. (1995). As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In M.J.P. Spink (Org.) *O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. (pp. 266- 279). São Paulo: Brasiliense.
- 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, 225-234.
- Sigmon, S. T., Stanton, A. L., & Snyder, C. R. (1995). Gender differences in coping: A further test of socialization and role constraint theories. *Sex Roles*, 33, 565-587.
- Silva, G.; SANTOS, M. A. (2008, set.). "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto contexto – enferm*, 17(3), p.561-567.

- Silva, S. (2010). *A intervenção psicológica na leucemia*. Acessado em 26 nov. 2015, em: <http://www.ipsys.blogspot.com.br/>.
- Silva, M. R. B. , Borgognoni, K., Rorato, C., Morelli, S., Silva, M.R.V., & Sales, C.A. (2008). O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. *Rev Enferm UERJ*, 16(1),70-5.
- Suls, J., David, J.P., & Harvey, J.H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64, 711-735.
- Tapp, J. T. (1985). Multisystems holistic model of health, stress and coping. In T. M. Field, P. M. McCabe, & Scheneiderman (Eds.). *Stress and coping*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teixeira, J. J. V., & Lefèvre, F. (2008). Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1247-1256.
- Teles, S. S., & Valle, E. R. M. (2009). Adulto sobrevivente de câncer infantil: Uma revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 355-363.
- Tróccoli, B.T. (1996). Modelagem por equação estrutural: sua importância para a Psicologia da Saúde [Resumo]. Em Associação Brasileira de Psicologia Social (Org.), Anais do VI Encontro Regional Sul da ABRAPSO (p. 65). Universidade Federal de Santa Catarina: ABRAPSO.
- Tróccoli, B.T. (1998). Pensamento experiencial vs. racional: mensuração e implicações. Relatório de Pesquisa. Universidade de Brasília.
- Tróccoli, B.T. (no prelo-a). Heurísticos, vieses cognitivos e a percepção de risco. Em F.J.B. Albuquerque (Org.), *Percepção de risco e sua relação com desastres naturais*. João Pessoa, BR/Manitoba, CA: IDRC/UFPb.
- Tróccoli, B.T. (no prelo-b). A teoria do self cognitivo-experiencial. Em M. Dela Coleta (Org.), *Modelos psicossociais da saúde*. São Paulo: Papirus.
- Tróccoli, B.T., Nunes, C.M.P. & Rodrigues, M.M.M. (1999). Pensamento experiencial e racional: mensurações e implicações [Resumo]. Em Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (Org.), *Anais da 51a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência - SBPC* (p. 193). Porto Alegre:SBPC.
- Tróccoli, B.T., Laros, J.A.; Moraes, P.B., Hostensky, E.L. & Araújo, R.M. (2000). Relações entre pensamento racional vs.experiencial e os cinco fatores de personalidade. [Resumo]. Em Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (Org.), *Anais da 52a. Reunião Anual da SBPC* (p. 214). Brasília: SBPC.
- Vaillant, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 50(1), 55-63.

- Vitaliano, P.P. 1985, The ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavior Reserarch*, 20, 3-26.
- Vitaliano PP, Maiuro RD, Russo J, Becker J. Raw (2014). Relative scores in the assessment of coping strategies. University of Washington. *Journal of Behavioral Medicine (Impact Factor: 3.1)*. 03/1987; 10(1):1-18. DOI: 10.1007/BF00845124
- Wong-McDonald, A., & Gorsuch, R.L. (2000). Surrender to God: an additional coping style? *J Psychol Theol*, 28(2), 149-161.
- Xavier F. T. A., Ataíde, M. B. C., Pereira, F. G. F., & Nascimento, V. D. (2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira de enfermagem*. Acessado em 22 de out. 2015, em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/08.pdf>.

## **Anexos**