

## Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama<sup>i</sup>

Carina Maria Veit<sup>I</sup>

Elisa Kern de Castro<sup>II</sup>

---

Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama

### Resumo

Investigou-se as relações entre *coping* religioso/espiritual (CRE), variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas e a percepção subjetiva sobre quem é Deus em 83 mulheres com câncer de mama, que responderam a um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e a Escala CRE. A escolaridade apresentou correlação significativa e negativa com o fator Reavaliação negativa do significado, indicando que quanto menos anos de estudo as mulheres possuem mais a doença é compreendida em decorrência de algo malévolo ou como uma punição pessoal. As mulheres que viam Deus como Presença ou Condição de existência/sobrevivência apresentaram maior uso de CRE positivo em relação ao CRE negativo, e aquelas que percebiam Deus como Condição de existência/sobrevivência ou Ser/força/poder superior apresentaram médias significativamente superiores no fator Insatisfação com o outro institucional. As mulheres utilizaram mais CRE positivo do que negativo para lidar com o estresse gerado pela doença.

**Palavras-chave:** Coping religioso/espiritual; Enfrentamento; Neoplasias mamárias; Espiritualidade; Religião.

---

Spiritual/religious coping in breast cancer women

### Abstract

The relationship between religious/spiritual coping (RSC) was investigated, along with sociodemographic, clinical and religious variables, and the subjective perception of who God in 83 women with breast cancer, who answered a sociodemographic and clinical data and the RSC scale. The level of study variable showed significant and negative correlation with factor Negative meaning reappraisal, indicating that greater the disease is understood like a bad thing or personal punishment, less years of study had women. Women who saw God as Presence or Condition for existence/survival showed greater use of Positive RSC over negative RSC, and those who perceived God as Condition for existence/survival or Being/strength/superior power showed significantly higher averages in Dissatisfaction with the institutional other factor. Women used more positive than negative RSC to cope with the stress caused by breast cancer.

**Keywords:** Religious/spiritual coping; Coping; Mammary neoplasm; Spirituality; Religion.

---

Coping religioso/espiritual en mujeres con cáncer de mama

## **Resumen**

Se investigó la relación entre coping religioso/espiritual (CRE), variables sociodemográficas, clínicas y religiosas y la percepción subjetiva sobre quién es Dios en 83 mujeres con cáncer de mama, que contestaron a un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos y la Escala CRE. La escolaridad presentó correlación significativa y negativa con el factor Reevaluación negativa del significado. Las mujeres que percibían a Dios como Presencia o Condición de existencia/sobrevivencia presentaron más uso del CRE positivo en comparación al CRE negativo, y las que percibían a Dios como Condición de existencia/sobrevivencia o Ser/fuerza/poder superior presentaron medias significativamente más altas en el factor insatisfacción con el otro institucional. Las mujeres utilizaron más el CRE positivo que el CRE negativo para manejar con el estrés generado por el cáncer de mama.

**Palabras clave:** Coping religioso/espiritual; Afrontamiento; Neoplasias mamarias; Espiritualidad; Religión.

---

## **Introdução**

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

A religião e a espiritualidade apresentam um núcleo sagrado que engloba sentimentos, pensamentos e comportamentos que emergem a partir de uma busca pelo transcendente, o qual é referido como um ser divino ou como uma verdade absoluta, de acordo com a percepção individual dos sujeitos (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). Contudo, existe a necessidade de diferenciar esses dois termos. Assim, a religião é entendida como um sistema de crenças, práticas e rituais que facilitam a

proximidade do indivíduo com o sagrado/transcendente e estimula a compreensão da relação e da responsabilidade para com os outros a partir do convívio em comunidade. A espiritualidade, por sua vez, seria um questionamento pessoal, feito com o intuito de compreender questões relativas à vida, ao seu sentido e ao sagrado/transcendente, que poderia ou não promover o desenvolvimento de rituais e a formação de uma comunidade.

Nas situações de saúde/doença, a religiosidade pode ser adaptativa e benéfica para o paciente (Faria & Seidl, 2005, 2006; Pargament et al., 2000). Contudo, o uso positivo ou negativo da religiosidade está relacionado ao modo de lidar com o evento estressor e com as crenças pessoais de cada sujeito (Faria & Seidl, 2005; Panzini & Bandeira, 2007). A *RCOPE Scale* foi desenvolvida para clarificar a compreensão do papel da religião no processo de *coping*, sendo avaliadas como benéficas ou prejudiciais as estratégias religiosas utilizadas para lidar com alguma situação estressante (Pargament et al., 2000). Para a construção e validação dessa escala, os autores identificaram cinco funções-chave da religião: a) sentido (oferece uma interpretação e compreensão para as situações difíceis da vida); b) controle (religião como uma fonte para adquirir senso de domínio e controle); c) conforto/espiritualidade (redução das preocupações/desejo de conexão com uma força maior que o indivíduo); d) intimidade/espiritualidade (solidariedade social, ajuda/suporte espiritual); e) transformação de vida (fonte de auxílio nas grandes transformações da vida e na busca de novas fontes de significado). As estratégias de *coping* religioso foram desenvolvidas a partir de cada uma dessas cinco funções, existindo formas positivas e negativas para lidar com o evento estressor.

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

Os fatores religiosos e espirituais têm sido relacionados a diversos aspectos da adaptação ao diagnóstico e tratamento do câncer, indicando sua importância para a saúde e recuperação dos pacientes. A recente revisão sistemática internacional do período 2006-2011 sobre *coping* religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama (Veit & Castro, 2013) sumarizou os principais achados desses estudos recentes e mostrou que, apesar de os estudos não serem conclusivos sobre a relação entre *coping* religioso positivo e bem-estar, há evidências de que o *coping* religioso negativo está relacionado a um pior ajustamento psicológico, incluindo depressão e ansiedade.

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

A partir desses estudos, observa-se que a religião e a espiritualidade podem ser recursos importantes para lidar com o câncer de mama ou, ao contrário, podem prejudicar o tratamento e o bem-estar das pacientes. Tendo em vista a necessidade de compreender esse fenômeno de uma forma mais abrangente, o presente estudo tem

por objetivos: 1) avaliar os estilos de *Coping* Religioso/espiritual(CRE) de mulheres com câncer de mama e verificar suas associações com variáveis sociodemográficas e clínicas; 2) comparar os valores de CRE entre grupos com diferentes características sociodemográficas e religiosas; e 3) conhecer as percepções subjetivas sobre quem é Deus e compará-las aos valores de CRE. As hipóteses norteadoras do estudo foram: 1) idade estaria correlacionada negativamente ao CRE positivo, enquanto escolaridade, tempo de diagnóstico e de mastectomia estariam correlacionados positivamente ao CRE positivo; 2) mulheres que convivem com o marido ou com os filhos apresentariam maiores índices de CRE positivo do que aquelas que não convivem; e mulheres com maior frequência a encontros de natureza religiosa e de atividade privativa de oração apresentariam maiores índices de CRE positivo do que aquelas com uma menor frequência; 3) estratégias de CRE seriam influenciadas pela percepção subjetiva de quem é Deus.

## **Método**

### **Delineamento**

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

### **Amostra**

Foram identificadas como possíveis participantes da pesquisa todas as mulheres com câncer de mama (n=169) que estavam vinculadas a duas instituições não governamentais que têm por objetivo auxiliar pessoas que vivenciam o diagnóstico/tratamento do câncer, localizadas numa cidade da região metropolitana de Porto Alegre. A amostra final foi composta por 83 mulheres (M = 52,3 anos, DP = 7,27; idade mínima 37 anos e idade máxima 65 anos) que haviam recebido o diagnóstico há, no mínimo, quatro meses (M = 46,6 meses, DP = 38,4) e apresentavam, na maioria, o ensino fundamental incompleto (*Média de anos de estudo* = 6,0 anos, DP = 2,77). Setenta e quatro (89,2%) participantes não haviam realizado a cirurgia plástica reconstrutiva da mama no momento da coleta de dados. Das 169 possíveis participantes, 38 (22,4%) foram excluídas porque eram idosas (mais do que 65 anos); 12 (7,1%) não tinham seus telefones disponíveis e/ou atualizados no sistema, impossibilitando o convite à participação; 33 (19,5%) se negaram a participar; uma havia falecido (0,5%); uma apresentava transtorno mental grave (0,5%); e uma foi excluída pela aplicação incompleta do instrumento (0,5%). Foram excluídas as mulheres com tumores benignos, idosas (>65 anos) e analfabetas. A Tabela 1 descreve as principais características das participantes do estudo.

Tabela 1: Características sociodemográficas das participantes (N=83)

Característica	n	%
Estado Civil		
Solteira	10	12
Divorciada	21	25,3
Casada/Vive junto	46	55,4
Viúva	6	7,2
Trabalha		
Sim	13	15,7
Não	70	84,3
Deixou de trabalhar devido à doença		
Sim	46	55,4
Não	37	44,6
Renda familiar		
1 a ½ salário mínimo	36	43,9
2 a 3 salários mínimos	38	46,3
Até 5 salários mínimos	4	4,9
5 a 10 salários mínimos	1	1,2
Bolsa família	1	1,2
Sem renda	1	1,2
Não sabe	1	1,2
Religião		
Sem religião, mas espiritualizada	4	4,8
Católica	53	63,9
Evangélica Luterana	10	12
Adventista	6	7,2
Evangélica Pentecostal	7	8,4
Testemunha de Jeová	2	2,4
Espírita	1	1,2
Total	83	100%

## Instrumentos

-Questionário de dados sociodemográficos, clínicos e de atividade religiosa/espiritual (idade, estado civil, filhos, renda familiar, tempo de diagnóstico, tipo de tratamento realizado, estágio da doença, religião, crença em Deus, mudança de religião, etc);

-Pergunta aberta "Para você, o que ou quem é *Deus?*": Pergunta feita com o intuito de investigar a percepção subjetiva de Deus para cada participante;

-Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE): essa escala, foi elaborada e validada no Brasil por Panzini e Bandeira (2005) e tem como objetivo avaliar a forma com que os indivíduos utilizam a religião/espiritualidade para lidar com situações estressantes. O instrumento é composto por 87 itens, dos quais 66 estão distribuídos em oito fatores da dimensão CRE positivo (P1 - Transformação de si e/ou de sua vida; P2 - Ações em busca de ajuda espiritual; P3 - Oferta de ajuda ao outro; P4 - Posicionamento positivo frente a Deus; P5 - Busca pessoal de crescimento espiritual; P6 - Ações em busca do outro institucional; P7 - Busca pessoal de conhecimento espiritual; P8 - Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade) e 21 itens em quatro fatores da dimensão CRE negativo (N1 - Reavaliação negativa de Deus; N2 - Posicionamento negativo frente a Deus; N3 - Reavaliação negativa do significado; N4 - Insatisfação com o outro institucional). A classificação entre estratégias positivas ou negativas de CRE surge a partir das consequências que estas acarretam para quem as utiliza. Para a aplicação da escala CRE, pede-se que o participante escreva qual foi a situação vivida nos últimos três anos que apresentou mais efeitos estres-

santes e pede-se que o questionário seja preenchido com base nessa situação em uma escala Likert de 1 a 5 pontos (nem um pouco a muitíssimo). Neste estudo, foi solicitado às participantes que respondessem as questões tendo em mente o estresse vivenciado pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Para a interpretação dos escores, o parâmetro utilizado para análise dos valores de CRE quanto a sua utilização pelo participante é: nenhuma ou irrisória = 1,00 a 1,50; Baixa = 1,51 a 2,50; Média = 2,51 a 3,50; Alta = 3,51 a 4,50 e Altíssima = 4,51 a 5,00. O estudo realizado por Panzini e Bandeira (2005) demonstrou alto nível de consistência interna, sendo o alpha de Cronbach da escala total de 0,97, da dimensão CRE positivo 0,98 e da dimensão CRE negativo 0,86. Neste estudo, os índices de consistência interna também foram altos, sendo de 0,93, de 0,95 e de 0,86, respectivamente.

#### Procedimentos éticos e de coleta dos dados

Após a apresentação do projeto às coordenações dos grupos e de posse das assinaturas dos Termos de Concordância, esse foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, obtendo aprovação número 10/163. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e junho de 2011. Todas as questões foram lidas para as participantes e preenchidas pela pessoa que coletava o dado mediante suas respostas. Optou-se por essa forma de coleta de dados uma vez que muitas participantes tinham nível de escolaridade baixo e dificuldades de leitura/interpretação, mesmo o instrumento tendo sido adaptado e validado no Brasil. Foram explicados a todas as participantes os objetivos da pesquisa, bem como os direitos a elas conferidos. As aplicações ocorreram individualmente em uma sala reservada, disponibilizada pelas instituições contatadas. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. A média de tempo da aplicação dos instrumentos foi de 43 minutos (DP = 16,8), existindo uma variação de 23 min a 135 min.

#### Análise dos dados

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

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

### **Resultados**

Todas as participantes afirmaram acreditar em Deus, e a maioria das mulheres afirmaram considerar-se muito espiritualizadas (55,4%). Quanto à filiação religiosa, 25 participantes declararam ter mudado de religião, sendo a religião católica aquela com maior número de evasões (n=17) e a evangélica aquela de maior migração (n=13). A Tabela 2 apresenta as principais características religiosas/espirituais das participantes.

Tabela 2: Características religiosas/espirituais das participantes (N=83)

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

A média do CRE total foi de 3,78 (DP=0,42), do CRE positivo de 3,52 (DP=0,56) e do CRE negativo de 1,94 (DP=0,69). A utilização média do CRE total e positivo foi considerada alta e a de CRE negativo baixa, segundo Panzini (2004). A média da razão CREN/CREP que revela a percentagem de CRE negativo utilizado em relação ao CRE positivo foi de 0,56 (DP=0,23). Esse valor pode localizar-se entre 0,20 e 5,00, sendo maior o uso de CRE positivo em relação ao CRE negativo, quanto mais baixo for esse valor (Panzini, 2004). Dentre os oito fatores da dimensão CRE positivo, o fator P4 "Posicionamento positivo frente a Deus" apresentou a maior média (M=4,36, DP=0,45) e o fator P7 "Busca pessoal de conhecimento espiritual" a menor (M=2,68, DP=0,94). Na dimensão CRE negativo, o fator N2 "Posicionamento negativo frente a Deus" obteve a média mais alta (M=2,48, DP=0,85) e o fator N4 "Insatisfação com o outro institucional" a mais baixa (M=1,39, DP=0,70).

A análise de correlação de Pearson foi feita entre as variáveis escolaridade, idade, tempo de diagnóstico e de mastectomia (meses), número de sessões de quimioterapia e radioterapia e os valores de CRE total, positivo e negativo, incluindo-se também os doze fatores da escala e a razão CREN/CREP. Uma associação significativa e negativa foi encontrada entre o nível de escolaridade e o fator N3 "Reavaliação negativa do significado" ( $r = -0,254$ ;  $p < 0,05$ ) e outra marginalmente significativa e negativa entre a escolaridade e a razão CREN/CREP ( $r = -0,193$ ;  $p < 0,10$ ).

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

Além disso, foi investigada a existência de diferenças nos índices de CRE e na razão CREN/CREP entre mulheres com alta, média e baixa frequência a encontros de natureza religiosa através da análise da variância (ANOVA). A Tabela 3 apresenta os resultados significativos, obtidos a partir das comparações de médias de CRE entre os grupos. O Teste *post hoc* de Tukey mostrou que há diferenças entre os grupos de baixa e média frequência e baixa e alta frequência a encontros de natureza religiosa no CRE total, no CRE positivo, na razão CREN/CREP e nos fatores P6 (Ações em busca do outro institucional) e N1 (Reavaliação negativa de Deus). Já nos fatores P7 (Busca pessoal de conhecimento espiritual) e P8 (Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade), as diferenças se encontram entre os grupos de baixa e alta frequência.

Tabela 3: Média, desvio-padrão, análise da variância (ANOVA) e nível de significância dos valores de CRE, segundo as frequências alta, média e baixa a encontros de natureza religiosa

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

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

A análise de conteúdo (Bardin, 1977) das respostas obtidas através da questão aberta "Para você, o que ou quem é Deus?" permitiu a nomeação de oito categorias. Essas foram inseridas no banco de dados a fim de que as participantes fossem classificadas conforme a existência ou não de cada percepção sobre Deus para posterior agrupamento e comparação. A Tabela 4 ilustra as categorias encontradas.



Tabela 4: Descrição das categorias, número de respostas por categorias e percentagem (N=155)

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

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

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

Outra diferença significativa na razão CREN/CREP [ $t(52,1)=2,280, p<0,05$ ] foi encontrada na categoria Condição de existência/sobrevivência. As mulheres que apresentaram essa percepção de Deus também obtiveram índices menores na razão CREN/CREP (M=0,48, DP=0,13) quando comparadas àquelas que não tinham essa percepção (M=0,58, DP=0,24). Além disso, uma diferença significativa no fator N4 (Insatisfação com o outro institucional) [ $t(68,2)=2,359, p<0,05$ ] foi encontrada nessa categoria. As mulheres que apresentaram essa percepção de Deus obtiveram índices menores (M=1,16, DP=0,32), quando comparadas àquelas que não tinham essa percepção (M=1,45, DP=0,76). Nessa categoria as respostas referentes ao fator P8 não apresentaram distribuição normal, verificada através do Teste de Kolmogorov Smirnov. O Teste de Mann-Whitney mostrou diferenças significativas (U=364,500,  $p<0,05$ ) entre as mulheres que tinham essa percepção de Deus (Mean Rank=54,25) quando comparadas aquelas que não tinham (Mean Rank=38,61).

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

## Discussão

O objetivo do presente estudo foi o de investigar as relações entre os estilos de CRE e as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas de mulheres com câncer de

mama. Além disso, o estudo se propôs a conhecer a percepção subjetiva sobre quem é Deus para essas mulheres para, então, compará-las aos estilos de CRE. Os resultados mostraram não haver associações significativas entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o CRE total e positivo, ao passo que o nível de escolaridade apresentou uma associação significativa com o fator N3 (Reavaliação negativa do significado) da dimensão CRE negativo. Esse resultado indica que a doença é compreendida em decorrência de algo malévolo ou como uma punição pessoal (Panzini, 2004) quanto menos anos de estudo as mulheres possuem. Tal entendimento pode indicar que as mulheres menos instruídas, com menos capacidade simbólica, veem a Deus e ao Mal como figuras bastante concretas, capazes de julgar, controlar e interferir em suas vidas, podendo, inclusive, causar uma doença. Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber e Murken (2006) já haviam identificado essa correlação entre *coping* religioso espiritual negativo e escolaridade. Essa compreensão pode implicar em sentimentos de culpa e de menos valia, o que pode impossibilitar o reconhecimento da doença como algo decorrente de outros fatores, tais como genética e estilo de vida. A postura passiva, que coloca no outro a responsabilidade pelo surgimento da doença, sendo esta vista como um castigo, gera angústia e um impacto potencialmente negativo na resposta ao tratamento (Koenig, 2007), que pode levar a desresponsabilização pelos cuidados de saúde. Assim, percebe-se o quanto estratégias de CRE negativo podem dificultar o processo de tratamento e, inclusive, causar prejuízos à saúde mental e ao processo de adaptação à doença em longo prazo (Gall, Younger, Charbonneau, & Florack, 2009; Janiszewska et al., 2008; Veit & Castro, 2013), reforçando a importância da atenção aos aspectos negativos do CRE pelos profissionais da saúde (Hebert, Zdaniuk, Schulz, & Scheier, 2009). Somado a isso está a associação marginalmente significativa encontrada entre a escolaridade e a razão CREN/CREP, que revela um menor uso do CRE positivo em relação ao CRE negativo em mulheres menos instruídas. Algumas pesquisas (Gall et al., 2009; Hebert et al., 2009; Schreiber, 2011) não têm mencionado a busca de associações entre variáveis sociodemográficas e CRE. Os resultados encontrados neste estudo contrastam com os do estudo brasileiro de Macieira (2007), em que nenhuma associação significativa foi encontrada entre a escolaridade e o CRE. Contudo, a amostra de Macieira era de apenas 30 mulheres.

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

(Panzini, 2004) dentre as participantes do estudo, sugerindo boas relações entre essas e suas comunidades religiosas.

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

Os resultados também revelaram maiores índices de CRE total e positivo dentre as mulheres com alta e média frequência a encontros de natureza religiosa, parecendo sinalizar os efeitos benéficos de um envolvimento religioso. De fato, em muitas circunstâncias, a comunidade religiosa desempenha uma função de apoio e de amparo (Feher & Maly, 1999), auxiliando as pessoas no manejo de situações estressantes através de palavras e de ações. Além disso, os fatores P6 (Ações em busca do outro institucional) e P7 (Busca pessoal de conhecimento espiritual) apresentaram diferenças extremamente significativas entre os grupos, indicando que a aproximação das mulheres com locais, membros ou representantes religiosos pode auxiliar no entendimento da doença, seja através do incremento da prática religiosa e/ou do acréscimo do conhecimento religioso/espiritual. Tal conhecimento é comumente oferecido pelas instituições religiosas, sendo compartilhado através da leitura, pregação e discussão de trechos de livros sagrados, podendo repercutir ou não em um processo de meditação/reflexão pessoal. Ademais, encontra-se uma diferença significativa entre as mulheres com alta e baixa frequência a encontros de natureza religiosa no fator P8 (Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade), que abarca as estratégias em que o indivíduo procura alívio temporário para o estresse vivenciado nos aspectos religiosos e espirituais, facilmente compreendido entre mulheres com alta frequência a encontros de natureza religiosa. Conforme Panzini (2004), a estratégia de afastamento difere da esquiva, uma vez que a pessoa não nega o problema, mas altera o foco de sua atenção por um período de tempo, não sendo, portanto, caracterizada como uma estratégia prejudicial.

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

A percepção subjetiva das mulheres sobre quem é Deus permitiu a identificação de oito categorias compostas, exclusivamente, por atributos positivos. As mulheres que percebiam Deus como Presença ou Condição de existência/sobrevivência apresentaram médias inferiores na razão CREN/CREP, revelando um maior uso de CRE positivo em relação ao CRE negativo. Além disso, aquelas que percebiam Deus como

Condição de existência/sobrevivência apresentaram médias superiores no fator P8 (Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade). O fato de ver Deus como uma condição de vida poderia explicar a aproximação das mulheres com as instituições religiosas, visto que a participação em rituais é, por vezes, compreendida como uma condição para se alcançar algo. Da mesma forma, a busca por essas manifestações formais das religiões poderia ser vista como um modo de alimentar a fé, garantindo-se a vida. Somado a isso, o maior uso da estratégia de afastamento do problema através de questões religiosas/espirituais pelas mulheres com essa percepção poderia estar relacionada à incerteza de cura que acompanha um diagnóstico de câncer de mama. A crença de que Deus é Condição de sobrevivência/existência poderia facilitar o afastamento temporário de pensamentos ligados à doença, uma vez que Ele poderia ser visto como alguém capaz de prover a vida, mesmo sob a severidade da doença. Destaca-se que as mulheres que não relataram ter a percepção de que Deus é Condição de existência/sobrevivência ou um(a) Ser/força/poder superior apresentaram médias significativamente maiores no fator N4 (Insatisfação com o outro institucional). Tal resultado pode indicar que as mulheres que não realizam um enaltecimento de Deus apresentam mais conflitos e sentimentos de insatisfação com os membros/representantes de suas instituições religiosas e com suas crenças, talvez, por permitirem que desavenças e dificuldades geradas entre os membros de sua igreja se sobreponham a sua fé.

### **Considerações Finais**

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

Esta pesquisa revela-se inédita no Brasil, um país comumente considerado como católico. Tendo em vista a diversidade de crenças e a inserção, cada vez maior, de novas instituições religiosas em nosso território, acredita-se que este estudo possa servir como pioneiro para outras pesquisas que versem sobre a importância do *coping* religioso/espiritual para a saúde, alertando para a necessidade de uma maior compreensão desse fenômeno.

Os resultados aqui apresentados não são passíveis de generalização devido à seleção da amostra ter sido por conveniência. Somado a isso, o delineamento *ex post facto* e a não delimitação de um tempo máximo do diagnóstico - apenas mínimo, de um mês - para a seleção das participantes acarretaram em uma grande diferença quanto ao tempo da experiência da doença, variando de quatro meses a 16 anos. Outra limitação foi a investigação da percepção subjetiva de Deus através de uma questão aberta e não por um instrumento. Talvez as participantes não tenham mencionado nenhuma característica negativa de Deus em virtude da desejabilidade social, ou seja, não seria conveniente dar a Deus características negativas, seja porque não acreditam que isso exista seja por medo de alguma punição divina.

O aumento de mulheres diagnosticadas com essa enfermidade sugere que novos estudos investiguem o papel do CRE na adaptação psicológica e no processo de diagnóstico, tratamento e recuperação de mulheres com câncer de mama. Futuros estudos poderiam explorar a diversidade de crenças e de aspectos culturais em nosso país, acompanhando longitudinalmente as variações do CRE conforme a evolução do tratamento e recuperação das mulheres. Além disso, seria interessante que, além de incluir a religião e a espiritualidade no tratamento e nas pesquisas, profissionais e pesquisadores distinguissem esses dois constructos, já que os mesmos podem afetar a adaptação psicológica e as respostas ao estresse de diferentes formas (Purnell, Andersen, & Wilmot, 2009).

Por fim, enfatiza-se a necessidade de políticas públicas mais efetivas, que amenizem o sofrimento de mulheres mastectomizadas. O fato da maioria das participantes não haver realizado a cirurgia plástica reconstrutiva da mama revela a urgência de uma maior frequência e brevidade desse procedimento, já que a demora pode agravar ainda mais os prejuízos para a autoimagem e o sofrimento.

## Referências

- Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Faria, J. B. de, & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Faria, J. B. de, & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 11(1), 155-164.
- Feher, S., & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Ferreira, C. B., Almeida, A. M. de, & Rasesa, E. F. (2008). Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 863-871.
- Gall, T. L., Younger, M. G., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1165-1178.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545.
- Janiszewska, J., Buss, T., Walden-Gałusko, K. de, Majkiewicz, M., Lichodziejewska-Niemierko, M., & Modlińska, A. (2008). The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stages. *Support Care Cancer*, 16, 1361-1366.
- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what*. West Conshohocken: Templeton Foundation Press.

Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Nova Iorque: Oxford University Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Macieira, R. de C. (2007). Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama em mulheres. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, Universidade de Santo Amaro, 62pp.

Montero, I., & Leon, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

Panzini, R. G. (2004). Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 238pp.

Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516.

Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 126-135.

Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Nova Iorque: Guilford Press.

Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for Scientific Study of Religion*, 27(1), 94-104.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.

Pargament, K. I., Magyar-Russel, G. M., & Murray-Swank, N. A. (2005). The sacred and the search for significance: Religion as a unique process. *Journal of Social Issues*, 61(4), 665-687.

Purnell, J. Q., Andersen, B. L., & Wilmot, J. P. (2009). Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Counseling and Values*, 53(3), 165.

Schreiber, J. (2011). Image of God: Effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 293-301.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde* (1a ed., R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 20(7), 771-782.

Veit, C. M., & Castro, E. K. de (2013). Coping religioso/spiritual e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 1-22.

Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber J., & Murken, S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 533–547.

Submetido em: 02/10/2012

Revisto em: 14/11/2013

Aceito em: 16/11/2013

**Endereços para correspondência:**

Carina Maria Veit  
carinamaria.veit@gmail.com

Elisa Kern de Castro  
elisa.kerndecastro@gmail.com

1 Pertencimento, devoção, fé, confiança, entrega.

2 Cura, força, auxílio, perdão.

3 Criador, Salvador, Pai, Espírito, Jeová.

4 Criança, ar, flor, natureza, amor.

i Apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

I. Mestre. Pós-Graduação em Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo. Estado do Rio Grande do Sul. Brasil.

II. Docente. Pós-Graduação em Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo. Estado do Rio Grande do Sul. Brasil.