

# Coping Religioso/Espiritual Positivo em Mulheres com Câncer de Mama: Um Estudo Qualitativo

Carina Maria Veit  
Elisa Kern de Castro

Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
São Leopoldo, RS, Brasil

## RESUMO

Objetivou-se compreender, em mulheres com câncer de mama com altos índices de *coping* religioso/espiritual positivo, o lugar que a religiosidade/espiritualidade ocupa em suas vidas, as formas de *coping* utilizadas durante o diagnóstico e tratamento e as possíveis mudanças ocorridas durante a doença. Sete mulheres vinculadas a dois grupos de apoio participaram de dois grupos focais. A idade média foi de 51,5 anos (DP=7,2) e as pacientes haviam recebido o diagnóstico de câncer de mama, em média, há 43,4 meses (DP=14,6). Os resultados revelaram a presença de uma relação positiva com Deus, capaz de mobilizar força, esperança e conforto. Mudanças na personalidade das participantes foram mencionadas, decorrentes de um processo de reflexão quando do diagnóstico. Os resultados reafirmam a necessidade de uma abordagem na qual os profissionais da saúde contemplem as crenças religiosas/espirituais das pacientes, visando o estímulo das estratégias de *coping* positivas e a reavaliação daquelas negativas.

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

## ABSTRACT

*Positive Religious/Spiritual Coping in Women with Breast Cancer: A Qualitative Study*

The aim in this research was to understand the place that religiousness/spirituality has in the lives of female breast cancer patients with high rates of positive religious/spiritual coping, the coping styles used during diagnosis and treatment, and possible changes occurred during the illness. Seven women linked to two support groups participated in two focal groups. The average age was 51.5 years (SD=7.2) and the patients had received their breast cancer diagnosis, on average, 43.4 months earlier (SD=14.6). The results revealed a positive relationship with God, which was capable of fostering strength, hope and comfort. Personality changes in the participants were mentioned, which were a result of a reflection process at the time of the diagnosis. Results reaffirm the need for of an approach in which healthcare professionals embrace the religious/spiritual beliefs of the patients, aiming to encourage positive coping strategies and the reevaluation of the negative ones.

**Keywords:** Religious/spiritual coping; Breast neoplasia; Spirituality; Religion.

## RESUMEN

*Afrontamiento Religioso/Espiritual Positivo en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Estudio Cualitativo*

El objetivo del estudio fue comprender, en mujeres con cáncer de mama con altos niveles de afrontamiento religioso/espiritual positivo, el lugar que la religiosidad/espiritualidad tiene en sus vidas, las formas de afrontamiento utilizadas durante el diagnóstico y tratamiento y los posibles cambios ocurridos durante la enfermedad. Siete mujeres participantes de dos grupos de apoyo hicieron parte de dos grupos focales. La edad media fue de 51,5 años (DP=7,2) y las pacientes habían recibido el diagnóstico de cáncer de mama, en media, desde hace 43,4 meses (DP=14,16). Los resultados mostraron la presencia de una relación positiva con Dios, capaz de generar fuerza, esperanza y confort. Cambios en la personalidad de las participantes fueron mencionadas, ocurridas a partir de un proceso de reflexión en el momento del diagnóstico. Los resultados confirman la necesidad de un abordaje en el cual el personal sanitario valore las creencias religiosas/espirituales de los pacientes para estimular el uso de estrategias de afrontamiento positivas y la reevaluación de las negativas.

**Palabras clave:** Afrontamiento religioso/espiritual; Cáncer de mama; Espiritualidad; Religión.

## INTRODUÇÃO

A forma como as pessoas lidam com as situações estressantes da vida resulta na utilização de estratégias cognitivas e comportamentais. Tal processo é chamado de *coping* (Lazarus e Folkman, 1984) e tem por objetivo a preservação da saúde mental e física dos sujeitos perante as adversidades (Antoniazzi et al., 1998). São muitas as pesquisas desenvolvidas nas áreas de estresse e *coping* nos últimos 30 anos, contudo, apenas recentemente os pesquisadores voltaram sua atenção para o recurso potencial da religião e da espiritualidade em indivíduos que lidam com eventos estressantes da vida (Gall e Cornblat, 2002).

George, Larson, Koenig e McCullough (2000) destacam que a espiritualidade, quando separada da religiosidade, não apresenta uma história substancial na pesquisa científica. Contudo, afirmam que, apesar dessa negligência por parte dos pesquisadores, as pessoas frequentemente relatam que suas crenças espirituais são suas principais fontes de forças pessoais. Para eles, diferenciar religião e espiritualidade pode ser algo complexo uma vez que, além do entrelaçamento histórico dos dois conceitos, são poucas as pesquisas que separam essas duas dimensões.

No entanto, é possível observar similaridades e diferenças entre esses termos. Ambos os construtos apresentam foco no divino, crenças no sagrado, efeitos dessas crenças no comportamento e experiências de estados de consciência, podendo ser cultivadas de forma individual ou coletiva (George et al., 2000; Marques, 2010). O que os distingue é o fato de a religião estar relacionada a uma determinada instituição, a dogmas e rituais pré-estabelecidos, sendo mais rígida e ortodoxa, enquanto que a espiritualidade, de modo informal e criativo, está associada a uma busca de sentido para a vida, a um processo interior, que pode ou não conter uma busca religiosa (Cavalheiro, 2010).

Pargament (1997) apresenta a definição de *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. Conforme Panzini (2004), a distinção entre os termos religião e espiritualidade iniciou apenas em 1997, razão pela qual em textos anteriores encontra-se o termo “*coping* religioso” e não “*coping* religioso/espiritual”. A autora complementa ainda que Pargament, autor da RCOPE Scale, utilizou também o termo “religious/spiritual *coping*” em publicações posteriores, razão pela qual ao traduzir essa escala nomeou-a de Escala de *Coping* Religioso-Espiritual.

Pesquisas internacionais que utilizaram delineamento qualitativo (Feher e Maly, 1999; Gall e Cornblat,

2002; Taleghani, Yekta, e Nasrabadi, 2006), assim como pesquisas nacionais (Caetano, Grandim e Santos, 2009; Ferreira, Almeida e Rasera, 2008), têm buscado compreender como as mulheres lidam com o diagnóstico do câncer de mama e seu consequente tratamento. Essas, por sua vez, têm apresentado o papel da religiosidade/espiritualidade no processo de *coping*, destacando o quanto a crença em um poder superior (comumente referido como Deus) possibilita sentimentos de conforto e esperança face ao sofrimento. Além disso, estudos quantitativos têm confirmado o potencial recurso da fé no processo de adaptação à doença (Levine, Aviv, Yoo, Ewing e Au, 2009; Paiva et al., 2011; Schreiber, 2011).

Nos Estados Unidos, Feher e Maly (1999) examinaram as estratégias de *coping* religioso/espiritual de 33 mulheres com câncer de mama. As autoras identificaram que as entrevistadas perceberam sentido nas suas vidas a partir da vivência da religião e da espiritualidade, além de suporte emocional e social. Para algumas, a prece ajudava a diminuir a ansiedade quando era direcionada aos outros, sendo também feita na intenção de seus médicos e de suas atividades. As autoras concluíram que, embora a fé não fosse o único mecanismo de *coping* das mulheres em relação ao câncer, ficou clara sua força e sua eficácia.

Resultados semelhantes, apontando para os aspectos positivos da religiosidade/espiritualidade como estratégia de *coping* também foram encontrados nos estudos de Gall e Cornblat (2002) e Taleghani et al. (2006). Gall e Cornblat (2002) analisaram os textos produzidos por 39 mulheres canadenses, que discutiram sobre como os fatores religiosos/espirituais influenciaram sua compreensão e ajudaram a lidar com o câncer de mama. Conforme os autores, a maioria das participantes pontuou os aspectos positivos dos recursos religiosos/espirituais utilizados. A partir disso, os autores desenvolveram um modelo de adaptação cognitivo, através do qual foi ilustrado o papel exercido pelos recursos religiosos/espirituais na elaboração de um senso de afirmação da vida e de crescimento pessoal/transformação, que, por conseguinte, oportunizam uma sensação de maior força interior e confiança para lidar com os demais problemas da vida. Taleghani et al. (2006), por sua vez, entrevistaram 19 mulheres iranianas recentemente diagnosticadas com câncer de mama e concluíram que a maioria das estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres eram positivas, sendo a fé religiosa a principal delas.

No Brasil, Caetano et al. (2009) identificaram a presença do desespero em 15 mulheres quando do diagnóstico do câncer de mama, estando esse associado a temores em relação à morte e ao cuidado do lar e

dos filhos. A falta de informações sobre a doença foi indicativa de incertezas quanto ao futuro, sendo a esperança no avanço da Medicina e a confiança em Deus formas de encará-las. A fé em Deus foi a principal estratégia de *coping* utilizada, manifestando-se, inclusive, nas mulheres que relacionavam suas expectativas de cura ao avanço da medicina. A busca por auxílio divino foi igualmente pontuada por Ferreira et al. (2008), em um estudo desenvolvido com sete casais que vivenciaram o câncer de mama feminino. A associação da doença com significados negativos, tais como sofrimento e morte, afastaram a esperança dos casais de continuidade da vida, implicando em uma sensação de fragilidade, que culminou na busca por forças através de Deus.

O presente estudo está baseado na Psicologia Positiva, que apresenta como principal objetivo a mudança de foco da doença para o florescimento (*flourishing*) humano e/ou funcionamento ideal de pessoas, grupos e instituições (Gable e Haidt, 2005; Seligman e Csikszentmihalyi, 2000). A Psicologia Positiva encontra-se em um momento de solidificação no âmbito da ciência psicológica, no qual psicólogos e pesquisadores têm se preocupado em estudar formas de fortalecer competências e não mais de corrigir deficiências, rompendo com um paradigma histórico da Psicologia (Paludo e Koller, 2006). Destaca-se que o intuito da Psicologia Positiva não é o de sair de um extremo para o outro, adotando uma visão romântica do ser humano, mas sim o de reconhecer as potencialidades inerentes à natureza humana, bem como suas formas de operação (Marques, 2010). Por fim, cabe pontuar que a Psicologia Positiva é uma abordagem transteórica, que pode ser aceita em pequenas ou maiores proporções por qualquer pessoa, sem ter por interesse as desagradáveis disputas territoriais entre os profissionais de diferentes orientações teóricas (Biswas-Diener e Dean, 2007).

Diante do exposto, entende-se que investigar os aspectos positivos do *coping* religioso/espiritual é uma forma de contribuir com o avanço científico desta nova perspectiva psicológica, fornecendo subsídios sobre a parte saudável do desenvolvimento humano que, por muito tempo, não foi contemplada. Assim, o presente estudo visa compreender, a partir da experiência de vida e do processo de adoecimento de mulheres com câncer de mama que apresentam índices elevados de *coping* religioso/espiritual positivo, o lugar que a religiosidade/espiritualidade ocupa em suas vidas, as formas de *coping* utilizadas durante o período do diagnóstico e tratamento e as possíveis mudanças ocorridas durante a experiência da doença.

## MÉTODOS

### Delineamento

Transversal, qualitativo e exploratório (Flick, 2004).

### Participantes

Sete mulheres com câncer de mama, oriundas de um estudo maior (Veit, 2012) que avaliou os estilos de *coping* religioso/espiritual em 83 participantes. A partir dos resultados do estudo maior, foram selecionadas as 15 mulheres que obtiveram o índice de *coping* religioso/espiritual positivo acima do desvio-padrão, verificado a partir da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE) de Panzini e Bandeira (2005). A média de CRE positivo na amostra do estudo maior foi de 3,52 (DP=0,56), e as participantes deste estudo apresentaram médias que variaram de 4,12 a 4,56. Das 15 mulheres convidadas, sete aceitaram o convite para participação. Todas as participantes estavam vinculadas a dois grupos de apoio a pacientes com câncer, localizados na Região Metropolitana de Porto Alegre – RS. Possuíam, em média, 51,5 anos (DP=7,2) e haviam recebido o diagnóstico, em média, há 43,4 meses (DP=14,6). Todas declararam ter atividade privativa de oração diariamente e cinco afirmaram frequentar semanalmente locais de oração. A Tabela 1 apresenta as principais características das participantes.

### Instrumentos

Foram organizados dois grupos focais. No primeiro, três mulheres participaram e no segundo cinco, ocorrendo a participação de uma das mulheres em ambos os grupos. Para a realização do grupo focal foram seguidas as orientações indicadas por Gatti (2005) de homogeneidade entre as participantes; formação de círculo; breve autoapresentação da coordenadora e das observadoras do grupo e dos objetivos do encontro, existindo flexibilidade e um mínimo de intervenção por parte dos pesquisadores durante os grupos; duração de não mais do que três horas, e frequência de um a dois encontros para se obter material para uma boa análise. O grupo foi conduzido por uma psicóloga. Duas auxiliares de pesquisa também participaram dos grupos e ficaram responsáveis pela observação, registro de impressões e verificação do funcionamento dos três gravadores de voz e filmadora. As verbalizações foram transcritas e analisadas.

### Procedimentos éticos e de coleta de dados

O convite para participação foi realizado através de ligações telefônicas. Para a realização do primeiro grupo, foi possível contatar 12 mulheres; três compareceram.

TABELA 1  
Características sociodemográficas e clínicas das participantes\* (N=7)

Participantes	Margarida	Tulipa	Gérbera	Violeta	Hortênsia	Rosa	Orquídea
Estado civil	casada	divorciada	divorciada	casada	casada	casada	casada
Número de filhos	1	3	2	2	5	2	4
Anos de estudo	5	5	11	10	3	3	7
Renda familiar	2 a 3 s/m**	2 a 3 s/m	1 a 1½ s/m	1 a 1½ s/m	1 a 1½ s/m	1 a 1½ s/m	1 a 1½ s/m
Religião	Adventista	Batista	Católica	Católica	Testemunha de Jeová	Católica	Católica
Tempo de diagnóstico e de mastectomia	35 e 26 meses	39 e 31 meses	63 e 56 meses	35 e 32 meses	35 e 29 meses	66 e 60 meses	31 e 28 meses
Nº de sessões de quimioterapia e radioterapia	8 e 35	8 e 38	Não fez	0 e 35	0 e 33	0 e 33	6 e 0
Hormonoterapia	sim	sim	não	não	sim	sim	não
CRE Positivo	4,56	4,56	4,50	4,39	4,30	4,26	4,12

\* Os nomes das participantes foram substituídos por nomes de flores, para garantir a preservação de suas identidades.

\*\* Salários mínimos.

Para o segundo, foi possível convidar 14 mulheres, mas somente cinco estiveram presentes, considerando que uma delas já era integrante do primeiro grupo focal. Os grupos ocorreram em setembro de 2011, numa instituição de apoio a pacientes com câncer. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram entregues, solicitando-se às participantes que os assinassem em duas vias.

Nos dois grupos focais, a equipe se apresentou e explicou os objetivos do encontro. Em seguida, as participantes se apresentaram, e a pesquisadora lançou questões sobre o impacto e o enfrentamento do câncer de mama, e o papel da religiosidade/espiritualidade nesse processo. O primeiro encontro teve duração de 53 minutos e o segundo de duas horas. Apesar do roteiro de entrevista ser o mesmo, atribui-se a maior duração do segundo grupo focal à participação de mais duas mulheres que tiveram participação ativa nas discussões sobre a sua própria religião. Nesse sentido, a discussão ampliou-se para diferentes temas que não estavam no roteiro previamente planejado, e que não foram analisados neste trabalho por desviarem do foco do estudo. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e obteve aprovação de número 193/2010.

### Análise dos dados

Foi realizada análise de conteúdo das verbalizações (Bardin, 1977). Primeiramente, três pesquisadoras realizaram leituras exaustivas do material, o que

permitiu a identificação de unidades temáticas. As unidades foram agrupadas, possibilitando a nomeação dos eixos temáticos e das categorias. Em casos de discrepância da análise do material, houve discussão sobre o conteúdo e chegou-se à nomeação através de consenso.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados revelou três eixos temáticos que deram origem a várias categorias, como pode ser observado na Tabela 2. A seguir, as categorias serão exemplificadas com as falas das participantes e discutidas à luz da teoria.

TABELA 2  
Descrição dos Eixos Temáticos e das Categorias

Eixos temáticos	Categorias
Lugar da religiosidade/espiritualidade na vida	– Lugar de Deus nas suas vidas – Origem/significado da doença – Evangelização como missão – Vida familiar
Formas de <i>coping</i>	– Negação – Apoio Social – <i>Coping</i> religioso/espiritual: atividade × passividade
Mudanças após a doença	– Ausência de mudança – Positivas – Negativas

## Lugar da religiosidade/espiritualidade na vida

Ao serem questionadas sobre o lugar que a religiosidade/espiritualidade ocupa na vida, as participantes discorreram sobre diferentes imagens acerca de Deus. Tais percepções apresentaram uma imagem positiva como pode ser observado nas seguintes falas: “Deus é a luz” (Gérbera); “Deus é fiel” (Rosa); “Deus é justo” (Margarida). Além disso, as participantes destacaram o poder superior de Deus, capaz de controlar o tempo e os acontecimentos, de realizar coisas além da nossa capacidade de compreensão e de proporcionar situações para que as pessoas possam perceber como estão agindo e decidam mudar. Tal situação foi sinalizada por Orquídea, que contou que no dia de sua mastectomia encontrou uma “mulher sem o braço, toda pintada, toda bem arrumada, feliz da vida” e que esse encontro permitiu a seguinte reflexão: “Meu Deus do Céu, eu vou tirar só o seio, que está por dentro, eu coloco uma blusa. Deus vai me ajudar, eu vou conseguir vencer isso”. Esse acontecimento foi entendido por Orquídea como uma manifestação de Deus, como um momento proporcionado por Ele para que ela fosse para a cirurgia pensando sob uma perspectiva diferente: “Bah, foi tão bom ver aquela pessoa, parece que Deus me mostrou ela. [...] Ele permitiu eu ver”. Rosa também pontua esse cuidado de Deus, de preparar as situações e as apresentar no momento certo. Para ela, a cura do vício do alcoolismo de seu filho, antes do surgimento do câncer de mama, foi algo proporcionado por Deus: “se [o câncer de mama] fosse naquela época que ele bebia, talvez eu não ia conseguir nem ter superado o meu problema”. Diferentemente, Tulipa, ao longo de suas verbalizações, descreve um Deus permeado por ambiguidades, capaz de dar a vida e a morte (“Se Deus quer, nós temos vida e se Ele não quer, pode ser no meio do recurso, Ele tira a nossa vida”), a saúde e a doença (“Se Ele colocou a enfermidade em mim, Ele tem poder para tirar”), o amor e a dificuldade (“Deus, Ele [põe à] prova aquele que Ele ama”) e de ser misericordioso e punitivo (“Ele é amor, mas é justiça também. Ele também vai me punir se eu não fizer a vontade Dele, da forma como Ele quer”).

A compreensão do surgimento do câncer de mama revelou estar associada a questões religiosas/espirituais. Tulipa, novamente, apresenta-se imersa em uma posição de ambiguidade, já que questiona se a doença foi enviada por Deus ou Satanás, denotando quão tênue pode ser a linha que separa essas duas figuras: “Se foi Ele que está tocando em mim, agindo na minha vida, eu aceito. Agora, se é Satanás, eu não aceito na minha vida”. Entretanto, é possível

observar em suas verbalizações seguintes, que essa aceita a doença por acreditar que foi Deus quem a enviou, tendo a certeza de que Ele estaria ao seu lado, amparando-a nesse momento. Tal pensamento reflete faces opostas deste mesmo Deus, que dá a prova e, ao mesmo tempo, a ajuda, o que pode indicar a existência de um conflito religioso/espiritual: “... [a profetisa disse que] era o Senhor mesmo que estava agindo e tocando em mim. Que Ele tinha uma obra muito grande comigo, mas que Ele precisava me provar e ia colocar numa fornalha muito grande. Mas nessa fornalha eu não ia entrar sozinha, Ele iria entrar comigo”. Conflitos de ordem religiosa/espiritual foram encontrados na maioria das participantes do estudo de Taleghani et al. (2006), existindo a visão de que a doença era uma prova enviada por Deus e que deveria ser passada com orgulho. Entretanto, Koffman, Morgan, Edmonds, Speck e Higginson (2008) apontaram que, ainda que poucos dos participantes de sua pesquisa tenham tido essa visão, reduzindo sua responsabilidade pessoal pelo surgimento da doença, essa atitude não foi considerada uma resposta passiva à doença ou de conflito religioso/espiritual, já que essa visão estaria incorporada a certeza de que é Deus quem controla e decide a vida. No caso de Tulipa, percebe-se a existência dessas duas visões, sendo o câncer de mama compreendido como uma prova que, com o auxílio de Deus, pode ser passada e vencida, já que é Ele quem possui o controle das situações.

Sob uma óptica mais positiva, Rosa relata uma intencionalidade de Deus ao permitir o desenvolvimento da doença, atribuindo à experiência do câncer de mama um sentido/significado maior, para além da enfermidade. Tal compreensão é fundamentada no entendimento de que as dificuldades nos trazem ensinamentos e nos permitem a reavaliação de aspectos não antes considerados, existindo uma razão da doença em sua vida: “... se Deus colocou aquilo [câncer de mama] ali, é porque Ele tem um plano com a gente”. A perspectiva de que Deus tem um plano para cada ser humano e que tudo acontece com algum propósito, parece auxiliar na construção de um sentido para a doença (Feher e Maly, 1999), elevando o grau de controle da situação e o senso de esperança, apesar de todos os desafios que surgem quando do diagnóstico de câncer de mama (Swinton, Bain, Ingram, e Heys, 2011). Destaca-se, também, que Rosa é a única que agradece a Deus pela doença (“... eu agradeço a Deus, que Deus me colocou isso [câncer de mama]”), estabelecendo uma clara e pertinente distinção entre Deus dar versus Deus permitir a doença: “Eu sei que não foi Ele [que deu a doença]. Só que Ele permitiu que acontecesse. [...] Deus não manda nada de ruim para nós. Deus é

bom!”. Essa permissão parece exprimir a ideia de que Deus, ao ter o poder para curar a doença e não o ter feito, consente que a enfermidade se manifeste a fim de favorecer o desenvolvimento pessoal, diferentemente de qualquer visão associada ao pecado, castigo ou punição. Tal visão punitiva é observada em Margarida quando diz que a doença “É consequência do pecado” e também por Tulipa, quando refere o aparecimento da doença em virtude de um sentimento de culpa: “Eu já sabia que eu tinha um câncer quando eu fui na doutora [...] Eu sabia da minha falha com Deus”. Em contrapartida, as demais participantes discordam desse entendimento, acreditando que o câncer de mama está associado a outros fatores, podendo ocorrer com qualquer pessoa.

Algumas participantes verbalizaram o quanto a religião está imbuída em suas atividades diárias. Violeta relata sentir-se bem em participar de um grupo de jovens de sua igreja, vendo como uma missão a tarefa de auxiliar os jovens a não entrar no universo nas drogas, como o seu filho fez um dia: “Já que meu filho caiu nas drogas e eu estava trabalhando e não pude ajudá-lo [...] Eu estou ajudando os outros”. De modo semelhante, Hortência pontua a importância de seu trabalho de evangelização, realizado diariamente, uma vez que se sente responsabilizada pela divulgação da Palavra de Deus: “... em Mateus 24,14 diz que a pregação do reino devia ser feita em toda terra habitada. Então, ia vir um fim né?! E qual é o fim que nós almejamos? Nós temos que fazer, né?!”. Tulipa também comentou sobre suas atividades ligadas à evangelização, desenvolvidas em áreas de periferia do município.

Por fim, encontra-se o papel da religião/espiritualidade na estruturação do ambiente familiar e na formação de laços de união: “... se tu não buscar um lar com Deus para tu ter, tu não vai ter um” (Violeta); “Deus quer uma mesa, uma família unida, sentada na mesa” (Tulipa). Somado a isso, destaca-se a importância da religião para o tratamento da dependência química do filho de Violeta: “... agora, faz quatro anos que ele está fora das drogas e virou evangélico. Então, ele mudou da água para o vinho”.

### FORMAS DE *COPING*

Duas mulheres apresentaram a negação da doença como forma de lidar com o estresse que o diagnóstico de câncer causa, evitando pensar e falar sobre sua enfermidade: “... eu não penso nessa palavra: câncer. Porque eu penso assim: se a gente viver pensando nessa palavra e comentando com os outros, se torna pior” (Margarida); “Eu acho que comigo está tudo

bem. Eu escondo um pouco” (Violeta). Hortência, em um primeiro momento, diz que não se preocupou com a doença, contudo, logo em seguida, conta que ficou assustada quando do diagnóstico, destacando o amparo de Deus nesse momento: “Nesse momento? É a fé em Deus! Somente Deus!”. Conforme Lazarus e Folkman (1984) a negação ou evitação no contexto de uma enfermidade é considerada ineficaz, porque o indivíduo falha em engajar estratégias de *coping* focadas no problema que podem diminuir os riscos e danos reais da doença. Contudo, segundo os autores, nenhuma estratégia de *coping* pode ser rotulada como boa ou ruim, devendo ser considerado o contexto em que essa se apresenta. Para tal, citam como exemplo as situações em que não há nada de construtivo que as pessoas possam fazer para superar uma ameaça ou que nenhuma ação direta é relevante. Nessas ocasiões, a negação pode apresentar um papel potencial para o alívio da angústia, sem alterar o funcionamento ou causar danos adicionais ao sujeito. As verbalizações das participantes parecem indicar que a negação da doença está relacionada à dificuldade de lidar com o estigma de morte que essa apresenta, bem como com o consequente preconceito que essa desperta: “Porque tem muito preconceito. [...] quando eu descobri que estava com câncer que eu falava para as outras pessoas, eu não pude mais nem fazer a coisa de grupo [grupo psicoterapêutico], que eu fazia. Tive que fazer psicóloga separada lá no CAPS. [...] As pessoas olham para mim: Mas como tu não morreu ainda?” (Violeta); “Fala em câncer, as pessoas já acham que vai morrer” (Margarida). O constrangimento por apresentar uma doença estigmatizante e o consequente afastamento de outras pessoas do convívio social também foram encontrados no estudo de Almeida, Mamede, Panobianco, Prado e Clapis (2001), evidenciando a existência de uma representação popular do câncer comumente associada à impossibilidade de cura e à morte. Conforme Gomes, Skaba e Vieira (2002), essa representação social do câncer, aliada à dor e à morte, implica, muitas vezes, em um atraso pela busca de ajuda, impossibilitando melhores prognósticos. Para tanto, os autores sugerem o investimento de uma promoção de saúde que possa desconstruir tais representações, no intuito de estimular uma visão da doença como passível de controle, capaz de ter um bom prognóstico quando detectada precocemente.

O apoio social se mostrou presente na vida de todas as mulheres, sendo reconhecida sua importância no processo de tratamento e recuperação da doença. O apoio por parte dos familiares, amigos e colegas de trabalho foi percebido pela maioria das participantes, à exceção de Violeta que relatou: “... nunca fui

procurada pela minha patroa, nunca fui procurada por amigos que eu tinha”. Contudo, essa afirmou que no grupo a que está vinculada encontrou esse cuidado: “... aqui no grupo, a gente sente a diferença. Porque o que acontece: tu sente assim, um abraço de uma amiga, um carinho”. De modo semelhante, Orquídea destacou o apoio emocional e instrumental (Lazarus e Folkman, 1984) proveniente do grupo, que além de propiciar um espaço para a expressão dos sentimentos, oferece o empréstimo de perucas, tocas: “... o grupo me dava peruca [...] esse grupo ajudou muito”. O mesmo apoio instrumental foi reconhecido pelas participantes no que concerne ao recebimento de passagens para a realização do tratamento em outras cidades, as quais são oferecidas por um dos grupos.

Um incentivo especial na batalha contra o câncer de mama foi a existência dos filhos das participantes: “Pelos nossos filhos nós lutemos [lutamos] para vencer” (Tulipa). De modo singular, Gérbera relatou sobre a importância que seu filho teve nessa luta, do quanto ele foi responsável por esse suporte, percebendo que a força dada por ele era enviada por Deus: “... eu sei que ele [filho] precisa de mim. Então eu pedi. Por ele. Eu pedi a minha vida por ele. Dali que eu tirei a força. [...] Eu senti a força de Deus através do meu filho”. A preocupação com a continuidade do cuidado dos filhos e a força desse elo foi igualmente pontuada no estudo de Caetano et al. (2009), no qual as participantes relataram o quanto o desvelo por seus familiares eram fatores impulsionadores na busca pela cura da doença. Da mesma forma, Taleghani et al. (2006) destacaram que a busca pela sobrevivência das mulheres com câncer de mama estava motivada, principalmente, por causa dos seus filhos. A perspectiva da ética do cuidado pode explicar essa especial motivação que os filhos geram em suas mães, uma vez que as mulheres tendem a assumir papéis de cuidadoras em suas relações íntimas, apresentando uma parcela desproporcional nas responsabilidades para manter a organização da família bem como nos cuidados prestados (Baider e Bengel, 2001). Conforme Landmark e Wahl (2002), o apoio recebido por filhos e cônjuges parece melhorar a disposição das mulheres na luta contra o câncer de mama, fortalecendo a autoestima e a crença de que, apesar da doença, elas não estão morrendo.

O apoio social esteve, ainda, relacionado às instituições religiosas das quais as participantes estavam vinculadas, sendo essas confortadas tanto por membros da sua igreja quanto por suas crenças e consequentes participações em rituais: “... a igreja me ajudou muito, me ajudaram muito em oração, campanha e mais campanha para eu ser vitoriosa” (Tulipa); “... o pessoal da igreja me visita, eles cantam comigo, eles

oram, leem um verso bíblico comigo, me confortam” (Margarida); “Também vou muito na missa, graças a Deus, isso eu não desgrudo nunca, né?! Eu vou no grupo de oração sempre” (Rosa). No estudo de Feher e Maly (1999), o suporte social foi reconhecido tanto nas atividades vinculadas à igreja, quanto em aspectos não-personificados, como, por exemplo, o fato de sentir-se parte de uma comunidade, através da mesma fé. De fato, percebe-se que, por muitas vezes, os membros de uma mesma comunidade acabam por estabelecer relações de amizade e companheirismo, mostrando-se bastante solícitos nos momentos de sofrimento.

As participantes apresentaram, de um modo geral, uma postura ativa em relação à busca pelo tratamento de sua doença, sentindo-se fortalecidas e amparadas através da fé em Deus. É possível encontrar nas verbalizações a presença do estilo de *coping* religioso/espiritual colaborativo, cuja característica principal se assenta na parceria que o indivíduo estabelece com Deus, existindo corresponsabilidade entre ambos na resolução dos problemas (Pargament, Kennell, Hathaway, Grevengood, Newman e Jones, 1988): “Deus vai me ajudar, eu vou conseguir vencer isso” (Orquídea); “Porque daí Deus vai te dar a tua força, pra ti te erguer” (Gérbera); “Meu Deus, me ajude que eu suporte essa dor [câncer no pulmão]” (Margarida). Essa atitude de compartilhamento das responsabilidades foi igualmente encontrada no estudo de Gall e Cornblat (2002), no qual a busca das mulheres pelo apoio em Deus não apresentava por objetivo específico a solicitação por um milagre, mas por conforto, sendo Deus referido como alguém capaz de oferecer zelo diante das dificuldades. O relacionamento com Deus foi visto, inclusive, como uma fonte de apoio emocional primária, sendo recorrido, até mesmo, por mulheres que apresentavam um menor cultivo dessa relação. Tal diálogo com Deus tinha por intuito a obtenção de respostas e de paz, o que acabava por diminuir emoções negativas como raiva, tristeza e ansiedade. Da mesma forma, Swinton et al. (2011) salientaram que Deus se tornou um poderoso parceiro de diálogo para as mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama, as quais se voltaram a Ele em tempos de necessidade. Duas participantes reforçaram o quanto o auxílio divino é fundamental durante o tratamento, comentando sobre sua percepção de que a adaptação da doença se torna mais difícil entre as mulheres que não têm uma fé em um poder superior: “... se não tem Deus no coração, a pessoa ou se mata ou não faz o tratamento” (Violeta) e “Tem umas que não tem aquela fé; acho que elas ficam mais desesperadas” (Orquídea).

Diferentemente, Tulipa parece apresentar uma postura passiva, indicando a existência do estilo

de *coping* religioso/espiritual delegante (*deferring*) (Pargament et al., 1988), em que o indivíduo espera que Deus resolva seus problemas, outorgando-lhe responsabilidade: “E nós temos que ceder, porque Deus é o maior. [...] Ele manda e desmanda. Ele faz e acontece nas nossas vidas. Nós temos que se humilhar, não adianta”. Essa postura passiva é somada ainda ao não cumprimento das recomendações médicas, uma vez que Tulipa não utilizou o dreno após a cirurgia, o que quase resultou em uma infecção generalizada. Ao consultar o médico e descobrir que teria que ser novamente operada e sem anestesia, Tulipa diz: “Aí eu me lembrei de Deus, firme!”. Como verificado por Gall, Kristjansson, Charbonneau e Florack (2009), mulheres que são menos envolvidas religiosamente/espiritualmente antes do diagnóstico do câncer de mama e que tentam mobilizar esses recursos quando do estresse do diagnóstico podem vivenciar conflitos espirituais, resultando em dificuldades na adaptação a longo prazo. Diante disso, torna-se clara a necessidade da identificação de como e quando as estratégias de *coping* religioso/espiritual estão sendo ativadas.

Somada a fé em Deus, encontra-se a utilização de objetos simbólicos por Orquídea, os quais facilitam o estabelecimento de uma conexão com o divino, promovendo alívio e paz interior: “Eu não largo aquele meu livro [do Terço da Libertação]. Faço todo dia aquele meu Terço da Libertação! [...] aquilo foi, sabe, me aliviando”. Destaca-se, também, a realização de orações como forma de dialogar com Deus, sendo essas de pedido pelo sucesso da cirurgia (“Eu rezei, fiz minhas orações, pedi para Deus me iluminar e tudo” – Orquídea), de agradecimento e de entrega ativa (“... a gente tem que fazer a oração que Deus resolve da Sua maneira” – Margarida). Levine et al. (2009), ao comparar as diferenças no uso da oração entre mulheres com câncer de mama, concluíram que as mulheres que tinham o hábito de rezar foram capazes de encontrar mais contribuições positivas na sua experiência do câncer de mama do que aquelas que não rezavam, sugerindo uma melhor capacidade de resignificação da doença. Além disso, identificaram que as mulheres receberam força e consolo através das orações, sendo suas preces por súplica, conforto e louvor. De forma semelhante, Alcorn et al. (2010) destacaram o uso frequente da oração em pacientes com câncer avançado, sendo feita, principalmente, por pedido de forças para lidar com a doença. Conforme os autores, a alta frequência da utilização desse recurso sugere o papel fundamental que a oração pode apresentar para esses pacientes, tornando-se relevante o desenvolvimento de intervenções que incluam cuidados espirituais em pacientes terminais. Somado

a isso, encontra-se o estudo desenvolvido por Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson e Newman (2011), no qual algumas pacientes que se declararam não religiosas relataram ter feito uma breve oração antes de irem para a sala de operação. Tal achado ilustra a necessidade de uma maior compreensão sobre quando, como e por que aqueles sem fé se voltam a Deus durante a vivência do câncer.

Outro ponto a ser destacado é a expressão “Deus não dá uma cruz maior do que possamos carregar”, a qual perpassou os diálogos em ambos os grupos focais. Tal provérbio parece sustentar o entendimento de que as mulheres têm capacidade para passar e vencer a doença e que esse sofrimento oportuniza aprendizagens necessárias para momentos de vida posteriores: “E não adianta cortar [a cruz]. Porque depois a gente vai ter que passar um rio e vai ter que usar a cruz e vai faltar um pedaço” (Violeta). Essa visão parece afastar qualquer sentimento de revolta contra Deus, já que parte da concepção de que Ele não dá algo que possa ser ruim, mas forças para superar as adversidades das quais estamos sujeitos.

### Mudanças após a doença

Apenas Hortência não percebeu mudanças em sua vida após a experiência do câncer de mama: “... eu fiquei a mesma pessoa”. As demais participantes pontuaram diversas mudanças em sua forma de viver, nos seus valores e na sua relação familiar (“Muita coisa muda, muda muito” – Orquídea). Questões ligadas aos afazeres domésticos se mostraram presentes, diminuindo a exigência pela organização/limpeza da casa: “Agora nós vamos se matar fazendo trabalho que não é pra nós pra ter as coisas bonitas e limpas? Ah, não, isso tem tempo. Agora vamos viver!” (Tulipa); “E o resto, é o resto. Se eu fiz, eu fiz. Se eu não fiz, eu não fiz” (Gérbera). Tal desprendimento gerou transformações no relacionamento conjugal, uma vez que as mulheres acabaram por tornarem-se mais flexíveis e pacientes, deixando de exigir que seus companheiros exercessem tais atividades conforme gostariam que fosse: “Meu marido, às vezes, dizia: ‘Deixa eu lavar a louça’, ‘Não. Tu para lavar a louça só se eu não estiver aqui’” (Rosa); “... agora eu parei de pegar no pé dele. Ele deixava o pano de prato em cima da pia era uma briga feia. Agora não brigo mais” (Margarida).

Somado a isso, as participantes também contaram ter resignificado o que, de fato, é importante em suas vidas, o que acabou por implicar em uma reavaliação de seus valores e de suas formas de viver: “...depois que eu tive a doença, eu sou outra pessoa! [...] Eu dou mais valor à vida!” (Gérbera); “Muitas vezes tu deixa de sentar com uma pessoa e tomar um

chimarrão, passar uma conversa boa, tu não dá tempo para as outras pessoas. [...] Eu aprendi a esperar” (Rosa). Essas reavaliações, possivelmente provocadas pela gravidade da doença, também converteram em mudanças no relacionamento com Deus, sendo Esse colocado em primeiro lugar, como pode ser observado no seguinte depoimento: “Hoje a gente aprende. Eu não vou levantar agora. Primeiro eu vou conversar com Deus, vou entregar minha vida nas mãos Dele, vou agradecer pra Ele, depois, eu vou levantar. Daí Ele vai me dar o entendimento do quê eu devo fazer, do que eu não tenho que fazer hoje, se eu devo ir em tal lugar, se eu não devo, né?! Hoje eu aprendi a conversar com Deus, a pedir a permissão Dele pra fazer as coisas” (Rosa). A valorização de coisas simples, da natureza, do momento presente e da vida como um todo também foi relatada nos estudos de Caetano et al. (2009) e Rossi e Santos (2003), nos quais o diagnóstico do câncer de mama foi visto como um marco na vida das entrevistadas, capaz de mobilizar uma nova visão frente à vida e à compreensão das situações.

Margarida percebeu mudanças em sua autoestima, já que o suporte oferecido por outras pessoas durante o tratamento permitiu que ela se sentisse amada e valorizada. Esse reconhecimento pelos demais acabou por fortalecer seu autoconceito, sentindo-se feliz em saber que os demais se preocupam com ela: “Me sinto bem, porque eu me sinto amada pelas pessoas, e eu achava que não era tão amada pelas pessoas”. Outra mudança observada foi na capacidade de perdoar. Tulipa conta que, logo após a doença, começou a buscar pelas pessoas com as quais tivesse algum desentendimento, no intuito de reconciliar-se: “Deus falava comigo e eu ia na [à] casa das pessoas que eu tinha uma mágoa e ia pedir perdão”. De modo similar, Rosa destaca que se tornou mais compreensiva, não guardando mais ressentimentos de ninguém: “Eu tinha uma revolta com certas pessoas que eu não podia nem ver. Hoje, graças a Deus, eu não tenho revolta com ninguém. Tenho amor pelas pessoas”.

A única mudança que foi descrita sobre uma perspectiva negativa foi a da redução da independência, que acabou por limitar a continuidade das atividades laborais e de formação, como destacado por Violeta: “Tu trabalhava, tu estudava, tu tinha, totalmente, uma vida a parte”. Todavia, esse aspecto foi pontuado de uma forma oposta na vida de Gérbera, que relatou: “Voltei a estudar, me formei essa semana, vou me formar de novo. Eu fiz cursos...”.

Para finalizar, cabe ilustrar o depoimento de Rosa, que resume a aprendizagem obtida a partir da experiência da doença: a valorização das coisas que não passam e o desapego daquelas que passam:

“Graças a Deus, já consegui dar a volta por cima e eu compreendi que Deus é amor, não é ódio, não é rancor, não é revolta, não é pressa. Também, muitas vezes a gente deixa de fazer uma coisa boa porque está com pressa, ‘não posso, eu tenho que fazer aquilo lá’. No mundo isso tudo vai ficar, são tudo coisas passageiras na nossa vida, né?!”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender, em mulheres com câncer de mama com altos índices de *coping* religioso/espiritual positivo, o lugar que a religiosidade/espiritualidade ocupa em suas vidas, as formas de *coping* utilizadas durante o período do diagnóstico e tratamento, bem como as possíveis mudanças ocorridas durante a experiência da doença. O diferencial deste estudo é o foco nos aspectos positivos do *coping* religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama.

Os resultados permitiram identificar a importância da religião e da espiritualidade na vida das participantes, existindo uma forte relação entre elas e um poder superior (Deus). A fé auxiliou na elaboração de um significado para o câncer de mama, o que favoreceu um maior controle da doença e a mobilização de um senso de esperança em direção à cura. Somado a isso, a religião e a espiritualidade pareceram ocupar um espaço na vida diária das participantes, tanto pelo exercício de atividades ligadas à evangelização quanto pela visão de que os laços familiares são estruturados e solidificados com o auxílio divino.

No que se refere às formas de *coping*, ficou evidente o quão delicado se torna um diagnóstico de câncer de mama na vida de mulheres que são mães e esposas. Ao mesmo tempo, pôde-se observar que são justamente esses papéis que acabam por incentivar as mulheres, mobilizando força e coragem na luta contra a doença. O apoio oriundo da família e a percepção de que pessoas importantes precisam delas parecem fornecer um incentivo a mais para a realização do tratamento, motivando as mulheres em direção à cura. Somado a isso, o apoio social provindo da comunidade religiosa também pareceu oferecer uma ferramenta de *coping* positivo, visto que todas as participantes estabeleciam boas relações com aqueles que as auxiliavam, sentindo-se mais valorizadas e amadas através dessas amizades.

Quanto às mudanças, é possível notar que a ameaça de um desfecho fatal foi capaz de atenuar características de personalidade das participantes, as quais relataram tornarem-se mais flexíveis, pacientes e amorosas. Tais transformações estão relacionadas a um processo de reflexão do que realmente é importante na vida, despertado quando da ameaça de morte.

Os dados apresentados neste estudo revelam o quanto recursos religiosos e espirituais podem auxiliar as mulheres com câncer de mama no processo de adaptação à doença. Todavia, observou-se a existência de possíveis conflitos religiosos/espirituais, que reafirmam a necessidade de uma maior abertura e atenção dos profissionais da saúde para esses aspectos. Como esses recursos podem auxiliar o processo de *coping*, bem como prejudicá-lo (Hebert, Zdaniuk, Schulz e Scheier, 2009), torna-se fundamental o exercício de uma abordagem na qual os profissionais da saúde contemplem as crenças religiosas/espirituais das pacientes, visando o estímulo das estratégias de *coping* positivas e a reavaliação daquelas nocivas.

Devido ao delineamento qualitativo e transversal do estudo, esse não é passível de generalização. Além disso, nesse tipo de estudo as verbalizações das participantes podem não exprimir, necessariamente, a experiência e suas atitudes frente à doença, tampouco a relação estabelecida com o divino, já que as suas percepções sobre suas vidas são subjetivas. Por fim, o caráter retrospectivo do estudo não permite a compreensão do papel dos recursos religiosos/espirituais durante o período de adaptação à doença, como poderia ser observado caso o estudo fosse longitudinal. Já que as mulheres tinham entre dois e cinco anos de diagnóstico, pode ser que algumas dificuldades não tenham sido mencionadas devido a elaboração do sofrimento. Mais estudos envolvendo as estratégias e os diferentes estilos de *coping* religioso/espiritual em pacientes com câncer são necessários, sugerindo-se pesquisas que explorem as diferenças de gênero e os diferentes contextos sociais e religiosos.

## REFERÊNCIAS

- Alcorn, S. R., Balboni, M. J., Prigerson, H. G., Reynolds, A., Phelps, A. C., Wright, A. A. et al. (2010). "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": Religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 13(5), 581-588.
- Almeida, A. M. de, Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A. S. & Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(5), 63-69.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglia, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Baider, L. & Bengel, J. (2001). Cancer and the spouse: gender-related differences in dealing with health care and illness. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 40, 115-123.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Biswas-Diener, R. & Dean, B. (2007). *Positive Psychology coaching: Putting the science of happiness to work for your clients*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Caetano, E. A., Gradim, C. V. C. & Santos, L. E. da S. dos. (2009). Câncer de mama: Reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista de Enfermagem*, UERJ, 17(2), 257-261.
- Cavalheiro, C. M. F. (2010). Espiritualidade na clínica psicológica: Um olhar sobre a formação acadêmica no Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS.
- 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, & Rasera, E. F. (2008). Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 863-871.
- Flick, U. (2004). Uma introdução à pesquisa qualitativa (S. Netz, Trad.). Porto Alegre: Bookman [Obra originalmente publicada 2002].
- Gable, S. L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.
- Gall, T. L. & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 524-535.
- Gall, T. L., Kristjansson, E., Charbonneau, C. & Florack, P. (2009). A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. *Journal of Behavior Medicine*, 32, 174-186.
- Gatti, B. A. (2005). *Grupo focal em ciências humanas e sociais*. Brasília: Líber Livro Editora.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G. & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 102-116.
- Gomes, R., Skaba, M. M. V. F. & Vieira, R. J. da S. (2002). Reinventando a vida: Proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1), 197-204.
- 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.
- Koffman, J., Morgan, M., Edmonds, P., Speck, P. & Higginson, I. J. (2008). "I know he controls cancer": The meanings of religion among Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. *Social Science & Medicine*, 67, 780-789.
- Landmark, B. T. & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: A qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 112-121.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levine, E. G., Aviv, C., Yoo, G., Ewing, C. & Au, A. (2009). The benefits of prayer on mood and well-being of breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 17, 295-306.
- Marques, L. F. (2010). O conceito de espiritualidade e sua interface com a religiosidade e a Psicologia Positiva. *Revista Psicod debate Psicologia, Cultura y Sociedad*, 10, 135-151.
- Paiva, G. J., Paiva, B. S. R., Castro, R. A. de, Souza, C. de P., Maia, Y. C. de P., Ayres, J. A. & Michelin, O. C. (2011). A pilot study addressing the impact of religious practice on quality of life of breast cancer patients during chemotherapy. *Journal of Religion and Health* (Epub ahead of print).
- Paludo, S. dos S. & Koller, S. H. (2006). Gratidão em contextos de risco: Uma relação possível? *Revista Psicod debate Psicologia, Cultura y Sociedad*, 7, 55-66.

- 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, Porto Alegre, RS.
- 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.
- 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. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Rossi, L. & Santos, M.A. dos. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.
- Schreiber, J. (2011). Image of God: Effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 293-301.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Swinton, J., Bain, V., Ingram, S. & Heys, S.D. (2011). Moving inwards, moving outwards, moving upwards: the role of spirituality during the early stages of breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 20, 640-652.
- Taleghani, F., Yekta Z.P. & Nasrabadi, A.N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 265-273.
- 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. (2012). *Deus não dá uma cruz maior do que podemos carregar: Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS.

Recebido em: 29.06.2012. Aceito em: 01.05.2013.

**Autores:**

Carina Maria Veit – Psicóloga e Mestre em Psicologia pela UNISINOS.  
Elisa Kern de Castro – Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS, Pesquisadora do CNPq.

**Enviar correspondência para:**

Carina Maria Veit  
Graça Aranha, 123 – Ideal  
CEP 93336-350, Novo Hamburgo, RS, Brasil  
E-mail: carinamaria.veit@gmail.com