



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ALEX DA SILVA SOUSA

**DEPRESSÃO, DESESPERANÇA E PROCESSO DE ENFRENTAMENTO EM  
PACIENTES COM CÂNCER DE PÊNIS**

SÃO LUIZ-MA  
2018

ALEX DA SILVA SOUSA

**DEPRESSÃO, DESESPERANÇA E PROCESSO DE ENFRENTAMENTO EM  
PACIENTES COM CÂNCER DE PÊNIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientadora: Professora Dra. Jena Hanay Araújo de Oliveira

SÃO LUIZ - MA  
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

da Silva Sousa, Alex.

Depressão, desesperança e processo de enfrentamento em  
pacientes com câncer de pênis / Alex da Silva Sousa. -  
2018.

167 p.

Orientador(a): Jena Hanay Araújo de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão,  
Universidade Federal do Maranhão, 2018.

1. Análise do Comportamento. 2. Câncer de Pênis. 3.  
Enfrentamento. 4. Psicologia da Saúde. 5. Psicologia  
Hospitalar. I. Hanay Araújo de Oliveira, Jena. II.  
Título.

ALEX DA SILVA SOUSA

**DEPRESSÃO, DESESPERANÇA E PROCESSO DE ENFRENTAMENTO EM  
PACIENTES COM CÂNCER DE PÊNIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Jena Hanay Araújo de Oliveira – UFMA  
Orientadora

---

Prof. Dr. José de Ribamar Rodrigues Calixto - UFMA  
Examinador externo

---

Profa. Dra. Maria da Conceição Furtado Ferreira - UFMA  
Examinador interno

## AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a Deus.

A minha família (meu pai Valdeci, minha mãe Rita e meu irmão Adriano), pelo imensurável suporte que sempre me deram, pela torcida verdadeira e pelas incessantes palavras de motivação. E ainda por terem desde muito cedo me ensinado a ter amor pelo estudo e pelo saber. Sem vocês esta pesquisa não faria qualquer sentido.

A Stanley, por todo o suporte e companheirismo nestes anos movimentados nos quais o mestrado se deu.

A minha orientadora, professora Dra. Jena Hanay Araújo de Oliveira, cuja paciência em facilitar meu percurso de amadurecimento enquanto pesquisador foi essencial para a concretização deste trabalho.

A todo o programa de pós-graduação em Psicologia, que me acolheu como aluno e que, através de seus professores e das disciplinas ofertadas, contribuiu para que meu projeto de pesquisa, enfim, pudesse tornar-se um trabalho de dissertação de mestrado.

Especialmente, agradeço aos professores Jean Marlos Pinheiro Barbosa e Almir Ferreira da Silva Júnior, pelas contribuições e pelo afeto sempre dedicados à minha pesquisa.

Agradeço também à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), pelo financiamento deste trabalho.

Aos dois hospitais nos quais realizei a coleta de dados: Hospital do Câncer Aldenora Belo e Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Incluo suas equipes de trabalho que, desde a portaria ao comitê de ética, tão cuidadosamente me receberam.

Ao auxílio que recebi dos médicos urologistas José de Ribamar Rodrigues Calixto e Valden Monteles Silva, já que operacionalização desta pesquisa teria sido inviável sem a articulação realizada com esses profissionais.

À banca de qualificação deste trabalho, composta pelos professores José de Ribamar Rodrigues e Jean Marlos Pinheiro Barbosa, cujas sugestões foram indispensáveis para aprimorar o percurso metodológico e as estratégias adotadas para a análise dos dados.

Aos professores membros desta banca, que aceitaram o convite para ler esta dissertação e compartilhar seus conhecimentos, proporcionando melhorias neste trabalho.

À turma de alunos com a qual tive a satisfação de cursar este programa. Com todos experienciei a convivência ética, respeitosa e harmoniosa na pós-graduação. Nestes tempos em que presenciamos tantos casos de sofrimento e adoecimento mental entre alunos no ensino superior, sinto-me honrado em ter feito parte de uma turma tão acolhedora e humana.

Aos inúmeros colegas que fiz no CCH durante minha permanência na UFMA. Cada café, cada conversa bem-humorada sobre temas banais, cada passeio pelo centro histórico nos finais de tarde bucólicos de São Luís foram sopros de alegria e prazer em meio a tantas dificuldades inerentes à produção de uma pesquisa acadêmica.

Especialmente a Jefferson Maciel e Fabiano Monteles, bons amigos que se colocaram como suporte, sempre dispostos a me ouvir e a dialogar, contribuindo com o aprimoramento deste trabalho.

E, por fim, aos vinte e um participantes desta pesquisa, que se dispuseram livremente a colaborar com enorme coragem, falando sobre suas vivências tão íntimas e, na maior parte das vezes, carregadas de sofrimento. Agradeço a enorme confiança depositada em mim e reafirmo que a razão maior da existência deste trabalho são todos eles.

SOUSA, A. S. *Depressão, desesperança e processo de enfrentamento em pacientes com câncer de pênis*. 2018. 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi investigar a ocorrência da depressão, da desesperança e o processo de enfrentamento em pacientes com câncer de pênis. O delineamento metodológico caracteriza-se, quanto ao seu objetivo, como uma pesquisa descritiva e correlacional. A amostra foi composta por 21 participantes já penectomizados. Utilizaram-se os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, Inventário Beck de Depressão (BDI), Escala Beck de Desesperança (BHS), Inventário das Estratégias de *Coping* (IEC) e roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados quantitativos foram analisados com o uso do software STATA versão 14, no qual calcularam-se as frequências percentuais, os escores médios (totais e parciais, quando se aplicava) e desvios padrão de cada um dos instrumentos. Empregou-se, ainda o teste Coeficiente de Correlação de *Spearman*, ao nível de 5% de significância, entre as pontuações das estratégias do IEC. Para o exame qualitativo, utilizou-se a análise do conteúdo de Bardin (2011). Os resultados apontaram que a média de idade dos participantes foi de 47 anos, 85% eram casados, 72% tinham até dois filhos e 39% possuíam o ensino fundamental incompleto, 81% trabalhavam, 72% viviam com até um salário mínimo. Sobre a história clínica e de tratamento médico, 81% tentaram tratamentos alternativos anteriormente; 23% levaram mais de um ano para iniciar o tratamento médico e 81% foram penectomizados, sendo que 14 participantes compreenderam o tratamento como um conjunto de procedimentos médicos realizados e considerados benéficos. Sobre os aspectos psicossociais, observou-se a presença de aspectos psicológicos tais como medos, fantasias, tristeza, baixa autoestima, crise psicológica, ideação suicida, ganhos secundários e duas outras categorias de vivências de culpabilização pelo adoecimento e tratamento e dificuldades e as disfunções sexuais. Sobre o BDI, 47,62% da amostra apresentaram sintomas de depressão mínimos, ( $M=12,4$  e  $Dp=3,6$ ). A respeito do BHS 42,86% dos participantes vivenciaram sintomas de desesperança mínimos ( $M=9,7$  e  $Dp=2,1$ ). A estratégia de enfrentamento mais utilizada foi a reavaliação positiva ( $M=2,18$  e  $Dp=0,30$ ), seguida do suporte social ( $M=2,09$  e  $Dp=0,46$ ). Referente às correlações entre as estratégias, algumas mostraram-se significativas, entre elas a estratégia de autocontrole e as estratégias de reavaliação positiva e resolução de problemas, com coeficientes de correlação de *Spearman* de 0,45. Referente às correlações entre os instrumentos IEC, BDI e BHS, ao nível de 5% de significância, não foram observadas evidências de correlação. O estudo concluiu que a vivência do câncer de pênis é uma circunstância estressante, desafiadora e que demanda diferentes formas de enfrentamento, não se encerrando após o tratamento. Aponta-se a importância da assistência psicológica nos diversos momentos de enfrentamento do câncer de pênis, facilitando a reinserção social e potencializando a utilização de estratégias de enfrentamento mais ajustadas como forma de garantir qualidade de vida e saúde mental. Por fim, conclui-se que a melhora do quadro de saúde geral está diretamente relacionada a um modo de funcionamento psicológico mais maduro e adaptativo e que a diminuição dos quadros psicopatológicos parece ocorrer concomitantemente à evolução favorável do tratamento.

**Palavras-chave:** Câncer de Pênis. Estratégias de enfrentamento. Depressão. Desesperança. Aspectos Psicossociais

## ABSTRACT

The objective of this research was to investigate the occurrence of depression, hopelessness and the coping process in patients with penile cancer. The methodological design is characterized by its objective as a descriptive and correlational research. The sample consisted of 21 participants who were already penectomized. The following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS), Coping Strategies Inventory - I.E.C (Folkman and Lazarus, 1985) and the Semistructured Interview script. The quantitative data were analyzed using STATA software version 14, in which the percentage frequencies, the mean scores (total and partial, when applicable) and standard deviations of each of the instruments were calculated, and the Spearman's Correlation Coefficient, at the 5% level of significance, among the IEC strategies scores. For the qualitative exam, he used the content analysis of Bardin (2011). The results showed that the participants' average age was 47 years, 85% married, 72% had up to two sons and 39% had incomplete elementary education, 81% worked, 72% lived with up to one minimum wage. About medical history and medical treatment 81% previously tried alternative treatments, 23% took more than a year to start medical treatment and 81% were penectomized. It is added that 14 participants understood the treatment as a set of medical procedures performed and considered beneficial. On the psychosocial aspects, the presence of psychological aspects such as: fears, fantasies, sadness, low self-esteem, psychological crisis, suicidal ideation, secondary gains and two other categories of experiences of blame for illness and treatment and difficulties and sexual dysfunctions. About BDI, 47.62% of the sample had minimal symptoms of depression ( $M = 12.4$  and  $Dp = 3.6$ ). About BHS 42.86% of the participants experienced symptoms of minimal hopelessness ( $M = 9.7$  and  $Dp = 2.1$ ). The most used coping strategy was positive reassessment ( $M = 2.18$  and  $Dp = 0.30$ ), followed by social support ( $M = 2.09$  and  $Dp = 0.46$ ). Regarding the correlations between the strategies some showed to be significant, being they between the strategy of self-control and strategies of positive re-evaluation and problem solving, with Spearman correlation coefficients of 0.45. Regarding the correlations between IE, BDI and BHS, at 5% significance level, no evidence of this correlation was observed. The study concluded that the experience of penile cancer is a stressful, challenging circumstance that demands different forms of coping and does not end after treatment. This points to the importance of psychological assistance in the various moments of the process of coping with penile cancer, facilitating social reintegration and enhancing the use of more adjusted coping strategies as a way to guarantee quality of life and mental health. Finally, the study understands that the improvement of general health is directly related to a more mature and adaptive mode of psychological functioning and that the reduction of psychopathological conditions seems to occur concomitantly with favorable treatment evolution.

**Keywords:** Penile Cancer. Coping Strategies. Depression. Hopelessness. Psychosocial Aspects.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Campanha nacional para prevenção do câncer de pênis.....	27
Figura 2 - Análise funcional da resposta de faltar à consulta.....	127

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Incidência do CEP nas capitais do Nordeste.....	22
Gráfico 2 - Sintomas de depressão.....	76
Gráfico 3 - Sintomas de desesperança.....	76

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores de risco associados à etiologia do câncer de pênis.....	24
Quadro 2 - Unidades hospitalares e variáveis que podem provocar reações psíquicas.....	32
Quadro 3 - Contingências do tratamento oncológico relacionadas aos comportamentos depressivos.....	48
Quadro 4 - Tipos de estratégias no modelo cognitivista.....	59
Quadro 5 - Itens que compõem os tipos de estratégias.....	68
Quadro 6 - O que conhecem sobre o tratamento médico realizado.....	74
Quadro 7 - Aspectos psicossociais existentes no contexto do câncer de pênis.....	74
Quadro 8 – Outras estratégias de enfrentamento utilizadas.....	75

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2016 -2017 para o sexo masculino, exceto de pele não melanoma.....	19
Tabela 2 - Diagnósticos de câncer, segundo o RHC, por unidade federativa, entre 2008 e 2015.....	21
Tabela 3 - Óbitos por câncer de pênis nas capitais do Nordeste entre 2000 e 2014.	26
Tabela 4 - Cirurgias de penectomia nas capitais do Nordeste entre janeiro de 2010 e fevereiro 2017.....	30
Tabela 5 - Casos de câncer de pênis atendidos pelo Hospital do Câncer Aldenora Belo em São Luís – MA entre janeiro de 2015 e abril de 2018.....	64
Tabela 6 - Casos de câncer de pênis atendidos pela Unidade de Urologia do Hospital Universitário HU UFMA entre janeiro de 2015 e abril de 2018.....	64
Tabela 7 - Características sociodemográficas da amostra.....	71
Tabela 8 - História clínica e tratamento médico.....	73
Tabela 9 - Médias das estratégias de enfrentamento do IEC.....	77
Tabela 10 - Média dos itens que compõem os tipos de estratégias de enfrentamento.....	78
Tabela 11 - Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> entre as estratégias do IEC	81
Tabela 12 - Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> entre IEC do BHS e do BDI.....	82

## LISTA DE SIGLAS

INCA	Instituto Nacional do Câncer
CEP	Carcinoma Epidermoide de Pênis
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana.
QV	Qualidade de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
APA	American Psychiatric Association
HU UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
BDI	Escala Beck para depressão
BHS	Escala Beck para depressão
IEC	Inventário das estratégias de <i>Coping</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
CER	<i>Coping</i> Religioso/espiritual

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE PÊNIS .....</b>	<b>19</b>
2.1	A prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer de pênis .....	26
<b>3</b>	<b>ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO ADOECIMENTO, HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTO ONCOLÓGICO.....</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>A TEORIA DO ENFRENTAMENTO (<i>COPING</i>) .....</b>	<b>52</b>
4.1	O modelo cognitivista do enfrentamento.....	54
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>61</b>
5.1	Objetivo Geral.....	61
5.2	Objetivos Específicos.....	61
<b>6</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>62</b>
6.1	Delineamento metodológico .....	62
6.2	Local da pesquisa.....	62
6.3	Participantes.....	63
6.4	Procedimento para coleta de dados .....	64
6.5	Instrumentos de coleta de dados .....	66
6.6	Procedimento de análise dos dados .....	69
6.7	Considerações éticas .....	70
<b>7</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
7.1	Características sociodemográficas da amostra .....	71
7.2	História clínica e tratamento médico .....	72
7.3	Compreensão sobre o tratamento .....	73
7.4	Aspectos psicossociais.....	74
7.5	Ocorrência de outras estratégias de enfrentamento não previstas no I.E.C. ....	75
7.6	Resultados do BDI .....	75
7.7	Resultados do BHS .....	76
7.8	Estratégias de Enfrentamento .....	77
7.9	Correlação estatística entre o IEC do BHS e do BDI.....	81
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>83</b>
8.1	As características sociodemográficas da amostra.....	83
8.2	A história clínica e o tratamento médico .....	84

<b>8.3 A compreensão do tratamento.....</b>	<b>88</b>
<b>8.4 Os aspectos psicossociais .....</b>	<b>89</b>
<b>8.5 A ocorrência de estratégias de enfrentamento não avaliadas no IEC .....</b>	<b>104</b>
<b>8.6 Os sintomas da depressão .....</b>	<b>119</b>
<b>8.7 Os sintomas da desesperança.....</b>	<b>120</b>
<b>8.8 As estratégias de enfrentamento do IEC .....</b>	<b>122</b>
<b>9 DISCUSSÃO GERAL .....</b>	<b>133</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>156</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA CONSULTA AO PRONTUÁRIO SOBRE A HISTÓRIA CLÍNICA E O TRATAMENTO MÉDICO .....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM COLETA DE DADOS PARA PESQUISA .....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO A – INVENTÁRIO DAS ESTRATÉGIAS DE COPING .....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO B – INVENTÁRIO BECK DE DESESPERANÇA .....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO C – INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO .....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>164</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer é a uma nomenclatura que abrange um conjunto de mais de cem doenças cujo traço comum é o crescimento desordenado de células com capacidade para invadir outros tecidos e órgãos. Tais células podem se dividir rapidamente tornando o processo agressivo e incontrolável, formando os tumores sólidos. Ainda conforme o INCA (2017), os fatores de risco que favorecem o surgimento do câncer podem ser tanto externos quanto internos ao corpo. Os principais agentes externos podem ser o meio ambiente e os hábitos ou costumes próprios de uma sociedade, enquanto os internos, que incluem a genética, pré-determinada, estão ligados à capacidade de o organismo se defender das agressões externas.

Entre os tipos que podem acometer a população masculina tem-se o câncer de pênis, ou carcinoma epidermoide de pênis (CEP), que é uma neoplasia rara em países desenvolvidos, contrariamente ao que ocorre em regiões de baixo padrão socioeconômico, como nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, onde, na década de 1980, o CEP representava 16% dos tumores malignos diagnosticados em homens adultos, sendo a terceira neoplasia mais frequente do trato geniturinário, superada apenas pelos tumores de próstata e bexiga (POMPEO; BILLIS, 2003).

O CEP tem maior incidência em homens maiores de 50 anos, podendo acometer também os mais jovens. O surgimento relaciona-se às baixas condições socioeconômicas e de instrução, à realização da higiene íntima de forma precária ou mesmo inexistente e à não circuncisão. No Brasil, o CEP é um diagnóstico frequente, podendo representar até 2% de todos os tumores malignos que atingem os homens, sendo cinco vezes mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste (SILVA, 2014).

O tratamento convencional do câncer de pênis é basicamente cirúrgico e envolve na maioria dos casos a mutilação do homem por via da cirurgia de penectomia, que consiste na amputação parcial ou total do pênis, porém, a depender da extensão e gravidade que o câncer tenha alcançado, é possível realizar a cirurgia de controle da doença, preservando o órgão masculino e reduzindo os impactos causados pelo tratamento (EUFRÁSIO et al., 2012). Sobre esses impactos Souza et al. (2011) esclarecem que o CEP é uma doença geralmente agressiva e devastadora, principalmente pelos impactos psicológicos e sociais que exerce sobre os pacientes desde o momento do diagnóstico.

Ainda sobre as repercussões psicossociais causadas pelo tratamento oncológico, Porto (2004) ressalta que é recorrente o indivíduo vivenciar sentimentos de raiva, medo, angústia, pena de si próprio, além da sensação de perder o controle se sua vida. Isso se dá em decorrência

da fragilização emocional e física causada pelo diagnóstico e tratamento de uma doença como o câncer, que torna a morte algo próximo e possível e, ainda, requer que o paciente se submeta a procedimentos médicos invasivos, dolorosos e, em muitos tipos de câncer, como o de pênis, mutilante.

É nesta perspectiva que Reis (2010) afirma que pacientes em tratamento do câncer de pênis comumente apresentam fragilização emocional grave, devido à associação existente entre esse tipo de neoplasia e a amputação do pênis. Corroborando essa percepção Costa et al. (2013) afirmam que o tratamento provoca impactos psicossociais nos pacientes por acarretar graves mudanças físicas, emocionais e sociais vividas com intenso sofrimento. Dessa forma, o tratamento para o CEP apresenta-se como uma situação de vida estressora, por implicar em distanciamento da família, ruptura e afastamento dos vínculos sociais, presença de dor ou de mutilações, tornando-se uma experiência devastadora para o paciente. Essas vivências emocionais frequentes fazem com que o sujeito sinta a necessidade de se adaptar a uma nova realidade, resultando nas primeiras tentativas de enfrentamento da doença e do tratamento.

Frente a isto, este trabalho apresenta como problema de pesquisa a seguinte questão: como ocorre o processo de enfrentamento em pacientes com câncer de pênis? Nesse sentido, o objetivo principal é investigar sintomas de depressão e desesperança, bem como o processo de enfrentamento de homens penectomizados. Para isso buscou-se identificar também a ocorrência de associação entre algumas variáveis que podem estar relacionadas ao processo de enfrentamento. Os objetivos secundários foram: levantar o perfil sociodemográfico e a história clínica do tratamento médico, identificar o que os sujeitos conhecem sobre o tratamento e quais os aspectos psicossociais existentes em decorrência dele, investigar a ocorrência de sintomas de depressão e desesperança e, por fim, conhecer as respostas de enfrentamento que efetivamente foram utilizadas pelos homens investigados. Espera-se que os resultados da pesquisa possam esclarecer cientificamente como ocorre o processo de enfrentamento em homens penectomizados e que variáveis o influenciam.

A construção desta pesquisa surgiu a partir da atuação do pesquisador como psicólogo hospitalar junto a pacientes com câncer de pênis, ocasiões em que constatou empiricamente que a hospitalização e o tratamento constituem eventos adversos para os pacientes, como apontam Silva et al. (2010), podendo acarretar fragilização psicológica e intenso sofrimento psíquico, marcado por tristeza, depressão, raiva, agressividade, isolamento social etc. O pesquisador observou também que cada paciente desenvolvia maneiras diferentes, pessoais e dinâmicas, de enfrentar o câncer influenciadas por diversos fatores, como a história de vida de cada um, a idade e outros.

Essas observações evidenciaram que o processo de enfrentamento é um fenômeno complexo, suscitando a curiosidade científica do pesquisador, a qual se consubstanciou no projeto gerador desta pesquisa, que possibilitou investigar cientificamente os processos observados na vivência profissional.

No âmbito social, este trabalho se justifica pela potencialidade que os resultados apresentam de trazer contribuições para pacientes que vivenciam a experiência do câncer de pênis, pois, ao se conhecer como ocorre o processo de enfrentamento e as variáveis psicológicas envolvidas, tais como a presença de sintomas de depressão e de desesperança, será possível para os profissionais de psicologia propor intervenções adequadas às necessidades e às vivências emocionais desses homens. O manejo clínico mais contextualizado pode potencializar o enfrentamento, minimizando o sofrimento advindo das diversas perdas e a possibilidade de desistência do tratamento e de surgimento de transtorno mental grave. Contribui ainda para a promoção da saúde mental desses pacientes

A justificativa social desta pesquisa torna-se mais evidente quando se consideram os dados epidemiológico relativos à incidência do câncer de pênis no estado do Maranhão, que são alarmantes. A frequência do diagnóstico no estado coloca o CEP como um problema de saúde pública e, por isso, se justifica a realização de pesquisas sobre a temática nas diversas áreas do saber, incluindo a Psicologia, a fim de que possam contribuir de alguma forma para alteração desse cenário.

O enquadre teórico do objeto de pesquisa foi construído a partir de dois campos conceituais, a saber: a teoria do *coping* desenvolvida por Folkman e Lazarus (1984), que historicamente é denominada como teoria cognitivista, por destacar a centralidade das avaliações cognitivas, primária e secundária, para o processo de enfrentamento, e a Psicologia da Saúde, sobretudo com as investigações a respeito dos aspectos psicossociais envolvidos na situação de adoecimento, sobretudo para uma doença crônica como o câncer, que, em todas as etapas, desde o diagnóstico até a preparação para a alta ou o óbito, pode perturbar emocionalmente os pacientes e familiares, constituindo uma experiência devastadora para a maioria deles.

Para se compreender o enfrentamento, tem-se a teoria do *coping*, que envolve os recursos cognitivos, emoções e comportamentos utilizados para lidar com situações adversas e conflituosas com vistas à redução do estresse que as produziu. As estratégias de *coping* utilizadas pelos sujeitos dependem de uma série de fatores, tais como a cultura, o tipo de estressor e a disponibilidade dos recursos de *coping* (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Para Rudolph et al. (1995), a estratégia de *coping* parte de um processo

influenciado por múltiplas variáveis e, confirmando essa proposição, Bersford (1994) explica que os recursos pessoais de *coping* são compostos por variáveis físicas e psicológicas que incluem saúde física, moral, crenças ideológicas, experiências prévias de *coping*, inteligência, traços de personalidade e outras características pessoais.

Nesse sentido Paula Jr., Zanini e Goiás (2011), ao discorrerem sobre a importância do *coping* para o paciente oncológico, apregoam que o uso das estratégias se associam tanto a níveis mais elevados de resiliência, afeto positivo e bem-estar quanto a tristeza e desistência do tratamento, o que fortalece a ideia do quanto é indispensável que o psicólogo hospitalar conheça como se dá esse processo em pacientes oncológicos com câncer de pênis.

De acordo Muhonen e Torkelson (2011) o *coping* tem se consolidado como um conceito de grande centralidade na psicologia e nas investigações acerca do enfrentamento do estresse, principalmente no âmbito da oncologia, o que tem aumentado sobremaneira o número de publicações de artigos, teses e dissertação que trazem essa questão como tema. Contudo, ainda se percebem lacunas teóricas em relação a essa temática, pois as pesquisas sobre o processo de enfrentamento de homens submetidos a penectomia e suas vivências emocionais ainda são escassas na literatura nacional, o que sinaliza a baixa prioridade que tem sido dada a essa problemática que, em decorrência, não fica devidamente explicada e mantém-se pouco compreendida, o que também justifica a realização desta pesquisa no âmbito científico.

Quanto à organização, o primeiro capítulo desta dissertação apresenta a etiologia, a epidemiologia, os fatores de risco para o câncer de pênis, bem como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dessa neoplasia. O segundo capítulo aborda os aspectos psicopatológicos, psicológicos e psicossociais relacionados ao adoecimento, à hospitalização e ao tratamento do câncer. O terceiro capítulo discute a teoria do *coping*, abordando seu surgimento, desenvolvimento e rupturas paradigmáticas ocorridas até o advento do modelo cognitivista. Neste capítulo também se apresenta minuciosamente a concepção de *coping* a partir do modelo cognitivista, que sustenta teoricamente este trabalho.

No quarto capítulo expõem-se os objetivos, gerais e específicos da pesquisa. Em seguida, no quinto capítulo, tem-se a descrição minuciosa do percurso metodológico adotado. O sexto capítulo apresenta os resultados alcançados, apresentados na seguinte ordem: características sociodemográficas, história clínica e do tratamento médico, compreensão sobre o tratamento, aspectos psicossociais, resultados do BDI, resultados do BHS e as estratégias de enfrentamento utilizadas.

Em seguida o sétimo capítulo traz a discussão dos resultados apresentados no capítulo seis, tomando como aporte teórico para a construção de tais discussões os estudos da psicologia

da saúde sobre vivências psicológicas no contexto do câncer e de outras doenças crônicas e a teoria cognitivista do enfrentamento de Folkman e Lazarus (1984/1985). Já o oitavo capítulo comporta a discussão geral desta dissertação, construindo uma análise crítica do trabalho como um todo e integrando os diversos resultados observados, tanto quantitativos quanto qualitativos, no sentido de sugerir uma compreensão ampla de como as variáveis abordadas neste estudo podem relacionar-se na ocorrência do processo de enfrentamento.

Por fim, o nono capítulo nove apresenta as considerações finais, explorando as potencialidades e as fragilidades observadas com a conclusão deste trabalho. Nesse capítulo expõem-se ainda as importantes implicações dos resultados alcançados para a prática de psicólogos que atuem com pacientes penectomizados e para os serviços de assistência oncológica, reiterando-se o quanto a assistência psicológica dirigida a esses sujeitos é crucial para que possam ampliar a qualidade de vida, manter a saúde mental e potencializar diariamente suas estratégias de enfrentamento relacionadas à amputação do pênis.

## 2 ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE PÊNIS

O câncer engloba um conjunto de mais de cem doenças e tem início com o crescimento desordenado de células, podendo invadir tecidos e órgãos (INCA, 2016). Tais células são dotadas de alta capacidade de se dividir de forma anormal, rápida e desordenada, num processo bastante agressivo e incontrolável que leva à formação de tumores os quais podem se espalhar por todas as regiões do corpo, por isso o câncer é compreendido como uma doença celular. O câncer, também chamado de neoplasia maligna, tem início quando células anormais passam a sofrer mutações, processo denominado de carcinogênese, que é o mecanismo de evolução e surgimento dos tumores. (ALMEIDA et al., 2005).

O câncer é atualmente um problema de saúde pública, e a assistência oncológica está entre as mais onerosas, pois, de acordo com a última estimativa realizada pelo INCA (2016) sobre a incidência de câncer no Brasil, estima-se que, para o biênio 2016-2017, a incidência de casos novos de câncer seja de aproximadamente 600 mil. Entre os homens, os diagnósticos com maior incidência deverão ser os de próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%), conforme a tabela 1:

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2016 - 2017 para o sexo masculino, exceto de pele não melanoma.

Localização primária da neoplasia	Número de casos	%	Sexo
Próstata	61.200	28,6%	<b>Homens</b> 
Traqueia, brônquio e pulmão	17.330	8,1%	
Cólon e reto	16.660	7,8%	
Estômago	12.920	6,0%	
Cavidade oral	11.140	5,2%	
Esôfago	7.950	3,7%	
Bexiga	7.200	3,4%	
Laringe	6.360	3,0%	
Leucemias	5.540	2,6%	
Sistema nervoso central	5.440	2,5%	

Fonte: INCA (2016)

Um dos tipos de câncer que podem acometer os homens é o carcinoma epidermoide de pênis (CEP), ou câncer de pênis, neoplasia cujas particularidades a diferenciam de outros tipos de câncer, sendo uma delas o fato de ser uma doença de incidência rara, muitas vezes mutilante e com alta morbidade e mortalidade. De acordo com Souza et al. (2011), trata-se de uma doença que acomete pequena parcela da população, mas geralmente é agressiva e devastadora, principalmente pelos impactos psicológicos e sociais sobre os pacientes, desde o diagnóstico até o fim do tratamento.

A distribuição geográfica da incidência do câncer de pênis ocorre de forma desproporcional em diversos países, sendo uma doença praticamente superada em países desenvolvidos. Conforme Pompeo (2010), é de 0,3% a 0,5% a incidência de tumores malignos em homens nos Estados Unidos da América e Europa, por exemplo. Em contrapartida, nos países subdesenvolvidos, a incidência ainda se mantém como um dado preocupante para as políticas públicas de saúde. Em alguns países da América do Sul e da África, a ocorrência atinge níveis expressivos, atingindo cerca de 10% a 20% dos tumores urogenitais masculinos. A baixa incidência dessa doença nos países desenvolvidos, em contraste com a alta incidência nos países em desenvolvimento, sinaliza de forma notória a associação com o perfil socioeconômico da população (SILVA et al. 2010).

De acordo com o último levantamento realizado em 2007 pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), no Brasil, a incidência da doença ainda é frequente, e as regiões Nordeste e Sudeste despontaram como as mais afetadas, concentrando, respectivamente, 41,9% e 40,4% dos casos notificados. As informações obtidas com esse estudo mostraram que, na época, o estado de São Paulo, com 40 milhões de habitantes, concentrava o maior índice de casos, com 24,26%. Em segundo lugar ficou o Ceará, com 12,87%; em terceiro lugar, o Maranhão, com 10,66%, e, em quarto lugar, o Rio de Janeiro, com 9,19%. Já as menores taxas observadas foram no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, com 0,37%.

Outro indicador relevante para a compreensão da situação do câncer de pênis no Brasil são os dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (INCA, 2018), que constituem fontes sistemáticas de informações coletadas a partir do prontuário médico em hospitais de todo o Brasil. Essas informações são cruciais para pesquisa epidemiológica e para o planejamento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Considerando-se os anos de 2008 a 2015, são apresentados na tabela 2 os dados fornecidos pelo RHC acerca do número de diagnósticos de câncer com localização primária no pênis realizados em instituições hospitalares, por unidade da federação.

Tabela 2 - Diagnósticos de câncer, segundo o RHC, por unidade federativa entre 2008 e 2015

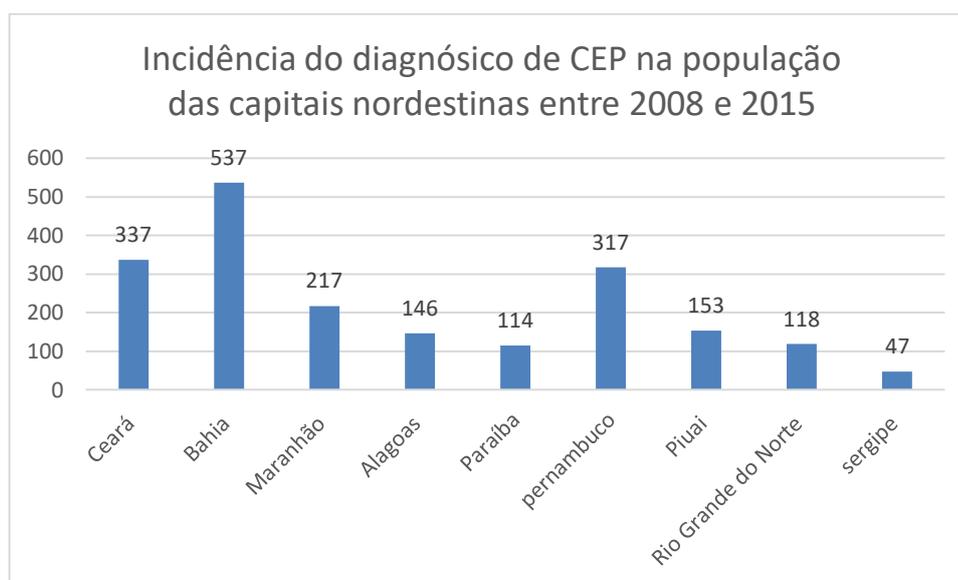
<b>Unidades Federativas da Região Nordeste</b>	<b>Número de casos confirmados</b>
Ceará	337
Maranhão	217
Alagoas	146
Bahia	537
Paraíba	114
Pernambuco	317
Piauí	153
Rio Grande do Norte	118
Sergipe	47
<b>Total</b>	<b>1.986 casos</b>
<b>Unidades Federativas da Região Norte</b>	
Acre	17
Amapá	4
Amazonas	78
Pará	141
Rondônia	43
Roraima	7
Tocantins	110
<b>Total</b>	<b>400 casos</b>
<b>Unidades Federativas da Região Sul</b>	
Paraná	361
Santa Catarina	134
Rio Grande do Sul	245
<b>Total</b>	<b>740 casos</b>
<b>Unidades Federativas da Região Sudeste</b>	
Espírito Santo	148
Minas Gerais	805
Rio de Janeiro	181
São Paulo	751
<b>Total</b>	<b>1.885 casos</b>
<b>Unidades Federativas da Região Centro Oeste</b>	
Distrito Federal	10
Goiás	21
Mato Grosso	80
Mato Grosso do Sul	61
<b>Total</b>	<b>172 casos</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>5.183 casos diagnosticados</b>

Fonte: Inca (2018).

Esses dados sinalizam que atualmente, nas regiões Norte, Centro Oeste e Sul do país, tem-se baixa incidência do CEP. Embora alguns estados da região Sudeste tenham apresentado números bastante elevados de incidência da doença, como São Paulo, com 751 casos, e Minas Gerais, com 805 casos, esse diagnóstico não figura sequer entre os dez tipos de câncer mais comuns que acometem homens nessa região, segundo a estimativa realizada pelo INCA (BRASIL, 2016).

Verificou-se em toda a região Nordeste a existência de 1.986 casos, elevando-a à posição de região com a maior taxa de diagnóstico, sendo essa uma tendência que vem se mantendo desde décadas anteriores, pois, segundo Pompeo (2010), já na década de 1980, na região Nordeste, o CEP representava 16% dos tumores malignos em homens adultos e era a terceira neoplasia mais frequente do trato geniturinário, superada apenas pelos tumores de próstata e bexiga. Nessa região, os quatro estados com a maior incidência do CEP foram, respectivamente, a Bahia, com 537 casos; o Ceará, com 337; Pernambuco, com 317 casos, e o Maranhão, com 217 casos. No gráfico 1 pode-se observar a incidência do CEP na população das capitais nordestinas.

Gráfico 1 - Incidência do CEP nas capitais do Nordeste



Fonte: DATASUS (2017).

Contudo, em pesquisa recente desenvolvida por Coelho et al. (2018) com o objetivo de estimar a incidência mínima de câncer de pênis no estado do Maranhão e descrever a epidemiologia e as características clínicas de pacientes diagnosticados com essa doença, foram constatados resultados discrepantes daqueles localizados junto ao DATASUS (2017). Os resultados alcançados por Coelho et al. (2018) comprovam que, com uma ASR<sup>1</sup> mínima de 6,1 por 100.000 homens e uma taxa de incidência anual bruta de 1,18 por 100.000 homens, o Maranhão tem a maior incidência de câncer de pênis registrado no Brasil e no mundo, considerando dados de um único centro de tratamento. Consultando estudos prévios, O autores evidenciam a taxa de incidência bruta de outros estados, dentre eles a Bahia, com 0,72; o Pará, com 0,46; Pernambuco, com 0,34, e o Rio de Janeiro, com 0,43. Acredita-se que defasagens na

<sup>1</sup> A sigla ASR significa coeficiente médio de incidência anual bruto e padronizado por 100.000 habitantes.

alimentação adequada dos dados do DATASUS (2017) podem ter provocado a diferença percebida nessas informações.

Segundo o INCA (2017), o CEP representa hoje 2% de todos os tipos de câncer que atingem os homens no Brasil. Trata-se de um diagnóstico pouco presente em regiões com maior desenvolvimento social e econômico, sendo, por outro lado, cinco vezes mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste, onde o câncer de pênis chega a superar a incidência de outros tipos (BRASIL, 2016).

É consenso entre os pesquisadores brasileiros que o CEP tem maior ocorrência em pessoas com idade avançada, apresentando pico de incidência em homens entre 50 e 60 anos (CARVALHO et al. 2011; POMPEO, 2010), no entanto indivíduos jovens também podem ser afetados, sendo que aproximadamente 22% dos casos são registrados em pacientes com idade inferior a quarenta anos (REIS et al., 2010). Os fatores de risco que favorecem o surgimento do câncer de pênis são a má higiene peniana, a retenção contínua de esmegma no pênis, a fimose, que favorece o acúmulo de células descamativas, e resíduos da urina e de esmegma, que podem levar a irritação crônica da glândula ou do prepúcio. De fato, cerca de 44% a 85% dos pacientes com carcinoma de pênis possuem fimose, o que reforça essa correlação de causalidade (CARVALHO et al. 2011).

Outro fator de risco consiste na prática sexual sem preservativos e com múltiplos parceiros, pois facilita a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), destacando-se o vírus do papiloma humano (HPV). No estudo realizado por Reis et al. (2010), constatou-se forte evidência da associação do HPV, especificamente dos tipos 16, 18, 31, 33, com o surgimento do CEP em mais de 50% dos casos diagnosticados. A associação entre infecção por HPV e o surgimento de tumores penianos, benignos e malignos, reforça considerações sobre a função do HPV na etiologia do câncer de pênis, contudo a carência de estudos sobre a associação entre HPV e carcinomas penianos é grande devido à neoplasia ser considerada rara, o que dificulta a realização de pesquisas mais conclusivas sobre o tema.

No quadro 1, tem-se a síntese dos fatores de risco e de proteção associados à etiologia do CEP.

Quadro 1 – Fatores de risco associados à etiologia do câncer de pênis

<b>Fator de risco para o CEP</b>	<b>Agravo que causa ao organismo</b>	<b>Fator de proteção para o CEP</b>
Não realização da higiene diária do pênis, acumulando suor e bactérias	Processos de irritação crônica	Realização diária da higiene do pênis de forma adequada
Acúmulo de esmegma	Processos de irritação crônica	Realização diária da higiene do pênis de forma adequada
Presença de fimose	Facilita o acúmulo de sujeira e dificulta a higiene adequada do pênis	Realizar circuncisão e cuidados com a higiene do pênis
Comportamento sexual de risco, tais como relações com múltiplos parceiros e não utilização de preservativos	Contaminação pelo HPV	Utilização de preservativo em todas as relações sexuais
Baixa condição sociocultural e de nível de instrução	Comportamentos que expõem os sujeitos a todos os fatores de risco citados	Acesso a informações que possibilitem a prevenção do CEP e a proteção da saúde

Fonte: INCA (2017).

A partir do levantamento dos fatores de risco, percebe-se que o câncer de pênis é uma neoplasia cujo surgimento está ligado principalmente às condições socioculturais nas quais o homem encontra-se inserido, incluindo o estilo de vida, a relação de cuidado e higiene com o corpo e o comportamento sexual. Pode-se compreender então que o CEP é uma doença bastante prevenível, desde que o homem adote comportamentos que evitem o câncer e protejam sua saúde. A prevenção, independente de qual seja o tipo, tem sido uma das principais ações adotadas pelas políticas públicas em saúde em todo mundo como principal estratégia de controle do câncer e promoção da saúde. As campanhas de prevenção possibilitam que a população conheça os fatores de risco causadores do CEP, podendo reduzir a gravidade do tratamento e aumentar a ocorrência do diagnóstico precoce, que é decisivo para o alcance da cura.

As manifestações clínicas mais comuns relacionadas ao câncer de pênis, de acordo com o Inca (2017), são feridas ou úlceras persistentes ou também tumoração localizada na glândula, prepúcio ou corpo do pênis. A presença de um desses sinais, associados a uma secreção branca (esmegma), pode ser uma indicação de câncer no pênis. Caso essa sintomatologia ocorra, é preciso consultar um especialista imediatamente para início das estratégias de prevenção secundária. Além da existência de tumor no pênis, a presença de gânglios inguiniais (ínguas na virilha) pode ser um sinal de progressão da doença para outros locais, ou seja, a metástase.

Ampliando a descrição dos sintomas característicos do CEP, Pompeo (2003) ressalta que as queixas iniciais normalmente são da presença de lesão vegetante ou de áreas com

ulceração no pênis. Tais lesões podem apresentar bastante variação de tamanho e intensidade de acordo com a progressão da doença, sendo que, frequentemente, os pacientes procuram tardiamente o atendimento médico, o que favorece o agravamento do câncer e dificulta a realização do tratamento.

Na perspectiva do pesquisador, embora a sintomatologia do CEP já seja conhecida e existam campanhas de orientação e esclarecimento à população, o que se observa é que o diagnóstico para o câncer de pênis ainda tem acontecido quando a doença já se encontra em estágios avançados e não em fase inicial, como o esperado. Isso acarreta consequências nocivas para os serviços de saúde, que terão de dispor de recursos físicos, materiais, financeiros e de mão de obra qualificada para tratar os pacientes, procedendo a intervenções invasivas e onerosas. Os próprios pacientes são os principais prejudicados com a demora no diagnóstico, pois precisarão enfrentar um tratamento bastante comprometedor, severo, mutilante e invasivo que os colocará em risco de morte. Muitas vezes esses pacientes são direcionados do diagnóstico para os cuidados paliativos, pois já não se dispõe de tratamentos médicos que possam favorecer a cura e a reabilitação, dada a progressão da doença, realidade que pode ser atenuada com a realização do diagnóstico precoce, que aumenta a probabilidade da eficácia do tratamento e da cura.

Esse quadro faz com que o câncer de pênis tenha alta taxa de mortalidade na população e que a realização do tratamento com possibilidade curativa não seja possível para a grande maioria dos casos atendidos. Tomando como referência Neveu et al. (2008), tem-se que, muitas vezes, quando os pacientes procuram o serviço de saúde, a doença já se encontra em estágio avançado, dificultando o tratamento eficaz e a recuperação da saúde. Tais pacientes evoluem em média de dois a três anos para o óbito, após enfrentar as etapas mais rigorosas do tratamento.

Na tabela 3, pode-se visualizar a quantidade de óbitos por câncer de pênis nas capitais do Nordeste entre os anos de 2000 a 2014.

Tabela 3 – Óbitos por câncer de pênis nas capitais do Nordeste entre 2000 e 2014

<b>Estado</b>	<b>Quantidade de obtidos</b>	<b>Classificação</b>
Ceará	182	4º
Paraíba	77	8º
Sergipe	59	9º
Rio Grande do Norte	92	6º
Pernambuco	287	2º
Bahia	339	1º
Maranhão	214	3º
Piauí	131	5º
Alagoas	82	7º

Fonte: INCA (2018).

Percebe-se que o Maranhão é o terceiro estado do Nordeste a apresentar a maior quantidade de óbitos causados pelo câncer de pênis no período considerado, sendo superado apenas pelos estados da Bahia e de Pernambuco. Esses dados são preocupantes quando se considera que se trata de uma doença de prevenção, primária e secundária, bastante simples, pois o autoexame do pênis e a limpeza diária com água e sabão são as estratégias mais indicadas para prevenir o surgimento da neoplasia. Nos casos em que já tenham surgido os primeiros sintomas da doença, é indispensável a busca de um serviço médico especializado para confirmação diagnóstica e início do tratamento. O diagnóstico precoce pode contribuir expressivamente para o sucesso do tratamento oncológico e para a manutenção da qualidade de vida dos pacientes.

## 2.1 A prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer de pênis

De acordo com o INCA (2017), a prevenção do câncer engloba ações realizadas para reduzir os riscos de ter a doença, classificando-se em prevenção primária e prevenção secundária. O objetivo da prevenção primária é impedir que o câncer se desenvolva, o que inclui a adoção de um modo de vida saudável, evitando a exposição a substâncias causadoras de câncer. Já o objetivo da prevenção secundária é detectar e tratar doenças pré-malignas (por exemplo, lesão causada pelo vírus HPV ou pólipos nas paredes do intestino) ou cânceres assintomáticos iniciais. Considerando que o tratamento para o câncer é demorado, invasivo, acarretando muitas vezes diversas perdas, mutilações e privações para o sujeito e sua família, as estratégias de prevenção, primárias e secundárias, se colocam como ações indispensáveis para a saúde da população.

Para o câncer de pênis, especificamente, a prevenção primária consiste na realização da limpeza diária com água e sabão, principalmente após as relações sexuais e a masturbação. É indispensável também ensinar às crianças desde cedo os hábitos de higiene íntima, que devem ser praticados todos os dias, se estendendo para a adolescência, vida adulta até a velhice. Por

sua vez, a prevenção secundária consiste em conscientizar os sujeitos a buscarem acompanhamento médico para confirmação diagnóstica e tratamento, ao identificarem os primeiros sintomas que possam indicar o início da neoplasia (INCA, 2017).

Para ilustrar como tem ocorrido as estratégias de prevenção no Brasil, na figura 1, apresenta-se a divulgação de material público utilizando a figura do jogador de futebol e técnico Zico, que estrelou a campanha com a finalidade de disseminar junto à população as informações sobre como realizar a prevenção primária do câncer de pênis. Esse material foi divulgado em diversas redes sociais, *sites* e *blogs* na internet a partir do ano de 2013, constituindo uma estratégia de prevenção primária para o CEP

Figura 1 – Campanha nacional para prevenção do câncer de pênis



Fonte: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/09/estrelada-por-zico-campanha-contracancer-de-penis-indica-agua-e-sabao.html>.

Por ser uma doença crônica, o câncer de pênis implica em um processo invasivo e, de acordo com Pompeo (2010), o tratamento deve ser individualizado, devendo ser definido a partir das características da lesão primária e sua classificação, que são estabelecidas na análise histopatológica a partir da biópsia. O outro fator que determina a terapêutica a ser adotada é o estadiamento do tumor, que possibilita conhecer a extensão da doença no organismo.

O prognóstico para o tratamento do câncer de pênis é bom, e nos casos em que o tratamento ocorre nos estágios iniciais da doença, se consegue cura para praticamente todos os casos, mas isso só se torna possível com o diagnóstico precoce, o qual, de acordo com o Inca (2017), é ainda fundamental para evitar o crescimento desse tipo de câncer e a posterior amputação do pênis, que traz consequências físicas, sexuais e psicológicas ao homem. Por isso, quanto mais cedo for iniciado o tratamento, maiores são as chances de cura. Já o principal fator

que torna o prognóstico desfavorável é a ocorrência de metástases nos linfonodos regionais (POMPEO, 2003).

De acordo com o tipo e tamanho da lesão, o tratamento do câncer de pênis pode ser realizado através cirurgia de ablação com laser, podendo também ocorrer a cirurgia de amputação, total ou parcial, do pênis. A amputação total consiste na retirada completa do órgão (glande e todo o corpo do pênis), sendo mantido apenas o saco escrotal (CARVALHO et al. 2007). É importante evidenciar que os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos são usados, em muitos casos, de forma associada, apresentando taxas bastante variadas de efetividade, sendo que, em alguns casos nos quais é realizada a cirurgia de amputação, o paciente ainda precisa realizar tratamento quimioterápico adjuvante (SOLSONA et al., 2004).

De acordo com Pompeo (2003) para os tumores penianos que são profundamente invasivos, sobretudo quando as lesões comprometem o eixo distal do pênis e deformam a glande, recomenda-se a penectomia parcial. Já a penectomia total seria indicada para os casos que apresentem lesões mais extensivas, ou tumores presentes na base e na parte uretral do pênis. A cirurgia oncológica para controle do CEP pode incluir ainda a emasculação, que consiste na retirada não apenas no pênis, mas também do saco escrotal em sua totalidade, fazendo com que o indivíduo perca totalmente a capacidade de reprodução. Sobre a ocorrência da emasculação tem-se que

Tumores que acometem extensamente o pênis são melhor tratados por penectomia total e uretostomia perineal. Para tumores mais avançados que invadem proximalmente os corpos cavernosos e o escroto, deve-se considerar emasculação. Essa cirurgia consiste em penectomia total, escrotoectomia e orquiectomia, que pode ser evitada em casos selecionados. Em casos extremos, o tratamento cirúrgico para controle da doença ou para melhora da qualidade de vida pode incluir cistoprostatectomia, ressecção da parede abdominal ou hemipelvectomia (POMPEO, 2003, p. 247).

Na pesquisa realizada por Eufrásio et al. (2012), confirma-se que o tratamento convencional do carcinoma do pênis consiste na amputação parcial ou total do órgão, porém, nos últimos anos, a realização de procedimentos cirúrgicos menos radicais vem apresentando uma aceitação crescente, de modo a diminuir a morbimortalidade associada à neoplasia. Os autores investigaram o tratamento a que se submeteram 28 pacientes diagnosticados com CEP, tendo se realizado laser CO2 em 39,3% dos doentes; excisão local com encerramento primário em 28,6% dos casos; excisão local com retalho de deslizamento em 14,3%; circuncisão em 14,3% e glandectomia com retalho cutâneo em um caso (3,6%). Os pesquisadores concluíram que, em casos selecionados de carcinoma do pênis superficial de baixo grau de malignidade e

de lesões pré-malignas, a cirurgia preservadora de órgão é uma boa opção terapêutica, com preservação da função sexual e urinária, apresentando excelentes resultados oncológicos.

De acordo com Pizzocaro et al. (2010), deve ser priorizado sempre que possível o tratamento conservador, que objetiva debelar o câncer sem, contudo, mutilar o paciente com a amputação do pênis, mas, para que esse tratamento seja indicado, é necessário que o diagnóstico precoce ocorra e que a extensão do tumor seja de baixo grau. Essa condição oportuniza intervenções médicas com o câncer em estágios iniciais, facilitando o controle da neoplasia, amenizando a severidade do tratamento e aumentando as chances de cura e de qualidade de vida dos pacientes. Ainda na perspectiva dos autores, em decorrência do aumento da sobrevida, os homens penectomizados podem apresentar disfunção sexual e infertilidade frequentemente.

Já estudos como os de Fonseca et al. (2000) e Paiva (2010) constaram que o lapso de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a busca por serviços de saúde e cuidados médicos por parte dos pacientes é bastante variável: em média, é em torno de oito meses podendo chegar até a doze meses ou um pouco mais. Sentimento de culpa, impotência, vergonha, medo, negligência e mesmo desconhecimento sobre o próprio corpo e a gravidade dos sintomas são apontados como razões para os sujeitos conviverem tanto tempo com sintomas no corpo e demorem a buscar assistência médica especializada. Nesse sentido Reis et al. (2010) confirmam que o diagnóstico do câncer de pênis ocorre, na maioria expressiva dos casos, quando a doença já se encontra em estágios avançados implicando em uma sobrevida baixa destes sujeitos. A associação entre a realização do tratamento e a amputação do pênis tem sido apontada também como um dos fatores que retarda a busca de auxílio médico e que, muitas vezes, provoca a desistência do tratamento. Paradoxalmente, é por conta desses fatores que as cirurgias mutilatórias de amputação são indicadas em muitos casos.

O tratamento do CEP é sempre cirúrgico, com a retirada da lesão e, em alguns casos, nos quais a doença já progrediu de forma acentuada, são procedimentos recorrentes a amputação parcial ou total do membro e a retirada dos gânglios da região inguinal, que é o primeiro sítio de metástase (REIS et al. 2010). Na tabela 4 é possível visualizar dados referentes a quantidade de cirurgias de penectomia realizados nas capitais do Nordeste entre janeiro de 2010 e fevereiro de 2017.

Tabela 4 – Cirurgias de penectomia nas capitais do Nordeste entre janeiro de 2010 e fevereiro 2017

<b>Estado</b>	<b>Quantidade de penectomias realizadas</b>	<b>Classificação</b>
Ceará	101	3º
Paraíba	15	9º
Sergipe	30	8º
Rio Grande do Norte	51	6º
Pernambuco	89	4º
Bahia	185	1º
Maranhão	151	2º
Piauí	33	7º
Alagoas	54	5º

Fonte: DATASUS (2017).

Conforme os dados da tabela 4, pode-se inferir que, embora o Maranhão apresente a maior incidência de casos de CEP, como visto em Coelho (2018), esse estado ocupa a segunda posição referente à quantidade de cirurgias de penectomia realizadas em hospitais. Uma possível compreensão para essa ocorrência é que, dentre outras variáveis, as estratégias de prevenção primária e secundária ainda se mostram insuficientes, culminando na existência desses indicadores. Propõe-se então que, para a população do Maranhão, é indispensável que se intensifique a criação de estratégias de prevenção que levem informação e esclarecimento sobre essa neoplasia, construídas de forma planejada e contextualizada com a realidade sociocultural das populações, para obter o efeito pretendido. Essa ação pode reverter o alto índice de morbidade e mortalidade, bem como a consequente realização de cirurgias penianas mutilatórias, acarretadas, dentre outros fatores, pela falta de conhecimento e informações referentes ao CEP, que contribui para a demora na busca de assistência médica.

Nos casos em que ocorre o diagnóstico precoce e que o tratamento é iniciado com o câncer de pênis em estágio inicial, tanto o prognóstico do tratamento é bom, elevando a chances de cura e manutenção da qualidade vida, quanto a terapêutica médica pode ser menos invasiva para o paciente, produzindo menos sofrimento e perdas na sua vida. No entanto, os dados apresentados nesta pesquisa, referentes à situação do câncer de pênis no Maranhão, denunciam que a grande maioria dos sujeitos em tratamento do CEP precisam se submeter aos procedimentos mais duros e penosos (cirurgias mutilatórias de penectomia).

### **3 ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO ADOECIMENTO, HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

O adoecimento e a realização de um tratamento médico não são acontecimentos puramente objetivos, pelo contrário, se mostram como situações que podem suscitar aspectos emocionais e psicológicos importantes nos sujeitos que as vivenciam. Esses aspectos são relevantes para serem compreendidos, cuidados e tratados tanto quanto as intercorrências e os sintomas físicos, pois irão se relacionar diretamente com o sucesso do tratamento e a qualidade de vida do paciente. Nesse sentido Simonetti (2011) explica que, quando o ser humano, possuidor de subjetividade, defronta-se em seu percurso de vida com o adoecimento, muitos aspectos psicológicos são gerados, causando impactos emocionais para esse paciente, pois toda doença é repleta de subjetividade. A partir disto é possível afirmar que o adoecimento, independentemente da afecção causadora, não atinge o sujeito apenas no campo orgânico e físico, acometendo-o também em sua subjetividade.

Ainda de acordo com Simonetti (2011), tais aspectos psicológicos são compreendidos como as manifestações da subjetividade humana causadas a partir da vivência de um adoecimento e tratamento, como, por exemplo, os sentimentos, os desejos, as falas, os pensamentos, os comportamentos, as fantasias, as lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, as dificuldades, o estilo de vida e o estilo de adoecer de cada sujeito referentes ao adoecimento. Tais aspectos psicológicos podem estar presentes em todas as etapas da hospitalização, desde a fase diagnóstica, tratamento, reabilitação, até a cura ou preparação para a morte, condicionando a maneira, única e pessoal como cada paciente viverá esses momentos.

Esses aspectos psicológicos são decisivos o sucesso do tratamento, determinando a forma como o paciente se relacionará com a doença, com o hospital, com o tratamento, com o próprio corpo e com a equipe médica, o que pode impactar na adesão ao tratamento, ou não. São tão importantes que, quando se tornam intensos, acarretam impactos emocionais severos para o sujeito. Nesse sentido Romano (1999) ressalta que os aspectos emocionais experienciados por um paciente podem alterar suas reações e habilidades para lidar com a doença e com o tratamento, interferindo na possibilidade de permanecer nele, na busca por restabelecer a saúde, e na tomada de decisões que influenciam suas chances de sobrevivência.

Concluída a fase do diagnóstico, o tratamento deve se iniciar e, independentemente de sua forma, o primeiro evento gerador de impactos emocionais é a hospitalização, por implicar invariavelmente a separação familiar, o afastamento da casa, da rotina e a perda da autonomia

(DIAS; AQUINO, 2013). Durante o período de internação, as normas, os horários definidos e a perda da identidade fazem com que o indivíduo sinta como se tivesse perdido a sua singularidade, tornando-se apenas um ser doente e dependente de cuidados. Isso se agrava com a falta de humanização recorrente nos hospitais, com os sujeitos sendo rotulados pelo número do leito que ocupam ou tratado apenas como doente portador de determinada patologia (COSMO; CARVALHO, 2000).

Com base em Romano (1999), pode-se afirmar que as unidades hospitalares, a partir dos serviços que oferecem e de sua organização física administrativa e burocrática, também podem desencadear impactos emocionais nos pacientes. Essa realidade permite inferir que não apenas a hospitalização e a internação acarretam tais impactos, mas também a permanência do sujeito nas dependências do hospital, mesmo que para procedimentos como consultas eletivas ou exames de menor complexidade. No quadro 2, apresenta-se uma síntese das potencialidades das unidades hospitalares para desencadear reações emocionais nos pacientes.

Quadro 2 - Unidades hospitalares e variáveis que podem provocar reações psíquicas

<b>Unidade hospitalar</b>	<b>Serviços que oferece</b>	<b>Variáveis que podem provocar impactos emocionais e psíquicos no paciente</b>
Ambulatório	Consultas de seguimento para o tratamento; indicações terapêuticas, solicitações e entrega de exames	Confirmação diagnóstica de doenças diversas (agudas e crônicas); indicações de tratamentos invasivos, demorados e a comunicação de más notícias
Emergência	Atendimento para diagnóstico e tratamento com pacientes acidentados ou acometidos por mal súbito (suspeita de infartos, derrames, apendicite, pneumonia, fraturas etc.) com ou sem risco de morte.	Isolamento social; ruptura da participação em diversas esferas comunitárias (família, trabalho, relacionamentos etc.); procedimentos médicos invasivos e dolorosos; contato com pessoas, procedimentos, ambientes e rotinas desconhecidas; contato com o sofrimento e a morte de outros, bem como confrontação com o risco da própria morte; debilidade física; não ter controle sobre o tratamento (independente do que faça, o paciente não tem como garantir sua cura); dependência quase total da equipe de assistência e perda da autonomia (banho, alimentação, sono passam a ser estabelecidos pela rotina da instituição hospitalar); comunicação de más notícias (cirurgias mutilatórias; não sucesso do tratamento; alta não concedida etc.).
Enfermarias	Recebe e acomoda pacientes que necessitem de assistência médica e de enfermagem por, no mínimo, 24 horas em regime de internação para realização de tratamentos diversos.	
Unidade de Terapia Intensiva	Recebe pacientes em estado grave, com possibilidade de recuperação, demandando cuidados médicos e monitoramentos constantes, além da utilização de equipamentos médicos especializados.	

Fonte: Romano (1999) – adaptado pelo pesquisador.

Para o pesquisador, ao longo do tratamento de uma doença crônica como o câncer, que costuma ser bastante longo e severo, provavelmente o paciente será atendido por todas as unidades do hospital, portanto a experiência de estar em tratamento em uma instituição hospitalar pode desencadear a todo momento aspectos emocionais diversos. Quando intensos e não tratados, tornam-se impactos psicológicos severos ligados ao sofrimento da hospitalização, podendo dificultar, ou mesmo inviabilizar, a continuidade do tratamento e aumentar a probabilidade de intercorrências médicas e sofrimento psicológico. Isso pode ser desencadeado pela forma como as unidades se organizam e funcionam para prestar serviços aos pacientes.

Outros fatores que também podem facilitar a ocorrência e a intensidade desses impactos psicológicos são a duração e a severidade do tratamento realizado e os valores sociais atribuídos a alguns tipos de doenças. Quanto mais invasivo, demorado, grave e arriscado for o tratamento, maior a possibilidade de o paciente apresentar respostas emocionais de sofrimento intenso. Algumas doenças, como o câncer e o HIV, são culturalmente associadas a castigo, vergonha, morte e mutilação, o que também contribui para que portadores de tais doenças sofram impactos psicológicos severos decorrentes desses valores.

Na perspectiva de Berlinguer (1988), passar a ser identificado pela sociedade como alguém doente é uma situação que também acarreta impactos psicológicos, pois, culturalmente, ser doente é associado a posição de fracasso na vida, de vergonha, de culpa, o que algumas vezes provoca exclusão social, visto que pode colocar o sujeito doente na condição de quem não produzirá bens, passando a ser um estorvo para a família e para a sociedade. Ainda de acordo com Berlinguer (1988), embora as conotações dadas para o fenômeno da doença e do doente, em cada sociedade e em diferentes contextos culturais, se modifiquem, alguns aspectos tendem a se repetir, como a associação da doença com a dor e o sofrimento e ainda a consideração do doente como alguém que, diferente dos demais, necessita de cuidados particulares.

Em seu estudo, Berlinguer (1988) ressalta ainda que a doença recebe conotações de culpa e expiação de pecados, representando frequentemente perda de poder, da dignidade humana, da autonomia física, emocional e financeira, o que acentua a desigualdade de posições sociais ocupadas por quem é sadio e pelo doente. Tais aspectos podem produzir agressividade, hostilidade, medo e exclusão social direcionados àquele que se encontra doente, o qual também se torna então um incômodo social, gerando repugnância, logo sua existência acaba por ser negada como forma de não comprometer o adequado funcionamento da sociedade.

No processo de adoecimento e hospitalização, Camon (2010) denuncia a ocorrência do que denominou de despersonalização do paciente:

Ao ser hospitalizado o paciente sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém portador de uma determinada patologia. O estigma de doente – paciente até mesmo no sentido de sua própria passividade perante os novos fatos e acontecimentos existenciais – irá fazer com que exista a necessidade premente de uma total reformulação até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas. Deixa de ter significado próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre sua patologia. (CAMON, 2010, p. 2).

Para o pesquisador, muitas vezes, ao se submeter à hospitalização e ao tratamento, o sujeito passa a ser referenciado, pelos profissionais de assistência e pela própria família, apenas pelo diagnóstico de sua doença e à condição momentânea de “doente”, em detrimento de vários outros referenciais de vida. Esse processo, chamado de despersonalização, desconsidera outras possibilidades de vida, de comportamentos, de atitudes, de valores e de relacionamentos do paciente, reduzindo-o apenas a sua afecção e às limitações impostas por ela. Isso contribui para reduzir o protagonismo e a autonomia do sujeito em seu próprio tratamento, tornando-o mais dependente da equipe assistencial. A despersonalização facilita também o enfraquecimento da rede de suporte psicossocial, uma vez que a história de vida e os papéis sociais desempenhados pelo sujeito, tais como filho, pai, trabalhador, amigo, membro de uma comunidade religiosa etc. são desvalorizados, surgindo a supervalorização da condição de “doente”.

A chegada da doença crônica, bem como a imposição de todas as mudanças e limitações de vida decorrentes da hospitalização podem ainda desencadear no paciente e na sua família a crise psicológica, que é um forte desequilíbrio emocional. De acordo com Simon (1989), essa crise é gerada por eventos que ocorrem de forma inesperada e brusca, configurando-se como uma situação totalmente nova e vitalmente transformadora do sujeito, para a qual ele não possui resposta apropriada como tentativa de solução. Tais eventos podem ainda ser internos ou externos ao sujeito e provocam aumento ou redução significativa do espaço no universo pessoal.

Simon (1989) classifica a crise psicológica, de acordo com sua etiologia, em dois grupos: por ganho ou expectativa de ganho e por perda ou expectativa de perda. Na crise por ganho ou expectativa de ganho, os sentimentos mais prováveis no sujeito tendem a ser a insegurança, a inferioridade e a inadequação, sendo que os riscos normalmente são a fuga (direta ou indireta) ou assumir mais responsabilidades do que de fato pode dar conta. Já a crise por perda ou expectativa de perda apresenta como sentimentos predominantes a depressão e a culpa, sendo a autoagressão e a projeção de culpa os riscos mais comuns nessa situação.

Consideramos que, a descobrir-se com uma doença crônica, a qual precisa ser enfrentada com suas consequências, é um evento inesperado e abrupto na vida de qualquer indivíduo que interrompe ou, muitas vezes, impede totalmente a realização de atividades que anteriormente eram corriqueiras, como o trabalho, o estudo e os relacionamentos sociais, acarretando uma redução do universo pessoal do sujeito. Somado a isso, vivenciar tal situação com todas as mudanças de vida que ela impõe é algo para o qual os indivíduos não possuem nenhum tipo de preparação prévia, assim, quando o adoecimento e a hospitalização se apresentam, não sabem o que fazer, como agir, como se comportar. A falta de repertório comportamental desenvolvido para responder a esse tipo de evento acarreta desordem emocional, sendo que tais aspectos tornam o enfrentamento de uma doença crônica como o câncer um evento potencialmente causador de crise psicológica.

Nesse contexto de enfrentamento do câncer, observa-se que a crise pode se apresentar tanto por perda ou expectativa de perda quanto por ganho ou expectativa de ganho. Isso porque, durante a hospitalização, pode-se perder a autonomia, o trabalho, os vínculos sociais, a saúde, os relacionamentos e ainda um membro do corpo, em decorrência de cirurgias de amputação. Por outro lado, também é possível que haja o ganho de uma prótese, de um traqueostomo, de uma sonda para urinar, de uma bolsa de colostomia ou ainda de uma má notícia a respeito do tratamento. Dessa forma, o adoecimento, que não é algo esperado e, por vezes, acontece repentinamente, representa uma situação transformadora da vida do sujeito, podendo ser causador de crise acidental, seja por perda seja por ganho.

Certamente, as intervenções médicas para o tratamento do câncer foram as que mais avançaram nas últimas décadas se comparadas às de outras doenças, possibilitando maior controle das neoplasias e a manutenção da qualidade de vida dos pacientes. A despeito disso, percebe-se que, no âmbito social, o pavor que o câncer provoca nas pessoas, bem como sua quase irreversível associação com a morte e com a finitude são crescentes na sociedade. Conforme Silva (2005) e Kóvacs (1992), o recebimento do diagnóstico de câncer ainda representa uma sentença de morte quase incontestada, fazendo com que muitos sujeitos passem a vivenciar uma descrença na vida e na importância do tratamento, manifestando medo da morte, tristeza e desesperança. Skaba e Vieira (2002) acrescentam que o câncer, de forma geral, ainda é uma doença sentida pelas pessoas como um castigo, uma sentença de morte e, algumas vezes, como forma de punição, envolvendo sentimentos difíceis de ser administrados.

Kübler-Ross (1996) destaca que a negação é muito recorrente em pacientes com câncer, desde o diagnóstico, sendo uma defesa temporária que poderá ser substituída por uma aceitação parcial ou total. Para o autor, a ocorrência da negação é importante, pois permite ao paciente

suportar o desespero devastador que sente e a progressiva e lenta aceitação da realidade, contudo, em alguns casos, o paciente poderá permanecer em atitude de negação por todo o tratamento até a morte. Outros pesquisadores, como Taverna e Sousa (2014), Maluf, Mori e Barros (2005), também reiteram que, frente ao tratamento do câncer e as adversidades que produz, a negação é um aspecto psicológico frequente, atuando como possibilidade de sustentação emocional e psicológica momentânea para o paciente.

De fato, a negação pode ocorrer desde o momento do diagnóstico, se estendendo até a recuperação. Enfrentar o câncer e suas consequências pode se apresentar como evento perturbador e insuportável para muitos sujeitos, em decorrência da dor física, do abandono, das mutilações, da dificuldade em lidar com as perdas e com as mudanças de vida que o tratamento acarreta e ainda da possibilidade da própria morte. Nesses contextos, alguns pacientes podem passar a distorcer e negar sua realidade, não aceitando a gravidade do tratamento, construindo planos de vida impossíveis para sua situação, “esquecendo” de tomar a medicação e de comparecer às consultas, acreditando que seus exames foram trocados ou mesmo não se implicando no tratamento, ou seja, nega-se a existência do câncer de diferentes formas.

De acordo com Ismael e Oliveira (2008), ansiedade, medo e fantasias diversas também são descritos como vivências emocionais de pacientes ao longo do tratamento oncológico, sendo consideradas inclusive como normais e esperadas se em níveis baixos, quando não trazem comprometimento ao tratamento e à saúde mental do paciente. Esses aspectos emocionais são desencadeados devido ao sujeito em tratamento oncológico defrontar-se com uma situação ameaçadora, desconhecida, como é o câncer. Já na visão de Christo e Traesel (2009) o sujeito em tratamento de câncer passa por conflitos internos relacionados ao enfrentamento de experiências de dor, perdas e lutos resultantes do próprio adoecimento e tratamento, quando a percepção de finitude emerge e torna-se comum o aparecimento de fantasias e mitos em torno de todo esse processo.

Dentre as várias consequências acarretadas pelo tratamento oncológico no cotidiano da pessoa, destacam-se as perdas, principalmente, físico-emocionais, sociais, da autoestima e dos planos futuros, que se tornam incertos. Dessa forma, experienciar uma doença como o câncer, tão fortemente ligada à morte, é ter a vida e os próprios projetos postos em suspenso (IAMIN; ZAGONEL, 2011).

Outro impacto psicossocial decorrente do tratamento oncológico são os ganhos secundários, os quais, de acordo com Spitz (1999), são consequências sociais, emocionais, materiais ou financeiras produzidas a partir da situação de adoecimento e de hospitalização, com potencialidade para facilitar a acomodação do sujeito à condição de doente e a cronificação

de seus sintomas. Tais ganhos podem ser conscientes, quando se ligam à compensação social da doença, ou podem ser inconscientes, quando possibilitam que o sujeito escape de situações conflitivas e excruciantes.

No tratamento contra o câncer, é possível que, além das diversas perdas e privações, o paciente produza também alguns ganhos secundários advindos dessa situação, visto que o tratamento costuma mobilizar e envolver afetivamente as pessoas que compõem o ciclo familiar e social do paciente, por experimentarem sentimento de culpa, remorso ou medo da morte do ente querido. Nesses casos, é comum que o paciente receba bastante atenção, companhia, solidariedade e mesmo o sentimento de comiseração. Além disso, o longo do tratamento, o paciente ganha o direito de não trabalhar e, em casos mais extremos, quando sua situação social é bastante precária, o tratamento e a hospitalização produzem ainda ganhos secundários, como alimentação regular, alguns cuidados de higiene e uma morada, o hospital.

Durante o tratamento, normalmente a quimioterapia é administrada de acordo com o tipo e o estágio do câncer, podendo ser um dos tratamentos mais demorados na oncologia, pois a aplicação de um único ciclo de quimioterapia pode durar até uma semana, impondo ao paciente a permanência no hospital. O tratamento quimioterápico também provoca impactos psicológicos para o paciente, pois, de acordo com David, Windlin e Gaspar (2013), o momento de infusão da quimioterapia pode representar um período de tranquilidade, de descanso, mas também pode desencadear angústia, impor reclusão, provocando um rompimento com as tarefas diárias, o trabalho e o convívio social e familiar. Por essa razão, a quimioterapia pode ser um período caracterizado pela interrupção do curso de vida do sujeito.

Segundo o Inca (2017), a quimioterapia, muitas vezes, provoca efeitos colaterais, como alopecia, náuseas, diarreia, aftas, dores e mal-estar generalizado, os quais também desencadeiam impactos emocionais nos pacientes, como a vergonha, o isolamento social e a fantasia de que a quimioterapia tem sido prejudicial. Acrescenta-se a isso a necessidade de enfrentamento desses efeitos, que são bastante debilitadores, exigindo ainda mais recursos psicológicos do paciente para suportar o tratamento e suas consequências.

Nesse sentido, Sette e Gradwohl (2014) reiteram que os efeitos colaterais da quimioterapia podem se tornar para o paciente uma preocupação maior que seu próprio tratamento, visto que, durante a quimioterapia, ele tem maior tempo para refletir sobre seu câncer, pois não há outras atividades para se ocupar. Receber a infusão de quimioterapia pode significar também a concretização e a confirmação do adoecimento, considerando a forte associação entre essa medicação e câncer, tornando-se assim mais difícil permanecer em atitude de negação nesse momento.

Já a respeito das cirurgias, Figuera e Viero (2005) observam que a internação hospitalar para realização de processo cirúrgico costuma ser bastante demorada na oncologia, provocando no paciente sentimento de ruptura com a vida diária e de perda da autonomia. A internação longa pode suscitar ainda diversos sentimentos de desconforto e tristeza, inclusive propiciando o processo de despersonalização, bastante característico no ambiente hospitalar com prolongados períodos de internação, pois o paciente é desvinculado dos seus papéis e ambientes sociais.

Na perspectiva de Juan (2007), a cirurgia é um evento novo e desconhecido que gera nos pacientes sentimentos de ansiedade e medo. A maneira como cada paciente percebe a cirurgia e atribui significados a ela é importantíssima, pois é a partir dessa percepção que poderão ocorrer comportamentos de ajuste, reacomodando-se à nova situação. Segundo o autor, é também frequente a sensação de ausência de controle experienciada pelo paciente, pois, mesmo concordando em realizar a cirurgia, nem ele, nem a própria equipe médica têm controle total sobre as complexas variáveis envolvidas no procedimento cirúrgico, ou seja, a possibilidade de que o procedimento não dê certo é real. Ocorre também a experiência invasiva do corpo, o qual é inteiramente manipulado pela equipe médica, produzindo uma situação de dependência e de invasão de intimidade que também deverá ser elaborada pelo sujeito.

A cirurgia oncológica pode ainda, muitas vezes, alterar drasticamente a imagem e o esquema corporal do paciente, pois produz emagrecimento ou ganho de peso, perda de um membro, em caso de amputações, aquisição de equipamentos a serem utilizados por bastante tempo, decorrentes do procedimento, como traqueostomo, bolsas de colostomia e sondas. Isso pode levar o sujeito a desenvolver dificuldades de adaptação a sua nova imagem e esquema corporal, gerando também dificuldades na relação do sujeito no mundo e do sujeito consigo mesmo, incluindo sua motricidade, percepção e a relação com o outro, dada sua nova condição física (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Sobre a ocorrência da ansiedade, Carvalho (2008) alerta que ela pode se fazer presente em todas as etapas da evolução do câncer, desde a prevenção até a terminalidade. Quando a ansiedade se torna patológica, pode dificultar a compreensão da enfermidade e do tratamento, comprometer a adesão do paciente aos procedimentos terapêuticos, agravar o prognóstico, reduzir o efeito de alguns medicamentos, como os antieméticos, e afetar negativamente a qualidade de vida. Ainda segundo Carvalho (2008), mulheres em tratamento oncológico têm o dobro de chances de vivenciar quadro de ansiedade, quando comparadas aos homens. Os pacientes mais jovens apresentam também maior prevalência desse quadro. Por fim, outros

fatores, como o prognóstico da doença, o medo da morte e a atitude do médico, também são fatores de risco para a ocorrência de quadros de ansiedade.

No estudo desenvolvido por Vasconcelos, Costa e Barbosa (2008) com 35 pacientes em tratamento oncológico, os resultados revelaram que tais pacientes sofrem com sintomas de ansiedade desde a fase diagnóstica, intensificando-se durante o tratamento, a hospitalização e parte do processo de recuperação. A presença desses sintomas pôde ser explicada, principalmente pela ocorrência de dois processos: a forte associação entre o câncer e a morte e a ausência do suporte familiar durante o tratamento. Os autores reforçam que a reação de ansiedade frente ao câncer pode ser considerada como reações esperadas.

Na pesquisa realizada por Dias e Aquino (2013) com pacientes oncológicos encaminhados para a cirurgia de laringectomia total, foi constatado que, no período pré-operatório, os aspectos psicológicos mais presentes foram o medo; a ansiedade no nível moderado; a sensação de perda da autonomia, de ruptura com a família e com a rotina em decorrência da hospitalização; o medo da morte e da dor física e a dificuldade de readaptação social. Foi observada também forte associação entre a ansiedade moderada e o medo de morrer, de ficar sozinho no hospital e de não ter apoio dos familiares no pós-operatório. Os pacientes destacaram também a importância da família, dos amigos e da religiosidade como suporte para os momentos difíceis.

Já de acordo com Costa, Finco e Medeiros (2016), pacientes oncológicos vivenciam diariamente o temor decorrente da doença, além de necessitar lidar com a exclusão social e o medo da degradação física do corpo que pode acarretar perda da capacidade de realizar seus afazeres. Esses autores investigaram os impactos psicossociais do diagnóstico e tratamento do câncer colorretal, verificando que esse momento foi vivenciado pelos pacientes como algo sofrido e doloroso, predominando entre eles sentimentos de ansiedade, dúvida, tristeza, medo e sensação de aproximação da morte, sendo que as práticas espirituais e o suporte de familiares e de amigos atuaram como amenizadores do sofrimento.

Tomando como objeto de investigação as repercussões psicossociais em mulheres em tratamento contra o câncer do colo de útero, Schirmer, Miranda e Duarte (2014) apresentam como resultados que, de forma geral, o tratamento contra o câncer é um evento traumático na vida dessas pacientes e seus familiares, em decorrência das mudanças físicas, psíquicas, sociais e na rotina de vida. Observou-se também que o adoecimento e o tratamento exercem grande influência na relação conjugal, tanto durante quanto após o tratamento.

Discutindo os impactos psicossociais do câncer de mama para a mulher, Ramos e Lustosa (2009) ressaltam que, do diagnóstico ao tratamento do câncer de mama, a mulher pode

perder o equilíbrio emocional e passar a vivenciar raiva, tristeza, inquietação, ansiedade, angústia, medo e luto, pois as incertezas e a possibilidade da morte se fazem presentes. As autoras apontam também que algumas pacientes podem desejar esconder sua doença, com medo da rejeição, da estigmatização e do preconceito social. Tais aspectos contribuem para prejudicar sua saúde e o prognóstico da doença, pois podem levar à desistência ou à não aderência ao tratamento.

Já sobre os impactos psicossociais decorrentes do câncer de pênis, pouco se sabe, pois as pesquisas sobre essa temática ainda são escassas, e seus achados incipientes, se comparadas às investigações focadas em outras neoplasias. Nesse campo, Reis et al. (2010) e Costa et al. (2013) elucidam que, embora o CEP acometa pequena parcela da população, é uma neoplasia agressiva e que provoca alta morbidade decorrente da própria doença e de seu tratamento, com impactos psicológicos, sexuais e sociais devastadores nos pacientes. Acentua-se a questão da identidade sexual, a baixa qualidade de vida e a diminuição do bem-estar como alguns dos efeitos negativos já reconhecidos. Pacientes que são submetidos à cirurgia de penectomia podem apresentar também distúrbios psiquiátricos e maior propensão ao suicídio nos casos em que a penectomia total é realizada (MADDINENI; LAU; SANGAR, 2009).

Esses pacientes, tipicamente, vivenciam um processo de fragilização psicológica causada, dentre outros fatores, pela associação recorrente entre o câncer de pênis e a mutilação do órgão. Como consequência, o abandono do tratamento é apontado como recorrente, pois a intervenção médica mais comum é a penectomia. O paciente penectomizado pode perder sua referência de masculinidade e, conseqüentemente, enfrentar dificuldades psicológicas e sociais em várias esferas de sua vida, comprometendo seu funcionamento de forma global, por isso muitos pacientes não retomam aos serviços de saúde para dar seguimento ao tratamento da doença (REIS et al. 2014).

De acordo com Paula et al. (2005), uma parcela de casos de câncer de pênis em estágio avançado implica tratamento cirúrgico mutilante, com repercussões psicológicas e sociais muito desfavoráveis que dificultam a finalização do tratamento e a reintegração sociais dos pacientes. A morbidade decorrente do tratamento cirúrgico, além dos impactos psicológicos, inclui incapacidade funcional na grande maioria dos pacientes operados.

Na pesquisa realizada por Oliveira (2010) com o objetivo de investigar os impactos da penectomia na sexualidade de pacientes oncológicos, foram constatadas dificuldades de reconstruir uma imagem social de virilidade perante a mulher e a outros homens, sem o sustentáculo físico e biológico favorecido pela existência do pênis; dificuldades em elaborar a existência da doença e da cirurgia, recorrendo para ao exercício da virilidade com outras

mulheres que a esposa, e ausência de vida sexual ativa mesmo em pacientes que mantiveram o coto peniano<sup>2</sup>. Tais dados evidenciam que, nos casos em que a penectomia ocorre, os impactos psicológicos do procedimento se estendem para vários segmentos da vida do paciente, trazendo prejuízos para os seus relacionamentos interpessoais e para sua saúde mental

Outros impactos do tratamento oncológico relacionados à esfera sexual foram identificados por Botega et al. (1996), que pesquisaram 21 pacientes submetidos a penectomia por câncer de pênis. Como resultados, os autores apontam que, nos casos de penectomia parcial, o funcionamento sexual global estava normal ou levemente reduzido; já nos pacientes com penectomia total, o funcionamento sexual global foi bastante precário. A autoimagem masculina e o relacionamento afetivo com a parceira foram aspectos que praticamente não sofreram alterações, o interesse e a satisfação sexual ficaram levemente reduzidos em todos os sujeitos e a quantidade de relações sexuais também foi reduzida por todos os sujeitos após a cirurgia. A maioria dos pacientes relatou que o apoio recebido da parceria foi fundamental na recuperação e na vida sexual.

Já a pesquisa desenvolvida por Araújo, Xavier e Conceição (2014) com o objetivo de identificar as representações sociais de 30 pacientes em tratamento do câncer de pênis após penectomia radical e suas implicações para a saúde, revelou que um dos momentos mais difíceis para o sujeito penectomizado é o pós-operatório, sobretudo na troca do primeiro curativo. A constatação visual do paciente de que seu órgão foi extraído força-o a se defrontar com sua condição e a pensar em como seguirá sua vida a partir daí, sendo recorrente, nesse momento, a desorganização e a fragilidade emocional que acomete esses homens, os quais podem vivenciar vergonha, negação e choro intenso. Os autores agrupam os impactos emocionais decorrentes da penectomia em três fases: sofrimento da perda do órgão, alívio da dor e a conformação.

Por sua vez, Maddineni, Lau e Sangar (2009) destacam que o tratamento para o câncer de pênis é radical, desfigurante podendo impactar na função sexual, na qualidade de vida (QV), nas interações sociais, na autoimagem e na autoestima, assim, o conhecimento sobre como essa doença afeta os pacientes é fundamental para o desenvolvimento de uma abordagem ampla e multidisciplinar no tratamento. Esses autores investigaram 128 pacientes para compreender quais os impactos psicológicos do tratamento do câncer de pênis, e os resultados mostram que pacientes submetidos a intervenções mais mutilantes foram mais propensos a ter o bem-estar prejudicado: houve redução da qualidade de vida em 40% dos pacientes; o índice de ansiedade

---

<sup>2</sup> De acordo com Brasil (2013), a expressão “coto” refere-se à amputação na qual o médico cirurgião, ao amputar um segmento corporal do paciente, cria um novo órgão de contato com o meio exterior - o coto de amputação.

e depressão alcançou nível patológico em 31% dos casos; a ausência total de função sexual atingiu 67%, e a perda de confiança em manter ereções alcançou 78%.

Ainda de acordo com os resultados obtidos por Maddineni, Lau e Sangar (2009), o tratamento do câncer de pênis resultou em efeitos negativos sobre o bem-estar em até 40% dos sujeitos, com sintomas psiquiátricos em aproximadamente 50% deles. Até dois terços dos pacientes relataram redução na função sexual. Tal estudo demonstra que os portadores de câncer de pênis podem vivenciar impactos psicológicos significativos.

Tomando como objeto de investigação as vivências emocionais de homens com câncer de pênis, para identificar quais os impactos psicossociais provocados por essa neoplasia, Barros e Melo (2009) descobriram que as repercussões emocionais mais verificadas foram a insônia (33,3%), ideação suicida (26,3%), medo (19,9%) e tristeza intensa (19,9%). Também foram verificadas, com menor frequência, ansiedade, apreensão referente ao tratamento, tensão, sentimento de incapacidade e impotência, preocupação com a situação econômica da família, autoestima comprometida, revolta, isolamento e culpa relacionada à demora em procurar um serviço de saúde. Segundo Barros e Melo (2009, p. 102),

O pênis, órgão masculino comumente investido de atributos relacionados à virilidade, pode representar para muitos a essência de ser homem. A penectomia, como cirurgia mutiladora, é capaz de causar uma ferida narcísica no paciente, pois tira deste o órgão socialmente representativo de sua masculinidade, podendo causar sentimento de angústia frente à falta que se instala e prejuízo na autoestima, além de repercussões na vida sexual, afetiva e social.

Pelo exposto pode-se afirmar que a masculinidade desses homens é reduzida à existência material e biológica do pênis, que acaba por servir como maior referência de formação, manutenção e efetivação dessa masculinidade, principalmente por via das práticas sexuais com a ocorrência de penetração. Dessa forma, perder o pênis tem significado também a perda da confirmação da masculinidade e da identidade dos sujeitos, tanto para si como para os demais membros da sociedade, que também podem passar a perceber o penectomizado como não possuidor dos atributos necessários para pertencer ao universo cultural e social do masculino e da virilidade.

A pesquisa de Barros e Melo (2009) traz ainda como resultados que (33,3%) dos pacientes demonstraram um bom enfrentamento por ocasião do internamento, expressando motivação para o tratamento e desejo de investir na vida, apesar de todos os impactos do tratamento. A consciência da gravidade da doença, somada à ameaça real de morte, é apontada como motivação para que preponderasse a luta pela vida em relação aos receios relativos às consequências do tratamento para a vida social e sexual.

Conceitualmente, a desesperança representa uma distorção cognitiva que se caracteriza quando o sujeito se percebe com ausência de controle pessoal referente a acontecimentos futuros e com o sentimento de que vai falhar ou de que os seus comportamentos vão ter consequências negativas futuramente. Representa ainda uma percepção do indivíduo a respeito de si mesmo enquanto alguém incapaz e impotente para resolver os problemas de vida (GONÇALVES et al. 2011). Complementando a definição, Nogueira (2014) afirma que a desesperança constitui pensamentos autoderrotistas e uma visão pessimista e negativa sobre o futuro, estando relacionada ao sentimento de fracasso e à ocorrência da depressão.

Já na perspectiva de Rodin et al. (2009), a desesperança é um constructo psicológico definido como um sistema de esquemas cognitivos composto por expectativas negativa sobre o futuro. No início de sua criação, o conceito de desesperança foi considerado como um componente da depressão, mas atualmente considera-se que são constructos distintos e que a desesperança é mais relacionada à ocorrência de ideação suicida e ao desejo de morte antecipada. Nesse sentido, a identificação de que um sujeito vivencia a desesperança é um fator preditivo que aumenta a possibilidade de que também tenha ideações suicidas (BECK, 1997). De acordo com Fonseca (2010) ainda que sejam constructos diferentes, a depressão e a desesperança são fenômenos interdependentes, por isso um indivíduo com depressão encontra-se mais propenso a vivenciar a desesperança e vice-versa.

Para Beck et al. (1997), uma pessoa com desesperança acredita que seus problemas atuais são irresolvíveis e, na tentativa de lidar com eles, continuará a falhar e a sofrer em cada fracasso, compreendendo a vida como apenas composta por experiências destituídas de satisfação ou prazer e abundante de sentimentos como a culpa, a tristeza e o sofrimento. Esses sujeitos também não conseguem visualizar saídas nem possibilidades de melhoria para seus problemas, por isto é bastante comum que desistam de projetos e planos e que não consigam enfrentar dificuldades e situações aversivas na vida. Desse modo, a grande maioria dos pacientes com desesperança costuma pensar que a morte é única possibilidade de escapar desses pensamentos e emoções.

Ainda de acordo com Beck (1997), ao vivenciar a desesperança, o indivíduo preverá o futuro sem expectativas, perdendo a motivação e o ânimo pela vida, conseqüentemente seu desejo de viver é abalado. São pensamentos comuns de uma pessoa com desesperança: “Eu não tenho nada a esperar, as coisas nunca vão melhorar”; “Eu não vejo nada melhorar, não há razão para viver”; “Eu não consigo suportar a vida, jamais poderei ser feliz”; “Eu sou um peso para os meus familiares, é melhor que fiquem sem mim”; “Eu me sinto infeliz e só tenho uma saída”.

A ocorrência desses pensamentos, típicos da desesperança, compromete a saúde mental do sujeito e a forma como interage com o seu meio social, pois dificultam que se engaje em atividades produtivas e saudáveis e que consiga enfrentar os problemas de vida. No caso do tratamento oncológico, podem contribuir para o abandono ou desistência do tratamento.

O constructo da desesperança tem sido utilizado como categoria central em pesquisas científicas sobre diversas populações e contextos de vida, com a finalidade de identificar como esse padrão de pensamento pessimista e derrotista interfere na forma como o sujeito se comporta (BERCK, 2001). Na pesquisa desenvolvida por Paiva et al. (2017), buscou-se identificar a ocorrência de sintomas de ansiedade, depressão e sentimentos de desesperança em 25 pacientes em tratamento ambulatorial para dependência de substâncias e testar correlações com vários aspectos de sua qualidade de vida. Os resultados indicaram taxas de prevalência de 32% para depressão, 24% para ansiedade e 12% para desesperança, em nível moderado e grave. Ainda segundo os resultados, quanto menor a pontuação nessas escalas, melhor a qualidade de vida em algumas áreas, indicando que há uma correlação negativa entre sintomas psiquiátricos e qualidade de vida.

Por sua vez, James et al. (2017) buscaram em seu estudo examinar as associações entre sentimentos de desesperança e comportamentos de risco, como uso de substâncias, comportamento violento, atividade sexual e planos suicidas, entre uma amostra representativa de adolescentes em idade escolar. Os resultados alcançados mostram que, naqueles adolescentes cujos sintomas de desesperança foram mais elevados, a presença dos comportamentos de risco também foi alta, o que sinaliza que as estratégias de promoção da saúde voltadas para a saúde mental e os comportamentos de risco dos adolescentes precisam ser desenvolvidas e implementadas de forma oportuna e abrangente.

Objetivando conhecer as relações entre a desesperança e a ideação suicida, Qiu, Klonsky e Klein (2017) concluíram que a desesperança é um dos fatores de risco mais comumente relacionados à ideação suicida, inclusive mais que a depressão, contrariando o que se acreditou por muito tempo. Participaram do estudo 142 pacientes deprimidos acompanhados por mais de 10 anos, e os resultados apontaram que a desesperança era maior entre aqueles que relataram qualquer suicidialidade (ideação ou tentativas), em comparação com indivíduos não-suicidas. A desesperança foi melhor conceituada como um fator de risco para a ideação de suicídio, mas não para a progressão da ideação para as tentativas.

Entre os pacientes em tratamento oncológico, os sentimentos de desesperança são reações comuns, principalmente quando se as pessoas se encontram na fase de tratamento paliativo, em estado de desespero psicológico. A desesperança é determinada em função da

compreensão do paciente sobre sua doença, do prognóstico, da percepção de pouco controle diante da evolução da doença e de ideias pessimistas acerca de seu futuro, o que favorece o sentimento de impotência. (SORATO, 2013)

A ocorrência da desesperança sempre é alarmante, mas, quando ocorre em pacientes oncológicos, se torna ainda mais preocupante, pois tais pacientes são expostos, ao longo do tratamento, a situações estressoras e debilitantes, demandando um árduo processo de enfrentamento. Mesmo após a cura, ainda se faz necessário enfrentar as sequelas que o tratamento possa acarretar. Nesse contexto, a desesperança pode dificultar a ocorrência do enfrentamento, contribuindo para o aumento de intercorrências, para a cronificação de sintomas, para o aumento da dependência do paciente em relação à família e à equipe, para o aumento da demora do tratamento e, em casos mais graves, para a desistência do tratamento.

Nesse âmbito, a pesquisa desenvolvida por Passos (2009) teve como objetivos analisar as manifestações de ansiedade, depressão, desesperança e estresse em pacientes oncológicos nas condições pré-cirúrgica e pós-cirúrgica. Foram investigados 30 pacientes oncológicos com idade entre 18 e 80 anos. Os resultados mostraram que os participantes apresentaram redução nos níveis de ansiedade, depressão e estresse do período pré-cirúrgico, em comparação ao pós-cirúrgico, sem que nenhuma intervenção psicoterápica tivesse sido realizada. Observou-se também que os participantes que não apresentaram desesperança no período pré-cirúrgico passaram a apresentá-la no período pós-cirúrgico. Das variáveis correlacionadas com ansiedade, depressão, desesperança e estresse, apenas estado civil e tempo entre o diagnóstico e a cirurgia apresentaram correlação significativa. Essa pesquisa revela que o procedimento médico cirúrgico pode acarretar aumento nos níveis de respostas emocionais de ansiedade, depressão, estresse e desesperança nos pacientes.

Com o objetivo de caracterizar aspectos emocionais de um grupo de mulheres em tratamento contra o câncer de mama, Lima, Gomes e Piccoli (2010) investigaram uma amostra de seis pacientes com idade entre 35 e 50 anos. Os resultados mostram que as participantes apresentaram depressão moderada e grave, com ocorrência de desesperança moderada, indicando que o câncer pode comprometer a qualidade de vida e gerar sentimentos depressivos e de desesperança quanto ao futuro.

A ocorrência da desesperança em pacientes oncológicos parecer ser bastante frequente, sobretudo por requerer um tratamento demorado, invasivo, que produz diversos impactos psicossociais e drásticas mudanças de vida e, ainda, por representar um risco de morte, facilitando que os pacientes passem a ter pensamentos e sentimentos fatalistas e negativos sobre si mesmos e suas possibilidades de futuro.

Quando o câncer avança, causando metástases, como as ósseas, é comum que o paciente sinta dores insuportáveis e perca sua mobilidade, fazendo com que fique restrito ao espaço do leito até que se tenha um controle efetivo da dor. Nesses momentos aumentam as chances de que venha a apresentar sintomas da depressão, raiva, hostilidade, agressividade, impaciência consigo e com os outros, bem como a desesperança em relação ao tratamento. A dor oncológica evidencia as impotências do paciente, reduzindo seus sentimentos de utilidade e autoestima e favorecendo outros sentimentos como o desânimo, a ansiedade e até a depressão (LIONE, 2008).

Os dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017) revelam que, em nível mundial, em 2015, a estimativa do número de pessoas com depressão superava 300 milhões, sendo praticamente igual a estimativa das perturbações de ansiedade. A depressão é apontada pela OMS como a maior contribuinte causadora da incapacidade produtiva das pessoas e, embora qualquer pessoa, de variadas idades e posições sociais, corra o risco de vivenciar a depressão, a probabilidade aumenta com a existência de fatores de risco, como a pobreza, o desemprego, acontecimentos de vida compostos por perdas severas e intensas, doenças crônicas e uso de drogas. Ainda de acordo com a OMS (2017), as taxas de prevalência da depressão variam de acordo com a idade, atingindo o pico com a idade adulta, mas pode ocorrer em crianças e adolescentes com menos de 15 anos, em níveis bem mais baixos. Em termos mundiais, é mais prevalente para o sexo feminino (5,1%) que para o sexo masculino (3,6%), e estima-se que no mundo o número total de pessoas vivendo com depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015.

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (2014), a característica mais comum dos transtornos depressivos (transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno depressivo especificado e outros) é a presença de humor triste, vazio ou irritável acompanhado de alterações cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, sendo que a diferença entre os tipos de transtorno depressivo estão nos aspectos da duração, do momento e da etiologia presumida. O manual da APA aponta também que eventos estressantes são precipitantes de episódios depressivos.

Já na perspectiva de Carvalho (2013), as perturbações depressivas se caracterizam pela ocorrência de tristeza, sentimento de culpa, autoestima baixa, alterações do sono e do apetite, bem como perda de interesse e prazer em atividades que anteriormente causavam satisfação. A ocorrência da depressão pode ser constante, causando prejuízos na forma como o sujeito funciona no seu trabalho, nos locais de estudo e na vida diária como um todo. Ao atingir o nível mais grave, também se torna um fator preditivo para o suicídio.

Para Dalgarrondo (2008), os transtornos depressivos têm como elementos mais evidentes o humor triste e o desânimo, podendo se caracterizar por diversos sintomas afetivos, ideativos e cognitivos referentes à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade. Nas formas mais graves da depressão podem estar presentes também sintomas psicóticos (delírios e alucinação) alterações psicomotoras (muitas vezes a lentificação e o estupor) e respostas de cunho biológico associadas neuronais e neuroendócrinas.

Sobre as possíveis causas da depressão, Dalgarrondo (2008) estima que fatores de cunho biopsicossocial desencadeiam a sua ocorrência e que certamente variáveis biológicas, neurológicas e bioquímicas também têm importante peso nos diversos quadros depressivos. Já a partir da perspectiva psicológica, a depressão se relaciona com situações de perda e sofrimento intenso, surgindo com muita frequência após situações de vida limítrofes, com perdas significativas para o sujeito, que envolvem pessoas, emprego, residência, status de alguma natureza ou mesmo algo ligado ao aspecto emocional.

Ampliando a compreensão sobre as causas da depressão pelo viés psicológico, Dougher e Hackbert (2003) explicam, a partir da perspectiva analítico-comportamental, que a depressão pode ser compreendida enquanto comportamentos causados por contingências de reforço ou punição decorrentes de uma situação extremada e difícil existente no ambiente do sujeito, a qual o leva a responder com comportamentos chamados depressivos. Nessa perspectiva, a depressão costuma ser entendida como déficits ou excessos de comportamentos.

A adequada compreensão dos comportamentos depressivos deve incluir, especificamente, as variáveis ambientais que geram e mantêm esses comportamentos, envolvendo os eventos antecedente e os consequentes. No quadro 3, expõem-se algumas contingências do tratamento oncológico que se relacionam com a ocorrência de respostas depressivas.

Quadro 3 – Contingências do tratamento oncológico relacionadas aos comportamentos depressivos

(continua)

**Excessos e déficits de comportamentos depressivos em pacientes ao longo do tratamento oncológico**

<b>Excessos comportamentais</b>	O paciente emite em alta frequência os comportamentos de choro, de angústia, de autodepreciação, de tristeza, de isolamento social, de dormir, de comer, de sentir culpa, irritação ou tédio, desistência do tratamento, dificuldades em aderir às recomendações da equipe assistencial.
<b>Déficits comportamentais</b>	O paciente emite em baixa frequência os comportamentos de falar, interagir com a família, com a equipe e demais pacientes, dormir, comer, sentir-se alegre, confiante e positivo, acreditar no sucesso e na importância do tratamento, aderir às recomendações da equipe assistencial.

**Contingências existentes no tratamento oncológico que podem produzir e manter comportamentos depressivos**

<b>Funções consequenciais</b>	<p><i>Baixa densidade de reforço e extinção operante:</i> Ao hospitalizar-se para realizar o tratamento oncológico, é possível que o paciente passe a ter uma redução significativa de reforçadores em seu ambiente, pois ele perderá o trabalho, ficará afastado dos estudos, das diversas relações sociais e de sua família. Na concepção de Ferster (1973), o que caracteriza essencialmente a pessoa com depressão é a perda ou redução significativa dos seus reforçadores, acarretando a redução de diversos comportamentos que eram mantidos por tais reforços, caracterizando o processo de extinção operante. Por conta disto, o repertório comportamental do paciente oncológico com respostas depressivas costuma ser bastante limitado e pobre, pois a extinção de outros comportamentos pode estar ocorrendo em decorrência das variáveis presentes na hospitalização. Quanto mais demorada a hospitalização e mais agressivo for o tratamento, maiores as possibilidades da extinção operante ocorrer, pois o paciente será exposto a baixa densidade dos reforçadores sociais, afetivos e familiares. Soma-se a isto que, como o tratamento oncológico é demorado, implicando em isolamento e longa permanência no hospital, o paciente terá poucas possibilidades de desenvolver fontes adicionais de reforço para suprir a extinção, aumentando ainda mais a emissão de comportamentos depressivos.</p>
<b>Funções consequenciais</b>	<p><i>A punição</i> Durante o tratamento oncológico, o paciente é constantemente exposto a variáveis como a dor, os procedimentos médicos invasivos, a rotina rígida do hospital para banho, sono, alimentação e medicamentos, a invasão do corpo e da privacidade para exames diversos, o contato com sofrimento, morte e mutilações. Tal exposição é recorrente e quase sempre sem possibilidade de fuga ou esquiva, pois tais variáveis são inerentes à organização do hospital e ao próprio tratamento, logo tratar-se acarreta estar exposto a elas. Essas variáveis podem ter função punitiva para o sujeito que praticamente não possui possibilidade de</p>

---

controle ou de escape. De acordo com Dougher e Hackbert (2003), é comum entre os sujeitos com depressão a existência de histórias de punição prolongada e sem possibilidade de fuga.

*Reforçamento do comportamento de angústia*

No decorrer do tratamento, a extinção operante e a punição podem ser constantes e sem possibilidade de fuga ou esquiva, por isso alguns pacientes “depressivos” podem passar a emitir comportamentos de angústia, como lamentação, choro e irritabilidade, expressões faciais e postura corporal de tristeza, degradação própria, com a função de reduzir a exposição à punição (BIGLAN, 1991). Ao se comportar de forma angustiada e depressiva, o paciente pode adiar a realização de um exame, de uma cirurgia, o recebimento de uma má notícia ou mesmo a continuidade do tratamento, ou seja, as respostas de angústia e depressão podem ser mantidas por reforço negativo. Essas respostas podem produzir também afeto, atenção, amor e companhia de familiares e da equipe de assistência, passando a ser mantidas por reforço positivo.

---

**Estímulo discriminativo**

O tratamento oncológico favorece o treino de discriminação operante no paciente que aprender que alguns contextos do ambiente hospitalar sinalizam presença da punição. Assim alguns contextos, como a presença de um determinado profissional, a necessidade de realizar algum procedimento e o encaminhamento para uma determinada unidade do hospital, como UTI, podem aumentar a probabilidade de que respostas depressivas sejam emitidas naquele contexto e não em outros.

---

Fonte: Dougher e Hackbert (2003) - adaptado pelo pesquisador.

Caruso et al. (2017) apontam que os distúrbios depressivos incluindo a depressão maior, a depressão persistente e a depressão menor estão entre as consequências psiquiátricas mais comuns do câncer, podendo afetar até 60% dos pacientes em algum momento do tratamento oncológico, sendo que, apesar de produzir consequências negativas para a família, equipe assistencial e o próprio paciente, esse quadro permanece, muitas vezes, subtratado. Ainda segundo os autores, é indispensável que os profissionais da oncologia recebam treinamento para identificação da depressão e encaminhamento do paciente para o serviço de saúde mental da instituição.

Granner, Cezar e Teng (2008), por sua vez, destacam os transtornos de humor como muito frequentes nos pacientes em tratamento oncológico, principalmente a depressão, que apresenta prevalência bastante expressiva, associando-se a um pior prognóstico: redução da qualidade de vida e aumento da mortalidade pelo câncer.

Considerando o exposto por Martinho et al. (2009), a depressão se coloca como uma doença comórbida frequente em muitos pacientes oncológicos, que, ao receberem o diagnóstico de câncer e iniciarem o tratamento, ficam propensos à angústia emocional, a qual pode facilitar o início da depressão, principalmente por o câncer ainda estar associado a morte e provocar interrupções de planos futuros, mudanças físicas, sociais e no estilo de vida. Contudo, nem todos os pacientes em tratamento oncológico apresentam depressão. Em pesquisa conduzida por Martinho et al. (2009) com o objetivo de identificar a prevalência de depressão nos pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial de um hospital, obteve-se como resultado a taxa de 16%, sendo sintomas prevalentes o humor deprimido, a alteração do sono e a diminuição do pensamento.

Nessa perspectiva, Hung et al. (2017) conduziram uma pesquisa com o objetivo de identificar a incidência e os fatores de risco para a depressão no início do tratamento do câncer do pulmão. Os resultados obtidos revelam que foi elevada a incidência de quadros depressivos nos pacientes, tendo-se como principais fatores de risco o paciente estar na faixa etária maior que 50 anos, ser do sexo feminino e ser portador de doenças cardíacas. Os pesquisadores concluíram que as estratégias de prevenção e mesmo de diagnóstico precoce da depressão devem ser iniciadas logo após o diagnóstico de câncer.

De acordo com o estudo de Bottino, Fráguas e Gattaz (2009), para o câncer de pâncreas a incidência da depressão é alta, atingindo 33% a 50% dos pacientes; para o câncer de cabeça e pescoço, a incidência fica entre 6% e 15%; para o câncer de mama, a taxa de incidência situa-se entre 10% e 25%. Ainda de acordo com os autores, a presença de dor não controlada é um fator de risco para a ocorrência de sintomas psiquiátricos, como ansiedade aguda, insônia,

depressão com desespero, agitação, irritabilidade e raiva. A pesquisa evidenciou também que pacientes com alta intensidade de dor não controlada apresentam mais chances, em torno de 33%, de serem diagnosticados com depressão, se comparados aos pacientes que não vivenciam a dor, em torno de 13%.

Na pesquisa desenvolvida por Tuinman et al. (2010) com os objetivos de investigar o funcionamento sexual de pacientes com câncer de testículo, examinar os efeitos do tratamento sobre o relacionamento conjugal e identificar a ocorrência de sintomas de depressão, foram investigados 93 pacientes. Nos resultados, observou-se que o funcionamento sexual total dos pacientes diminuiu, porém o desejo sexual permaneceu estável, ou seja, o tipo de tratamento não afetou o desejo sexual. Já os sintomas depressivos foram elevados em toda a amostra, atingindo maior gravidade nos sujeitos com funcionamento sexual mais comprometido, para os quais o tipo de tratamento e os sintomas depressivos foram fatores de risco para disfunção sexual a longo prazo.

A qualidade de vida dos pacientes em tratamento oncológico tornou-se uma preocupação dos profissionais dado o aumento considerável da sobrevida desses pacientes. Com o objetivo de conhecer as mudanças na qualidade de vida de pacientes em tratamento do câncer de mama nos três primeiros anos após o início do tratamento, Rim et al. (2017) investigaram 1156 pacientes provenientes de 17 diferentes instituições hospitalares, e os resultados evidenciaram que se manteve elevada a presença da dor, da ansiedade, do medo, da depressão e do pessimismo referente ao futuro, prejudicando a qualidade de vida desses sujeitos. Tais achados sugerem a necessidade de suporte psicológico durante a realização do tratamento.

#### 4 A TEORIA DO ENFRENTAMENTO (*COPING*)

Como esclarece Kohlsdorf (2008), não há uma tradução literal do termo *coping* para a língua portuguesa, contudo a expressão “enfrentamento” tem sido utilizada com o mesmo sentido em diversos trabalhos científicos no Brasil, tomando-se os termos como similares. Definir o que é o *coping* não é simples, pois existem algumas variações teóricas disponíveis, a exemplo do conceito de *coping* adotado por Holahan e Moos (1987), o qual é visto como um fator estabilizador cuja função é facilitar o ajustamento emocional e afetivo do sujeito exposto a situações estressoras em seu ambiente. Já no modelo de *coping* proposto por Hobfoll (1989) os indivíduos enfrentam o estresse de acordo com a identidade e com o lugar social que ocupam, não sendo possível desvincular o *coping* pessoal e o social.

De acordo com Antoniazzi, Dell’aglio e Bandeira (1998), o interesse teórico pelas diversas formas como os sujeitos se adaptam às circunstâncias adversas, bem como pelos esforços individuais utilizados para lidar com situações estressantes, sobretudo doenças crônicas ou agudas, vêm se consolidando como objeto da psicologia na área social, clínica e da personalidade há algumas décadas, suscitando diversas pesquisas científicas. Essas investigações foram mais intensificadas a partir da década de 1960, quando passaram a ser organizadas a partir do constructo teórico denominado de *coping* (PARKER; ENDLER, 1996). De acordo com Muhonen e Torkelson (2011), esse conceito tem se estabelecido com grande centralidade na Psicologia e nas investigações acerca do estresse, sobretudo em contextos de cuidados com a saúde no âmbito da oncologia.

A partir do resgate histórico sobre a construção e desenvolvimento da categoria conceitual do *coping*, é possível afirmar que apresenta rupturas e mudanças paradigmáticas ao longo de seu desenvolvimento, visto que diferenças acentuadas podem ser observadas nesse percurso, tanto no aspecto teórico quanto no metodológico, decorrentes das subordinações epistemológicas dos autores que podem ser historicamente agrupados em gerações de pesquisadores (SULS; DAVID; HARVEY, 1996). Segundo Antoniazzi, Dell’aglio e Bandeira (1998), as divergências conceituais sobre o que é o *coping* ainda não foram totalmente resolvidas, não se tendo chegado a um entendimento compreensivo de sua estrutura total.

De acordo com Vaillant (1994), o primeiro grupo a iniciar pesquisas sobre o *coping*, em meandros de 1940, atrela-se à psicologia do ego, com forte atravessamento da teoria psicanalítica. Para esse grupo, o *coping* seria similar aos mecanismos de defesa preconizados por Freud, os quais apresentam uma intensa determinação interna e inconsciente. Para essa primeira geração de investigadores, o *coping* era compreendido como estático e com quase

nenhuma possibilidade de alteração, por associar-se à estrutura de personalidade, sendo classificado numa hierarquia dual de saúde e psicopatologia. Esse modelo também ficou conhecido como modelos dos traços, por se entender que o *coping* era resultado de traços da personalidade decorrentes da estrutura psicodinâmica do sujeito.

Nessa fase o *coping* foi tomado como um mecanismo de defesa inconsciente dependente do funcionamento do ego para lidar com conflitos sexuais e também agressivos. A teoria desenvolvida tinha como aporte a psicanálise, postulando que, quando a ansiedade alcança níveis insuportáveis, o ego precisa defender-se por via dos mecanismos de defesa que distorcem a realidade causadora de sentimentos de desconforto, medo e culpa. Até meados dos anos 1970, os estudos sobre o *coping* permaneceram atrelados à teoria psicanalítica associando-o aos mecanismos de defesa (PIZZATO, 2007).

Posteriormente, o segundo grupo de pesquisadores, que iniciou seus estudos no ano de 1970, propuseram alterações expressivas, principalmente distinguindo os mecanismos de defesa psicanalíticos e o *coping*. Nesse sentido, conforme Suls, David e Harvey (1996), o constructo de *coping* passou a ser compreendido enquanto comportamentos de *Coping*, que são flexíveis, propositais, passíveis de ser aprendidos, orientados para o futuro, dinâmicos, multáveis, com motivações conscientes e afetados por determinantes cognitivos e contextuais.

Para esse segundo grupo, os mecanismos de defesa contribuem para a ocorrência do *coping*, contudo trata-se de fenômenos distintos, que, embora se complementem, não devem ser iguados (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Dessa forma, o segundo grupo de pesquisadores propôs uma ampliação teórica que possibilitou a inclusão de outras variáveis para explicar a ocorrência do *coping*, além dos traços de personalidade e das motivações inconscientes, possibilitando que o conceito passasse ser compreendido enquanto um processo.

Nessa perspectiva, associou-se o *coping* a comportamentos de enfrentamento, evidenciando a importância de seus determinantes cognitivos, ambientais e contextuais. É nesse cenário que o *coping* começa a ser compreendido como um processo, e não como uma resposta estática e imutável decorrente de motivações inconscientes. Pelo contrário, trata-se de um processo dinâmico e caracterizado pela interação da pessoa com o ambiente, englobando também os traços de personalidade preconizados pelo primeiro grupo, inclusive, de acordo com Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), a tendência de pesquisas sobre *coping* tem sido buscar associações entre a personalidade, os sentimentos e a forma como os sujeitos enfrentam as situações estressoras.

Já os estudos de Lazarus e Folkman (1984) possibilitaram o advento e sistematização da concepção cognitivista sobre o *coping* e, embora existam atualmente outros modelos teóricos, como os modelos de Rudolph, Dennig e Weisz (1995) e o modelo multiaxial de Hobfoll (1989), o paradigma cognitivista de Lazarus e Folkman (1984) tem sido amplamente aceito academicamente e empregado no enquadramento teórico de pesquisas, como as de Fetsch et al. (2016), Kohlsdorf (2008), Mensorio (2013), Straatmann (2010), Vivan (2006), Iamin e Zagonel (2011), bem como nesta que desenvolvemos com pacientes penectomizados. Isto se deve, sobretudo, ao caráter abrangente desse modelo, que compreende o enfrentamento como um processo dinâmico que ocorre a partir da inter-relação do indivíduo com o ambiente estressor, envolvendo variáveis biológicas, psicológicas e sociais.

O processo de enfrentamento é uma categoria conceitual distinta e mais ampla que as estratégias de enfrentamento, pois o processo refere-se à compressão dinâmica, histórica e processual das diversas variáveis que determinam a forma como os sujeitos respondem às situações estressoras do ambiente, enquanto as estratégias de enfrentamento representam, de forma mais restrita, as ações, os comportamentos, pensamentos e sentimentos que concretamente são utilizados para lidar com os estressores presentes no dia-a-dia de forma prática (DELL'AGLIO, 2000).

#### **4.1 O modelo cognitivista do enfrentamento**

Na perspectiva de Lazarus e Folkman (1984) o *coping* é definido como um processo, isto é, um conjunto dos esforços cognitivos, afetivos e comportamentais, alteráveis e passíveis de aprendizagem, utilizadas pelos sujeitos para reduzir, se esquivar ou suportar demandas específicas e estressantes, internas ou externas, que surgem em situações de vida percebidas como adversas e avaliadas pelo sujeito como excedendo seus recursos pessoais para lidar com elas. Ao avaliar a situação conflituosa como uma sobrecarga, surge a necessidade de elaborar estratégias para manejar o evento estressor, sendo que, comumente, todo esse processo é acompanhado de ansiedade (LAZARUS, 1966).

O processo de avaliação cognitiva da situação estressora se dá com o julgamento que o sujeito realiza. De acordo com Folkman (1984), Folkman e Lazarus (1980), Folkman e Lazarus (1985), a avaliação primária pode produzir as seguintes percepções: o evento é irrelevante – a exposição às contingências não acarretará prejuízos para o bem-estar do sujeito; o evento é benéfico – a exposição às contingências contribuirá para a ampliar o bem-estar; o evento é estressor – poderá acarretar ameaça, desafio, sofrimento ou perda e dano de alguma natureza.

Importante frisar que essas categorias de avaliação dos eventos estressores não são mutuamente excludentes.

Já no processo de avaliação secundária, o sujeito avalia quais estratégias de enfrentamento encontram-se disponíveis para serem mobilizadas em um dado momento e quais, mais provavelmente, serão bem-sucedidas, reduzindo os prejuízos causados pela situação vivenciada. A avaliação secundária mostra-se como uma etapa primordial no processo de *coping*, pois é a partir dela que as estratégias de enfrentamento serão adotadas pelo sujeito em cada situação, possibilitando que o sujeito perceba o que poderá ser feito e como poderá executar a estratégia. As avaliações cognitivas primária e secundária se complementam no processo de *coping*, na medida em que a avaliação primária identifica quais situações são ameaçadoras e causadoras de estresse, enquanto a avaliação secundária aponta quais estratégias concretamente poderão ser empegadas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Nessa perspectiva teórica, Lazarus e Folkman (1984) identificam as particularidades do *coping*, sendo as principais delas: *o coping* é uma interação, ou seja, um processo que se estabelece entre o sujeito e seu ambiente; a função principal do *coping* é facilitar que o sujeito maneje a situação conflituosa de modo a manter-se sustentado durante sua ocorrência; a forma como o sujeito compreende, percebe, avalia subjetivamente e valora a situação estressante contribui diretamente para a maneira como o enfrentamento ocorrerá; *o coping* implica necessariamente a mobilização de recursos cognitivos e comportamentais por parte do sujeito. Outros aspectos elementares desse modelo são apontados ainda por Folkman e Lazarus (1985) ao afirmarem que o enfrentamento é um processo que pode se alterar ao longo da vida do indivíduo, sendo modificável, passível de aprendizagem e, quando necessário, descartado por não se mostrar efetivo em um dado contexto de vida

Conforme a concepção de Lazarus e Folkman (1984), *coping* pode ainda ser classificado de acordo com a função, podendo ser focado no problema ou na emoção. O *coping* focado no problema é aquele no qual a mobilização dos recursos do sujeito é direcionada para a origem da situação estressora, buscando alterá-la ou, quando possível, resolvê-la. Já o *coping* focalizado na emoção apresenta como característica básica o fato de que os esforços depreendidos pelo sujeito destinam-se a moderar o estado emocional, que normalmente se encontra desregulado, amenizando as respostas emocionais de sofrimento. Ambas as estratégias têm em comum o aspecto de tentarem restabelecer o bem-estar, a tranquilidade e o equilíbrio emocional do sujeito, seja pela alteração direta da situação problema seja pela administração dos sentimentos dolorosos.

Folkman e Lazarus (1985) esclarecem que as estratégias de *coping* focadas na emoção são mais prováveis de ocorrer quando, na avaliação cognitiva secundária, o sujeito percebe que nada pode ser feito para alterar diretamente a fonte causadora de ameaça e prejuízo, restando como possibilidade a sua reorganização afetiva e emocional. Já as estratégias de *coping* focadas no problema têm maior probabilidade de ocorrer quando, a partir da avaliação cognitiva secundária, o sujeito compreende que possui recursos para modificar diretamente a situação estressora.

Os autores elucidam ainda que as estratégias de *coping* focadas na emoção representam processos cognitivos cuja finalidade é a redução do desgaste emocional, podendo incluir o distanciamento, o autocontrole, a evitação, a minimização, a atenção seletiva, a comparação positiva e a atribuição de valor positivo a eventos negativos. O enfrentamento focado na emoção possibilita também a manutenção da esperança e da confiança do sujeito, mas pode acarretar negação se o indivíduo se recusar a reconhecer a gravidade de sua situação ou agir como se não desse importância. Por sua vez, as estratégias de *coping* focadas no problema incluem a tentativa de redefinição do problema e a criação de soluções alternativas. A atitude do sujeito pode ser dirigida para si próprio, quando ocorre a reestruturação cognitiva, ou para o ambiente, através de negociação verbal para resolução de um conflito, aceitação de responsabilidade, busca de recursos ou comportamentos agressivos.

Para Rudolph, Dennig e Weisz (1995), há diferenças entre respostas, objetivos e consequências do *coping*. As respostas de *coping* são ações e atitudes, conscientes e intencionais, que podem ser tanto pensamentos quanto comportamentos, sendo direcionadas objetivamente ao evento estressor; os objetivos referem-se à finalidade das respostas de *coping* emitidas e refletem as suas motivações, e os resultados configuram as consequências específicas causadas no ambiente com a emissão do *coping*.

O processo de *coping* é afetado pela ação conjunta de múltiplas variáveis que se inter-relacionam para determinar sua ocorrência, sendo que, na perspectiva de Rudolph, Denning e Weisz (1995), esses elementos podem ser agrupados em dois segmentos: os elementos moderadores e os elementos mediadores. No grupo dos moderadores, constam as variáveis ligadas às condições sociais e culturais do sujeito, como o nível de desenvolvimento, o gênero, as experiências prévias com eventos estressores, a personalidade e a existência de rede familiar para suporte social. Outras variáveis referentes ao evento estressor, como o tipo de evento, o nível e a possibilidade de ser controlado ou não, também compõem o grupo dos elementos moderadores. Já no grupo das variáveis mediadoras tem-se a avaliação cognitiva que o sujeito realiza sobre os impactos da situação e os recursos de que dispõe para enfrentá-la.

Ainda sobre as variáveis que compõem o processo de *coping*, Rudolph, Denning e Weisz (1995) ressaltam que múltiplos fatores influenciam sua ocorrência. Nesse sentido, Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) acrescentam que fatores como a cultura do sujeito, o tipo de estressor ao qual é exposto e a disponibilidade dos recursos no ambiente que possam ser utilizados em cada circunstância específica também interferem no processo de *coping*. Os recursos encontrados no ambiente do indivíduo ou em seu contexto social incluem relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, recursos funcionais ou práticos e circunstâncias econômicas. Corroborando essa proposição, Bersford (1994) aponta que variáveis físicas e psicológicas, incluindo a saúde física, moral, crenças ideológicas, experiências prévias de *coping*, inteligência, traços de personalidade e outras características pessoais, como os sentimentos, também interferem na forma como a estratégia de enfrentamento será elaborada e executada.

Para Zeidner e Saklofske (1996), a depressão também é uma variável importante a ser considerada no estudo do processo de *coping*, pois interfere diretamente em todas as etapas de sua ocorrência. Isso porque os comportamentos cognitivos e afetivos que caracterizam o quadro depressivo prejudicam a avaliação cognitiva primária, fazendo com que o sujeito perceba as situações de vida como mais intensamente ameaçadoras e hostis. Desse modo, a escolha das estratégias de enfrentamento a serem utilizadas, que ocorre na avaliação secundária, também é prejudicada, pois, normalmente, durante a depressão, o indivíduo tende a vivenciar descrença em si mesmo, tristeza, culpa, desesperança e outros sentimentos que podem distorcer a escolha

De acordo com Skinner e Zimmer-Gembeck (2007), o *coping* é um processo que não pode ser compreendido em toda a sua complexidade, mas é indispensável considerarmos os múltiplos processos emocionais, fisiológicos, comportamentais, atencionais e interpessoais, assim como os contextos sociais envolventes que o ocasionam. Nesse sentido, Savóia, Santana e Mejias (1996) afirmam que os sujeitos possuem limiares diferentes de tolerância ao estresse, o que explica o fato de as pessoas se sentirem perturbadas em intensidades diferentes por eventos também diferentes. Por isso um sujeito pode avaliar como ameaçadora uma situação de pequenas mudanças ou conflitos, enquanto outros se sentirão ameaçados apenas por eventos estressores de maior magnitude com exposição prolongada a eles. De forma similar, as estratégias utilizadas para lidar com as demandas internas e externas de um evento estressante também são diferentes para cada sujeito, por isto é possível que, ao serem expostos a uma mesma situação estressora, dois indivíduos as percebam de formas diferentes e elaborem estratégias de enfrentamento também distintas.

Outra categoria importante, problematizada por Carver e Scheier (1989), refere-se ao estilo de *coping*. Segundo estes autores, os sujeitos habitualmente desenvolvem formas de lidar com o estresse que são razoavelmente uniformes, sendo que tais formas podem se repetir ao longo da vida, sempre que esses sujeitos forem expostos a uma nova situação estressante, influenciando a forma como irão enfrentá-la. O estilo de *coping* seria uma tendência a usar em maior grau uma estratégia de *coping* que já foi empregada anteriormente quando ela produz resultados e consequências benéficas para o sujeito.

Conforme Krun e Bandeira (2008), o modelo cognitivo de *coping* figura entre os mais aceitos e reconhecidos no âmbito das pesquisas, contudo ainda ocorrem divergências acerca de como categorizar e classificar as estratégias de enfrentamento, em decorrência de sua multiplicidade, havendo outras teorias que discutem essa classificação, como a concepção de *coping* multiaxial, proposta por Hobfoll (1989), que, criticando o modelo de Folkman e Lazarus (1984), caracteriza-o como individualista, desconsiderando o binômio indivíduo/contexto, nesta teoria o social representado pela família, a cultura e toda a conjunção social que circunda o indivíduo é determinante na forma como o *coping* ocorre. No modelo multiaxial de Hobfoll (1998), as estratégias de *coping* são classificadas em três linhas: o *coping* ativo x passivo; *coping* pro-social x antissocial e *coping* direto x indireto.

Por sua vez, no paradigma cognitivista de *coping* de Folkman e Lazarus (1984), a classificação das estratégias empregadas pelo indivíduo utiliza como parâmetro de categorização o direcionamento dado a elas, que pode ser para o problema ou para a emoção. O outro parâmetro utilizado no modelo cognitivista é a função assumida pela estratégia em relação ao evento estressor, ou seja, a forma como a estratégia utilizada funciona (modificando, atenuando, aumentando a tolerância, afastando o sujeito do evento estressor e etc.) em relação ao evento causador de sofrimento. De acordo com o modelo cognitivista existem oito principais estratégias de enfrentamento: o confronto, o afastamento, o autocontrole, o suporte social, a aceitação de responsabilidade, a fuga e a esquivia, a resolução de problemas e a reavaliação positiva. No quadro 4, tem-se a descrição de cada uma delas.

Quadro 4 – Tipos de estratégias no modelo cognitivista

Tipos de estratégias	Descrição e função sobre a situação estressora
Confronto	Corresponde às estratégias ofensivas, nas quais a pessoa apresenta comportamentos ativos e agressivos em relação ao evento estressor, podendo ocorrer hostilidade.
Afastamento	Representa as estratégias com função defensiva, nas quais o indivíduo busca formas de não ter contato com a situação ameaçadora, podendo ocorrer, também, negação, minimização e subestimação da situação.
Autocontrole	Nessa forma de enfrentamento, o sujeito busca, através de seus recursos, promover o seu autocontrole emocional e psicológico em relação à situação estressora, visando regular a desorganização afetiva e os sentimentos dolorosos que experimenta.
Suporte social	Nessa categoria incluem-se os comportamentos emitidos pelo sujeito com a função de receber suporte por via de outras pessoas da sua rede de apoio psicossocial. Essa busca de suporte pode ocorrer pela solicitação de informações junto à equipe de assistência, a tentativa de resolução de problemas ou a busca de apoio emocional.
Aceitação de responsabilidade	Nesse grupo incluem-se as cognições e comportamentos nos quais o sujeito aceita sua realidade aversiva, sendo mais ativo e participativo na tentativa de resolução, buscando perceber de forma mais objetiva o que lhe cabe fazer na situação.
Fuga e esquiva	Agrupam-se nessa categoria as estratégias que retardam, adiam, ou mesmo impedem que o sujeito entre em contato com a situação estressora. Representam as tentativas de fugir do problema vivenciado.
Resolução de problemas	Nesse grupo concentram as estratégias que tem como finalidade o planejamento e execução de comportamentos para alterar ou resolver a situação estressante. Nesse caso, o indivíduo não nega nem hostiliza o seu problema, mas assume uma atitude analítica e resolutiva.
Reavaliação positiva	Essa categorial comporta as estratégias de enfrentamento cognitivas e emocionais focadas no controle e gerenciamento das emoções. O indivíduo busca construir sentidos e percepções positivas para o evento estressor, o que implica uma reinterpretação da situação. Muitas vezes envolve aspectos religiosos e potencializa o crescimento pessoal.

Fonte: Folkman e Lazarus (1988) – adaptado pelo pesquisador.

Cada tipo de estratégia possui suas características próprias em termos de respostas e cognições envolvidas, função, objetivos, consequências, elementos moderadores e mediadores, tornando possível uma diferenciação entre elas. Segundo Folkman e Lazarus (1985), para uma mesma situação de vida estressante, é possível que o indivíduo empregue várias estratégias distintas, alternando a utilização delas, o que evidencia o caráter de complexidade do processo de enfrentamento.

A despeito dessa variedade de estratégias, Kohlsdorf (2008) esclarece que, ainda que se tente apontar algumas delas como mais indicadas, não é possível eleger quais os comportamentos e cognições são *a priori* recomendados, pois o *Coping*, além de ser um processo individual, é histórico e contextual, não sendo possível um pré-julgamento dessas estratégias. Soma-se a isso que o enfrentamento empregado por um indivíduo é o resultado dos seus recursos pessoais, históricos, sociais, psicológicos, biológicos e culturais, ou seja, mesmo

que a estratégia possa produzir também algum tipo de prejuízo ao indivíduo, ela foi a resposta possível de ser elaborada na situação estressante, considerando os recursos disponíveis.

Contudo, de acordo com a concepção cognitivista [Lazarus et al. \(1986\)](#), uma estratégia de enfrentamento pode ser classificada como apropriada em uma situação específica quando produzir ajustamento e adequação do sujeito à situação. As evidências de que o ajustamento foi alcançado pelas estratégias de enfrentamento utilizadas consistem na manutenção de um bom funcionamento social do indivíduo, que tenderá a não se isolar ou romper com sua rede de suporte social, na existência de bem-estar físico e emocional e na preservação da saúde mental do sujeito.

Por fim, conceber o enfrentamento enquanto um processo significa reconhecer que é um fenômeno histórico em sua formação, dinâmico e contextual na sua ocorrência, podendo alterar-se, modificando-se de acordo com as avaliações cognitivas, primárias e secundárias que o indivíduo realiza em cada situação, determinado por fatores ligados ao próprio sujeito, à situação conflituosa e aos recursos existentes no ambiente.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo Geral**

Avaliar a depressão, a desesperança e o processo de enfrentamento em pacientes com câncer de pênis.

### **5.2 Objetivos Específicos**

Levantar as características sociodemográficas e os dados clínicos do tratamento médico;  
Identificar o que os sujeitos conhecem sobre o tratamento médico e quais os aspectos psicossociais decorrentes dele.

Avaliar a presença de sintomas de depressão e de desesperança nos sujeitos;

Descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos frente ao tratamento oncológico.

Avaliar as associações entre as características sociodemográficas, as estratégias de enfrentamento e a ocorrência dos sintomas de depressão e desesperança.

## **6 MÉTODO**

### **6.1 Delineamento metodológico**

A pesquisa segue delineamento descritivo e correlacional. Para coleta de dados foi utilizada a pesquisa de campo e, na análise e interpretação dos resultados, foi feita abordagem quantitativa e qualitativa.

De acordo com Gil (2010), a pesquisa descritiva é aquela que descreve as características de um fenômeno em determinadas populações, sendo que uma de suas particularidades está na utilização de técnicas padronizadas para a coleta de dados, tais como os questionários e a observação sistemática. Dancey, Reidy e Rowe (2017), por sua vez, esclarecem que as pesquisas correlacionais são aquelas em que se buscam mensurar os níveis com que variáveis ocorrem e se podem estar relacionadas a outras variáveis de interesse.

Para a coleta de dados, optou-se pela pesquisa de campo, pois considerou-se que apenas através da observação, da mensuração e do contato direto do pesquisador com a realidade vivenciada pelos homens investigados seria possível produzir conhecimento concernente às formas de enfrentamento que adotam. Já a análise dos resultados foi realizada a partir das abordagens quantitativa e qualitativa, em função do reconhecimento da complexidade e dinamicidade do processo de enfrentamento, que demandou diferentes técnicas para alcançar sua compreensão.

### **6.2 Local da pesquisa**

A coleta dos dados ocorreu em dois hospitais: o Hospital do Câncer Aldenora Belo e a Unidade de Urologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU UFMA), os quais são referência no estado do Maranhão na realização do diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes oncológicos, bem como em intervenções e programas sociais com vistas a promover a saúde e prevenir o câncer na população de São Luiz.

De acordo com as informações constantes no site da Fundação Antônio Dino (2018), o Hospital do Câncer Aldenora Belo é o único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) existente no estado do Maranhão, revestindo-se de importância política e social estratégica no tocante à prevenção, ao controle e ao tratamento de vários tipos de câncer. O hospital conta com equipe médica que atua em todas as áreas da oncologia, além de equipe multiprofissional completa para o atendimento integral ao paciente oncológico. Ainda de acordo com o site da Fundação Antônio Dino (2018), nesse hospital, são diagnosticados mais

de 3.500 casos novos de câncer ao ano, o que representa mais de 50% do número de casos esperados para o estado. São realizadas mais de 56.756 consultas, 896 cirurgias, 30.141 quimioterapias e 6.025 radioterapias ao ano.

De acordo com informações do site do HU UFMA (2018), o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão é um centro de ensino, pesquisa e extensão para a formação de profissionais da área de saúde e áreas correlatas. É campo de ensino para alunos de graduação em enfermagem, farmácia-bioquímica, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, biblioteconomia e comunicação social nas habilitações de jornalismo e relações públicas. Ainda de acordo com o site do HU UFMA (2018), hospital é considerado referência estadual para procedimentos de alta complexidade em diversas especialidades médicas.

### **6.3 Participantes**

A seleção da amostra foi feita pelo critério da amostragem não probabilística por conveniência. De acordo com Pagano e Kimberlle (2003), esse tipo de amostragem é recomendado quando não se tem acesso a todos os indivíduos que formam a população investigada, por isso o pesquisador deve selecionar uma amostra da população que se encontre acessível a ele e que esteja disponível para participar da pesquisa.

Frequentemente pacientes em tratamento oncológico tornam-se debilitados fisicamente e emocionalmente, em decorrência dos efeitos colaterais do tratamento e dos impactos psicossociais advindos dele. Isso pode trazer impossibilidade física, cognitiva e emocional de participar de pesquisa, respondendo aos instrumentos propostos, por isso não foi pertinente a esta pesquisa estabelecer como critério amostral a amostragem probabilística, sendo mais adequada a escolha pela amostragem por conveniência.

Para a inclusão dos participantes, foram adotados os seguintes critérios:

- Pacientes em tratamento do câncer de pênis, podendo encontrar-se na fase pré ou pós-cirúrgica ou em finalização do tratamento.
- Pacientes com idade superior a dezoito anos;
- Pacientes que concordassem em participar da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a não inclusão dos participantes, foram adotados os seguintes critérios:

- Pacientes em fase diagnóstica;
- Pacientes em cuidados paliativos;

- Pacientes que apresentassem algum comprometimento cognitivo que os impossibilitasse de responder aos instrumentos da pesquisa adequadamente e aqueles com quadros de transtornos psiquiátricos graves.

#### 6.4 Procedimento de coleta de dados

Para localizar a amostra, uma das primeiras providências tomadas pelo pesquisador foi discutir com a equipe de médicos urologistas do Hospital do Câncer Aldenora Belo sobre formas de operacionalizar a pesquisa. Nessa ocasião a equipe recomendou que o pesquisador buscasse localizar pacientes tratados nos hospitais a partir do ano de 2015, pois seria mais provável que apresentassem estado clínico de saúde adequado, que lhes possibilitasse participar. Esse mesmo procedimento de coleta de dados também foi utilizado na unidade de urologia do Hospital Universitário da UFMA

Em seguida o pesquisador solicitou junto aos dois hospitais um levantamento com informações acerca dos pacientes tratados para o câncer de pênis entre janeiro de 2015 e março de 2018, o que possibilitou conhecer a totalidade de casos de câncer de pênis nesse intervalo de tempo, bem como o tratamento médico a que foram submetidos nos dois hospitais. Segue o resultado desse levantamento inicial nas tabelas 5 e 6.

Tabela 5 – Casos de câncer de pênis atendidos pelo Hospital do Câncer Aldenora Belo em São Luís – MA entre janeiro de 2015 e março de 2018

<b>Ano referência</b>	<b>Total de casos atendidos</b>	<b>Média e desvio padrão</b>
2015	21 casos	$M = 12,25$  $Dp = 8.38$
2016	12 casos	
2017	15 casos	
janeiro a março 2018	1 caso	
Total de casos atendidos: 49 casos		

Fonte: a pesquisa

Tabela 6 - Casos de câncer de pênis atendidos pela Unidade de Urologia do Hospital Universitário HU UFMA entre janeiro de 2015 e março de 2018

<b>Ano referência</b>	<b>Total de casos atendidos</b>	<b>Média e desvio padrão</b>
2015	10 casos	$M = 6.5$  $Dp = 3.69$
2016	9 casos	
2017	5 casos	
de janeiro a abril de 2018	2 casos	
Total de casos atendidos: 26 casos		

Fonte: a pesquisa

Após esse levantamento inicial, o pesquisador procedeu à verificação de quais pacientes, dentre os 75 informados, estariam de acordo todos os critérios de inclusão necessários para a formação da amostra, o que foi realizado através da consulta às informações

constantes no prontuário médico, bem como de conversas com os pacientes, familiares e equipe médica. Ao final dessa etapa foram localizados apenas seis homens que preencheram os critérios de inclusão. Considerando esse número amostral baixo, entendeu-se que inviabilizaria a adequada utilização dos instrumentos de coleta de dados e dos testes estatísticos.

Frente a essa realidade constatada nos campos de coleta, bem como da limitação de tempo oriunda dos prazos estabelecidos para conclusão do programa de mestrado, optou-se por estender a coleta de dados para homens que já haviam finalizado o tratamento oncológico. Com essa ampliação foram localizados mais 15 participantes também penectomizados, mas que já haviam concluído o tratamento oncológico, portanto compuseram a amostra final desta pesquisa 21 homens, sendo 6 deles já penectomizados e em acompanhamento médico ambulatorial e 15 também penectomizados, mas com o tratamento finalizado. A maioria dos participantes deste estudo, 13 homens (61%), foram atendidos pelo Hospital do Câncer Aldenora Belo, enquanto os demais, 8 homens (39%), foram tratados na Unidade de Urologia do HU UFMA.

É importante ressaltar que os três pacientes localizados no ano de 2018 não foram incluídos na amostra final, pois, como ainda não haviam iniciado o tratamento, tornariam a amostra bastante heterogênea, inviabilizando a realização dos testes estatísticos e das discussões dos resultados.

Para contribuir com esta pesquisa, os participantes foram abordados em dois contextos: na ocasião de estarem no hospital para as consultas ambulatoriais de retorno e através de ligações telefônicas a fim de convidá-los a comparecer ao hospital para participar da pesquisa. Em ambos os contextos, ao abordar os participantes, o pesquisador explicou do que tratava a pesquisa, bem como os riscos e benefícios para aqueles que participassem dela. Também foram dadas as garantias de sigilo, de acesso aos resultados do estudo e do direito a desistência a qualquer momento, sem acarretar nenhum tipo de prejuízo.

O termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) foi integralmente lido, explicado e discutido com todos os convidados, a fim de garantir que compreendessem realmente como se daria a participação. Somente após o esclarecimento das dúvidas e a confirmação de que compreenderam a finalidade da pesquisa, solicitou-se que assinassem o TCLE para que a coleta de dados fosse iniciada. A coleta ocorreu em um único encontro com cada participante, sendo que a duração média de cada encontro foi de uma hora e meia.

Durante o processo de coleta de dados, o pesquisador garantiu com todos os participantes a manutenção do *rapport*, enquanto uma estratégia ética e humana que favorece o estabelecimento de empatia, sintonia, confiança e respeito entre pesquisador e participantes. O

*rapport* foi fundamental para que aspectos inerentes ao processo de enfrentamento vividos pelos homens participantes, que poderiam acarretar vergonha, aflição ou desconforto emocional, fossem narrados com mais naturalidade e confiança.

## 6.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

**Questionário sociodemográfico sobre a histórica clínica e o tratamento médico** (APÊNDICE B), cuja aplicação viabilizou coletar informações de forma mais precisa a respeito do tratamento médico realizado por cada participante. Tais informações referem-se a i) dados socioeconômicos: idade, renda mensal, estado civil, configuração familiar, escolaridade, religião, existência de ocupação profissional; ii) história clínica do tratamento médico: data do diagnóstico, tratamento médico realizado, tempo transcorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico, existência de atendimento psicológico durante o tratamento.

**Inventário Beck para depressão (BDI)** (ANEXO C), desenvolvido por Beck et al. (1961), constitui um instrumento de autorrelato cuja finalidade é avaliar a ocorrência e a intensidade de sintomas depressivos. A criação do inventário se deu a partir do trabalho dos autores com pacientes deprimidos atendidos por instituições de saúde mental para psicoterapia. A partir disso identificaram os sintomas mais recorrentes nesses pacientes para construir os itens do inventário, o qual se consolidou como o instrumento de referência na avaliação da depressão tanto em pesquisas científicas quanto no contexto clínico. A fidedignidade alcançada pelo inventário pode variar entre 0,79 e 0,90 (CUNHA, 2001, BECK; STEER, 1993, OLIVEIRA, 2006).

Essa escala é composta por 21 itens a respeito de atitudes, pensamentos e comportamentos do sujeito. Especificamente, de acordo com Cunha (2001), os itens avaliados são tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, autoaversão, autoacusação, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança de autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações e perda de libido. A classificação da intensidade desses indicadores varia de 0 a 3, sendo que o zero representa ausência total do sintoma e 3, a vivência deles na intensidade máxima. Para responder ao instrumento, o examinando deverá ser orientado a classificar, de 0 e 3, a intensidade dos sintomas existentes nos 21 itens, considerando como se sente na última semana, incluindo o dia presente (CUNHA, 2001).

De acordo com o manual do inventário na versão em português, organizada por Cunha (2001), os escores finais são calculados pela soma de cada um dos 21 itens, sendo 63 o maior

escore possível de ser alcançado. Caso o resultado dos escores esteja entre 0 e 9, entende-se que o nível de depressão é mínimo; se o somatório estiver entre 10 e 16, o nível de depressão será leve; se estiver entre 17 e 29, será moderado, sendo considerada depressão no nível severo caso o escore esteja entre 30 e 63.

**Escala Beck para Desesperança (BHS)** (ANEXO B), desenvolvida por Beck et al. (1961) e traduzida para o português por Cunha (2001), é um instrumento de autoadministração pelo próprio paciente, composto por itens no formato de afirmativas que investigam a intensidade de sintomas de desesperança. De acordo com o manual da escala organizado por Cunha (2001), esses sintomas são o medo, as atitudes negativas frente ao futuro e o nível do pessimismo. A escala apresenta também resultados satisfatórios quanto a sua validade e fidedignidade, apresentando um total de 20 itens construídos em forma de afirmativas para as quais o paciente deverá fazer um julgamento de *certo* ou *errado*, considerando se a afirmação descreve uma atitude do paciente na última semana, incluindo o dia de aplicação do instrumento. Para a obtenção dos escores atribui-se valor 0 às respostas *errado* e valor 1 às respostas *certo*, procedendo à soma dos valores para cada um dos 20 itens. Caso o resultado esteja entre 0 e 3 pontos, o nível de desesperança é normal; se o resultado estiver entre 4 e 8 pontos, a desesperança estará no nível médio; caso esteja entre 9 e 14 pontos, o nível será moderado, e será considerado nível severo de desesperança se o resultado for maior que 14 pontos (CUNHA, 2001).

**Inventário das estratégias de Coping (IEC)** (ANEXO A), desenvolvido por Folkman e Lazarus (1985) e adaptado para a população brasileira por Savoia et al. (1996), esse instrumento é um questionário composto por 66 itens a respeito dos pensamentos e ações que são utilizados por uma pessoa para lidar com as demandas internas ou externas concernentes à um evento estressor específico que ocorre em sua vida. Para a aplicação do questionário o examinando deve ser orientado a considerar como ele se comportou em uma situação específica.

Savoia et al. (1996), na validação do instrumento para a população brasileira, procederam à tradução do instrumento, com estudos para verificar a precisão, a validade, a consistência interna e a confiabilidade. Os resultados dos testes realizados demonstraram que o instrumento é preciso e válido para o estudo de estratégias de *coping* segundo os padrões comumente aceitos em Psicologia.

Essa escala consiste na investigação de oito tipos de estratégias de enfrentamento distintos, sendo possível avaliar o quanto o sujeito utiliza cada uma delas, sendo que os tipos de estratégia avaliadas são o confronto, o afastamento, o autocontrole, o suporte social, a aceitação de responsabilidade, a fuga/esquiva, a resolução de problemas, a reavaliação positiva

da situação. Cada um dos 66 itens do inventário se refere a uma das 8 estratégias citadas, como demonstrado no quadro 5, em que se tem a relação de itens que avaliam cada tipo de estratégia.

Quadro 5 - Itens que compõem os tipos de estratégias

<b>Tipo de estratégia</b>	<b>Itens que compõem a estratégia</b>
Confronto	46, 7, 17, 28, 34 e 6
Afastamento	44, 13, 41, 21, 15 e 12
Autocontrole	14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63
Suporte social	8, 31, 42, 45, 18 e 22
Aceitação de responsabilidade	9, 29, 51 e 25
Fuga/esquiva	58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16
Resolução de problemas	49, 26, 1, 39, 48 e 52
Reavaliação positiva	23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20

Fonte: Savóia et al. (1996) – adaptado pelo pesquisador.

O inventário foi construído com seus itens no estilo Likert de quatro pontos, ou seja, para cada item, o paciente tem quatro opções de resposta que deverão ser escolhidas de 0 a 4, representando o quanto utilizou a estratégia presente naquele item. Dessa forma, ao pontuar o item com 0, indica o não uso da estratégia; o 1 indica que o paciente usou um pouco; o 2, que a estratégia foi bastante usada; o 3, que a estratégia foi usada em grande quantidade. Assim o inventário possibilita conhecer também a frequência com que cada item foi utilizado pelo sujeito para administrar algum evento estressor de seu ambiente.

Como apontam Folkman et al. (1986), a escala não apresenta pontuação total como somatória para avaliação, sendo que o resultado do instrumento deve ser obtido a partir da obtenção da média de cada um dos tipos de enfrentamento. Essa média é alcançada com o somatório da pontuação dos itens que compõem cada uma das estratégias, que, em seguida, deve ser dividida pelo número de itens da estratégia, obtendo-se assim a média de utilização de cada um dos tipos de enfrentamento.

**Roteiro de entrevista semiestruturada** (APÊNDICE A), usado a fim de se obterem outros aspectos implicados no processo de enfrentamento cujo acesso não seria possível com os demais instrumentos de caracterização quantitativa. Para a construção do roteiro foram utilizados como parâmetro a literatura científica sobre o tema da pesquisa, bem como os objetivos específicos deste estudo.

Nesse instrumento priorizaram-se também os cuidados éticos na realização de pesquisas com humanos, incluindo o respeito às vivências emocionais e às histórias de vida dos sujeitos.

Para a realização da entrevista foi utilizado um gravador, mediante autorização dos sujeitos participantes, como consta no TCLE (APÊNDICE C).

O questionário de entrevista foi segmentado nos três seguintes grupos:

1 – O que conhecem sobre o tratamento: nesse grupo encontram-se perguntas disparadoras para identificar o que os sujeitos conhecem sobre o tratamento.

2 – Aspectos psicossociais do tratamento: nesse grupo encontram-se perguntas disparadoras que objetivam identificar quais são os aspectos psicossociais existentes no tratamento oncológico.

3 – Enfrentamento: nesse grupo constam perguntas disparadoras para identificar se os participantes utilizaram outras estratégias de enfrentamento além das que já se encontram no inventário de Folkman e Lazarus (1985).

## **6.6 Procedimento de análise dos dados**

Os resultados obtidos através do roteiro de entrevista semiestruturada foram apresentados de forma descritiva e examinados qualitativamente a partir da análise de conteúdo, com base nas concepções de Bardin (2011). A análise do conteúdo consiste em um grupo de técnicas que emprega procedimentos sistematizados com o objetivo de descrever o conteúdo de mensagens, para inferir conhecimentos, hipóteses e explicações, podendo recorrer a indicadores quantitativo e qualitativos. Ainda de acordo com Bardin (2011), o processo de análise dos dados envolve as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento do resultado com inferências e interpretações.

De acordo com Bardin (2011) a pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. A pré-análise deve ser realizada a partir de quatro momentos: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

Já a segunda fase de análise do material consiste na exploração das narrativas com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde

ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro) (BARDIN, 2011).

Por fim, a terceira fase destina-se ao tratamento dos resultados, a partir de inferências e interpretação. Essa etapa é destinada ao tratamento dos resultados, ocorrendo nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, pois é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Os resultados obtidos com os dois inventários e com a escala foram calculados, tabulados e interpretados de acordo com as instruções contidas na literatura e no manual específico de cada um. Utilizou-se abordagem quantitativa para os dados numéricos obtidos com esses instrumentos, tendo sido organizados e analisados através do software STATA versão 14 disponível para o sistema operacional Windows. Através do STATA foi realizada também a estatística descritiva e inferencial dos dados.

Referente à estatística inferencial para os testes de correlações entre as variáveis, foi utilizado o teste Coeficiente de Correlação de *Spearman* ao nível de 5% de significância.

## **6.7 Considerações éticas**

Esta pesquisa obedeceu, em sua concepção, operacionalização e finalização, à Resolução CNS N° 466/2012 e à Resolução CNS N° 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, sobre as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais com seres humanos e o código de ética profissional do psicólogo. Foi submetida ao Comitê de Ética do Hospital Universitário HU UFMA sob o número de cadastro 78054417.3.0000.5086, tendo sido aprovada. A coleta dos dados foi iniciada apenas após a liberação do parecer favorável emitido por esse órgão (ANEXO D).

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Características sociodemográficas da amostra

Para descrever as características sociodemográficas da amostra, foram observados os seguintes indicadores: idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, ocupação, renda familiar mensal, crença religiosa, local de residência e situação do tratamento médico. Na tabela 7, tem-se o resultado do perfil sociodemográfico:

Tabela 7 – Características sociodemográficas da amostra

<b>Idade</b>	<i>f</i>	%
de 21 a 35 anos completos	2	15%
de 36 a 45 anos completos	4	19%
de 46 a 55 anos completos	8	40%
de 56 a 65 anos completos	6	28%
de 66 a 71 anos completos	1	5%
Média e desvio padrão	<i>M</i> = 47 <i>Dp</i> = 10	
<b>Estado Civil</b>	<i>f</i>	%
Casado	18	85%
Solteiro	2	9%
Viúvo	1	5%
<b>Número de Filhos</b>	<i>f</i>	%
Nenhum filho	2	9%
até 2 filhos	15	72%
de 3 a 4 filhos	3	15%
mais de 4 filhos	1	5%
Média e desvio padrão	<i>M</i> = 1.77 <i>Dp</i> = 1.16	
<b>Escolaridade</b>	<i>f</i>	%
Analfabeto	1	5%
Fundamental incompleto	8	39%
Fundamental completo	6	28%
Médio incompleto	4	19%
Médio completo	2	9%
<b>Ocupação na época da coleta de dados</b>	<i>f</i>	%
Empregado	17	81%
Desempregado	3	14%
Aposentado	1	5%
<b>Renda familiar mensal</b>	<i>f</i>	%
Menos que um salário mínimo	2	9%
Até um salário mínimo	15	72%
Até dois salários mínimos	3	14%
Mais de dois salários mínimos	1	5%
Média e desvio padrão	<i>M</i> = 1097 <i>Dp</i> = 416.85	
<b>Crença Religiosa</b>	<i>f</i>	%
Católico	15	72%
Protestante	5	23%
Espírita	1	5%
<b>Local de residência</b>	<i>f</i>	%
São Luís	19	91%
Cidades do interior do Maranhão	2	9%
<b>Situação do Tratamento médio</b>	<i>f</i>	%
Participantes em acompanhamento médico ambulatorial	6	28%
Participantes que já haviam concluído o tratamento	15	72%

Fonte: A pesquisa.

Tomando como referência os dados da tabela 7, percebe-se que a média de idade dos participantes foi de 47 anos. Já a faixa etária de maior frequência foram as idades entre 46 e 55 anos, sendo representada por oito participantes (39%). O participante mais jovem tinha 25 anos, e o mais velho estava com 71 anos completos.

A respeito do estado civil, observou-se que os homens casados representaram a maior parte da amostra, composta por 18 participantes (85%). Quanto à existência de filhos a maioria, ou seja, 15 participantes (72%) informou até dois filhos.

Sobre a escolaridade da amostra, sobressaíram-se oito participantes com ensino fundamental incompleto (39%), e no que tange a ocupação profissional, na época da coleta de dados, 17 participantes (81%) informaram estar desempenhando alguma atividade profissional (formal ou informal).

Já a respeito da renda familiar mensal, a maior frequência tida foi de 15 sujeitos (72%) vivendo com até um salário mínimo. Com relação ao indicador crença religiosa, a maior frequência observada foi de católicos, visto que 15 participantes (75%) se identificaram dessa forma.

Por fim, sobre a situação do tratamento médico, 15 participantes (72%) já haviam concluído o tratamento, seguidos de 6 participantes que ainda estavam realizando consultas ambulatoriais (28%).

## **7.2 História clínica e tratamento médico**

Em uma pesquisa sobre formas de enfrentamento do câncer pênis, conhecer a história clínica do tratamento médico torna-se indispensável, pois assim pode-se compreender qual a importância das estratégias escolhidas pelos sujeitos em função dos desafios e dificuldades que viveram, bem como o percurso realizado por eles na instituição hospitalar e as intervenções médicas a que foram submetidos. Na tabela 8 estão as informações referentes à história clínica e ao tratamento médico dos 21 participantes desta pesquisa.

Tabela 8 - História clínica e tratamento médico

<b>Ano do diagnóstico</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
2015	3	9%
2016	7	28%
2017	11	46%
<b>Tratamentos alternativos ou automedicação</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Sim	17	81%
Não	4	19%
<b>Tempo transcorrido entre o surgimento dos primeiros sintomas e a busca por tratamento médico</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
até 6 meses	4	19%
de 6 meses a 1 ano	12	56%
de 1 ano a 1 ano e 6 meses	5	23%
<b>Tratamento</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Penectomia parcial	17	81%
Penectomia total	3	14%
Emasculação	1	5%
<b>Recebeu assistência psicológica durante o tratamento</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Sim	5	19%
Não	16	81%

Fonte: A pesquisa.

De acordo com os dados da tabela 8, o ano a apresentar a maior frequência de tratamentos realizados na amostra foi 2017, quando 10 participantes (46%) iniciaram o tratamento. No entanto, antes de buscarem os serviços hospitalares para receber assistência profissional especializada, 17 homens (81%) informaram ter realizado formas alternativas de tratamento.

Já a respeito do tempo transcorrido entre o surgimento dos primeiros sintomas e a busca de assistência médica, o tempo médio que caracteriza a amostra, por ter sido mais recorrente, é de seis meses até um ano, informado por 12 participantes (56%). Após terem buscado os serviços de assistência à saúde, o tratamento médico realizado pela maior parte da amostra, 17 homens (81%), foi a penectomia parcial. Sobre o recebimento de assistência psicológica durante o tratamento, a maior parte da amostra, 16 participantes (81%), informou não ter recebido acompanhamento de profissional psicólogo(a).

### 7.3 Compreensão sobre o tratamento

Com a análise qualitativa das entrevistas, buscou-se verificar o que os participantes conheciam a respeito do tratamento médico a que foram submetidos. Os resultados estão no quadro 6, a seguir:

Quadro 6 – O que conhecem sobre o tratamento médico

<b>Compreensão</b>	<b>Unidades de significado</b>	<b>N</b>
O tratamento como conjunto de procedimentos médicos realizados	Informações sobre como se deu o tratamento: desde a fase pré-diagnóstica ao pós-operatório.	14
O tratamento como evento benéfico	O tratamento foi importante; auxiliou efetivamente na recuperação da saúde; o tratamento acarretou consequências avaliadas como benéficas, tais como a recuperação da saúde, a cura do câncer e o controle dos sintomas desagradáveis que sentiam.	11

Fonte: A pesquisa.

Esses resultados mostram que para 14 participantes o tratamento foi compreendido de uma forma bastante objetiva enquanto um conjunto de procedimentos médicos aos quais foram submetidos. Por sua vez, 11 participantes informaram compreender o tratamento como um evento benéfico.

#### 7.4 Aspectos psicossociais

Para se conhecer os aspectos psicossociais existentes no tratamento para o câncer de pênis, após a realização da cirurgia de penectomia, realizou-se a análise qualitativa das entrevistas, resultados alcançados encontram-se no quadro 7:

Quadro 7 - Aspectos psicossociais existentes no contexto do câncer de pênis

<b>Aspecto psicossocial</b>	<b>Unidades de significado</b>	<b>N</b>
Aspectos psicológicos	Medos (referentes ao hospital, ao procedimento cirúrgico e à possibilidade de morte); Fantasias (referentes ao procedimento cirúrgico e à possibilidade de recidiva da doença); Sentir-se triste; Baixa autoestima; Crise psicológica; Ideação suicida; Ganhos secundários (afetivos e sociais).	21
Vivências de culpabilização pelo adoecimento e tratamento	Culpar-se pelo adoecimento por câncer e pela realização do tratamento.	16
Dificuldades e disfunções sexuais	Dificuldades com ereção; ejaculação precoce; sentir-se mal no início do coito.	5

Fonte: A pesquisa

Dentre os aspectos psicossociais referidos pelos participantes, os aspectos psicológicos foram os mais recorrentes, tendo sido relatados pelos 21 participantes. Em segundo lugar

ficaram as vivências de culpabilização pelo adoecimento e pelo tratamento, informadas por 16 participantes. Já as dificuldades e disfunções sexuais foram relatadas por 5 participantes.

### 7.5 Ocorrência de outras estratégias de enfrentamento não previstas no IEC

Na análise das entrevistas buscou-se identificar se os participantes empregaram outras estratégias de enfrentamento, que não foram previstas no IEC de Folkman e Lazarus (1985). No quadro 8, encontram-se esses resultados:

Quadro 8 – Outras estratégias de enfrentamento utilizadas

<b>Estratégias de enfrentamento</b>	<b>Unidades de significado</b>	<b>N</b>
A fé e a religiosidade	Rezar ou orar; Ler a Bíblia; Ir aos encontros promovidos por seus grupos religiosos (missa, culto); acreditar e manter a fé que Deus estaria cuidando do desfecho do tratamento; Acreditar e manter a fé que Deus proveria paciente e familiares da força necessária para suportar os desafios existentes no tratamento.	20
Adesão ao tratamento	Não faltar as consultas; Seguir as orientações médicas; Comparar-se com outros pacientes em termos de evolução do quadro clínico e do tratamento.	11
O trabalho	Engajar-se intensamente em atividades de trabalho	5
O humor	Realizar, em diferentes ambientes sociais, brincadeiras com a condição de penectomizados, principalmente referente a atividades sexuais; Usar o humor para abordar o assunto com familiares e demais pessoas do grupo social.	2

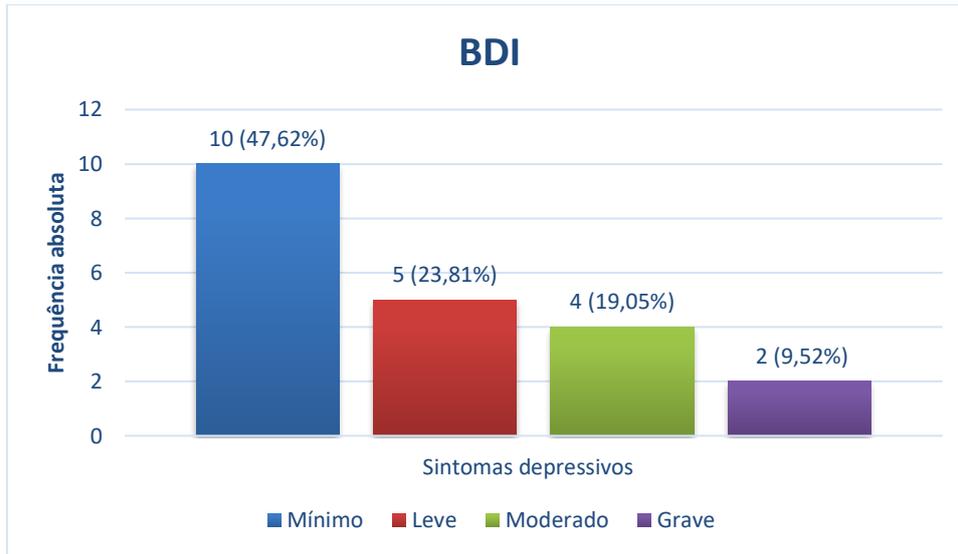
Fonte: A pesquisa

Os resultados obtidos explicitam a utilização de quatro estratégias de enfrentamento que não foram investigadas pelo inventário, dentre as quais, a fé a religiosidade apresentaram maior ocorrência, tendo sido referidas nas narrativas de 20 participantes. Em seguida tem-se a adesão ao tratamento, referenciada por 11 participantes. O trabalho como forma de enfrentamento foi informado por 5 participantes, e, por fim, o humor foi utilizado por apenas 2 participantes.

### 7.6 Resultados do BDI

No gráfico 2 encontra-se o resultado da ocorrência dos sintomas depressivos observados na amostra a partir da aplicação do BDI:

Gráfico 2 – Sintomas de depressão



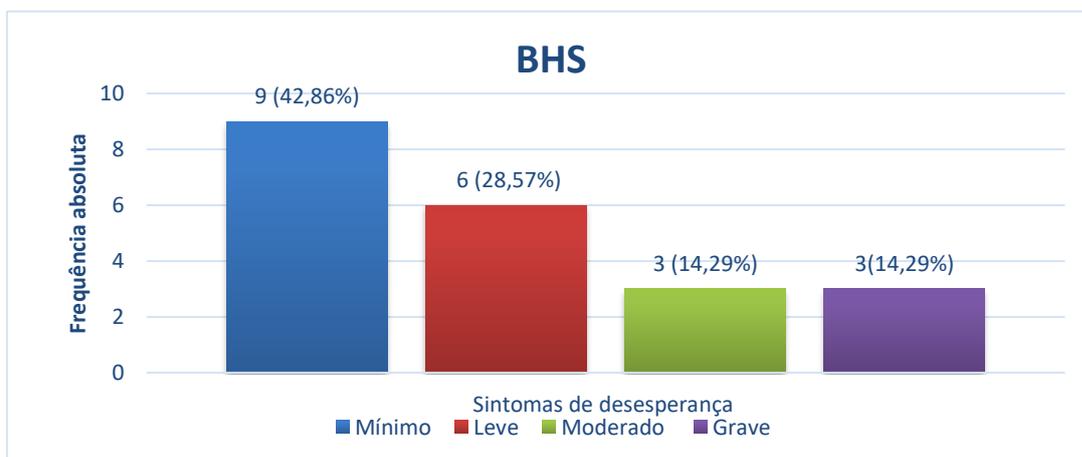
Fonte: A pesquisa.

A partir do gráfico 2, nota-se que quase metade dos participantes da pesquisa, 10 sujeitos (47,62%), vivenciaram os sintomas depressivos classificados como mínimos; 5 deles (23,81%), em nível leve; 4 (19,05%), em nível moderado, e somente 2 (9,52%), em nível grave. A média obtida com a utilização do BDI foi de  $M=12,4$ , e o desvio padrão alcançado foi de  $Dp=3,6$ .

### 7.7 Resultados do BHS

No gráfico 3 estão os resultados da ocorrência de sintomas de desesperança observados na amostra a partir da aplicação do BHS:

Gráfico 3 – Sintomas de desesperança



Fonte: A pesquisa

De acordo com o gráfico 2, nota-se que 9 participantes (42,86%) vivenciaram os sintomas de desesperança classificados como mínimos; 6 participantes (42,86%) vivenciaram os sintomas no nível leve; 3 participantes (14,29%), no nível moderado, e 3 participantes (14,29%) apresentaram sintomas graves de desesperança. A média obtida com a utilização do BHS foi de  $M=9,7$ , e o desvio padrão alcançado foi de  $Dp=2,1$ .

### 7.8 Estratégias de enfrentamento

Neste item são apresentadas as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes de acordo com os resultados obtidos pelo IEC de Folkman e Lazarus (1985). Esses resultados foram subdivididos em tópicos de forma a possibilitar esclarecimentos quanto à análise estatística utilizada. Segue a disposição em ordem dos resultados do instrumento:

- A) Média e desvio padrão;
- B) Médias dos itens que compõem os oito tipos de estratégias
- C) Correlação estatística entre as oito estratégias;

As oito estratégias de enfrentamento previstas no inventário foram apresentadas de acordo com a média e o desvio padrão obtidos. Na tabela 9, tem-se a síntese desses resultados:

Tabela 9 – Médias das estratégias de enfrentamento do IEC

<b>Estratégia</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>
Aceitação de responsabilidade	1,88	0,33
Afastamento	2,17	0,37
Autocontrole	1,90	0,24
Confronto	1,48	0,27
Fuga/esquiva	1,89	0,46
Reavaliação Positiva	2,18	0,30
Resolução de Problemas	1,60	0,40
Suporte social	2,09	0,46

Fonte: A pesquisa

Observa-se na Tabela 9 que, dentre todas as estratégias avaliadas, a que obteve a maior pontuação média de utilização foi a reavaliação positiva, com  $M=2,18$ . De acordo com a média geral, a estratégia de afastamento foi a segunda mais utilizada, apresentando  $M= 2,17$ . Já a terceira estratégia mais utilizada foi a de suporte social, com  $M=2,09$ .

A estratégia de autocontrole foi a quarta mais utilizada, apresentando  $M=1,90$ . A estratégia de fuga/esquiva foi a quinta mais utilizada, com  $M= 1,89$ . Por sua vez, as estratégias de confronto, aceitação de responsabilidade e resolução de problemas foram as três menos

utilizadas pela amostra, tomando-se como critério suas médias que, respectivamente, foram 1,48, 1,88 e 1,60.

Objetivando-se conhecer, minuciosamente, os comportamentos, sentimentos e cognições envolvidos no processo de enfrentamento da amostra, cada um dos itens que compõem os tipos de estratégias foram analisados a partir das médias obtidas. Considerando a extensão do instrumento, optou-se por apresentar em cada um dos tipos de estratégia apenas os itens mais utilizados e os menos utilizados pela amostra. Na tabela 10, faz-se a apresentação desses resultados:

Tabela 10 – Média dos itens que compõem os tipos de estratégias de enfrentamento (continua)

<b>Estratégia de enfrentamento</b>	<b>Itens que compõem a avaliação</b>
<b>Confronto (M=1,48)</b>	Itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6
<b>Itens</b>	<b>Média</b>
46 - Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	2,38
7 - Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias	0,90
17 - Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema	0,71
28 - De alguma forma extravasei meus sentimentos	1,62
34 - Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	2,57
6 - Fiz alguma coisa que acreditava não dar resultado, mas pelo menos estava fazendo alguma coisa	1,43
<b>Afastamento (M=2,17)</b>	Itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12
<b>Itens</b>	<b>Média</b>
44 - Minimizei a situação, me recusando a preocupar-me seriamente com ela	2,24
13 - Fiz como se nada tivesse acontecido	2,14
41- Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação	2,33
21 - Procurei esquecer a situação desagradável	2,19
15 - Procurei encontrar o lado bom da situação	2,29
12 - Concordei com o fato, aceitei o meu destino	1,81
<b>Autocontrole (M=1,90)</b>	Itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63
<b>Itens</b>	<b>Média</b>
14 - Procurei guardar para mim mesmo meus sentimentos	2,05
43 - Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	1,90
10 - Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	2,29
35 - Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso	2,29
54 - Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	2,05
62 - Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	1,52
63- Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo	1,24
<b>Suporte Social (M=2,09)</b>	Itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22
<b>Itens</b>	<b>Média</b>

8 - Conversei com outra (s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	1,95
31- Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	2,76
<b>Estratégia de enfrentamento</b>	<b>Itens que compõem a avaliação</b>
42 - Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos	1,52
45 - Falei com alguém sobre como estava me sentindo	2,43
18 - Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	2,10
22 - Procurei ajuda profissional	1,76
<b>Aceitação de Responsabilidade (M=1,88)</b>	Itens 9, 29, 51 e 25
<b>Itens</b>	<b>Média</b>
9 - Critiquei-me, repreendi-me	1,95
29 - Compreendi que o problema foi provocado por mim	2,33
51- Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez	1,90
25- Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	1,33
<b>Fuga/esquiva (M=1,89)</b>	Itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16
<b>Itens</b>	<b>Média</b>
58 - Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	2,24
11 - Esperei que um milagre acontecesse	2,24
59 - Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	2,90
33 - Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	2,05
40 - Procurei fugir das pessoas em geral	1,71
50 - Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo	1,62
47 - Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)	1,19
16 - Dormi mais que o normal	1,14
<b>Resolução de problemas (M=1,60)</b>	Itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52
<b>Itens</b>	<b>Média</b>
49 - Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	2,05
26 - Fiz um plano de ação e o segui	1,33
1 - Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	1,95
39- Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	1,14
48- Busquei nas experiências passadas uma situação similar	1,10
52 - Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	1,29
<b>Reavaliação Positiva (M=2,18)</b>	Itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20
<b>Itens</b>	<b>Média</b>
23 - Mudei ou cresci como pessoa de uma forma positiva	2,00
30 - Saí da experiência melhor do que eu esperava	1,86
36 - Encontrei novas crenças	2,52
38 - Redescobri o que é importante na vida	2,62
60 - Rezei	2,24
56 - Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma	2,10
20 - Inspirou-me a fazer algo criativo	1,95

Fonte: A pesquisa

Pelo exposto na Tabela 10, verifica-se que a estratégia da reavaliação positiva obteve a maior pontuação média de utilização, com  $M=2,18$ . A pontuação média dos 7 itens que compõem essa estratégia varia de 2,62, observado para o item 38 (Redescobri o que é importante na vida) mostrando-se como o item mais utilizado, até 1,86, observada para o item 30 (Saí da experiência melhor do que eu esperava) mostrando-se como o menos utilizado.

A estratégia de afastamento, a segunda mais utilizada, com média de  $M=2,17$ , é composta por 6 itens, dos quais, o item mais utilizado foi o 41 (Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação), com média de  $M=2,33$ . Já o menos utilizado foi o 12 (Concordei com o fato, aceitei o meu destino), com média de  $M=1,88$ .

Referente a estratégia de suporte social que obteve média de  $M= 2,09$ , sendo a terceira a ser mais utilizada, composta por seis itens, o item predominante foi o 22 (Procurei ajuda profissional), com média de  $M=2,76$ . Já o menos utilizado foi o 42 (Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos), com média de  $M=2,52$ .

A estratégia de autocontrole apresentou pontuação geral de  $M=1,90$ , enquanto as pontuações médias de seus sete itens variaram de  $M=2,29$  pontos, obtida pelos itens 10 (Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções) e pelo 35 (Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso) os dois mais utilizados, até  $M=1,24$ , obtida pelo item 63 (Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo), colocando-se como o menos utilizado.

A média geral pela estratégia de fuga/esquiva foi de  $M= 1,89$ , sendo que o item 59 (Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam), com média de  $M=2,90$  pontos, é o mais utilizado. Por sua vez, o item 16 (Dormi mais que o normal) apresentou a menor pontuação média de utilização, com  $M= 1,14$ .

A estratégia de aceitação de responsabilidade, composta por quatro itens, obteve média geral de  $M=1,88$ , sendo que o item mais utilizado foi o 29 (Compreendi que o problema foi provocado por mim), com  $M=2,33$ , enquanto o menos utilizado foi o 25 (Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos), com  $M=1,33$ .

Referente aos seis itens que compõem a estratégia confronto, que obteve média geral de  $M=1,48$ , há uma grande variabilidade nas médias de seus itens, uma vez que o mais utilizado, o item 46 (Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria), apresenta média de  $M=2,57$ , enquanto o menos utilizado, o item 17 (Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema), apresenta média de  $M=0,71$  pontos.

Por fim, a estratégia de resolução de problemas, composta por seis itens, é a menos utilizada pelos participantes da pesquisa, obtendo pontuação média de apenas  $M=1,48$ . De seus

itens, o 49 (Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário) foi o mais utilizado, com média de  $M=2,05$ , enquanto o item 48 (Busquei nas experiências passadas uma situação similar) é o menos utilizado, com média de  $M=1,10$ .

Também foi avaliada a existência de correlação estatística entre os tipos de estratégias, através da obtenção do coeficiente de correlação de *Spearman*, cujos resultados são apresentados na tabela 11:

Tabela 11 – Coeficientes de correlação de *Spearman* entre as estratégias do IEC

	A	B	C	D	E	F	G	H
Aceitação de responsabilidade (A)	1,00							
Afastamento (B)	-0,31	1,00						
Autocontrole (C)	0,07	-0,06	1,00					
Confronto (D)	0,37	0,20	0,03	1,00				
Fuga/esquiva (E)	0,05	0,40	-0,07	0,24	1,00			
Reavaliação positiva (F)	0,08	0,14	0,45*	0,21	-0,23	1,00		
Resolução de problemas (G)	0,29	-0,42	0,60*	0,28	-0,10	0,16	1,00	
Suporte Social (H)	0,03	0,46*	-0,08	0,46*	-0,07	0,34	0,08	1,00

Fonte: A pesquisa.

Nota:

\* Valor  $p < 0,05$ .

Vê-se na tabela 11 que, embora não tenham sido verificadas correlações fortes entre as pontuações das diferentes estratégias avaliadas pelo instrumento IEC, algumas correlações moderadas se mostraram significativas, como a que se estabelece entre a estratégia de autocontrole e as estratégias de reavaliação positiva e resolução de problemas, com coeficientes de correlação de *Spearman* de 0,45, o que indica que, quanto maior a utilização da primeira, maior a utilização das outras duas. A correlação entre a estratégia de suporte social e a estratégia de afastamento e confronto também foi significativa, ambas com coeficiente de correlação de *Spearman* de 0,46, indicando que, quanto maior a utilização da estratégia de suporte social, maior a utilização das duas estratégias citadas.

## 7.9 Correlação estatística entre o IEC do BHS e do BDI

Por fim, também foram avaliadas as correlações entre as pontuações dos instrumentos BHS e BDI entre si e também com as pontuações das estratégias avaliadas no IEC. Considerando primeiramente a relação entre os instrumentos BHS e BDI, foi obtido um coeficiente de correlação de *Spearman* de -0,115, sendo que não foram observadas evidências amostrais suficientes de que tal correlação é significativa, ao nível de 5% de significância (valor  $p$  de 0,6199). Considerando a relação dos dois últimos instrumentos com as oito estratégias do IEC, vê-se na tabela 12, que os coeficientes de correlação de *Spearman* apresentaram valores

baixos, indicando uma correlação fraca entre a desesperança e depressão com as estratégias avaliadas, sendo que nenhum dos coeficientes se mostrou significativo, ao nível de 5% de significância.

Tabela 12 – Coeficientes de correlação de *Spearman* entre o IEC, o BHS e do BDI

Estratégia	Correlação	
	BHS	BDI
Aceitação de responsabilidade	0,158	-0,252
Afastamento	0,108	0,292
Autocontrole	0,209	0,087
Confronto	0,076	-0,048
Fuga/esquiva	-0,237	0,028
Reavaliação positiva	0,275	0,031
Resolução de problemas	0,076	-0,085
Suporte Social	0,310	0,147

Fonte: A pesquisa.

## 8 DISCUSSÃO

### 8.1 As características sociodemográficas da amostra

Referente ao indicador idade, a média observada nos integrantes da amostra foi de 47 anos, a qual mostra-se levemente inferior aos achados já consolidados na grande maioria de outros estudos, nos quais o CEP ocorreu com maior frequência em homens com idade avançada, apresentando pico de incidência entre 50 e 60 anos (CARVALHO et al. 2011; POMPEO, 2010; SACOTO et al. 2009; INCA, 2017; FONSECA et al. 2000, COELHO, 2018).

De acordo com Reis et al. (2010), indivíduos jovens também podem ser afetados, uma vez que aproximadamente 22% dos casos são registrados em pacientes com idade inferior a quarenta anos. Em estudo epidemiológico sobre o câncer de pênis realizado por Fonseca et al. (2010), no estado do Pará, também foram localizados pacientes jovens, entre 21 e 30 anos, representando 5,8% da amostra. Esses dados podem representar um indicador sobre as possíveis mudanças que estão ocorrendo na incidência de CEP na população, podendo-se perceber que o câncer de pênis começa a atingir também homens bastante jovens, uma realidade ainda pouco observada na literatura.

De acordo com Fonseca et al. (2000), Silva et al. (2010), Carvalho et al. (2011), Silva et al. (2014) e Coelho et al. (2018), a escolaridade, os aspectos sociais, culturais e socioeconômicos são fatores associados à ocorrência do CEP, a qual tem relação com baixa escolaridade, baixa formação técnico-científica e condições socioeconômicas precárias, uma vez que esses aspectos também dificultam o acesso da população aos serviços de saúde. Nesta pesquisa, nos resultados sobre a escolaridade, a maior frequência foi de oito participantes com ensino fundamental incompleto (39%). Quanto à renda familiar mensal, a maior frequência foi de 15 sujeitos (72%) vivendo com até um salário mínimo, resultados que estão de acordo com os achados das pesquisas citadas, pois a maior parte da amostra apresenta tanto baixa escolaridade quanto baixa renda financeira mensal.

Ainda a respeito das relações entre as condições de vida da população e a ocorrência do CEP, faz-se importante citar os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014) e do Atlas de Desenvolvimento humano Brasileiro (2014), que são plataformas para consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 5.565 municípios brasileiros das 27 Unidades da Federação (UF). Segundo essas fontes, no último levantamento realizado no ano de 2010, o estado do Maranhão recebeu IDH igual a 0,639, significando que esse estado possui um nível médio de desenvolvimento humano e que a sua população ainda apresenta de forma pouco satisfatória indicadores sociais como expectativa de vida ao nascer, escolaridade da

população adulta, fluxo escolar da população jovem e renda per capita. De acordo com Atlas de Desenvolvimento humano Brasileiro (2014), o IDH é um número que varia entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de uma unidade federativa

Em outros estados brasileiros que apresentam uma taxa de IDH mais elevada de acordo com os dados do IBGE (2014) e do Atlas de Desenvolvimento humano Brasileiro (2014), como, por exemplo, São Paulo, com IDH de 0,783 (classificado como alto), ou o Distrito Federal, com IDH de 0,824 (classificado como muito alto), a incidência do CEP é bastante inexpressiva, não constando sequer entre os quatro principais tipos de câncer a acometer população masculina (INCA, 2016). Essa realidade fortalece a compreensão de que esses aspectos socioeconômicos e culturais são fatores de risco para o câncer de pênis, conforme Coelho et al. (2018), Silva et al. (2014), Silva et al. (2010), Carvalho et al. (2011) e Fonseca et al. (2000).

Assim, o conhecimento dos aspectos sociodemográficos possibilita não apenas compreender a frequência do diagnóstico do CEP no estado do Maranhão, mas também entender que se trata de um tipo de câncer relacionado com questões sociais, produzido a partir da forma e das condições de vida, incluindo, sobremaneira, a educação, a renda e a cultura.

Já no que diz respeito ao item crença religiosa, a maior frequência observada foi de católicos, já que 15 participantes (75%) assim se identificaram, portanto, na amostra, predominou a crença no catolicismo. Esses dados revelam o quanto o aspecto religioso caracteriza a amostra, visto que nenhum dos entrevistados informou não ser aderente a nenhuma crença.

No que tange à ocupação profissional, na época da coleta de dados a maior parte da amostra realizava algum trabalho, pois 17 participantes (81%) informaram estar desempenhando alguma atividade profissional.

## **8.2 A história clínica e o tratamento médico**

Na amostra, o ano em que se apresentou a maior frequência de início do tratamento foi 2017, quando 11 participantes (46%) iniciaram o tratamento, sendo que 17 homens (81%) informaram ter realizado formas alternativas de tratamento antes de buscarem os serviços hospitalares para diagnóstico e tratamento especializado. As alternativas citadas foram consultas a farmacêuticos, uso de pomadas, chás e lavagem do pênis com misturas caseiras preparadas a partir de crenças populares, bem como tentativas fracassadas de medicação a partir de orientações recebidas em balcões de farmácias, objetivando debelar os sintomas. Tais alternativas podem representar tentativas de retardar a busca de ajuda profissional especializada, provavelmente motivada por vergonha, medo, descrença na gravidade dos

sintomas ou mesmo dificuldades geográficas e financeiras que dificultaram o deslocamento até os hospitais especializados, contribuindo para aumentar a gravidade do câncer em decorrência de retardar o diagnóstico precoce e o início do tratamento adequado.

Sobre o tempo transcorrido entre o surgimento dos primeiros sintomas e a busca de tratamento médico, 12 homens (56%) passaram de seis meses a um ano convivendo com o desconforto e as dores provocados pelos sintomas, antes de decidirem buscar assistência nos hospitais. Essa média de tempo confirma os estudos de Narayama, Onley e Loening (1981), Fonseca et al. (2000) e Paiva (2010), demonstrando que o lapso de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a busca por serviços de saúde e cuidados médicos por parte dos pacientes com câncer de pênis é bastante variável, mas em média fica em torno de oito meses podendo chegar até a doze meses. De acordo com os referidos autores, vivências de medo, ignorância, vergonha, negligência e culpa podem ter causado a demora na procura da assistência médica

Nesta pesquisa, considera-se que outros sentimentos, como a culpa, a impotência, a vergonha, a negligência e o desconhecimento sobre o próprio corpo e os cuidados da saúde, somadas às características sociodemográficas da amostra, tais como a baixa instrução e a baixa renda financeira também podem ter ocasionado a demora em buscar auxílio médico. Tratando-se de um adoecimento no pênis, uma parte bastante íntima do corpo do homem, sobre o qual incidem importantes processos simbólicos de constituição e manutenção de virilidade, masculinidade e sexualidade, a vergonha o medo e a culpa podem ter sido vividos com mais intensidade, o que contribuiu para dificultar, sobremaneira, a chegada desses participantes aos serviços médicos especializados.

Outro fator que dificulta o acesso da população masculina aos serviços de saúde, na perspectiva de Gomes, Nascimento e Araújo (2007), é o horário de funcionamento dos ambulatórios e postos de saúde, geralmente até às 17h, o que impõe a necessidade de optar ou por um dia de trabalho ou pela marcação de uma consulta no serviço público.

Ainda sobre as possíveis variáveis causadoras da demora em buscar assistência para a saúde, Braz (2005) reforça as questões relacionadas à construção social da masculinidade, pois, de acordo com os valores culturais vigentes, o homem é compreendido e conseqüentemente também se autocompreende como alguém viril, inabalável, forte, sem vulnerabilidades. Isso dificulta que se reconheça como alguém que necessita de cuidados, marca de um ser doente, que fica mais fragilizado. Segundo o autor, o receio de expor do corpo e de assumir que se encontra doente também são dificuldades vividas pelos homens, que comumente procuram os

serviços de urgência apenas quando não mais suportam o desconforto físico causado pela patologia.

Embora estivessem convivendo diariamente com as dores e todo o desconforto físico que os sintomas iniciais do CEP provocam, a maioria dos participantes demorou consideravelmente para buscar auxílio médico especializado. Esse dado é alarmante, pois o diagnóstico precoce e o início do tratamento são fatores indispensáveis para que o CEP tenha um bom prognóstico de cura, bem como para tornar o tratamento menos invasivo. Assim, quanto mais cedo os homens buscarem os serviços de saúde, mais rápido e efetivo o tratamento poderá ser, reduzindo o sofrimento a que serão expostos, bem como os gastos institucionais dos hospitais, que devem disponibilizar profissionais para a assistência oncológica e realizar procedimentos mais complexos.

Frente a essa realidade, reitera-se a importância de políticas públicas de prevenção primária e secundária ao CEP que alcancem efetivamente a população de homens em São Luiz e no interior do Maranhão. Tais políticas devem necessariamente considerar a realidade socioeconômica desses sujeitos, levando em conta a baixa escolaridade e nível de instrução que possam apresentar.

Após buscar os serviços de assistência à saúde, o tratamento médico realizado pela maior parte da amostra, 17 homens (81%), foi a penectomia parcial, resultado que está de acordo com os estudos de Coelho (2018) e Sacoto et al. (2009), que, ao investigarem aspectos epidemiológicos do câncer de pênis, apontaram que, em termos de procedimentos cirúrgicos realizados, a maioria expressiva dos casos estudados foram submetidos à penectomia parcial.

O tratamento para o CEP varia de acordo com o tipo e tamanho da lesão, podendo ocorrer a cirurgia de amputação total ou parcial do pênis. A amputação total consiste na retirada total do órgão (glande e todo o corpo do pênis), sendo mantido apenas o saco escrotal (CARVALHO et al. 2007); já a emasculação é indicada para tumores muito avançados que acometem extensamente o pênis, invadindo proximalmente os corpos cavernosos e o escroto. A emasculação consiste na cirurgia de penectomia total, com a retirada dos testículos e da bolsa escrotal (POMPEO, 2010).

De acordo com Pompeo (2010) o estadiamento para o câncer de pênis é feito a partir da classificação de Jackson (1966), que apresentam quatro estádios para esse tipo de câncer: no estágio I, o tumor limita-se à glande e ao prepúcio, e o tratamento recomendado costuma ser a postectomia (laser); no estágio II, o tumor invade o corpo cavernoso do pênis, e o tratamento indicado é a penectomia parcial; no estágio III, o tumor encontra-se na haste peniana, sendo necessário realizar a penectomia parcial ou mesmo a total; no estágio IV, o tumor acomete a

haste peniana e o escroto, sendo indicada a emasculação. Ressalte-se que, nos estádios iniciais, o prognóstico é bom, alcançando-se a cura na grande maioria dos casos, sendo que, para indivíduos potentes que, em decorrência da penectomia parcial, tiveram pelo menos 4 cm da haste peniana preservada, é possível a obtenção de prazer sexual e a penetração

Sobre a assistência psicológica, apenas 5 participantes (23%) informaram ter recebido esse atendimento pelo serviço de psicologia nos referidos hospitais em algum momento do tratamento. Embora submetidos a uma forma de tratamento tão invasiva, mutilatória e que potencialmente acarreta diversas perdas, além de intenso sofrimento emocional, 16 homens (77%) não receberam nenhum tipo de assistência psicológica durante o tratamento. Ainda que os resultados alcançados nesta pesquisa não possibilitem conhecer as variáveis determinantes do baixo número de pacientes que receberam assistência psicológica durante o tratamento, tal achado é preocupante em razão de o sofrimento emocional, quando associado a doenças crônicas como o câncer, pode implicar na redução expressiva da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, prejudicando a adesão ao tratamento e o processo de reabilitação (BAPTISTA; DIAS, 2010, DELLVE et al. 2006).

Acrescente-se que, conforme Lourenção, Santos Jr. e Luiz (2010), o tratamento do câncer acarreta estressores graves associados a perdas importantes na vida dos indivíduos, demandando a necessidade de um ajustamento psicossocial do paciente e de seus familiares, o que pode ser facilitado por intervenções psicoterapêuticas específicas. Por essa razão, o psicólogo vem se inserindo cada vez mais nas equipes médicas, atuando como identificador de medos, fantasias, dúvidas e expectativas dos pacientes e de familiares. Esse profissional atua também facilitando uma comunicação adequada entre família/paciente/equipe. Ainda de acordo com os autores, as intervenções psicoterapêuticas favorecem o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença, de prevenção e tratamento do sofrimento emocional, que é, muito frequentemente, ocasionado pelas perdas irreversíveis causadas pelo câncer.

Ainda em relação à importância do atendimento psicológico a pacientes com câncer, Liberato e Carvalho (2008) e Franco (2008) destacam que essa intervenção garante o suporte emocional e psicoterapêutico ao paciente e sua família, proporcionando-lhes espaço seguro para expressão e elaboração de sentimentos ligados ao adoecer. Também contribui para que desenvolvam meios para a diminuição do estresse, do medo, da ansiedade e da depressão, mobilizando recursos mais criativos para o enfrentamento. Melhora ainda a comunicação interpessoal, atuando na melhoria da qualidade de vida e favorecendo a manutenção da esperança e a elaboração de novos significados sobre a vida, a doença e a própria morte.

Considerando os aspectos mencionados, sustenta-se que o atendimento psicológico a pacientes com câncer de pênis durante o diagnóstico, tratamento e processo de alta deve ocorrer de forma contínua, pois garantirá assistência emocional a esses sujeitos, prevenindo e tratando o sofrimento mental, facilitando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, possibilitando a elaboração do medo, da ansiedade e do adoecimento de forma geral, reduzindo a ocorrência de respostas psicopatológicas de depressão, que são tão recorrentes e, principalmente, auxiliando o paciente a ajustar-se emocionalmente à cirurgia de amputação e às limitações permanentes que dela decorrem. O psicólogo, através de técnicas e métodos psicoterapêuticos, poderá também modelar novos repertórios comportamentais que auxiliem o paciente a suportar os diversos eventos estressantes inerentes ao tratamento, aumentando assim as chances de restabelecimento da saúde.

### 8.3 A compreensão do tratamento

Representando a maior parte da amostra, 11 participantes conheciam o tratamento como o conjunto de procedimentos médicos realizados, tendo informações sobre como se deu o tratamento desde a fase pré-diagnóstica ao pós-operatório. Provavelmente isto tenha ocorrido em decorrência de a maior parte da amostra, 16 participantes, já se encontrar com o tratamento médico concluído e a saúde restabelecida, desse modo, em decorrência de um bom estado de saúde por ocasião da coleta de dados, não apareceram questões psicológicas mais expressivas nesse aspecto. No relato a seguir pode-se observar a ocorrência dessa forma de compreensão:

*Eu comecei indo no clínico geral particular, numa clínica que tem aqui no centro. Aí ele me falou que eu tinha que procurar urgentemente o hospital Aldenora Belo. Eu vim, graças a Deus não demorou muito pra marcar a consulta. Aí pronto, fiz a consulta, o médico mandou fazer os exames, e eu acho que uns 30 dias depois eu internei pra fazer a cirurgia. (participante 19)*

*Com uns quatro meses que eu estava sentindo as coisas, eu fui procurar um enfermeiro que tem lá no bairro. Quando ele olhou, falou logo assim que era sério e que era pra mim vir aqui no hospital me consultar com um urologista. Depois que eu cheguei, teve a consulta, tive que fazer uns exames também, só depois é que me operei, mas foi tudo rápido. (participante 14)*

Para Leventhal et al, (2003), a compreensão da doença refere-se à maneira como o indivíduo pensa sobre o seu problema de saúde e, conseqüentemente, como se comporta diante dele. Segundo Pinto et al. (2016), Sano et al. (2002) e Lopes (2016), no contexto do tratamento para doenças crônicas, o que os pacientes e familiares conhecem e compreendem sobre o tratamento é um aspecto relevante de ser investigado, pois relaciona-se diretamente com a adesão ao tratamento, com o relacionamento com a equipe de saúde e com maiores

possibilidades de recuperação da saúde. De acordo com os autores, quanto mais informações pacientes e familiares conseguirem assimilar a respeito do processo, mais condições terão de organizar-se frente aos desafios impostos pelo tratamento.

Outro aspecto presente nos resultados foi a percepção do tratamento com um evento benéfico, como ser observa no seguinte trecho:

*Olhe, o tratamento me ajudou muito. Antes a cabeça do meu pênis ardia e queimava demais, parecia que tinha brasa. Quando eu ia mijar, saía uns jatos pra todo lado como se fosse um chuveiro. Hoje eu não sinto mais nada, nenhuma dor que seja. (participante 2).*

*Chegou um ponto que o tumor ficou tão grande que nem camisinha cabia mais. Eu esticava a camisinha até quase rasgar e ela não cabia por causa do tumor.... só pra você ter noção de como eu tava. Foi esse tratamento que me ajudou, se não fosse ele... Vixe! (participante 14).*

*Eu faltava correr doido sentindo arder, doer, e ainda fedia.... Não dava mais pra viver com aquilo não. Se tinha que tirar pra eu ficar bom, então pronto, que o médico tirasse, eu queria era ficar bom. (participante 9).*

Nesses relatos percebe-se que o tratamento foi compreendido como um evento benéfico, pois, apesar de ter acarretado a amputação, produziu bem-estar físico e controle dos sintomas desagradáveis que sentiam em função do câncer. A manutenção da qualidade de vida alcançada com o desaparecimento da dor e o controle de outros sintomas, garantida apenas após a realização da penectomia, parecem ser os aspectos mais significativos para esses sujeitos. Esses resultados mostram-se de acordo com as pesquisas de Opjordsmoen e Fossa (1994) e de Oliveira (2010), que estudando vivências emocionais de homens submetidos à penectomia, verificaram que, na compreensão desses sujeitos sobre o tratamento, os aspectos de manutenção da vida e redução de sintomas se expressaram mais que questões relacionadas à manutenção do pênis.

Os sintomas mais recorrentes do câncer de pênis, de acordo com o Inca (2017), são feridas ou úlceras persistentes e também uma tumoração localizada na glândula, prepúcio ou corpo do pênis. Para Pompeo (2010), os sintomas das lesões penianas são mau aspecto e odor, resistentes a tratamento local, ocasionando dificuldades no convívio social e interferindo na qualidade de vida. Para o pesquisador, a exposição prologada dos participantes a esses sintomas desagradáveis também pode explicar o resultado de compreenderem o tratamento como algo benéfico, pois foi a partir dele que alcançaram a cura e a saúde, cessando tais sintomas.

#### **8.4 Os aspectos psicossociais**

Nesta etapa foram discutidos, a partir da análise qualitativa das entrevistas, os aspectos psicossociais vivenciados pelos participantes decorrentes do tratamento, após a cirurgia de penectomia. Os principais aspectos psicossociais observados foram os aspectos psicológicos, as vivências de culpabilização pelo adoecimento e tratamento, a adesão ao tratamento e as dificuldades e disfunções sexuais.

### **Aspectos Psicológicos**

Os impactos psicológicos, em suas diversas possibilidades de ocorrência, foram o aspecto mais expressivo na amostra, ocorrendo desde o diagnóstico e alcançando inclusive os participantes já curados, tendo sido referenciados pelos 21 participantes.

No grupo desses aspectos psicológicos estão muitas vivências emocionais em sua maioria desagradáveis e causadoras de sofrimento para os entrevistados. Os sentimentos de medo ocorreram ligados ao ambiente do hospital, à realização da cirurgia e à possibilidade de morte. Nos fragmentos narrativos a seguir, é possível perceber a ocorrência desse aspecto:

*Eu não gosto nem de cheiro de hospital, nunca gostei. É um local muito ruim pra gente, é um local pesado, que tem morte e sofrimento. Quando era o dia da minha consulta, eu já levantava de manhã desgostoso porque eu sempre tive desgosto com este local. (participante 19).*

*Eu tinha medo de vir no hospital... não, na verdade, eu tinha medo era da cirurgia, por isso que eu demorei tanto tempo vir procurar ajuda [neste momento o entrevistado ri de forma envergonhada]. Mas não serviu de nada ter medo, porque eu acabei indo parar na faca do médico do mesmo jeito. (participante 12).*

Sobre esse aspecto, Botega (2002), Romano (1999), Lima e Oliveira (2009) esclarecem que o ambiente hospitalar, incluindo suas várias unidades de atendimento, como ambulatórios a enfermarias, potencialmente pode causar desconforto e mal-estar emocional nos sujeitos, como também o comprovaram os resultados desta pesquisa.

Como indicado por Juan (2007), o medo é um impacto psicossocial recorrente em pacientes que se submetem a cirurgias, sendo que uma possível explicação para isso, de acordo com Sebastiani e Maia (2005), é o fato de ser um evento desconhecido e estranho para a maioria das pessoas e provocar perda de um membro em caso de amputações, ou aquisição de equipamentos decorrentes do procedimento, os quais devem utilizados por bastante tempo, tais como traqueostomo, bolsas de colostomia e sondas.

Outro medo observado foi referente à possibilidade de morte, sendo que alguns entrevistados informaram ter começado a pensar muito sobre a própria finitude após a

realização do tratamento e, também, temer a sua ocorrência, como se pode-se verificar nas falas a seguir:

*Eu nunca tinha parado pra pensar sobre isso não, mas depois do câncer eu tô pensando na vida e na morte, porque eu senti minha vida ameaçada de verdade, eu tive medo de não sair vivo. (paciente 5).*

*Eu acho que uma das maiores dificuldades que eu senti foi o medo de morrer, mesmo o médico me garantindo que cortando um pedaço do meu pênis eu iria ficar bom. É que o câncer é pesado, saber que tem isso faz a gente balançar mesmo. (participante 8).*

O medo da finitude, ou mesmo a crença na possibilidade da própria morte são aspectos já constatados em outras pesquisas no contexto oncológico. A exemplo, têm-se os estudos de Porto (2004), Silva (2005), Kóvacs (1992) e Vieira (2002) evidenciando que, desde o momento do diagnóstico, durante o tratamento e mesmo na reabilitação, pacientes oncológicos tendem a temer a morte. Para os referidos autores grande parte, dessa vivência pode ser decorrente da representação social que o câncer ainda tem na sociedade, que o compreende culturalmente como uma doença inexorável. Soma-se a isso que a fragilização emocional e física do paciente causada pelo diagnóstico e tratamento do câncer pode fortalecer o desânimo, a descrença na vida e no tratamento, colocando-se a morte como possível e anunciada.

Quanto à ocorrência das fantasias, observa-se que elas se deram principalmente em relação ao procedimento cirúrgico, relacionadas à possibilidade de recidiva da doença após a penectomia. De acordo com Ismael e Oliveira (2008) e Christo e Traesel (2009), as fantasias constituem eventos esperados e frequentes em pacientes ao longo do tratamento oncológico, sendo inclusive esperadas quando ocorrem sem comprometer o bem-estar do paciente. Na compreensão dos autores, os mitos e fantasias estão presentes em todo esse processo e muitas vezes estão fortemente relacionados à ocorrência de ansiedade e de medo, como pode ser verificado nas seguintes narrativas:

*Antes da cirurgia eu ficava pensando era na anestesia. Porque eu já tinha conhecimento de pessoas que receberam anestesia no hospital e não acordaram mais, podia acontecer comigo. Nessa hora passa de tudo na cabeça... E se eu não acordasse da cirurgia? (participante 7).*

Para o participante 7, a fantasia distorceu a função da anestesia, fazendo com que o entrevistado nutrisse medo em relação a ela e ao procedimento cirúrgico, temendo não mais acordar. Juan (2007) enfatiza que a cirurgia é um evento novo e desconhecido, sendo que a maneira como cada paciente percebe a cirurgia e atribui significados a ela é importantíssima, pois é a partir dessa percepção que adotará comportamentos de ajuste, se reacomodando à nova

situação. Pelo relato pode-se afirmar que a existência da fantasia comprometeu a compreensão e o ajustamento emocional do participante 7.

Em estudo realizado por Figuera (2006) com pacientes cardíacos cirúrgicos foi observado que uma das suas principais fantasias era relacionada à função da anestesia, imaginando que seria usada pela equipe médica de forma agressiva, com a introdução de diversos tubos no corpo do paciente desacordado. Outro tipo de fantasia observada referiu-se à recidiva da doença e à possibilidade de recuperação após a cirurgia, como se pode-se identificar no seguinte relato:

*Depois da cirurgia eu já fiz duas consultas, e o médico me disse que tá tudo ok, mas o que eu mais penso é que a doença pode voltar e que nem mais a cirurgia vai resolver. Sei lá, essa doença é ruim, às vezes ela vai e volta. Viver com a sombra do câncer é uma prisão, é como se eu estivesse esperando receber a notícia ruim de novo. (participante 15).*

As fantasias referentes à possibilidade da recidiva da doença e da não recuperação colocam o participante 15 em um estado de ansiedade e desconforto emocional aparentemente constante, visto que “*é como se eu estivesse esperando receber a notícia ruim de novo*” e, embora a recuperação esteja ocorrendo de forma adequada, segundo o que seu médico lhe tem informado, contrariamente a isso, ele mantém a fantasia de que a doença pode voltar, pois “*é como se eu estivesse esperando receber a notícia ruim de novo*”. Para o participante 15, a existência dessa fantasia é um impacto psicológico que lhe tem provocado sofrimento e dificultado a superação do problema, pois para ele “*viver com a sombra do câncer é uma prisão*”.

Mudanças de humor também foram identificadas, principalmente sob a forma de uma tristeza que não era característica de um dos participantes antes do adoecimento, como é possível visualizar a seguir:

*Quando eu penso no que eu passei e no que podia ter acontecido de pior se não fosse os médicos e esse hospital, bate uma tristeza. Também na hora de banhar, quando eu vou me lavar e vejo meu corpo, é triste. A gente tem que fazer força pra não desanimar. Eu sempre fui alegre, conversador, mas às vezes eu fico desanimado e triste mesmo, só quero ficar na minha, sem querer muito contato com os outros. (participante 3)*

Fatores como a compreensão da gravidade da doença, bem como a constatação visual da amputação parcial do pênis durante o banho parecem ser situações que tornam mais prováveis o sentimento de tristeza para o participante 3, tanto que ele justifica que sempre foi alegre, mas agora prefere assumir uma postura um pouco mais introspectiva e socialmente

isolada, algumas vezes. A tristeza sinaliza também que esse sujeito ainda se encontra em processo de elaboração da perda do pênis e que esse evento ainda permanece como **um impasse** emocional para ele.

A tristeza e o isolamento social são impactos emocionais também já verificados em outros estudos com homens submetidos à penectomia oncológica, como no trabalho de Costa et al. (2010), que investigaram os sentimentos e reações do homem referentes à cirurgia de amputação. Reafirmando essa compreensão, Costa, Finco e Medeiros (2016) assinalam que muitos pacientes vivem o tratamento oncológico como algo sofrido e doloroso, predominando entre eles sentimentos de ansiedade, dúvida, tristeza, medo e sensação de aproximação da morte.

Também foi verificada a ocorrência da baixa autoestima como um dos impactos psicossociais, revelando que alguns participantes passaram a se perceber com menos valor e menos atrativos como homens, vendo-se como seres desinteressantes socialmente e incompletos do ponto de vista de sua constituição biológica, conforme ilustram as seguintes narrativas:

*Um homem sem o pau não é nada, né! As pessoas que sabem olham diferente para você, elas olham com pena... Quando eu tô em um local como uma festa eu evito até conhecer gente nova.... conhecer alguma mulher, porque eu vou ter que contar a história. Mesmo que eu tente passar a impressão que não ligo ou que tá tudo bem, às vezes não dá, porque eu sei que isso é pra ter pena mesmo. (participante 5)*

*Eu vejo assim... que o corpo da gente é como se fosse um carro. O carro tem as rodas, tem as portas, o motor e, se faltar alguma parte, ele pode até funcionar, mas não é a mesma coisa, vai dar problema alguma hora. Pensa agora no corpo da gente quando tiram alguma parte! (participante 3)*

No relato do participante 5, a baixa autoestima se expressa quando ele se identifica com a fantasia que tem a respeito das pessoas o perceberem como alguém merecedor de pena, culminando muitas vezes em evitar estabelecer contatos sociais com mulheres, pois “*mesmo que eu tente passar a impressão que não ligo ou que tá tudo bem, as vezes não dá por que eu sei que isso é pra ter pena mesmo*”. Esse relato revela também que, para esse participante, o pênis concentra significados muito importantes, concernentes ao seu valor enquanto homem e pessoa, uma vez que afirma “*um homem sem pau não é nada, né!*”. Ele parece ter dificuldade em construir novos significados para sua existência e para outras formas possíveis de masculinidade a partir de sua condição atual de penectomizado.

Já no segundo relato o participante 3 utiliza a metáfora de um carro que funciona de forma corretamente apenas com todas as peças presentes, afirmando que, caso falte alguma

delas, irá comprometer o funcionamento adequado do automóvel. Ao final de seu relato, ao sugerir “*Pensa agora no corpo da gente quando tiram alguma parte!*”, deixa claro que, de fato, ele utiliza a metáfora do carro para representar como percebe seu corpo atualmente: incompleto e defeituoso. Em sua narrativa percebe-se também que, embora continue de alguma forma “*funcionando*”, como ocorre com o carro sem todas peças, considera a possibilidade de que “*não é a mesma coisa, vai dar problema alguma hora*”, possivelmente expressando de forma figurada não conseguir lidar com as dificuldades que vive decorrentes da penectomia. No relato que segue, tem-se um outro exemplo desse aspecto psicossocial:

*A minha sorte é que eu já sou casado e minha mulher é muito boa para mim, nunca me desrespeitou, porque, depois disto, que mulher ia querer um homem assim? Pra satisfazer a mulher fica difícil. Se eu fosse casado com outra, já tinha levado chifre, porque passei quase um ano sem ter relações com minha mulher, e ela nunca me traiu, mas um dia me perguntou se eu tinha outra na rua porque eu não procurava mais ela. A única coisa que eu tinha era medo de passar alguma doença pra ela. (participante 8)*

A narrativa do participante 8 expressa que se percebe, em decorrência da penectomia, sem condições de iniciar um novo relacionamento conjugal, se fosse necessário, reafirmando a baixo autoestima. Chega a interpor a seguinte questão: “*depois disto que mulher ia querer um homem assim?*”, sendo que, com isso, ele parece concentrar sua autoestima e sua compressão de masculinidade apenas no órgão sexual. Nesse sentido, a ausência do pênis provocou insegurança, sensação de autodesvalorização e instaurou a dúvida quanto às possibilidades de exercer sua masculinidade diante de uma mulher, pois a penectomia parece ter provocado o esvaziamento desse sentido .

Em sua narrativa mostra-se aliviado por já ter um matrimônio, afirmando que “*a minha sorte é que eu já sou casado*”, exatamente por acreditar que, após a cirurgia, isso não seria mais possível. Ao afirmar que “*se eu fosse casado com outra já tinha levado chifre*”, denota a importância basilar que, na sua compreensão, o sexo tem para a manutenção de um casamento e da fidelidade entre os cônjuges. Provavelmente por isso sente-se grato à esposa, pois supõe que ela não se encontra insatisfeita sexualmente e, ainda assim, permanece casada, tratando-o com respeito, zelo e dedicação, daí a certeza de que “*minha mulher é muito boa para mim*”

A partir do trecho “*pra satisfazer a mulher fica difícil*”, pode-se depreender que o participante 8 tem encontrado dificuldades para dar prazer a esposa durante o sexo, possivelmente em decorrência de associar o ato sexual apenas à penetração. Nesse contexto, a limitação imposta pela penectomia defronta esse homem com a necessidade de construir novos sentidos para o ato sexual e para o prazer, de modo que explore outras possibilidades, além da

penetração. Ao considerar que possa não estar satisfazendo adequadamente a esposa com o sexo, sente-se ainda mais desvalorizado, ou seja, isso contribui para agravar sua baixa autoestima, pois reconhece que a frequência do sexo é escassa: “*passsei quase um ano sem ter relações com minha mulher*”.

Graves abalos na autoestima são impactos psicológicos recorrentes em pacientes amputados por câncer de pênis, como se constata nas pesquisas de Bittencourd (2009) e Costa et al. (2010). Contribuindo para a compreensão dessa realidade, Telles (2009) ressalta que a amputação peniana é um evento grave em função das consequências que trará para a vida do sujeito, principalmente em uma sociedade que atribui ao homem o papel de chefe, líder e provedor da família.

É nesse contexto que o pênis se coloca como o símbolo mais expressivo dessa posição masculina de poder e virilidade, por isso sua amputação física representa a inviabilização simbólica de que o homem continue ocupando a posição de virilidade que lhe é socialmente endereçada, provocando um abalo em sua autoestima e colaborando para o seu desajustamento emocional.

Concernente à vivência da crise psicológica, a narrativa construída por um dos participantes permite desvelar alguns aspectos de sua ocorrência desde o recebimento da notícia de que a amputação do pênis seria necessária:

*Quando o médico me confirmou que o que eu tinha era câncer e que ia ter que cortar a cabeça do meu pênis, eu fiquei sem chão, anestesiado. Ouvir isso é destruidor ...é ruim demais saber que tem câncer... Não sabia o que fazer, pensei em ligar logo pra casa e contar pra mulher, mas depois pensei que era melhor não, pensei em ir procurar outro médico pra uma segunda opinião... Sentei naquele banco de cimento lá fora e falei: Meu Deus o que eu faço agora? Dá desespero porque, se você não faz a cirurgia, o câncer aumenta e pode te matar. (participante 3)*

Pelo exposto percebe-se que a confirmação diagnóstica e a indicação terapêutica instauraram uma vivência de crise psicológica no participante 3. Ao descrever seu estado em “*eu fiquei sem chão, anestesiado*”, o participante revela o quanto essas informações foram bruscas e inesperadas, configurando-se como eventos novos, com capacidade para modificar inteiramente sua vida, provocando mudanças irreversíveis.

Esses aspectos caracterizam a crise psicológica, como discutida na perspectiva de Simon (1989), ao esclarecer que é desencadeada por um evento inesperado e brusco, representando uma situação inteiramente nova, desafiadora, para a qual o sujeito não se percebe com

estratégias possíveis para o enfrentamento, provocando, dentre outras reações, o desequilíbrio emocional.

No trecho em que o participante 3 afirma “*é ruim demais saber que tem câncer... Não sabia o que fazer, pensei em ligar logo pra casa e contar pra mulher, mas depois pensei que era melhor não, pensei em ir procurar outro médico pra uma segunda opinião*”, pode-se visualizar o quanto esse homem percebeu-se sem referências de como enfrentar a situação, sem saber o que fazer diante das notícias. Esse também é um aspecto presente em vivências de crise psicológica, pois, de acordo com o modelo de Simon (1989), nessa vivência, o sujeito se avalia como destituído de respostas apropriadas para solucionar a situação desafiadora em que se encontra. Essa perspectiva é confirmada também pelo trecho narrativo “*Sentei naquele banco de cimento lá fora e falei: Meu Deus o que eu faço agora*”, que denota o desespero do participante frente às notícias recebidas e a constatação de não dispor de repertório comportamental que lhe possibilite formas efetivas de lidar com a situação, buscando alcançar algum tipo de administração e controle sobre ela.

É possível que a vivência do participante 3 com um câncer que se manifestou como um evento desafiador a exceder seus recursos pessoais de enfrentamento seja uma das principais situações provocadoras da crise psicológica, sobretudo em razão de também suscitar a vivência de incerteza e de falta de controle sobre a situação. Nesse contexto, a angústia e o desespero frente aos diversos desafios e limitações que o tratamento irá impor colocam-se como as respostas emocionais possíveis de ocorrer, como visto na declaração “*Ouvir isso é destruidor.. .ruim saber que tem câncer*”.

Como visto em Ramos e Lustosa (2009), nos casos em que o evento estressor é o tratamento oncológico, do diagnóstico ao término do tratamento, pode ocorrer desequilíbrio emocional, vivências de raiva, tristeza, inquietação, ansiedade, angústia, medo e luto, pois as incertezas e a possibilidade da morte se fazem presentes. Ainda sobre o desequilíbrio e a instabilidade emocional, que caracterizam a vivência de uma crise psicológica, o relato do participante 3 diz que “*Dá desespero porque, se você não faz a cirurgia, o câncer aumenta e pode te matar*”, revelando que essa vivência também desorganizou emocionalmente o participante.

Analisando o trecho narrativo “*Quando o médico me confirmou que o que eu tinha era câncer e que ia ter que cortar a cabeça do meu pênis, eu fiquei sem chão, anestesiado*” percebe-se que o tipo de crise vivenciada pelo participante 3 foi por expectativa de perda. Como supramencionado, conforme Simon (1989), a crise psicológica pode ser classificada, de acordo com sua etiologia, em dois grupos: por ganho ou expectativa de ganho, por perda ou expectativa

de perda. A crise por perda ou expectativa de perda apresenta como sentimentos predominantes a depressão e a culpa, sendo os riscos mais comuns nessa situação a autoagressão e a projeção de culpa. No caso específico do participante 3, o desequilíbrio emocional característico da situação da crise psicológica instaura-se, sobretudo, pela expectativa da perda do pênis.

Outro impacto psicológico grave observado na amostra foram as ideações suicidas, sendo que dois participantes referiam ter idealizado formas de suicidar-se. Esse impacto também já foi observado na pesquisa de Barros e Melo (2009), que, investigando respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco, constataram que 26,6% da amostra manifestaram ideações suicidas. Nas narrativas a seguir, tais vivências são descritas:

*Eu saí da sala do médico doido, pensando em me jogar na frente de um carro. Isso ia resolver meu desespero. (participante 3)*

*Em casa eu ficava pensando em fazer besteira comigo, porque como é que eu ia viver desse jeito [referindo-se à amputação do pênis], eu já me sentia morto. Só que eu tinha medo, porque eu sou cristão, e eu sei que, se fizesse isso, eu não seria perdoado. (participante 5)*

No primeiro relato, o participante 3 expressa que “*saí da sala do médico doido*”, vivenciando a ideação suicida durante a ocorrência da crise psicológica, logo após a consulta médica, quando recebeu a indicação da penectomia. Já pelo relato do participante 5 pode-se afirmar que tais ideações ocorreram durante o processo de tentativa de elaboração da vivência. Pelo estado em que ficou, manifestado em “*porque como é que eu ia viver desse jeito, eu já me sentia morto*”, infere-se que a elaboração simbólica não ocorreu, abrindo espaço para as ideações suicidas.

No relato do participante 3, o trecho “*isso ia resolver meu desespero*” denota que a desorganização emocional experienciada por esse participante durante a crise psicológica foi extrema, culminando no desejo de provocar seu próprio atropelamento como forma de livrar-se do sofrimento, que para ele foi insustentável. Sobre as possíveis razões que levam ao suicídio Mann (2002) explica que se trata de um fenômeno complexo determinado por variáveis biológicas, socioculturais e psicológicas, sendo difícil determinar com precisão as causas que o provocam, entretanto alguns fatores de risco já são conhecidos, tais como: transtornos mentais; os quais estão presentes em mais de 90% daqueles que cometem suicídio; antecedentes familiares; sexo; idade; relações familiares; abuso de substâncias; problemas físicos, principalmente aqueles que causam invalidez e/ou dor crônica, e situação social desfavorável, como pobreza e desemprego. Portanto, o participante 3 estava exposto a um dos fatores de risco,

conforme o autor citado, uma doença que gerou por consequência a retirada parcial ou total de um órgão.

O relato do participante 5, no trecho “*porque como é que eu ia viver desse jeito (referindo-se à amputação do pênis), eu já me sentia morto*”, retoma da concepção do quanto a estruturação da masculinidade ancora-se principalmente no órgão físico do pênis, que se coloca como elemento legitimador de masculinidade, virilidade e identidade do homem, tanto que a ausência do falo foi posta como motivação para a ideação suicida. O trecho narrativo evidencia que esse sujeito se encontrava com dificuldades para reconstruir seu referencial de masculinidade e reencontrar seu local e funções sociais, enfim, reestabelecer um novo sentido para a vida, visto que afirma “*eu já me sentia morto*”.

Ao afirmar que “*só que eu tinha medo, porque eu sou cristão e eu sei que, se fizesse isso, eu não seria perdoado*”, o entrevistado sinaliza ter dado algum encaminhamento para seu sofrimento e para a ideação suicida através da via religiosa, posto que a variável que o impediu de atentar contra a própria vida foi a fé cristã, que professa. No contexto cristão, o suicídio é um pecado gravíssimo, por isso infere-se que o participante tenha sentido medo e culpa, desistindo de suas ações suicidas.

Por fim, embora o adoecimento por câncer seja intensamente caracterizado por perdas diversas, na amostra também ocorreram alguns ganhos secundários que foram facilitados pela penectomia, como revelam os seguintes trechos de entrevista:

*Eu não fazia ideia do quanto eu era amado e querido! Durante minha recuperação o que eu recebi de visitas, de demonstração de carinho das pessoas não foi pouco. Quase todo dia tinha um irmão da igreja aqui em oração, dando apoio, quando eu mais precisei, o pessoal chegou junto. (participante 14)*

*Depois disto tudo que passei eu saí mais forte, uma doença como essa muda demais a vida do cabra, hoje eu vejo o que é importante realmente pra mim. Minha família é tudo pra mim. Antes eu só beijava minha mulher naquelas horas (referindo-se ao momento do sexo), hoje eu não saio de casa sem dar um abraço e um beijo nela. Não tem lugar melhor que ficar em casa com ela, os filhos e os cachorros [o entrevistado se emocionou ao falar sobre sua família, faz uma pausa na fala, pois encontra-se com a voz embargada e só então continua] e quando eu penso como era bruto e ignorante com eles.... Meu Deus... que bom que eu mudei! (participante 16)*

Na perspectiva de Spitz (1999), os ganhos secundários são consequências sociais, emocionais, materiais ou financeiras produzidas a partir da situação de adoecimento e de hospitalização, com potencialidade para facilitar a acomodação do sujeito à condição de doente e a cronificação de seus sintomas. Tais ganhos podem ser conscientes, quando se referem à

compensação social da doença, e podem ser inconscientes, quando possibilitam que o sujeito escape de situações conflitivas e excruciantes.

Para o participante 14, os ganhos observados foram de cunho afetivo e social, na medida em que, durante o seu processo de recuperação, pós-cirurgia, surpreendeu-se com a constatação do quanto sua rede de suporte social atuou de forma efetiva. Até então ele não percebia a dimensão disso, como revela em *“eu não fazia ideia do quanto eu era amado e querido”*. O fato de os amigos da mesma igreja terem se colocado como um suporte tão presente, com orações e visitas constantes, parece ter sido garantido apenas no momento da recuperação, visto que foi *“quando eu mais precisei, o pessoal chegou junto”*.

De forma similar, para o participante 16, os ganhos secundários também foram de natureza social e afetiva. Ao afirmar que *“depois disto tudo que passei eu sai mais forte, uma doença como essa muda demais a vida do cabra, hoje eu vejo o que é importante realmente pra mim”*, ele atribui ao câncer e ao tratamento as mudanças importantes que acredita ter passado, como ter se tornado mais forte e consciente de suas prioridades de vida. Pelo exposto na narrativa, o relacionamento com sua esposa e com os filhos foi beneficiado pelas mudanças provocada pelo tratamento, que o tornaram mais presente e mais afetuoso, valorizando sua família e o espaço de sua casa. Essas mudanças parecem ser tão intensas, que o fazem inclusive avaliar como indevida a forma como tratava sua família, ao afirmar de maneira emocionada: *“quando eu penso como era bruto e ignorante com eles.... Meu Deus... que bom que eu mudei!”*.

### **Culpabilização pelo adoecimento e tratamento**

A vivência de autculpabilização pelo adoecimento de câncer e, posteriormente, pela amputação do pênis foi o segundo aspecto mais recorrente na amostra, pois 16 participantes fizeram referência a ela, como se expressa nos relatos a seguir:

*O médico me explicou direitinho por que eu estava doente. Ele não falou com essas palavras, mas eu entendi que tinha sido por desleixo meu, culpa minha”*  
(participante 21)

*O pior disso tudo é saber que poderia ter sido evitado sabe, evitado por mim.*  
(participante 18)

Como visto em Fonseca et al. (2000) e Paiva (2010), sentimento de culpa pode ser frequente em homens que vivenciam doenças crônicas, desde o momento do diagnóstico. Corroborando essa perspectiva, Berlinguer (1988) ressalta que, dentre as muitas conotações que uma doença crônica pode receber, tem-se a ideia de que o sujeito acometido pela afecção é o próprio culpado por ela. Por sua vez, Barros e Melo (2009), investigando as repercussões

emocionais mais frequentes em homens com câncer de pênis, verificaram que a culpa ocorreu em maior frequência, principalmente por não terem buscado os serviços de saúde precocemente.

Os resultados desta pesquisa estão de acordo com os achados anteriores que já demonstraram que pacientes em tratamento de câncer de pênis e de doenças crônicas têm muita probabilidade de se sentirem culpados. Embora, de fato, o estilo de vida e os comportamentos do sujeito sejam fatores de risco para a ocorrência do CEP (POMPEO, 2010), a vivência da autculpabilização de forma tão frequente, como foi observado na amostra, sinaliza que possivelmente os participantes não estão considerando outros fatores que possam ter também contribuído para a ocorrência do adoecimento, tais como: dificuldades geográficas e financeiras de acesso ao sistema de saúde, bem como questões socioculturais referentes ao ideal de gênero masculino que os afasta dos serviços de saúde. Desconsiderando tais fatores, deslocam a responsabilidade pelo ocorrido unicamente para si mesmos.

A rede social composta principalmente pela família e amigos também contribuiu para que a vivência de autculpabilização ocorresse, o que pode ser observado nas falas a seguir:

*Eu senti foi vergonha quando um vizinho meu, muito chegado a nossa família, foi me visitar lá em casa depois da cirurgia e falou assim: “Rapaz, como é que você deixou isso acontecer? Uma coisa que podia ter sido resolvido chegar a esse ponto!” (participante 7)*

*Agora minha mulher vive falando que se eu não me cuidar eu vou adoecer de novo e vou arrumar de novo problema pra família. Do jeito que ela fala, parece que eu peguei o câncer porque quis. (participante 2)*

Estes relatos evidenciam o quanto a rede social pode influenciar na existência da autculpabilização. Esse aspecto aparece nos relatos e parece sinalizar que a rede social representou mais uma fonte geradora de estresse para esses sujeitos, em vez de os proteger contra o contato com as variáveis estressantes decorrentes do tratamento que realizaram, facilitando a adaptação e o ajustamento psicológico,

A culpabilização também ocorre associada à ideia de castigo, sendo ambas influenciadas por crenças religiosas dos participantes, como pode-se perceber nas narrativas que seguem:

*Eu já cheguei a ter de três mulheres ao mesmo tempo. Às vezes eu deixava de colocar as coisas em casa pra minha mulher e meus filhos, pra comprar os luxos das outras. Isso que me aconteceu foi castigo de Deus, eu precisei passar por isso pra poder me endireitar na vida. Hoje eu sou homem de uma mulher só, se eu trair minha mulher, eu tô traindo Deus. (participante 15).*

*Desde muito novinho eu usava drogas, mas eram drogas mais leves, era o crack e a maconha principalmente. Eu saía pra festas à noite, depois ia*

*transar com aqueles travestis, transava com homem e com mulher pra conseguir mais droga. Quando eu comecei a trabalhar, meu dinheiro só dava pra festa e pras drogas. Se Deus tirou essa parte de mim é porque eu não sabia usar, eu só usava essa parte que eu perdi pro meu próprio mal, por isso que eu perdi. Hoje eu sou outro, vivo pra minha casa e pra minha família. (participante 21)*

A partir do conteúdo dessas duas narrativas pode-se inferir que os participantes 15 e 21 se percebem como culpados pelo adoecimento e pela perda do pênis, acreditando que isso ocorreu em decorrência de comportamentos e estilo de vida que já tiveram no passado: para o participante 15 foi a infidelidade conjugal, e para o participante 21, os desregrados comportamentos sexuais.

Por se sentirem culpados, também percebem suas doenças como uma forma de castigo divino que lhes foi justamente aplicado, inclusive como uma forma de ajudá-los a reorganizar suas escolhas de vida. Por esse aspecto percebe-se que os entrevistados não culpam Deus pela perda do pênis, pelo contrário, o colocam na posição de justo, sendo a perda do pênis entendida como um evento redentor que lhes possibilitou assumir uma nova forma de ser, a qual, na perspectiva dos entrevistados, mostra-se como mais virtuosa por ser dedicada a família, pautada na monogamia, nas crenças religiosas e totalmente desvinculada do uso de substâncias psicoativas.

Discutindo as relações entre adoecimentos, culpa e castigo, Hegenberg (1998) esclarece que comumente as pessoas, bem como o próprio doente, podem acreditar que a doença é um castigo para aquele que se rebelou contra os imperativos da religião ou mesmo da sociedade. Segundo o autor, essa relação vem sendo estabelecida desde a antiguidade grega, quando se acreditava que os deuses, residindo no Olimpo, poderiam interferir nas condições de saúde da população. Durante a Idade Média, esse tipo de explicação mitológica e religiosa sobre o binômio saúde/doença ganha ainda mais evidência. As narrativas dos participantes 15 e 21 sinalizam que atribuir a ocorrência da saúde e da doença a divindades ainda ocorre na contemporaneidade.

### **Dificuldades e disfunções sexuais**

Nesse grupo de aspectos psicossociais constam as narrativas que exploram a ocorrência de dificuldades na realização do ato sexual. Ressalta-se que esse aspecto foi o terceiro mais expressivo na amostra, tendo sido observado nas narrativas de cinco participantes que foram submetidos a penectomia parcial, ou seja, ainda possuem o coto peniano. Todos informaram serem casados e relataram dificuldades de manter a ereção, ejaculação precoce, ejaculação retardada e sentir-se mal (taquicardia, sudorese, ansiedade) no início do coito.

De acordo com a literatura, uma das principais consequências do tratamento oncológico do CEP é o comprometimento da esfera sexual, tanto que pesquisas como as de Reis et al. (2010), Costa et al. (2013), Oliveira (2010) e Botega et al. (1996) constataram que trata-se de um dos impactos psicológicos mais recorrentes e severos vivenciados por homens que se submetem à penectomia. Ainda de acordo com Botega et al. (1996), que pesquisaram 21 pacientes submetidos a penectomia por câncer de pênis, nos casos de penectomia parcial, o funcionamento sexual global estava normal ou levemente reduzido, já nos pacientes com penectomia total, o funcionamento sexual global se mostrou bastante precário.

Dificuldades e disfunções sexuais são frequente em razão do tratamento cirúrgico ser mutilante, provocando repercussões psicológicas e sociais desfavoráveis, o que torna mais difícil a finalização do tratamento, a reintegração social e o ajustamento emocional dos pacientes. No trecho a seguir é possível visualizar uma das formas de ocorrência desse impacto:

*Sobre a vida sexual eu tô tendo na mesma quantidade de antes da cirurgia. Eu não perdi a vontade, mas agora eu tô com um problema de gozar mais rápido. (participante 2)*

*Eu preciso tirar essa dúvida se a cirurgia pode fazer a gente ficar assim, eu já pesquisei um pouco e vi que muitos homens têm ejaculação precoce. Mas no meu caso só pode ter sido pela cirurgia, porque antes não era assim. (participante 10)*

Nos relatos dos participantes 2 e 10, percebe-se que a frequência das atividades sexuais se encontra preservada, e que os problemas sexuais relatados referem-se ao surgimento da ejaculação precoce, que passou a ocorrer após a cirurgia de penectomia. De acordo Montorsi (2005), a ejaculação precoce (EP) é a disfunção sexual masculina mais frequente, estimando-se que acometa de 20% a 30% dos homens em algum momento da vida. A respeito dos fatores etiológicos causadores da ejaculação precoce, conforme a APA (2014), pode ser causada por fatores psicológicos, que têm grande influência no surgimento, gravidade ou manutenção da disfunção, mas pode ocorrer também por combinação de fatores psicológicos e estado físico geral.

De forma contrária, para um dos participantes, a alteração referente ao sexo ocorreu pela dificuldade em alcançar o orgasmo, como se vê a seguir:

*O casamento tá indo bem, no começo nós ficamos preocupados sem saber como ia ser depois da cirurgia, mas tá indo. O único problema que eu sinto sobre esse assunto é que eu tô demorando demais prá chegar lá, às vezes nem chego (referindo-se à ejaculação), às vezes é difícil chegar até o final. (participante 14)*

Para o participante 14, a frequência do sexo parece ter sido preservada, mas a ejaculação retardada é um problema que ao relacionar-se com sua parceira. De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (2018), a ejaculação retardada é a dificuldade para atingir a ejaculação durante o intercursos sexual. Pode ter origem psicosssexual ou orgânica, mas também estar relacionada com disfunção erétil ou uso de antidepressivos. Também chamada de anorgasmia, ocorre quando a pessoa não consegue atingir o orgasmo, é pouco frequente e está relacionada ao uso de medicamentos antidepressivos e problemas psicológicos.

Para um dos participantes, nas primeiras tentativas de relacionar-se sexualmente com a esposa, logo após a recuperação física, mostrou-se como um momento causador de ansiedade que o fez sentir-se emocionalmente desorganizado, conforme evidenciado na narrativa a seguir:

*Eu lembro que a primeira vez que eu fui ter uma relação com a minha esposa eu passei mal (o entrevistado narra este fato pausadamente, com expressão de seriedade e tristeza). Eu acho que foi a ansiedade, porque eu tava com medo de que não desse certo, eu não acreditava que do jeito que eu fiquei dava pra ter relação porque meu pênis ereto agora não chega nem a dez centímetros.... Na hora eu fiquei gelado, com os pés e as mãos frios e suando, respirando muito rápido, com medo de sentir dor.... [neste momento o entrevistado faz uma pausa no relato como se estivesse tentando lembrar da situação]. Eu fiquei nervoso mesmo, quase como se eu fosse desmaiar. Aí nós tivemos que parar. (participante 18)*

Nessa narrativa, o participante 18 reconta sua primeira tentativa de relacionar-se sexualmente com a companheira após a recuperação. Embora na sua própria interpretação ele acredite que foi seu estado ansioso que o fez sentir-se mal, do ponto de vista científico, os resultados desta pesquisa não permitem confirmar essa possibilidade. Contudo, ao afirmar que “na hora eu fiquei gelado, com os pés e as mãos frios e suando, respirando muito rápido.... eu fiquei nervoso mesmo quase como se eu fosse desmaiar”, traz elementos suficientes para sustentar que vivências emocionais desagradáveis ocorreram naquele momento, fazendo-o sentir-se mal e tornando-o incapaz de engajar-se na relação sexual. Em outras palavras, se não é possível concluir que foi um estado ansioso específico que ocorreu naquele momento, certamente outras vivências emocionais, como a alta expectativa, associada à insegurança decorrente do tamanho de seu pênis e do medo de sentir dor contribuíram para a impossibilitá-lo de engajar-se no coito naquela circunstância. O trecho “ eu tava com medo de que não desse certo, eu não acreditava que do jeito que eu fiquei dava pra ter relação porque meu pênis ereto agora não chega nem a dez centímetros” corrobora essa interpretação.

Por fim, um participante informou ter sentido dificuldades em manter a ereção, porém afirma ter sido um problema de curta duração e já superado, como se observa na narrativa a seguir:

*Algumas vezes aconteceu de, bem na hora [referindo-se ao momento da penetração] perder a ereção e não conseguir mais. Eu sentia vontade, mas, depois disso acontecer, eu não conseguia, só que com tempo isso foi passando. (participante 5)*

Todas essas vivências estão de acordo com os estudos já apresentados que colocam os problemas sexuais como consequências esperadas do tratamento do câncer de pênis, tais como os trabalhos de Maddineni, Lau e Sangar (2009), Reis et al. (2010), Costa et al. (2013), Costa et al. (2013), Oliveira (2010) e Botega et al. (1996).

Como já mencionado, Maddineni, Lau e Sangar (2009), ao investigarem 128 pacientes para compreender quais os impactos psicológicos do tratamento do câncer de pênis, observaram, como alguns dos principais resultados, que a ausência total de função sexual atingiu 67%, e a perda de confiança em manter ereções alcançou 78%, sendo que até dois terços dos pacientes relataram redução na função sexual. Já com o trabalho de Oliveira (2010), viu-se que homens penectomizados têm dificuldades de reconstruir uma imagem social de virilidade perante a mulher e outros homens sem o sustentáculo físico e biológico favorecido pela existência do pênis. Tais resultados são muito similares aos que foram obtidos com esta pesquisa referente ao aspecto da sexualidade dos homens participantes, tanto em relação às atividades sexuais propriamente ditas, quanto à reconstrução de seus papéis de masculinidade.

## **8.5 A ocorrência de estratégias de enfrentamento não avaliadas no IEC**

Na análise qualitativa das entrevistas, foi constatada a ocorrência de outras quatro estratégias que não puderam ser investigadas com a aplicação do IEC, sendo elas a fé e a religiosidade, a adesão ao tratamento, o trabalho e o humor. A discussão dessas estratégias se sustentou na teoria cognitivista de Folkman e Lazarus (1984/1985) e em estudos da psicologia da saúde.

### **A fé e a religiosidade**

De acordo com Pargament (1997), Pargament et al. (2000), Pargament et al. (2001), Panzini (2004), Correa, Panzini e Bandeira (2007), Gobatto e Araújo (2010), Batista e Holanda (2016), o *coping* religioso/espiritual (CRE) ocorre quando as pessoas se voltam para a religião e a espiritualidade para administrar situações estressoras. Caracteriza-se por pensamentos,

crenças e comportamentos de caráter religioso com se busca encaminhar a resolução de problemas ou mesmo o aliviar o desconforto emocional decorrente deles. Nessa forma de enfrentamento, a fé coloca-se como instrumento central na forma como as pessoas lidam com as situações adversas na vida.

O CRE é um modelo de enfrentamento derivado do modelo cognitivista sistematizado por Folkman e Lazarus (1984). No modelo originalmente proposto por Pargament (1997) e atualizado em Pargament (2001) e Pargament et al. (2000), o CRE é classificado em positivo e negativo. Quando positivo, proporciona efeitos benéficos ao sujeito, tais como bem-estar, segurança, amor e proteção de Deus ou conexão com outras forças transcendentais, com o sujeito buscando perdoar e ser perdoado, além de ir em busca de sentido em literaturas religiosas. Já na sua versão negativa esse enfrentamento proporciona efeitos nocivos, como culpa, medo, sensação de impotência ou desvalor como pessoa, visão de Deus como responsável único pela doença e pela cura e redefinição do estressor como castigo. Nas narrativas que seguem pode-se perceber a utilização do CRE do tipo positivo:

*A maior força que eu tirei pra passar a doença e vencer o tratamento veio de Deus. Se a gente pensar bem, vencer o câncer é uma coisa assim... sei lá... muito pesada, muita gente não consegue. Sozinho sem Deus eu também não tinha vencido, minha fé e da minha família me sustentou nesse hospital. (participante 17).*

*Eu sempre me amparava na minha fé pra mim fortalecer e mim sentir protegido, porque eu precisava me fortalecer nela mesmo, porque eu confiava nos médicos também, mas o homem é falho, já Deus é perfeito e sabe de tudo. (participante 2).*

*O que eu pensava é que Deus tinha um propósito pra minha vida... Por mais difícil que fosse o que eu tava passando naquele momento com o câncer, eu confiava que Deus tinha um propósito de mim mudar e mim fazer uma pessoa mais evoluída. (participante 7).*

*Na palavra de Deus (referindo-se a bíblia) está escrito que, se eu andar pelo vale da sombra, não é pra ter medo de mal nenhum, porque o senhor anda comigo. Pois então no câncer eu também não tinha por que sentir medo. (participante 9).*

Essas narrativas evidenciam a utilização do CRE positivo, pois essa estratégia mobilizou recursos cognitivos e comportamentais a partir da fé dos participantes e de sua relação com Deus, proporcionando que se sentissem protegidos, amparados e minimizando sentimentos desagradáveis, como o medo. Percebe-se também que a estratégia possibilitou a redefinição do evento estressor como benéfico, na medida em que o paciente passou a perceber o câncer e o tratamento como fatores carregados de propósito na sua vida, importantes para mudá-lo e fazê-

lo evoluir, apesar do sofrimento. Acrescenta-se a isso que o CRE teve a função de também fortalecer a fé e a relação dos pacientes com Deus e com a crença na bíblia.

Para Pargament (1997), quando o CRE é utilizado de forma positiva, leva as pessoas a se sentirem fortalecidas, valorizadas, amadas e protegidas, aumentando inclusive a qualidade de vida, o senso de valor pessoal e de autoestima, a despeito dos eventos estressores aos quais possam estar expostas. A narrativa abaixo ilustra essa proposição:

*Eu sei que falta um pedaço de mim, eu sei disso. Pras pessoas eu sou um homem incompleto, mas para Deus eu sou perfeito. Porque eu jamais poderei esquecer que em Deus eu sou mais que vencedor e por isso não posso me abater. O senhor já viu um vencedor abatido?(paciente 14)*

Para Panzini e Bandeira (2007) geralmente há uso mais frequente de estratégias de enfrentamento religioso positivo que negativo para diferentes amostras em diferentes situações estressantes, especialmente em situações de crise, principalmente diante de problemas relacionados à perda de entes queridos, a guerras e à relação saúde/doença, hospitalizações, doenças crônicas, envelhecimento e morte. Corroborando essa perspectiva, Panzini (2004), em estudo que investigou a prevalência dos diferentes tipos de CRE na população brasileira utilizando população amostral diversificada, constatou que 82,4% apresentam uso do CRE positivo, 48,5% usam CRE negativo, 6,2% não utilizaram o CRE. Esses dados permitem inferir que o CRE positivo é um tipo de estratégia muito recorrente em sujeitos expostos a intensos estressores, como também ocorreu nos resultados desta pesquisa.

Em suas pesquisas Pargament et al. (1988), Pargament (1997) e Pargament et al. (2001) identificaram ainda a existência de estilos de CRE baseados no *locus* de controle, sendo eles: o estilo autodireção, o estilo delegação, o estilo colaboração, o estilo súplica e o estilo renúncia. De acordo com os autores, a subcategoria da delegação caracteriza-se por uma maior passividade do sujeito, que passa a transferir a responsabilidade pelo seu adoecimento a Deus, esperando que a solução e os meios para o enfrentamento venham dele, como se pode perceber nas narrativas seguintes:

*A mim só cabia rezar e ter fé, Deus é que sabe o que era melhor pra mim, se ele permitiu que eu passasse por isso, é porque deveria haver algum propósito que eu não sabia. (participante 9)*

*O câncer é uma doença séria, não dá pra brincar com ela não. Mas Deus é que sabe, se ele quiser curar a gente, ele cura, mas precisa ter fé. (participante 19)*

Percebe-se nessas narrativas o CER no estilo delegação, pois, embora os participantes 9 e 19 tivessem conhecimento da gravidade de suas doenças, acabaram assumindo uma postura mais passiva e transferindo para a fé, representada na crença em Deus, a responsabilidade e a decisão para a ocorrência da cura, ou mesmo a justificativa para viverem o adoecimento. Ao utilizarem o enfrentamento religioso do tipo delegação, esses participantes podem esquivar-se de alguns trabalhos ou responsabilidades ligadas ao tratamento, visto que a resolução do problema não dependeria deles, mas de Deus. Podem também encontrar-se em processo de preparação emocional e psicológica, caso o tratamento não alcançasse o objetivo esperado, uma vez que, em suas crenças, Deus sabe de todas coisas, inclusive sobre a ocorrência da cura.

De toda forma, embora o CRE de tipo delegação tenha se mostrado uma estratégia presente na amostra, pode ter implicado em comportamentos e crenças problemáticos, como a passividade e a transferência de responsabilidade, conforme visto no trecho “*a mim só cabia rezar*” e “*mas Deus é que sabe, se ele quiser curar agente ele cura*”. Esse aspecto corrobora o que proposto por Pargament et al. (1988), Pargament (1997) e Pargament et al. (2000).

Ainda de acordo com esses autores, no CRE do tipo colaboração, tanto o indivíduo quanto Deus são atuantes, sendo corresponsáveis. Nesse estilo, a fé e a religiosidade fazem uma mediação de responsabilidades que implica a participação de Deus e do sujeito para o enfrentamento da situação adversa.

*Nas minhas orações eu pedia força a Deus, que ele não me deixe desanimar nem me abater, porque, se a gente ficar triste, é pior, a tristeza faz o câncer ficar forte. Eu me fortaleci em Deus pra conseguir passar por tudo isso. (Paciente 8)*

*Doutor, já que o câncer chegou, não adianta mais reclamar, eu sempre fui assim na minha vida: se tem que fazer alguma coisa, eu faço. O negócio é confiar em Deus, pedir que ele abençoe as mãos dos médicos, de todo mundo aqui no hospital, e encarar o tratamento que tem que fazer. (paciente 1)*

Nesses trechos observa-se a ocorrência do CRE do tipo colaboração, visto que, embora considerassem a importância de Deus os fortalecendo e orientando a realização do tratamento, também se colocavam como responsáveis e atuantes, compartilhando responsabilidades. Nesse caso, o CRE do tipo colaborativo mostrou-se com efeitos interessantes nos comportamentos dos sujeitos, pois os auxiliou a não abrir mão de sua fé, mas também a assumir uma postura mais ativa e participativa no processo de tratamento.

A pesquisa evidenciou também que o CRE mostrou-se como um fator de proteção à saúde mental desses sujeitos, sendo uma estratégia de enfrentamento efetiva que os auxiliou a responder às diversas demandas impostas pelo adoecimento, ajudando-os a suportar notícias

ruins e sentimentos desagradáveis e a manter, nesse processo, seu ajustamento emocional, como pode-se inferir pelas narrativas a seguir:

*Doutor, se eu estou aqui hoje contando essa história da minha doença e do tratamento é porque Deus quis. Na hora do desespero, quando a gente recebe as notícias ruins, é só Deus que segura a gente, por que nem a família aguenta, o senhor sabe disso. (participante 8).*

*Eu já imaginava que essa minha doença era uma coisa muito séria, porque eu não ficava bom com nenhum remédio. Mas, na hora que o meu médico abriu o exame e me confirmou que era câncer, eu clamei na mesma hora só comigo: Valei-me, meu Deus, não me abandone nessa hora! (participante 2).*

Percebeu-se também que o CRE ofereceu recursos para a manutenção da esperança e de uma postura positiva e confiante em relação ao tratamento, como demonstram as seguintes narrativas:

*Depois que isso começou [referindo-se à chegada do câncer], eu fiquei tão desesperado, que passei a rezar, que era uma coisa que eu não fazia. Nem ir à igreja mais eu ia. Só que eu me sentia bem quando rezava, sempre que eu começava a pensar besteira ou me sentir assim... Como posso falar [...] preocupado mesmo, eu rezava e confiava que Deus estava ouvindo. (participante 18)*

*Eu não vou dizer que foi fácil, porque todo mundo sabe que não é, mas, antes de reclamar e me maldizer do que eu tava passando, eu lembrava do que Jesus passou na cruz e ressuscitou. Então isso me dava força pra continuar, não reclamar e nem me maldizer por isso. (participante 12).*

É perceptível nessas narrativas o quanto a fé e a espiritualidade desses homens foram indispensáveis no contexto de suas doenças, auxiliando-os a atravessar esse momento com mais segurança e minimizando os impactos emocionais decorrentes dele, desde o momento do diagnóstico. Nesses relatos o CRE atuou como um enfrentamento que protegeu os participantes **de sucumbir ao** sofrimento e à angústia. Pode-se perceber também que o CRE ocorreu pela utilização de um conjunto de estratégias cognitivas (pensamentos e crenças) e comportamentais (rezar, orar e frequentar a igreja) utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de suportar a situação estressante.

De acordo com Santos (2012) o enfrentamento religioso tampona sofrimentos individuais, minimiza a solidão e regula a resposta emocional do sujeito em sofrimento. A atitude religiosa pode também reparar o esvaziamento de sentidos de vida experimentado no adoecimento. A narrativa que ilustra esse processo:

*Todo mundo da minha igreja orou muito por mim e pela minha cura. Isso foi muito importante pra mim superar tudo isso, porque pela minha fé eu sabia que eu não estava sozinho e que minha cura estava sendo preparada. Eu quero fazer a mesma coisa pelas pessoas que precisam, que estão padecendo do câncer. Quando a gente passa lá fora, na rua, não sabe o que acontece aqui dentro, o sofrimento e dificuldades que as pessoas passam aqui dentro às vezes sozinhas, por isso eu quero levar minha história, meu exemplo e minha mensagem de fé para os outros homens doentes, quer dizer, pra todos os pacientes. Eu quero fazer alguma coisa para essas pessoas, pela minha fé, como fizeram comigo. (participante 6).*

Infere-se dessa narrativa que a crença religiosa e a fé deste participante foram elementos cruciais para que enfrentasse o câncer de forma adaptativa, tanto para que não se sentisse sozinho, quanto para que mantivesse a esperança e o engajamento no tratamento, por acreditar que sua cura seria providenciada através das orações e da fé. Somado a isso, percebe-se também o surgimento do desejo de apoiar outros homens com câncer, e pacientes de forma geral, a partir de sua história e de seu exemplo. Esse fato parece revelar o surgimento de novas prioridades de vida, pautadas em auxiliar pessoas em situação de adoecimento, com base na fé e na religiosidade.

De acordo com Stroppa e Moreira-Almeida (2009), as pessoas que possuem alguma crença ou prática religiosa normalmente dispõem de mais recursos emocionais e comportamentais para lidar com situações adversas da vida, como a morte, as perdas ou as doenças graves, em decorrência da efetividade frequente do *coping* religioso. Essa perspectiva confirma-se com os achados desta pesquisa, pois, nas narrativas dos participantes, vê-se o quanto o CRE os auxiliou, contribuindo para a geração de novos sentidos para o tratamento e reelaboração do sofrimento advindo dele. Isso lhes assegurou a estabilidade emocional e a adoção de comportamentos mais colaborativos com o tratamento, facilitando a recuperação da saúde e garantindo a manutenção de uma perspectiva de otimismo e de amparo. Percebe-se assim que se tem uma estratégia adaptativa, na maioria dos casos.

De acordo com Koenig et al. (2001), as crenças e práticas religiosas contribuem para uma melhor situação de saúde física e mental, pois, ao avaliar 255 estudos sobre a relação da fé e da religiosidade com a saúde, o pesquisador concluiu a correlação benéfica do aspecto religioso com o suporte à dor e à debilidade física decorrentes de tratamentos invasivos, doenças no coração, infarto, doenças infecciosas e enfrentamento ao câncer. Os resultados desta pesquisa estão, pois, de acordo com os de Koenig et al. (2001), visto que a fé e a crença religiosa se colocaram como fortes expressões humanas potencializadas durante o processo de adoecimento e hospitalização dos sujeitos investigados, interferindo diretamente na maneira

como enfrentaram aquele momento, contribuindo para uma melhor situação de saúde física e psicológica, auxiliando no engajamento no tratamento, na manutenção do bem-estar emocional e conseqüentemente, em maiores chances de sucesso do tratamento.

Em face desses resultados, coloca-se como necessário que os hospitais oncológicos disponibilizem espaços para que esse aspecto possa ser experienciado e explorado por seus pacientes. Da mesma forma, os profissionais de saúde atuantes na oncologia, quando necessário, também devem estar tecnicamente e pessoalmente preparados para perceber e acolher essa estratégia de enfrentamento em seus pacientes.

### **Adesão ao tratamento**

Para Giroto et al. (2013), Gusmão e Júnior (2006) e Tavares et al. (2016), a adesão ao tratamento envolve numerosos comportamentos relacionados a saúde e referentes ao quanto o paciente segue as prescrições do médico e dos demais membros da equipe multiprofissional. Em decorrência disso agruparam-se no enfrentamento do tipo adesão ao tratamento as respostas que incluíam o empenho em não faltar às consultas médicas, em seguir as orientações recomendadas pelo médico, bem como em fazer comparações com o quadro clínico e a evolução de outros pacientes. No trecho narrativo seguinte, pode-se perceber como a estratégia ocorreu:

*O que eu posso fazer agora é me cuidar melhor, né! Não falto às consultas médicas, tá tudo anotado pra não esquecer o dia que tenho consulta aqui. (participante 19)*

*Se eu tivesse me cuidado antes, isso não teria acontecido comigo, agora eu tô me cuidando mais, até na alimentação. (participante 11)*

De acordo com Leite e Vasconcellos (2003) e Paiva (2015), a adesão ao tratamento é um aspecto com relevância indiscutível, pois dela dependerá o sucesso do tratamento, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia e a redução de gastos com tratamentos mais severos. Os relatos dos participantes 19 e 11 confirmam essa perspectiva, pois revelam que a utilização da adesão ao tratamento mostrou-se como uma estratégia de enfrentamento ajustada, na medida em que contribuiu para que a recuperação e a reabilitação fossem facilitadas, uma vez que eles passaram a emitir comportamentos de mais engajamento no processo.

É provável que o sofrimento e as dificuldades que vivenciaram durante o tratamento, bem como as conseqüências físicas, sociais e emocionais decorrentes dele tenham contribuído

para que esses sujeitos passassem a utilizar a nova resposta de enfrentamento de cuidar da própria saúde, o que pode ser observado no trecho narrativo que segue:

*A saúde é o bem mais valioso que a gente tem na vida, sem ela não temos nada, nem trabalho, nem família e dinheiro. Hoje eu sei disso, porque essa doença fez eu perder a minha, e agora não tem outro jeito.... [o entrevistado faz uma pausa no discurso, respira fundo e conclui] ... eu tenho que cuidar dela. (participante 2)*

Depreende-se que essa estratégia ocorreu como consequência do que o participante vivenciou com o tratamento para o câncer. Essa inferência pode ser melhor sustentada em base em Folkman e Lazarus (1985) e Kohlsdorf (2008) ao afirmarem que as respostas de enfrentamento podem se alterar ao logo da vida do indivíduo, pois são modificáveis e passíveis de aprendizagem. Se é possível que novas respostas de enfrentamento sejam aprendidas, é bastante provável que a adesão ao tratamento seja um desses casos, já que, como visto com a história clínica e o tratamento médico, a maior parte da amostra demorou consideravelmente a buscar ajuda profissional para iniciar o tratamento, indicando que, antes do adoecimento, a estratégia não existia no repertório dos participantes.

Contudo, o enfrentamento por adesão ao tratamento não ocorreu apenas através dos comportamentos de adesão às consultas e mudanças de hábitos de vida. Em alguns participantes ocorreu também por via da realização de comparação do próprio estado de saúde com o de outros pacientes, levando os sujeitos 19 e 14 a se engajarem mais no tratamento e no autocuidado, como se pode-se visualizar nos seguintes relatos.

*Lá na enfermaria que eu tava tinha um homem no outro leito. Quando eu cheguei ele já tava, e eu saí e ele ainda ficou lá. Só de ter ficado pouco tempo internado no hospital, eu já acho que tive sorte, porque deu pra ver que tem gente com a doença pior do que a minha. (participante 19)*

*O médico me disse que, no meu caso, só ia ser preciso cortar um pedaço do meu pênis, um pedaço pequeno assim ó! [demonstrando com os dedos a extensão do pênis que ele acredita ter sido retirado], mas que existe pessoas com essa doença que teve que tirar o pênis inteiro. Ficou uma parte dele e tem homens aí sem nada, então assim, eu sei que eu podia tá pior e não tô. [referindo-se à informação recebida do médico que, em alguns casos, a cirurgia de amputação do pênis é total]. (participante 14).*

Nesses relatos percebe-se que a estratégia de adesão ao tratamento ocorreu através de comparações com outros pacientes. Com o participante 19, a comparação foi realizada a partir do tempo de hospitalização, já com o participante 14, o aspecto comparado foi a extensão do pênis que sofreu a amputação. Ambos os relatos evidenciam que, mediante a constatação de que existiam pessoas com situações clínicas mais graves, sentiram-se mais motivadas a

enfrentar a situação. Provavelmente a consequência desse enfrentamento foi o bem-estar emocional, pois, reduzir a preocupação que sentiam contribuiu para que permanecessem mais tranquilos durante o processo. Kohlsdorf (2008) e Mensório (2013) também identificaram o uso da comparação como forma de enfrentamento que possibilitou aos participantes manterem-se mais confiantes e engajados, facilitando o enfrentamento do câncer.

A partir desses elementos, pode-se concluir que o enfrentamento por adesão ao tratamento foi composto tanto por comportamentos quanto por pensamentos. Sua função foi focada no problema, quando dirigiu as respostas dos participantes diretamente para cuidar da saúde e da recuperação, mas também foi focada na emoção, na medida em que as respostas de comparação com outros pacientes causaram uma redução do estresse e o aumento do bem-estar emocional. Frente a esses aspectos, esta estratégia mostrou-se como ajustada para os entrevistados.

### **O trabalho**

Nessa forma de enfrentamento foram incluídas as narrativas dos participantes sobre a utilização do trabalho, formal ou informal, como estratégia empregada após a realização da cirurgia de penectomia. A utilização dessa estratégia foi informada por cinco participantes. Basicamente as respostas que compõem essa categoria consistem em engajar-se mais que o habitual em atividades e ocupações referentes ao trabalho, o que pode ser observado no seguinte relato.

*O que eu mais tive vontade de fazer foi voltar a trabalhar. Na hora que a saúde permitiu eu já voltei pra feira, eu sou feirante, já tem uns seis anos que trabalho com feira. Eu trabalhava somente dia de sexta e sábado, mas eu decidi colocar barraca também em feiras menores que acontecem nos bairros, durante a semana. Eu não queria era ficar em casa parado, porque, trabalhando mais, pelo menos eu ocupava minha cabeça e ainda trazia um dinheiro a mais pra casa. (participante 2)*

Pode-se compreender que, para esse participante, retomar o trabalho, aumentando os dias com barracas nas feiras, possibilitou sentir-se produtivo e útil, evitando a ocorrência de pensamentos ligados ao procedimento cirúrgico e suas consequências, que possivelmente seriam desconfortáveis e causadores de sofrimento. Provavelmente a resposta de enfrentamento de manter-se ocupado e engajado no trabalho foi uma forma encontrada por esse homem para proteger-se contra o sofrimento e a angústia de pensar constantemente na amputação do pênis. Nessa perspectiva, a estratégia do trabalho apresenta como principal consequência ocupar-se o

sujeito, distrair-se, visto que “*eu não queria era ficar em casa parado, por que trabalhando mais pelo menos eu ocupava minha cabeça*”, evitando que permaneça com tempo ocioso.

Outra consequência percebida com a utilização dessa estratégia foi suscitar nos sujeitos a segurança de que o câncer realmente havia sido curado e que seria possível retomar a rotina de atividades que realizavam antes do adoecimento, como se revela nas narrativas que seguem:

*Pra mim a certeza de que eu realmente estava curado só veio quando eu voltei a trabalhar, quando eu pude sair de casa pela manhã, pegar o ônibus e ir trabalhar e só voltar pra casa à noite sem sentir dor ou dificuldade pra resolver minhas coisas... porque eu fui criado assim, trabalhando. Quando eu era criança, eu via meu pai sair pro roçado todo dia de madrugada e só voltar pra casa à noite, às vezes, mesmo doente, ele ia pro trabalho. (participante11)*

*Eu só consegui voltar a pensar na vida de novo, fazer planos pro futuro, fazer compras, quando eu consegui voltar pro trabalho. Antes disso eu tinha medo, é como se eu não acreditasse que eu realmente estava bom, a impressão que eu tinha é que não podia fazer nada senão a doença podia voltar. (participante 20)*

Pelo exposto infere-se que o enfrentamento pelo trabalho proporcionou a percepção de que a vida estava retomando o movimento que lhe era típico antes do adoecimento. Poder trabalhar passou a ser uma confirmação de que o câncer havia sido vencido e a saúde restabelecida, retomando as rotinas com as atividades que consideram importantes. Isso se torna mais evidente em Martinho et al. (2009), ao afirmarem que pessoas que vivenciam o tratamento oncológico são expostas a angústia emocional, principalmente pela doença ainda estar associada a morte, provocar interrupções de planos futuros e impor mudanças físicas, sociais e no estilo de vida. Frente a essas vivências, o enfrentamento através do trabalho pode ter como consequência a confirmação de que as grandes ameaças de interrupção de sonhos e do ciclo de vida, anunciados pelo câncer, haviam sido realmente superados.

Acrescenta-se que, segundo Bernal (2010), na sociedade contemporânea, o trabalho assume funções importantes, sendo um elemento construtor de subjetividades e da identidade pessoal dos sujeitos, tem função de dar significado à vida, é fator de prestígio social, estrutura o tempo e possibilita a subsistência, por isso o trabalho foi internalizado como um valor central na vida dos sujeitos. Dada a centralidade que o trabalho ocupa na sociedade atual e, principalmente, pelos impactos que acarreta na subjetividade e na construção da identidade das pessoas, é possível compreender a importância que a utilização desse tipo de enfrentamento assumiu para os homens pesquisados, permitindo que se inserissem novamente na dinâmica produtiva do capital e que se percebessem como ativos e saudáveis, facilitando a superação do tratamento ao qual se submeteram.

Como abordado por Camon (2010), ao realizar um tratamento médico e ser hospitalizado, o paciente pode vivenciar um processo de despersonalização, que ocorre quando a existência do sujeito perde seu significado próprio e ele passa a ser representado pela família, pelos amigos ou mesmo pela equipe assistencial, sendo identificado prioritariamente pela sua doença e pelo seu diagnóstico. Dessa maneira os outros papéis sociais do sujeito passam a ser ignorados em função do papel de doente. A utilização do enfrentamento pelo trabalho parece ter diminuído esse processo de despersonalização, como pode-se perceber na seguinte narrativa:

*Pra mim chega de falar dessa doença. Em casa eu sei que minha família ainda tem medo, eles acham que eu não tô bom ainda ou que o câncer pode voltar, porque foi tudo recente. Quando eu comecei a querer trabalhar de novo, minha filha dizia: “Não pai, espera mais um pouco”. Mas eu quero é tocar minha vida, trabalhar, realizar meus sonhos e esquecer que eu precisei passar por isso. E, se Deus quiser, não precisarei mais voltar aqui neste hospital. (participante 11)*

Essa narrativa revela que o participante 11 ainda se sentia estigmatizado pela sua própria família como alguém doente, devendo esperar mais tempo para retomar suas atividades profissionais, embora já se sentisse em condições de fazê-lo. Para esse caso, o enfrentamento pelo trabalho parece ter como consequência desfazer o estigma de doente e incapacitado que recaiu sobre o sujeito, auxiliando que retome suas outras referências de vida, como a independência, o trabalho e a posição de quem produz recursos financeiros para a família. Isso também é um aspecto que se mostra relevante para a superação da vivência do câncer.

A utilização do enfrentamento do tipo trabalho também se mostrou importante para possibilitar a elaboração das tristezas e preocupações vividas por um dos participantes, como tem-se no relato a seguir:

*Em casa eu não podia conversar com a minha mulher, ela tinha medo, chorava, ficava triste com a minha situação. Eu que precisava dar força e tal pra eles porque eles não conseguiram me dar força naquela hora. A minha sorte foi meu trabalho, eu acho que só não endoidei por causa do meu trabalho... Quando eu cantava e tocava na noite, nas festas que a gente era chamado pra cantar, eu descarregava as minhas preocupações, que eu não tinha com quem falar. Foi na música que eu achei força pra sair daquilo. O senhor conhece a canção Asa Branca, do rei Luiz Gonzaga? Essa música é de uma tristeza que dói né, mas nela também tem esperança. Eu gostava de cantar ela nas festas, mesmo quando não pediam, porque era como se fosse a minha tristeza e a minha própria esperança que eu cantava. (participante 16)*

Com essa narrativa pode-se compreender que, dadas as limitações da família em se colocar como um suporte emocional, o participante 16 utilizou o trabalho como forma de dar conta dos sentimentos que vivenciava por ter se submetido à penectomia. Ao colocar que “Eu

*gostava de cantar ela nas festas, mesmo quando não pediam, porque era como se fosse a minha tristeza e a minha esperança que eu cantava*”, ele revela a tristeza que sentia e sobre a qual não tinha espaços seguros para falar. Sua narrativa sugere também que nutria esperanças de que, da mesma forma que o nordestino acredita e espera que a seca seja transitória, aguardando a chuva cair novamente, segundo a música, o participante 16 também esperava que sua tristeza fosse passageira e que dias de mais contentamento fossem chegar.

Um dos aspectos mais importantes nessa narrativa, que ilustra uma das consequências do enfrentamento através do trabalho, é também a de proteger o entrevistado contra o sofrimento emocional intenso, como verificado quando ele relata que *“A minha sorte foi meu trabalho, eu acho que só não endoidei por causa do meu trabalho... Quando eu cantava e tocava na noite, nas festas que a gente era chamado pra cantar, eu descarregava as minhas preocupações, que eu não tinha com quem falar”*. Nesse caso, a consequência deste tipo de enfrentamento foi regular o estado emocional do entrevistado, possibilitando que se mantivesse mais ajustado frente às dificuldades que vivenciava.

Outro aspecto importante a ser discutido com base na narrativa do participante 16 refere-se à importância que a assistência psicológica assume nesse contexto. Ao narrar que *“Quando eu cantava e tocava na noite, nas festas que a gente era chamado pra cantar, eu descarregava as minhas preocupações, que eu não tinha com quem falar”*, pode-se perceber a demanda de fala sobre suas preocupações. Assim, ao afirmar que usava a música para *“descarregar minhas preocupações”*, sinaliza o quanto tais preocupações o estavam inquietando e o quanto necessitava descarregá-las. O atendimento psicoterapêutico poderia ser um local seguro onde ele pudesse falar livremente sobre suas inquietações e preocupações, facilitando a manutenção de sua saúde mental.

## **O humor**

Na estratégia de enfrentamento do humor foram incluídas narrativas em que a piada, a brincadeira e o humor foram relatados pelos participantes como estratégias efetivamente utilizadas no enfrentamento da amputação do pênis. Essa estratégia foi efetivada, essencialmente, com a emissão de respostas e com piadas e brincadeiras sobre si mesmo, sobre o câncer e sobre amputação do pênis. A emissão de respostas ocorreu durante interações sociais com amigos, familiares e colegas de trabalho. Embora apenas dois participantes tenham informado utilizar essa forma de enfrentamento, optou-se por discuti-la, considerando que é um dado pouco percebido em outras pesquisas.

A respeito da importância psicológica do humor, Freud (1928) o compreende como um dos mais saudáveis mecanismos de defesa psicológica que pode auxiliar o sujeito a lidar com sua difícil realidade. Já numa perspectiva existencialista, segundo Nietzsche (1994), em sua existência, o homem pode sofrer tão profundamente que necessitou inventar o riso e o humor. Em ambas as perspectivas, o humor mostra-se como uma forma de tornar a existência do homem mais tolerável, amenizando ou dando leveza a eventos desagradáveis.

Na narrativa abaixo é possível perceber a maneira como esta estratégia ocorreu.

*O jeito agora é fazer graça, quando a gente ri, brinca e fala do que aconteceu, parece que o negócio vai perdendo o peso, parece que causa menos vergonha, porque eu já levo na brincadeira. Até porque as pessoas esperam que eu seja triste e deprimido, mas eu não sou. Eu não tenho problema nenhum em falar sobre isso, quem me pergunta, eu conto, e é sempre assim como o senhor tá me vendo agora, sem tristeza. (participante 2)*

Essa narrativa revela que a forma encontrada pelo participante 2 para lidar com a amputação do pênis foi através do bom humor. Ao falar abertamente sobre o ocorrido, fazendo brincadeiras e evitando a tristeza, o participante busca reduzir o peso e a severidade da amputação, amenizando o seu caráter estressante e tornando o evento menos negativo, pois passa a ser associado a risos e chistes. A estratégia do humor possibilita que ele consiga narrar o que viveu durante o tratamento, evitando que o assunto se torne um tabu. A narrativa aponta também para o fato de que o uso dessa estratégia é focada na emoção, como visto em “*parece que o negócio vai perdendo o peso, parece que causa menos vergonha, por que eu já levo na brincadeira*”. Assim, utilizar-se de bom humor contribuiu para mantê-lo emocionalmente ajustado, confirmando as visões de Freud (1928) e Nietzsche (1994) sobre a importância emocional do humor.

Essa estratégia, de fato, é de extrema importância para facilitar o processo de elaboração emocional da perda do pênis, pois, na medida em que o homem fala e brinca com o assunto, também pode explorar diversos aspectos da vivência de uma forma segura emocionalmente, pois encontra-se protegido pelo humor, o que evita que entre em contato de forma direta com sua realidade. A partir desse aspecto pode-se inferir que a estratégia de humor, no caso desta pesquisa, também teve o objetivo de proteger emocionalmente o sujeito contra o sofrimento, sem distanciá-lo demais de sua condição física.

Ainda sobre os benefícios da utilização do bom humor, Capela (2011) conclui que pode ter uma influência positiva no combate a algumas doenças e até beneficiar o organismo, diminuindo situações de estresse. De acordo com Weisenberg, Tepper e Schwarzwald (1995), o humor demonstrou aumentar a tolerância à dor, instaurando-se como um poderoso

instrumento de enfrentamento usado para diminuição de medo, ansiedade e estresse psicológico. Também se associou a uma melhor habilidade para enfrentar doenças diversas (BERK, 2001, KUIPER, 2004, WOOTEN, 2005). Já para Oaksford et al. (2005) e Rybarczyk, Nicholas e Nyenhuis (1997), o humor é um comportamento essencial que facilita a adaptação psicossocial de pacientes amputados, atuando tanto como fuga, quanto como suporte social. Os resultados obtidos com a amostra corroboram essas perspectivas sobre a importância do humor como enfrentamento de doenças.

Investigando outras facetas do humor, Soares et al. (2014) concluíram que o humor está associado a habilidades sociais e que a existência do fator “humor com amigos e com colegas” é considerado um preditor de boas habilidades sociais. Para Regidor (2007), uma característica esperada em pessoas com habilidades sociais é agir de forma bem-humorada nos processos sociais, de forma que o humor torne as situações mais leves e permita que a vivência delas possa ter um resultado mais positivo para os envolvidos.

Corroborando essa perspectiva, Del Prette e Del Prette (2001) orientam que, corriqueiramente, nas diversas situações sociais em que é necessário interagir com amigos e colegas, reagir a situações frustrantes ou emitir comportamentos em contextos difíceis e inesperados, pode ser proveitoso apresentar competências de habilidades sociais e de bom humor. Os comportamentos socialmente competentes são aqueles que alcançam o objetivo interpessoal de forma a promover ou manter uma boa interação entre os indivíduos.

Nesta pesquisa, ocorreram outros relatos importantes sobre a utilização da estratégia de humor, que corroboram as visões de Soares et al. (2014) e Del Prette e Del Prette (2001), como o que segue:

*Quando eu cheguei em casa depois de receber alta do hospital, minha primeira iniciativa foi publicar no meu facebook, contando o que havia acontecido comigo, contei tudo mesmo. E no final ainda coloquei que, se eles quisessem vir me visitar em casa e bater uma foto comigo, eu estava deitado no quarto esperando [neste momento faz uma pausa e ri do próprio relato]. Eu fiz isso porque eu sei que as pessoas falam, fazem comentários maldosos pelas costas. Então eu já falei logo pra evitar esses comentários e evitar de me chatear com essas pessoas. (participante 19).*

Por este relato percebe-se que o participante 19 acreditava que seus amigos, conhecidos e familiares poderiam tecer especulações nocivas sobre o que lhe tinha ocorrido, e o enfrentamento através do humor possibilitou ao participante assegurar-se de que tais especulações fossem reduzidas, bem como evitou o desgaste das relações com essas pessoas. Nesse caso, uma das principais consequências percebidas com a utilização dessa estratégia foi

diminuir as dificuldades, os constrangimentos ou mesmo o sofrimento que poderiam ocorrer nas relações sociais desse homem.

Seguem outros relatos que evidenciam a importância do enfrentamento pelo humor como habilidade social que pode intermediar algumas interações sociais:

*Você acredita que no trabalho colocaram até um apelido em mim? Eu descobri que estavam me chamando de dez centímetros. Sabe o que fiz? Eu brincava junto com eles e dizia que, se eles me alisassem um pouquinho, eu chegava a quinze centímetros rápido. Apelido é assim, se você se zanga ele pega, por isso que eu levava na brincadeira e foi assim mesmo, com o tempo eles pararam. (participante 19)*

*Uma das meninas que trabalha comigo começou a me provocar... perguntando na frente de outras pessoas se fosse pra mim comer ela, se eu ainda daria conta. Eu respondi, também na frente de todo mundo: “Depende, minha filha, se você não for larga demais, eu dou conta sim”. Aí nessa hora todo mundo ri dessas brincadeiras. (participante 2)*

Nesses relatos pode-se perceber o quanto o uso da estratégia de humor se tornou ajustada, possibilitando não só que os participantes 19 e 2 permanecessem emocionalmente estabilizados, mas principalmente que pudessem manejar os conflitos e dificuldades em suas relações sociais, fazendo com que se sentissem mais seguros e à vontade para enfrentar esses momentos. Isso torna-se mais evidente na narrativa do participante 19, referente ao questionamento do tamanho do pênis e na narrativa do participante 2, referente ao questionamento da capacidade de penetração. Ambos os aspectos são elementos que compõem o modelo de masculinidade hegemônica, discutida por Connell (1995), que associa tais características à condição de ser homem. Consequentemente, quanto menos tais características estiverem presentes no sujeito, mais fragilizada tenderá a ser a percepção de masculinidade de si próprio e pelos outros.

Pelo exposto percebe-se que, sem a utilização dessa estratégia, esses momentos, que se tornaram jocosos, cômicos contribuindo para fortalecer as interações sociais dos sujeitos nos grupos, poderiam ser extremamente vexatórios e traumatizantes para esses homens. Portanto tal estratégia mostra-se como ajustada e adaptativa em relação aos estressores que já foram apontados, acarretando poucos prejuízos.

Outras pesquisas já haviam constatado a ocorrência desse tipo de enfrentamento, como a conduzida por Gabarra (2010), que, investigando estados emocionais e formas de enfrentamento em pacientes amputados, verificou que eles também se utilizaram do humor para enfrentar a situação de amputação, tanto com outros pacientes da clínica cirúrgica quanto com os profissionais que prestavam assistência.

## 8.6 Os sintomas da depressão

. Conforme Dalgalarrodo (2008), alguns fatores psicossociais parecem se relacionar bastante com a ocorrência da depressão, como situações de vida limítrofes, com perdas e sofrimento intenso, assim como doenças crônicas e debilitantes. O adoecimento por câncer de pênis e a cirurgia de amputação podem ser compreendidos como exemplos dessas situações de vida que podem acarretar a ocorrência da depressão.

Os resultados obtidos com esta pesquisa estão de acordo com Caruso et al. (2017), Granner, Cezar e Teng (2008), ao afirmarem que os distúrbios depressivos, incluindo a depressão maior, a depressão persistente e a depressão menor, estão entre as consequências psiquiátricas mais comuns do câncer, podendo afetar até 60% dos pacientes em algum momento do tratamento oncológico ou após sua realização. Corroborando essas afirmações, Panobianco et al. (2012) e Silva et al. (2014) investigando a recorrência de depressão em adultos com câncer apontam como resultado ocorrência da depressão em níveis distintos.

Essas pesquisas permitem compreender que, embora a depressão seja frequentemente associada à vivência do câncer, não é possível estabelecer um padrão no nível de ocorrência desse estado emocional. Para Dalgalarrodo (2008), diversos fatores podem contribuir para essas diferenças, como o sexo da pessoa, o tipo e a gravidade do câncer, o momento do tratamento no qual o paciente se encontra (diagnóstico, tratamento, reabilitação, preparação para a alta ou cuidados paliativos), a existência de uma rede de suporte social, crenças ou práticas religiosas.

Levando em conta as características do perfil sociodemográfico dos participantes, na época da coleta de dados, em que 85% estavam casados, 81% estavam trabalhando e 100% referiram possuir alguma crença ou prática religiosa, bem como apresentarem um bom estado clínico e de saúde durante a coleta de dados, torna-se possível inferir a razão dos sintomas de depressão terem se expressado na maior parte da amostra no nível mínimo e leve. O núcleo familiar representado pelo casamento e pelos filhos, o trabalho lhes possibilitando uma ocupação, o engajamento em atividades que rendessem recursos financeiros, provocando a percepção de que ainda eram capazes e ativos em seus trabalhos, bem como as crenças e práticas religiosas podem ter atuado como elementos garantidores da saúde mental desses homens, contribuindo para a ocorrência dos sintomas depressivos em níveis baixos.

Para Zeidner e Saklofske (1996), a depressão é uma variável importante a ser considerada no estudo do processo de enfrentamento, dado que interfere em todas as etapas de sua ocorrência. Os comportamentos cognitivos, afetivos e psicomotores que caracterizam o

quadro depressivo prejudicam a avaliação cognitiva primária, fazendo com que o sujeito perceba as situações de vida como mais intensamente ameaçadoras e hostis. A escolha das estratégias de enfrentamento a serem utilizadas, que ocorre na avaliação secundária, também é prejudicada, pois normalmente, durante a depressão, o indivíduo tende a vivenciar descrença em si mesmo, tristeza, culpa, desesperança e outros sentimentos que irão distorcer essa escolha.

Como visto em Folkman (1984), Folkman e Lazarus (1980), Folkman e Lazarus (1985) as avaliações cognitivas primária e secundária constituem etapas definidora das respostas de enfrentamento. De acordo com esses autores, na avaliação cognitiva primária, o sujeito irá avaliar a gravidade da situação, já na secundária, irá avaliar quais recursos no seu meio poderão auxiliá-lo a eleger a melhor resposta de enfrentamento e a estimar as possíveis consequências do uso da estratégia.

A estratégia de enfrentamento mais utilizada pela amostra foi a reavaliação positiva, como já abordado em outro tópico, sendo que essa estratégia possibilita que o sujeito desenvolva novas formas de lidar com o evento estressante, normalmente atribuindo novos significados e importância, modificando a relação de significado que estabelece como evento. Possivelmente a ocorrência dos sintomas depressivos em níveis mais baixos possibilitou que as avaliações cognitivas, primárias e secundárias, não fossem comprometidas, evitando a potencialização do evento estressor e a minimização da capacidade pessoal do sujeito em enfrentá-la, tornando possível que a maior parte dos pacientes emitisse resposta de enfrentamento em alta frequência.

Avalia-se que a vivência de estados emocionais depressivos nesses sujeitos, independente de nível em que ocorra, é um aspecto que deve receber bastante atenção dos profissionais de psicologia. A depressão, por si mesma, já compromete diversos aspectos do funcionamento do sujeito e, quando ocorre concomitante ao enfrentamento do câncer, mesmo em sujeitos já curados, se coloca como um dos fatores determinantes da forma como o sujeito irá comportar-se diante das diversas demandas impostas pelo câncer.

### **8.7 Os sintomas da desesperança**

Passos (2009) e Andrade, Sesso e Diniz (2014), investigando estados emocionais de pacientes com doenças crônicas, durante e após o término do tratamento médico, constataram que a desesperança é frequente nesse contexto, podendo ocorrer também em familiares e cuidadores em níveis bastante diversos. Nessas pesquisas foi constatado que pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos invasivos, tais como amputações, são mais suscetíveis de vivenciar sintomas de

desesperança, durante e após o tratamento. Os resultados desta pesquisa confirmam essa associação entre a vivência do câncer e a ocorrência da desesperança.

A desesperança representa uma percepção do indivíduo a respeito de si mesmo enquanto alguém incapaz e impotente para resolver os problemas de vida (GONÇALVES et al. 2011). Já na perspectiva de Rodin et al. (2009), a desesperança é um constructo psicológico definido como um sistema de esquemas cognitivos compostos por expectativas negativas sobre o futuro, uma distorção cognitiva que se caracteriza quando o sujeito se percebe com ausência de controle pessoal referente a acontecimentos futuros e com o sentimento que de que vai falhar ou de que os seus comportamentos vão ter, futuramente, consequências negativas. Para Nogueira (2014), a desesperança se constitui como pensamentos autoderrotistas e uma visão pessimista e negativa sobre o futuro, estando relacionada ao sentimento de fracasso e à ocorrência da depressão. Na amostra, este padrão de pensamento fatalista e derrotista foi vivenciado em baixa intensidade.

Embora a ocorrência dos sintomas de desesperança tenha se apresentado neste estudo com maior frequência em nível mínimo e leve, eles se colocam como um aspecto emocional relevante a ser diagnosticado e tratado em sujeitos que necessitam enfrentar o câncer de pênis e as consequências decorrentes dele. Principalmente considerando que, de acordo com Cunha (2001), a desesperança é mais relacionada com a ocorrência de ideação suicida e desejo de morte antecipada, ou seja, a identificação de que um sujeito vivência a desesperança é um fator preditivo que aumenta a possibilidade de que também tenha ideações suicidas

Considera-se como explicação plausível para isso o mesmo conjunto de variáveis psicossociais que também proporcionaram a ocorrência dos sintomas de depressão em níveis baixos, sendo eles: o engajamento em ocupações profissionais, a existência de uma rede de suporte social efetiva e das práticas e crenças religiosas, a família e boas condições de saúde durante a coleta de dados. Acrescente-se o próprio resultado dos sintomas de depressão também terem ocorrido em níveis mínimos e leves.

A ocorrência da desesperança em níveis mínimos na maioria dos participantes também pode relacionar-se com a utilização da estratégia de enfrentamento da reavaliação positiva, tendo alcançado a maior média de utilização  $M=2,18$ . Por a amostra não se encontrar comprometida com a sintomatologia da desesperança (pensamentos autoderrotistas, visão pessimista e negativa de si mesma e do futuro, sentimento de fracasso etc.), foi possível enfrentar a perda do pênis de uma forma mais ativa, que colocou este evento não apenas como causador de sofrimento e dificuldades, mas também como necessário para provocar mudanças que avaliaram como proveitosas em suas vidas. Consequentemente, essa mudança de posicionamento em relação ao tratamento pode ter contribuído para que visualizassem alguma

possibilidade de futuro na qual não ocorressem apenas dificuldades, mas realizações e felicidade em alguma medida. Nesse caso, a frequência de desesperança em níveis mínimos pode ter facilitado também a superação da penectomia, pois a estratégia da reavaliação positiva também apresenta isso como consequência, uma vez que o evento estressor passa a ser redefinido como apresentando aspectos benéficos.

## **8.8 As estratégias de enfrentamento do IEC**

Os resultados sobre as estratégias obtidas com o IEC de Folkman e Lazarus (1985) foram discutidos de acordo com a teoria cognitivista do enfrentamento e de estudos da psicologia da saúde. Nessas discussões foram inseridas algumas narrativas dos sujeitos que fizessem referência às estratégias de enfrentamento utilizadas.

### **A reavaliação positiva**

De acordo com os resultados da tabela 9, a estratégia de reavaliação positiva obteve média  $M=de\ 2,18$ , colocando-se, dentre as oito, como a que alcançou a maior média de utilização. Para Rampelotto e Abaid (2011) e Straub (2002), a reavaliação positiva comporta as estratégias focadas no controle e gerenciamento das emoções, através das quais o indivíduo busca construir sentidos e percepções positivas para o evento estressor, o que implica uma reinterpretação da situação e, muitas vezes, envolve aspectos religiosos e potencializa o crescimento pessoal.

Esta estratégia possibilita que o sujeito transforme aspectos negativos da situação estressante em positivos, desenvolvendo uma forma mais adaptativa de se relacionar com o evento estressor, podendo haver redefinições cognitivas sobre o sentido pessoal de se vivenciar a situação aversiva, modificando-se a avaliação cognitiva primária elaborada pelo sujeito.

Para Savóia et al. (1996), a reavaliação positiva apresenta como consequência a construção de novos sentidos, explicações e relações com o problema que vivencia, sendo que essa nova construção transforma o evento estressor em benéfico. Isso facilita que o sujeito o suporte, o integre a sua história de vida e, futuramente, o supere. Essa estratégia mostrou-se funcional para que os participantes enfrentassem o tratamento do CEP, minimizando os prejuízos e o sofrimento emocional. Na narrativa a seguir, pode-se perceber como ocorreu a estratégia da reavaliação positiva:

*Hoje eu sou um novo homem, bem diferente do que eu era antes de passar pelo câncer. O sofrimento que eu vivi [referindo-se ao tratamento oncológico] e ainda vivo, porque meu corpo mudou e isso nunca mais muda, foi importante e me ajudou. Hoje eu sei que foi importante e que eu precisava passar por*

*isso... me fez ver o que realmente é importante na vida. Hoje não tem nada mais importante pra mim que minha família. Antes do câncer não era assim não, eu vivia nas festas e bebendo. (participante 2)*

Considerando que a penectomia é um evento extremamente invasivo e que pode acarretar diversos impactos psicossociais para esses homens, o enfrentamento por reavaliação positiva mostrou-se, para o participante 2, como uma estratégia ajustada que contribuiu para equilibrar o estado emocional, auxiliando-o a conviver melhor com a amputação do pênis e possibilitando-lhe a construção de novos sentidos para a ausência do órgão, sem o atravessamento da culpa, da ideia de castigo ou de distorção e negação da realidade.

Na reavaliação positiva, o item a apresentar a maior média de utilização foi o item 38 – *Redescobri o que é importante na vida*, com média de 2,62 pontos. Para o pesquisador, esse enfrentamento possibilitou que, embora tenha provocado muito sofrimento e dificuldades, o câncer passasse a ser entendido como uma vivência importante que ensinou a reorganização das prioridades de vida desse homem. Por isso a doença lhe parece ter o significado de um evento necessário e importante no percurso de sua vida, oportunizando algumas mudanças que ele avaliou como benéficas.

### **O afastamento**

A segunda estratégia de enfrentamento a apresentar a maior média de utilização foi o afastamento, com média de  $M=2,17$ . Para Savóia et al. (1996) e Chaves e Mendes (2013), o afastamento comporta as estratégias com função defensiva, pelas quais o indivíduo busca formas de não ter contato com a situação ameaçadora, apresentando respostas de negação, de minimização e de subestimação da situação. Essa estratégia é, portanto, focada na emoção, podendo ser ajustada ao contexto de uma doença como o câncer de pênis, pois apresenta como consequência alguma forma de defesa emocional contra a realidade tão excruciante à qual os pacientes são expostos.

Embora a estratégia de afastamento tenha função defensiva contra a realidade estressante do tratamento oncológico, seu uso recorrente pode trazer prejuízos para o paciente, o qual poderá apresentar dificuldades na tomada de decisões, em aceitar sua nova condição de vida, em adotar comportamentos de adesão ao tratamento e em assumir uma postura mais ativa e participativa em todo esse processo, pois, em decorrência do uso da estratégia de afastamento, o paciente se encontra distorcendo ou mesmo negando sua realidade. Na narrativa a seguir, pode-se observar a ocorrência dessa estratégia:

*Eu evitava até pensar muito nisso, ainda hoje não gosto de falar sobre a cirurgia de câncer que fizeram comigo neste hospital. Só vim mesmo porque o senhor explicou que essa conversa era importante. Porque é assim que funciona comigo, quanto mais pensar e falar de problema, pior é, então o melhor é desfocar e focar em outras coisas. (participante 4)*

Na estratégia do afastamento, o item mais utilizado foi o 41 - *Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação* -, com média de  $M=2,33$ . Com isso, percebe-se que, prioritariamente, o afastamento defensivo ocorreu pelo uso do pensamento, que pode ter sido direcionado para outros aspectos da existência desses homens, de forma a reduzir a ocorrência de pensamentos sobre a gravidade de adoecimento e da amputação do pênis. Isso pode ter minimizado a forma como o tratamento os abalou. Já o item a apresentar a menor média de utilização foi o 12 - *Concordei com o fato, aceitei o meu destino* -, com média de  $M=1,81$ . A baixa pontuação nesse item sinaliza que a cirurgia de penectomia a qual foram submetidos não foi um evento facilmente aceito por esses homens, embora o procedimento tenha sido consentido de forma documental, o que não significa que, de forma privada e emocionalmente, estivessem conformados.

### **O suporte social**

A terceira estratégia a apresentar a maior média de utilização foi o suporte social, com média de  $M=2,09$ . Nessa estratégia se incluem os comportamentos emitidos pelo sujeito com a função de receber suporte por via de outras pessoas da sua rede de apoio psicossocial. De acordo com Taylor (2010), a busca de suporte pode se manifestar na solicitação de informações junto à equipe de assistência, na tentativa de resolução de problemas ou na busca de apoio emocional junto a outras pessoas, como a família. Nessa modalidade de enfrentamento, as interações sociais são empregadas como recursos para facilitar adaptação ao meio, gerar laços de interação para suporte e, principalmente, para auxiliar o sujeito a combater o estresse de forma geral. Nas duas narrativas abaixo é possível perceber a ocorrência dessa forma de enfrentamento.

*Eu tenho muita sorte de ter a mulher que tenho doutor. Se não fosse ela, eu nem sei o que seria de mim. Abaixo de Deus ela foi minha fortaleza e não deixou eu esmorecer durante o tratamento e depois também, nunca me faltou com o respeito. (paciente 20).*

*Eu só tenho a agradecer a toda a equipe que me atendeu, os médicos, as enfermeiras, a psicóloga. O atendimento que eu tive aqui foi de primeira desde o porteiro, nem parecia SUS. Confiei em tudo que o médico dizia porque eu via que ele sabia o que tava dizendo, ele foi muito bom, explicou tudo direitinho. Se ele falou que pra eu ficar bom ia ter que cortar um pedaço do meu pênis, eu confiei na opinião dele e senti menos medo porque dava pra*

*ver que ele sabia o que tava dizendo, então, se ele falou que era pra cortar, tava dito. (paciente 17)*

A realização da penectomia, sem dúvida, é um procedimento que pode suscitar diversos estados emocionais nos pacientes, entre eles, medos, dúvidas, incertezas, angústias, o que justifica a utilização das interações sociais, seja com a família ou com os profissionais que trabalham no hospital, acentuadamente o médico, como recursos efetivos para lidar com esse momento de vida, como visto nos relatos dos participantes 20 e 17. Foram essas interações sociais que proveram esses participantes de segurança, informações, companhia e cuidado com a autoestima. Sobre isto, Thoits (2011) afirma que receber demonstrações de afeição, atenção, respeito ou amor demonstra a importância que se tem para os outros, tornando o sujeito mais seguro e preparado para enfrentar as adversidades, o que caracteriza o funcionamento do suporte social enquanto estratégia de enfrentamento.

Corroborando esse achado, pesquisas como as de Andrade (2014), Santana, Zanin e Maniglia (2008), Dias e Leite (2013) evidenciam a recorrência do uso da estratégia de suporte social por diferentes amostras, incluindo pacientes com doenças crônicas como o câncer. Nessas pesquisas, destaca-se também a centralidade da rede de suporte social na forma como as pessoas se comportam em situações estressantes, mostrando-se inclusive como uma variável importante que poderá relacionar-se com a manutenção da saúde mental de pessoas expostas a situações de estresse. De acordo com Gonçalves et al. (2011), a rede de apoio social como estratégia de enfrentamento de problema é considerada um fator de proteção e de promoção de saúde, mostrando-se de grande auxílio no enfrentamento de situações de estresse por doenças crônicas ou mesmo vulnerabilidade social ou física.

A estratégia de enfrentamento por suporte social tanto pode ser focada no problema quanto na emoção, e sua ocorrência depende diretamente das habilidades sociais prévias do paciente, apresentando como consequência o fortalecimento dos vínculos sociais.

Nessa estratégia o item com maior frequência de utilização foi o 31 - *Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta pelo problema* -, com  $M=2,76$ . Esse item pode representar os comportamentos de 81% dos participantes de buscar auxílio junto a um farmacêutico ou mesmo de ter recorrido ao saber comum de pessoas na comunidade, como intervenções informais e não médicas, para cuidar dos primeiros sintomas do câncer de pênis, utilizando de interações sociais que não pudessem expô-los ou diagnosticar a ocorrência de uma doença grave.

### **Autocontrole**

A quarta estratégia de enfrentamento a apresentar a maior média foi o autocontrole, com  $M = de 1,90$ . Para Savóia et al. (1996), Lazarus e Folkman (1984) e Rampelotto e Abaid (2011) nessa forma de enfrentamento, o sujeito busca, com seus recursos emocionais, promover o seu autocontrole emocional, cognitivo e comportamental em relação à situação estressora. A ocorrência dessa estratégia depende apenas do sujeito, e outro importante aspecto é que, ao ser utilizada, permite-lhe avaliar formas mais eficientes de interagir com o ambiente estressor, visualizando diversas alternativas de comportamentos que possam ser adotados de acordo com suas necessidades.

Para Lazarus e Folkman (1984), essa estratégia também evita que o sujeito adote comportamentos que, eventualmente, possa avaliar como inadequados ou mesmo desnecessários. O autocontrole é característico por dificultar que o sujeito tome decisões apressadas, impensadas, irreversíveis ou mesmo de que possa vir a se arrepender posteriormente. Na narrativa a seguir é possível perceber a ocorrência dessa estratégia.

*Na hora que me mandaram pra cama depois da cirurgia, quando eu acordei, a única coisa que eu pensei foi que tava feito e não tinha mais volta. Mas eu tive que me acalmar, respirar mesmo e pensar que, de algum jeito, Deus ia guiar pra vencer aquilo... se eu me desesperasse, era pior, ainda mais pra minha família. (participante 12).*

Percebe-se que, para o participante 12, o enfrentamento por autocontrole foi utilizado em um momento de grande dificuldade emocional e ocorreu através de pensamentos e comportamentos que o auxiliaram a controlar os sentimentos desagradáveis. Pode-se afirmar que a estratégia também contribuiu para mantê-lo calmo e a não se comportar de forma precipitada por acreditar que, através de sua religiosidade e fé, haveria formas mais adequadas de superar suas dificuldades. Considerando que o tratamento do câncer de pênis é bastante invasivo e, na maioria dos casos, pode mutilar o paciente, o uso da estratégia de autocontrole mostrou-se ajustada, pois possibilitou ao participante a superar as dificuldades daquele momento.

Nessa estratégia, os itens mais utilizados, ambos com média de 2,29 pontos, foram o 10 - *Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções* - e o 35 - *Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso com a mesma*. As duas alternativas expressam que a maioria dos participantes priorizaram não tomar decisões motivadas por impulsos ou que fossem irreversíveis.

### **Fuga/Esquiva**

Agrupam-se nessa categoria as estratégias que retardam, adiam, ou mesmo impedem que o sujeito entre em contato com a situação estressora, ou seja, as tentativas de fugir do problema vivenciado. Para Santos (2013), a maioria dos comportamentos envolvidos nessa estratégia envolvem a construção de fantasias sobre as possíveis soluções para a situação problema, sem a tomada de atitudes concretas para modificá-la diretamente. Além disso, o sujeito também poderá adotar outros comportamentos para esquivar-se ou fugir do estressor, tais como dormir excessivamente, ingerir alimentos e álcool em excesso, usar drogas ilícitas ou mesmo comportar-se de forma agressiva.

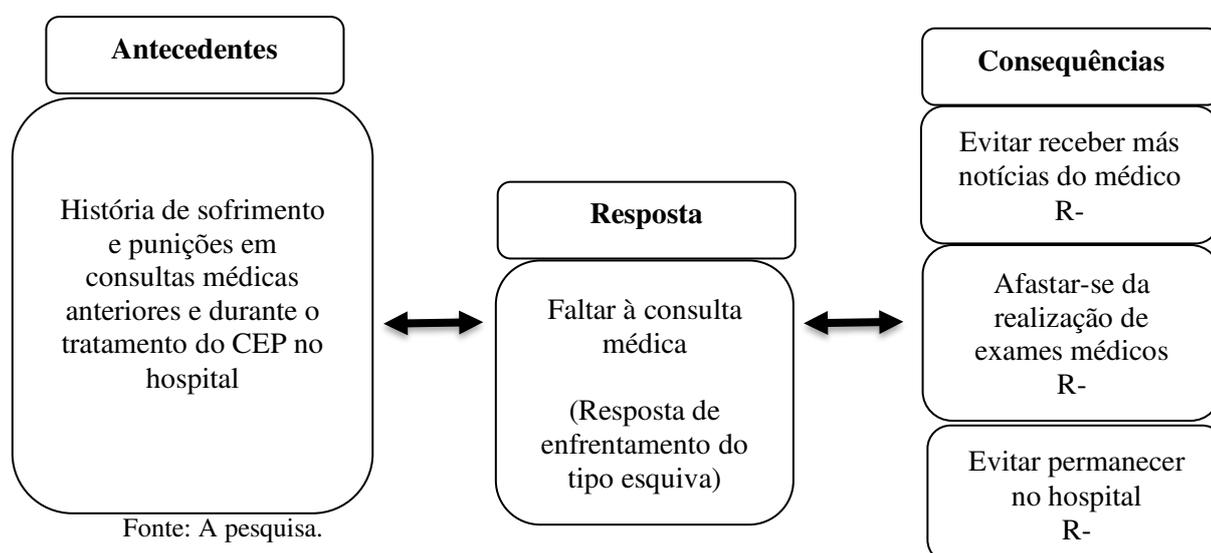
Na narrativa abaixo pode-se perceber a ocorrência da estratégia e fuga/esquiva nessa perspectiva:

*Depois da cirurgia tem que voltar pra fazer as consultas, pra ser acompanhado pelo médico né. Eu, sem querer, faltei a última que tava marcado pra mim há uns meses atrás. Vou até aproveitar pra perguntar pro senhor o que eu tenho que fazer agora pra marcar novamente. (participante 4)*

A forma de enfrentamento descrito pelo participante 4, de faltar à consulta médica, pode ser uma forma de fuga/esquiva, para a qual algumas consequências podem ser produzidas, tais como evitar receber más notícias do médico, afastar-se da necessidade de realizar exames, manter-se longe do hospital enquanto local onde o tratamento ocorreu. Todas essas respostas caracterizam-se como do tipo esquiva.

Com a finalidade de conhecer melhor a função desse enfrentamento e suas consequências organizaram-se essas informações em uma breve análise funcional na figura 2.

Figura 2 – Análise funcional da resposta de faltar a consulta



A partir da análise funcional, percebe-se que as possibilidades de consequências observadas são reforços negativos, por isto faltar à consulta médica pode ser compreendido como uma resposta do tipo esquiva. Esse tipo de consequência aumenta a probabilidade de emissão futura da resposta que a produziu, pela evitação ou afastamento de um estímulo aversivo no ambiente do sujeito. Dessa forma existe alta probabilidade de que o participante 4 permaneça emitindo a resposta de enfrentamento de esquiva, faltando às consultas médicas, a qual é mantida por alguns reforçadores negativos.

Na perspectiva do pesquisador, a estratégia de fuga/esquiva pode se tornar ajustada para esses participantes, pois, durante o tratamento e após o seu término, eles podem ser expostos a estressores, tais como: a realização de procedimentos médicos invasivos, dores físicas, comunicação de más notícias, dificuldades de inserção em grupos sociais, vergonha etc. Se não desenvolverem outros enfrentamentos para superar esses estressores, as respostas de fuga e esquiva podem se colocar como o enfrentamento mais ajustado para proteger o participante de entrar em contato com essas variáveis estressantes.

Nessa estratégia, os itens com as maiores pontuações médias foram o 58 - *Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse* - e o item 11 - *Esperei que um milagre acontecesse*, ambos com 2,24 pontos. Com esses itens infere-se que sentimentos fantasiosos de resolução rápida do problema foram os tipos de respostas de fuga e esquiva utilizadas com maior frequência. Acredita-se que esses sentimentos fantasiosos possam ter contribuído para manter a esperança e o equilíbrio emocional do participante, mostrando-se ajustados para esse momento.

### **Aceitação de responsabilidade**

Nesse grupo incluem-se as cognições e comportamentos nos quais o sujeito aceita sua realidade, sendo mais ativo e participativo na tentativa de resolução e buscando perceber de forma mais objetiva o que lhe cabe fazer na situação. Essa estratégia é, pois, focalizada na resolução do problema. Segundo Servino, Neiva e Campos (2013), essa estratégia implica uma maior aceitação da realidade, com o engajamento da pessoa na vivência da situação estressante. Na narrativa seguinte, tem-se um exemplo de sua ocorrência

*Não esperi que Deus fizesse um milagre, até porque o câncer foi falta de cuidado meu, então pra ficar bom também dependia de mim, de ser forte e encarar. (participante 12).*

Nessa narrativa pode-se perceber que o participante 12 já consegue aceitar melhor a necessidade de realização da penectomia, embora ocorra também a autoculpabilização. A partir disso conseguiu observar que responsabilidade ele poderia assumir em relação ao seu tratamento, que, no caso, foi implicar-se em todo o processo, buscando ser forte e não se esquivando da realidade, por mais difícil que ela tenha se apresentado.

Para Damião et al. (2009), ao utilizar a estratégia de aceitação de responsabilidade, o sujeito aceita a realidade e engaja-se no processo de lidar com a situação estressante. Muitas vezes pode se sentir responsável por desencadear essa situação e, nesse sentido, enfrenta sentimentos de autocritica e repreensão, os quais podem motivá-lo, estimulando-o a enfrentar seus problemas de outra forma, exercendo sua autonomia. Desse modo, a estratégia de aceitação de responsabilidade mostra-se como ajustada ao contexto do câncer de pênis, pois pode evitar que o sujeito assuma uma postura de passividade, apatia e de não protagonismo em seu próprio percurso de cura.

Nessa categoria, o item 29 - *Compreendi que o problema foi provocado por mim* - foi aquele que apresentou a maior média de utilização, com  $M=2.33$ . Na perspectiva do pesquisador esse item, de fato, sinaliza que houve uma aceitação de responsabilidade por parte desses homens, na medida em que possam ter percebido que comportamentos ou estilo de vida de cada um tenham contribuído para o seu processo de adoecimento e amputação do pênis.

### **Resolução de problemas**

Nesse grupo concentram-se as estratégias que têm como finalidade o planejamento e a execução de comportamentos para alterar ou resolver a situação estressante. Nesse caso, o indivíduo não nega, nem hostiliza o seu problema, mas assume uma atitude analítica e resolutiva, sendo, pois, essa estratégia focalizada na resolução do problema. De acordo com Damião et al. (2009), a resolução de problemas pressupõe a existência de um planejamento adequado que possibilite ao sujeito lidar com o estressor. Em decorrência disso, para resolver seu problema, ele muda seus comportamentos, sentindo-se capaz de lidar com a pressão social e ambiental ao seu redor e diminuindo ou eliminando a fonte geradora de estresse. Na narrativa que segue observa-se a ocorrência dessa estratégia.

*Depois do câncer eu sei que eu tenho que me cuidar, alimentação tem que ser melhor, não tô mais fumando, todas as consultas que eu tenho aqui no hospital eu venho. O câncer me mostrou que minha saúde não é de ferro não, não dá mais pra brincar não. (participante 13)*

*Agora eu vou falar pro senhor, sendo bem honesto mesmo, eu já me lamentei demais por isso que aconteceu, já tive muita pena de mim...Mas agora eu*

*quero é seguir a vida, trabalhar, aproveitar minha família, conquistar minhas coisas que eu quero conquistar. (participante 17)*

Por via dos relatos infere-se que os participante 13 e 17 passaram a planejar a vida e a adotar comportamentos específicos, como cuidar melhor da saúde e da alimentação, evitar faltar às consultas, planejar o futuro direcionando-o para o trabalho e a concretização de aspirações e projetos pessoais, sem, contudo, negar, se afastar ou mesmo hostilizar a cirurgia de penectomia a que foram submetidos. Nesses relatos, percebe-se o quanto mostram-se capazes de mobilizar recursos comportamentais de forma a buscar a resolução, ou mesmo, a diminuição dos impactos da situação estressante.

A resolução de problemas mostrou-se como uma estratégia ajustada para os participantes 13 e 17, na medida em que possibilitou o estabelecimento de comportamentos que favorecem a superação da situação estressante. Nessa categoria, o *item 26 - Fiz um plano de ação e o segui* - foi o que obteve a maior média de utilização, com 2,05 pontos, apontando que, na resolução dos problemas, o comportamento de planejar formas de superação das dificuldades foi bastante adotado pelos participantes. O item a apresentar a menor média de utilização foi *48 - Busquei nas experiências passadas uma situação similar* -, com 1,10 pontos. Esse comportamento foi pouco utilizado visto que a situação de ser penectomizado foi algo inteiramente novo e inesperado para esses homens, sendo pouco provável que tenham na sua história de vida sido expostos a alguma situação similar que pudesse ser utilizada como referência.

### **Confronto**

Corresponde às estratégias ofensivas, nas quais a pessoa apresenta comportamentos ativos e agressivos em relação ao evento estressor, podendo ocorrer hostilidade, sendo, pois, essa estratégia focalizada no problema. Segundo Damião et al. (2009), Savóia et al. (1996) e Lazarus e Folkman (1984), esse tipo de estratégia é ofensiva para o enfrentamento da situação, na qual a pessoa emite respostas ativas em relação ao estressor.

Para o pesquisador, a baixa frequência de utilização dessa estratégia é decorrente da avaliação cognitiva secundária, na qual os participantes podem ter avaliado que as consequências de emitir respostas agressivas não os auxiliaria em suas necessidades. Ao longo das entrevistas, os participantes não fizeram relatos que possibilitem explorar a forma como essa estratégia foi utilizada. De toda forma, nesta categoria, o item apresentar a maior média de utilização foi o *34 - Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado*, com média de  $M= 2,57$ . Isso revela que a maior parte da amostra compreendia a seriedade do adoecimento e

a importância de realizarem o tratamento. Referente ao item a apresentar a menor média de utilização observou-se o 17 – *Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema*, com média de apenas  $M=0,71$ . A maioria dos participantes evitou externalizar seus sentimentos, bem como podem ter percebido que os familiares e a equipe assistencial não haviam causado a situação estressante.

### **8.9 A correlação entre as estratégias**

Referente às correlações estatísticas entre as oito estratégias de enfrentamento avaliadas pelo IEC, a tabela 11 mostrou que não foram verificadas correlações fortes entre esses itens, porém algumas relações moderadas foram percebidas entre as estratégias de autocontrole, de reavaliação positiva e de resolução de problemas, o que indica que, quanto maior a utilização da primeira, também maior será a utilização das outras duas.

Isto significa que, moderadamente, na medida em que as respostas de autocontrole eram emitidas e os participantes evitaram tomar decisões extremadas, avaliando diversas possibilidades de lidar com o problema, tornou-se possível que os outros enfrentamentos, como o de reavaliação positiva e de resolução de problemas, também fossem utilizados. Corroborando essa compreensão, para Savóia et al. (1996) e Lazarus e Folkman (1984), o enfrentamento de autocontrole apresenta como uma de suas principais consequências a evitação de saídas irreversíveis para o problema e a adoção de uma postura mais ponderada. Neste sentido, a ocorrência do enfrentamento por autocontrole foi essencial para que os enfrentamentos por reavaliação positiva e resolução de problemas também ocorressem.

A tabela 12 mostra também que a correlação entre a estratégia de suporte social com a estratégia de afastamento e confronto foram significativas, ambas com coeficiente de correlação de *Spearman* de 0,46, indicando que, quanto maior a utilização da estratégia de suporte social, maior a utilização das duas estratégias citadas.

Esse resultado não estão de acordo com o que já é reconhecido por Taylor (2010), Thoits (2011) e Andrade (2014) sobre a importância do suporte social como enfrentamento. De acordo com a compreensão desses autores, o enfrentamento por suporte social não deveria ter correlação com o afastamento e o confronto, em decorrência das consequências que produz. Um possível entendimento para este resultado é que, conforme Silva (2005) e Kóvacs (1992), a maioria das pessoas prefere negar a existência do câncer, ou mesmo evitar falar sobre a doença, em decorrência dos estereótipos e fantasias que ainda incidem sobre ele, como a percepção de ainda representar uma sentença de morte. Em decorrência disso, acredita-se que em algum momento, a rede de suporte social possa ter falhado em sua função de suporte,

contribuindo para que os participantes também passassem a negar, distorcer ou ter dificuldades no processo de aceitação do adoecimento, o que poderia justificar a correlação moderada entre essas formas de enfrentamento. Possivelmente as estratégias de confronto e de negação do câncer foram emitidas associadas a um suporte social pouco eficiente.

## 9 DISCUSSÃO GERAL

Tratando-se de uma discussão geral que pretende dialogar com os resultados alcançados, é importante retomar que a amostra que compôs este trabalho foi bastante heterogênea, sendo formada por 6 participantes ainda em tratamento acompanhados em ambulatório médico e 15 participantes que já estavam curados, todos eles já penectomizados. Os resultados não permitem fazer inferências sobre possíveis diferenças existentes entre o processo de enfrentamento do grupo dos participantes em acompanhamento ambulatorial e o do outro grupo dos que já estão curados, visto que os tais resultados foram equânimes para ambos.

Constatou-se também que os 21 componentes da amostra, na ocasião da coleta de dados, apresentaram um bom quadro de saúde em relação ao câncer, pois todos já haviam realizado a penectomia, estando, portanto, com os sintomas do câncer controlados. Também apresentavam bom prognóstico ou já estavam em suas casas, retomando suas atividades da forma que era possível.

Sobre as características sociodemográficas da amostra, constatou-se a existência da rede de suporte social, representada pela família, a existência de crenças religiosas e a realização de atividades profissionais na época da coleta de dados. Acredita-se que essas variáveis tenham influenciado nos resultados alcançados, mostrando-se como fatores de proteção emocional, visto que a maior parte da amostra apresentou enfrentamento por avaliação positiva, estado emocional ajustado, sem a ocorrência de psicopatologias, apesar de vivenciarem aspectos psicológicas estressantes relacionadas à penectomia.

A análise das entrevistas também reforça essa interpretação, visto que elas evidenciam que tanto o suporte social da família, o trabalho e as crenças religiosas foram elementos importantes, utilizados também como enfrentamento, que, por serem estratégias focadas na emoção, contribuíram para manter o ajustamento emocional dos participantes em diversos contextos. Carvalho (2008) afirma que as reações emocionais de uma pessoa com câncer tendem a seguir a evolução da doença e do tratamento, assim, quando estes evoluem bem as respostas emocionais tendem a ser menos debilitantes ou patológicas. Nesse sentido, destaca-se também que a maioria dos participantes apresentaram demanda de escuta para abordar suas vivências e que, do ponto de vista emocional, falar sobre a amputação do pênis já parecia suportável para eles.

Percebeu-se que os 21 participantes utilizaram as oito estratégias de enfrentamento, em maior ou menor frequência, o que possibilita duas frentes interpretativas. A primeira delas é que a vivência do câncer de pênis é uma circunstância verdadeiramente estressante e

desafiadora que demanda diferentes formas de enfrentamento para que os sujeitos possam, de alguma forma, suportá-la. A segunda confirma a perspectiva de Lazarus e Folkman (1984) de que o enfrentamento não é estático, não representa traços de personalidade pouco modificáveis, mas envolve comportamentos que podem se alterar, serem aprendidos ou abandonados, pois são contextuais e situacionais.

Viu-se que a estratégia de enfrentamento a obter a maior média de utilização foi a reavaliação positiva, com média de  $M= 2,18$ . Essa estratégia mostrou-se como ajustada no contexto do CEP. Devido à impossibilidade de alterar a situação causadora de estresse, foi necessário que os participantes priorizassem um enfrentamento focado na emoção, que, além equilibrar o estado emocional, permitiu ainda que desenvolvessem novos sentidos para o tratamento. Aspectos como o bom estado de saúde, a existência da rede de suporte social, a existência de crenças religiosas, confirmadas pelas entrevistas, os sintomas de depressão e desesperança em níveis mínimos podem ter contribuído para a ocorrência da reavaliação positiva.

O fato de terem compreendido o tratamento como um evento benéfico que, apesar da amputação, acarretou consequências avaliadas por eles como importantes, também pode ter contribuído para a ocorrência do enfrentamento por reavaliação positiva. Scharloo e Kaptein (2013) propõem que há uma relação explícita entre percepção, compreensão e enfrentamento de doenças, visto que, em decorrência da forma como o paciente compreende sua doença e seu tratamento, irá redimensioná-los enquanto eventos estressores, interferindo na escolha de estratégias que sejam compatíveis com a gravidade atribuída à situação (FOLKMAN, 1984, FOLKMAN; LAZARUS, 1985).

Alguns aspectos psicossociais foram observados na amostra, uns referentes ao tratamento e à hospitalização (medo, fantasias, crise psicológica, tristeza, ideação suicida), outros referentes às dificuldades e problemas vividos por esses homens em suas vidas, ao tentarem retomar suas atividades diárias (baixa autoestima, culpabilização pelo adoecimento, dificuldades e disfunções sexuais). Esse resultado permite compreender que, tanto no decorrer do tratamento quanto após a cura, o câncer de pênis suscita muitos aspectos emocionais, a maioria deles desagradáveis e que provocam sofrimento.

Embora a maior parte da amostra tenha vivenciado os sintomas de depressão e desesperança entre os níveis mínimo e leve, é importante ressaltar que todos eles apresentaram aspectos psicológicos que são determinantes na superação da penectomia, na reinserção na sociedade e na manutenção da saúde mental, demandando a existência de assistência psicológica dirigida a esses homens.

Frente a isto é possível compreender que o enfrentamento por parte desses sujeitos não se encerra com o tratamento, pelo contrário. As consequências do tratamento, como a ausência física do pênis e as repercussões emocionais que ele acarreta (culpa, dificuldades sexuais e os aspectos psicológicos principalmente ligados à reconstrução de uma masculinidade possível com a ausência do pênis) demandam um enfrentamento diário, principalmente no trabalho e na convivência social e familiar. Nesse contexto, a análise qualitativa das entrevistas revelou ainda que utilizaram outras estratégias que não foram previstas pelo IEC, sendo elas a religiosidade, o trabalho, a adesão ao tratamento e o humor. Esse achado demonstra que o processo de enfrentamento no contexto do câncer de pênis é dinâmico, complexo e se prolonga mesmo após a cura.

Na compreensão de Lazarus et al. (1986), não há uma estratégia melhor que a outra ou uma mais indicada que a outra, pois cada uma delas possui funções e consequências próprias frente a um estressor. Os autores propõem também que uma estratégia pode ser classificada como ajustada em adaptativa, em uma situação específica, quando produzir ajustamento emocional e adequação comportamental do sujeito em relação às demandas impostas pela situação estressante. As evidências de que o ajustamento foi alcançado pelas estratégias de enfrentamento utilizadas consistem na manutenção de um bom funcionamento social do indivíduo, que tenderá a não se isolar ou romper com sua rede de suporte social, na existência de bem-estar físico e emocional e na manutenção da saúde mental do sujeito. Nessa perspectiva as diversas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes mostraram-se ajustadas e adaptativas em relação à necessidade de enfrentar a penectomia.

Os resultados alcançados nesta pesquisas sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas estão de acordo com essa perspectiva, pois cada uma das estratégias se mostrou adaptativa ao produzir consequências importantes que auxiliaram os participantes a enfrentar o câncer de pênis e suas consequências, seja contribuindo para a manutenção de um bom estado emocional, como visto com a reavaliação positiva, com o suporte social, com o afastamento e com a religiosidade, seja contribuindo para a reinserção social desses homens, como visto com o humor e com o trabalho.

Nesse sentido, Costa Junior (2001) ressalta que o enfrentamento pode ser considerado como um processo adaptativo, por proporcionar que o sujeito se comporte da forma mais funcional possível em uma situação estressora, conseguindo algum tipo de adaptação a ela e minimizando o sofrimento e os agravos gerados. Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem afirmar que a função adaptativa do enfrentamento foi percebida na amostra, pois as respostas

de enfrentamento emitidas facilitaram que os participantes desenvolvessem, no contexto do câncer de pênis, algum tipo de ajustamento emocional ou social.

Sobre a utilização do BHS e do BDI, faz-se necessário abordar que eles devem ser aplicados solicitando que o examinando considere como se sente na última semana, incluindo o dia presente. Ainda que as cirurgias de penectomia tenham sido realizadas há um tempo distante da ocasião da coleta de dados, acredita-se que os resultados desses instrumentos ainda tenham refletido aspectos emocionais decorrentes do tratamento, pois, como já exposto, as perdas e mudanças que ele provoca são severas e irreversíveis para o paciente.

As entrevistas qualitativas fortaleceram essa compreensão ao evidenciarem que, mesmo após curados, ainda vivenciam aspectos emocionais decorrentes do tratamento oncológico realizado. Em razão disto, os resultados do BHS e do BDI não descrevem a ocorrência dos sintomas de depressão e de desesperança na época específica em que as penectomias ocorreram, mas representam a realidade atual desses estados emocionais.

Referente ao resultado obtido com o BHS e o BDI, no qual a maior frequência dos sintomas de depressão e desesperança se deu nos níveis mínimos e leves, confirma-se a perspectiva de que o bom estado clínico e de saúde da amostra, bem como suas características sociodemográficas refletiram-se também nos resultados desses instrumentos. Já a respeito das correlações existentes entre o IEC, BHS e BDI observou-se que ao nível de 5% de significância não foram constatadas correlações significativas entre eles. Visto que as evidências amostrais alcançadas não foram suficientes para confirmar a correlação, esse resultado nega a hipótese inicial deste estudo que propunha a existência de tais correlação entre esses instrumentos.

De acordo com Pagano e Kimberlle (2003), os casos em que os testes de inferência não comprovam a ocorrência de correlações entre as variáveis podem ser explicados por dois fatores, sendo eles: realmente a não existência da correlação ou pelas informações existentes na amostra não terem sido suficientes para identificar a correlação. Nessa segunda situação, uma amostra maior geralmente é suficiente para identificar a ocorrência das correlações, uma vez que o tamanho da amostra é um elemento que influencia a significância.

Contudo, alguns resultados individuais merecem ser apontados sobre a correlação entre esses instrumentos. Os participantes 3 e 5 apresentaram os sintomas depressivos e de desesperança em nível grave, e o participante 21 apresentou sintomas depressivos em nível moderado e sintomas de desesperança em nível grave. Referente às estratégias de enfrentamento mais utilizadas por esses sujeitos, observaram-se, respectivamente, fuga/esquiva, afastamento e confronto. Esses três participantes possuem basicamente as mesmas características sociodemográficas, sendo que foram submetidos à penectomia parcial

o 3 e o 5, que se encontram curados. Já o 21 ainda realiza consultas ambulatoriais, e nenhum dos três recebeu assistência psicológica durante o tratamento.

Sobre esse aspecto Fonseca (2010) elucida que, embora sejam constructos diferentes, a depressão e a desesperança são fenômenos interdependentes, por isso um indivíduo com depressão encontra-se mais propenso a vivenciar a desesperança e vice-versa. Os resultados alcançados com o BDI e o BHS dos participantes 3, 5 e 21 confirmam essa perspectiva. Outras literaturas, como Beck (1993/1997), Vasconcelos, Sesso e Madureira (2014) e Nobre et al. (2005) também constataram a ocorrência de desesperança em pacientes com sintomas depressivos.

É necessário destacar também que os participantes 3 e 5, além de terem apresentado a depressão e a desesperança nos níveis graves, também foram os que relataram nas entrevistas a ideação suicida. Sobre isto os estudos apresentados por James et al. (2017), Rodin et al. (2009) e Beck (1997) afirmam que a desesperança é um fator preditivo para a ocorrência de ideias suicidas, portanto os resultados alcançados com esta pesquisa confirmam essa postulação.

Os resultados alcançados evidenciam também a influência que os estados emocionais de depressão e desesperança podem assumir em relação às respostas de enfrentamento escolhidas, pois os participantes 3, 5 e 21, que apresentaram os maiores níveis desses estados emocionais, emitiram, com maior frequência, comportamentos de enfrentamento que, embora importantes, distanciam o sujeito da realidade e produzem algumas consequências que não são benéficas, sendo eles a fuga/esquiva, o afastamento e o confronto.

Esses resultados apontam também para a importância que o atendimento psicológico assume no contexto do câncer de pênis, não apenas pelos níveis graves dos sintomas de depressão e desesperança que três participantes apresentaram, mas também pelo fato de que dois deles já estarem curados, livres da ameaça de morte e do sofrimento que o tratamento impõe e, mesmo assim, encontram-se com tais sintomas em níveis graves. Acrescente-se a isso que toda a amostra relatou vivenciar aspectos emocionais e psicológicos, mesmo após a alta, que podem relacionar-se à qualidade de vida e à saúde mental.

Estas questões emocionais foram principalmente a culpa pelo adoecimento e tratamento, medo de recidiva da doença, dificuldades e disfunções sexuais, baixa autoestima em decorrência do abalo sofrido na identidade de gênero e as ideias suicidas. Considerando que 16 homens informaram não ter recebido assistência psicológica durante o tratamento, pode-se compreender a existência dessas questões, visto que o aspecto emocional e psicológico desses homens não foi devidamente cuidado por um profissional, acarretando comprometimento da saúde mental e do bem-estar atual desses homens. Apesar disso, eles foram capazes de

utilizar outros recursos, como o trabalho, a religiosidade, o suporte social e o humor, como formas de enfrentamento e adaptação psicológica.

Constatou-se, neste estudo, através dos relatos, que os familiares também apresentam comprometimentos emocionais que lhes dificultaram auxiliar e dar suporte ao seu familiar com CEP. Isso permite concluir que a vivência do câncer de pênis e suas consequências é intensa e potencialmente causadora de sofrimento não apenas para o indivíduo, como para suas famílias. Além disso, observou-se que, mesmo após o término do tratamento, ainda permanecem impasses emocionais, psicossociais e psicopatológicos que necessitariam de assistência psicológica.

Por fim, a ausência de acompanhamento psicológico durante o processo foi um fator que se revelou neste estudo e o qual se deve ressaltar e considerar como um fator de gravidade. Percebe-se que a assistência psicológica deverá se fazer presente nos diversos momentos do processo de enfrentamento do câncer de pênis devido à importância que esse tipo de acompanhamento, bem como o da equipe multidisciplinar tem para a manutenção do quadro de saúde e de qualidade de vida e, especialmente, como estratégia de promoção e prevenção da saúde desses indivíduos.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral investigar a depressão, a desesperança e o processo de enfrentamento em homens com câncer de pênis. Para alcançar a complexidade desse processo investigaram-se ainda as características sociodemográficas e a história clínica e de tratamento médico da amostra, o que os participantes conheciam sobre o tratamento médico realizado, os aspectos psicossociais que emergiram em decorrência do tratamento, a ocorrência de sintomas de depressão e desesperança, as respostas de enfrentamento que efetivamente utilizaram e, por fim, a existência de correlação entre os instrumentos IEC, BHS e DBI.

Frente às discussões realizadas conclui-se que, embora tenha predominado o uso da estratégia de enfrentamento por reavaliação positiva, a combinação na utilização de diversas outras estratégias é um dado importante que evidencia o quanto se revelou dinâmico e mutável o processo de enfrentamento na amostra, além de sinalizar que o tratamento do câncer de pênis e as consequências que acarreta são desafiadoras para esses homens, demandando um processo de enfrentamento diário que possa sustentá-los frente às consequências advindas da cirurgia de penectomia.

Nesse processo de enfrentamento conclui-se também que variáveis como níveis mínimos e leves de estados emocionais de depressão e desesperança, a compreensão do tratamento como um evento benéfico, a existência de uma rede de suporte social, como a família, o trabalho e práticas religiosas, o bom estado clínico e de saúde relacionam-se com as respostas de enfrentamento que foram emitidas, mostrando-se como preditores de um enfrentamento mais adaptativo. O processo de enfrentamento desses homens penectomizados não se limitou ao espaço físico do hospital ou ao período de realização do tratamento, pois mesmo, após a cura, ao retornarem a suas atividades diárias, suas entrevistas revelaram que diariamente estratégias de enfrentamento precisam ser elaboradas, a fim de garantir sua reinserção social e a manutenção da saúde mental. Foram constatadas também a existência de importantes aspectos psicológicos ligados à culpa, ao trabalho, à sexualidade, à masculinidade, à virilidade e às possibilidades de reorganização da vida após a penectomia.

Portanto, considera-se que os objetivos propostos para esta pesquisa foram alcançados. O modelo cognitivista do enfrentamento proposto por Lazarus e Folkman (1984/1985) mostrou-se como aporte teórico adequado, pois possibilitou compreender a forma como os homens enfrentaram o CEP. Aspectos dessa teoria, como o enfrentamento ser concebido enquanto um processo e enquanto comportamentos, que são contextuais, modificáveis e que possibilitam

alguma forma de adaptação dos sujeitos à situação estressora, foram confirmados nos resultados desta pesquisa.

Em face disso, conclui-se também que o percurso metodológico estabelecido para esta pesquisa mostrou-se adequado, frente à complexidade do objeto de estudo. Por outro lado, percebeu-se a existência de algumas limitações neste trabalho. A primeira delas refere-se ao tamanho da amostra ( $n=21$ ), que foi construída de forma não probabilística por conveniência, impossibilitando a generalização dos resultados para a população, por isso os resultados alcançados representam apenas a realidade da amostra. Essa amostra pode também ter interferido, de certa forma, nos resultados e na possibilidade de correlação entre as variáveis.

Outra limitação foi a heterogeneidade amostral, visto que, durante a coleta de dados, percebeu-se que seria necessário incluir homens que já estavam curados, além dos que ainda estavam em tratamento em consultas ambulatoriais, a fim de aumentar o tamanho da amostra. Essa situação culminou em dificuldades na realização das discussões, pois, embora todos estivessem penectomizados, essa heterogeneidade colocou em cena dois campos de análise do processo de enfrentamento.

Por outro lado, os resultados alcançados mostram potencialidade para contribuir em diferentes âmbitos. No aspecto científico, mostra-se como importante ao discutir um tema que foi pouco abordado em outras pesquisas científicas, pois, embora as publicações sobre a relação do homem com a saúde e suas vivências no câncer venham crescendo, principalmente na psicologia e na saúde coletiva, ainda são escassas. Em face disto, acredita-se que este trabalho pode se colocar como uma literatura científica pertinente para profissionais e acadêmicos que busquem conhecer o enfrentamento de homens submetidos ao câncer de pênis. Com isso, áreas de saber como a Psicologia, a Psico-oncologia, a Psicologia da Saúde e hospitalar e a Urologia médica podem se beneficiar deste trabalho.

Os resultados alcançados trazem, nesse sentido, importantes implicações para a prática de psicólogos que atuem no contexto do câncer de pênis, já que o processo de enfrentamento é influenciado por variáveis, como a religiosidade, a rede de suporte social, as características sociodemográficas, a ocorrência de estados emocionais de depressão e desesperança, sendo que, quanto mais precocemente a existência dessas variáveis for identificada, mais se tornará possível avaliar de que forma o paciente poderá comportar-se para enfrentar o câncer. Dessa forma, é importante inserir a avaliação dessas variáveis no trabalho, tendo em conta as funções tanto preditiva, no sentido de antecipar a provável forma de enfrentamento do paciente, quanto preventiva, pois se poderá avaliar quem são os pacientes que apresentam maior risco de um

enfrentamento pouco adaptativo, além de se promover saúde e a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos acometidos por doenças que geram como consequências limitações físicas.

Nesse sentido, conhecer os modos de enfrentamento do paciente possibilitará ao psicólogo pensar num trabalho de assistência psicológica mais eficaz e adequada à realidade dos pacientes. Essas informações permitem que o profissional avalie também a necessidade de modelar outras respostas de enfrentamento e eliminar respostas pouco eficazes. Este estudo pode, inclusive, auxiliar o psicólogo no processo de avaliação e intervenção psicológica junto a essa população.

Com base nos resultados, sustenta-se também a importância de que os atendimentos psicológicos a homens com câncer de pênis seja garantido desde o diagnóstico até a alta, ou seja, ao longo do processo e, se possível, com a realização de atendimentos de *follow-up* do diagnóstico ao tratamento, com a função de acompanhar os aspectos emocionais, facilitar o processo de enfrentamento da doença e do restabelecimento da saúde, minimizando o sofrimento e as consequências emocionais. Após a alta, a finalidade é potencializar as estratégias de enfrentamento, a reinserção social, a reconstrução de papéis como homem, marido e trabalhador, a manutenção da vida conjugal e sexual, enfim, a qualidade de vida como um todo após a cura. O acompanhamento psicológico dos aspectos relacionados à temática da sexualidade desses homens também é fundamental, visto que a maioria é de jovens e casados, colocando esse fator como importante no alcance da saúde mental, da felicidade e da qualidade de vida depois da cura.

Frente a isso afirma-se a importância da ampliação de pesquisas que produzam resultados mais detalhados e esclarecedores sobre este tema, sobretudo, priorizando-se pensar a sexualidade desses homens não apenas a partir de indicadores quantitativos, que classifiquem a frequência das atividades sexuais, atribuindo-lhe um status de normalidade, mas, principalmente, que revelem, qualitativamente, como a sexualidade deles se altera em função da penectomia e que aspectos emocionais e psicológicos relacionam-se com essas alterações.

Entende-se também que os resultados desta pesquisas precisam ser revertidos e divulgados para a população em geral, como, por exemplo, em formato de palestras ou cursos que levem informações e capacite os profissionais com diferentes formações acadêmicas a lidar melhor com esses pacientes, pois, conhecendo algumas de suas vivências emocionais e o seu processo de enfrentamento, será possível prestar uma assistência mais contextualizada com as necessidades desses homens.

Um importante encaminhamento que será realizado é localizar novamente os três participantes que apresentaram os sintomas de depressão e desesperança em níveis graves, para

sensibilizá-los a respeito da importância do acompanhamento psicológico frente aos resultados obtidos. A partir disto, direcioná-los para algum serviço de assistência à saúde mental em São Luís, no qual possam receber acompanhamento psicológico.

Por fim, esta pesquisa sugere a continuidade de novos estudos sobre esta temática, com questionamentos que podem ser respondidos por pesquisas futuras, tais como: no processo de enfrentamento, qual a importância desempenhada pela relação entre o médico e o paciente? Qual a importância da comunicação entre a equipe assistencial e o paciente? Que relações o homem estabelece com o seu corpo e a sua própria saúde? Que técnicas e métodos de trabalho do psicólogo podem ser utilizados para modificar respostas de enfrentamento?

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. L. et al. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução. *Quim. Nova*, v. 28, n. 1, p. 118-129, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, S.V.; SESSO, R.; DINIZ, D. H. M. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. *J Bras. Nefrol.*, v. 37, n. 1, p. 55-63, 2015.
- ANDRADE, S.V.; SESSO, R.; DINIZ, D. H. M. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 37, n. 1, p. 55-63, 2015.
- ANDRADE, V. L. P. *Suporte social como estratégia de enfrentamento do estresse no ambiente de trabalho*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.
- ANTONIAZZI, A.; DELL'AGLIO, D.; BANDEIRA, D. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 2, 1998.
- ARAÚJO, J. S.; XAVIER, E. C. L.; CONCEIÇÃO, V. M. Os atos representacionais do falo no cotidiano do homem penectomizado: a amputação, religiosidade e a família. *J. res.: fundam. care*, v. 6, n. 2, p. 462-473, abr./jun. 2014.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. *Consulta ao IDH por especialidade por indicadores*. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 18 abr. 2018.
- BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. Enfermagem UERJ*, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. *Psicologia hospitalar: teoria aplicações e casos clínicos*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 3, p. 267-75, 2005.
- BARROS, E. N.; MELO, M. C. B. Câncer de pênis: perfil sócio-demográfico e respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. *Rev. SBPH.*, v. 12, n. 1, p. 99-111, jan. 2009.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. *Depression inventory*. Manual. San Antonio: Psychology Corporation, 1993.
- BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M. MOCK, J. ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, n. 4, p. 561-71, 1961.
- BECK, A. T. et al. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BECK, J. S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

- BERK, R. The active ingredients in humor: psychophysiological benefits and risks for older adults. *Ed Gerontol*, n. 27, p. 323-39, 2001.
- BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BERNAL, A. O. *Psicologia do trabalho em um mundo globalizado: como enfrentar o assédio psicológico e o estresse no trabalho*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BERSFORD, B. A. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, n. 35, p. 171-209, 1994.
- BIGLAN, A. Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, n. 13, p.157-69, 1991.
- BITTENCOURD, R. S. *Amputação e estratégias defensivas*. 2006. X f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, cidade, 2006. Disponível em: <<http://www.inf.unisul.br/psicologia/wp.content/>>. Acesso em: 09 jul. 2018.
- BOTEGA, N. J. Reação à doença e à hospitalização. In: BOTEGA, N. J. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 43 – 58.
- BOTEGA, N. J. et al. Sexualidade em pacientes submetidos a Penectomia por Câncer de Pênis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 42, n. 1, p. 60-5, jan./mar. 1996.
- BOTTINO, S. M. B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e Câncer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, n. 3, p. 109-15, 2009.
- BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação de prevenção e vigilância. *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer: *Estimativas do Câncer para o Brasil em 2016*. Rio de Janeiro, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à pessoa amputada*. Brasília, 2013.
- BRAZ, M. A. construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. , jan./mar. 2005.
- BRITTO, E. S. *Enfermeiros psiquiátricos: estresse, enfrentamento e saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- CALEGARI, E. G.; FELDENS, V. P.; SAKAE, T. M. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um centro de referência terciário em Tubarão/ SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 40, n. 3, 2011.
- CAMON, V. A. A. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- CAPELA, R.C. Riso e bom humor que promovem a saúde. *Rev. Simbio-Logias*, v. 4, n. 6, dez. 2011.
- CARUSO, R. et al. Depressive Spectrum Disorders in Cancer: Diagnostic Issues and Intervention. A Critical Review. *Curr Psychiatry Rep.*, v. 19, n. 6, p. 33, jun. 2017.
- CARVALHO, A. Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. In: PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL DA DGS. *Depressão e outras perturbações mentais comuns*, 2013.

- CARVALHO, N. S. et al. Associação entre HPV e Câncer peniano: revisão de literatura. DST. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 19, n. 2, p. 92-95, 2011.
- CARVALHO, V. A. PEREIRA, M. H. Temas em Psicooncologia. São Paulo: Sumus, 2008.
- CARVALHO, V. A. Transtorno de ansiedade em Pacientes com Câncer. In: CARVALHO, V.A. et al. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.
- CARVER, C. S., SCHEIER, M. F.; WEINTRAUB, J. K. Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 56, p. 267-83, 1989.
- CHAVES, B. L.; MENDES, T. N. Estratégias de enfrentamento utilizadas para parar de fumar após diagnóstico de câncer: dois estudos de caso. *Psicol. hosp.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 25-51, jan. 2013.
- CHRISTO, Z. M.; TRAESEL, E. S. Aspectos Psicológicos do Paciente Oncológico e a Atuação da Psico-Oncologia no Hospital. *Disc. Scientia*, S. Maria, v. 10, n. 1, p. 75-87, 2009.
- COELHO, R. W. P. et al. Penile cancer in Maranhão, Northeast Brazil: the highest incidence globally? *BMC Urology*, v. 18, n. 1, p. 50, 29 may 2018.
- CONNELL, R. W. Políticas da Masculinidade. *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.
- CORRÊA, C.V. BATISTA, J.S. HOLANDA, A.F. Coping religioso/espiritual em processos de saúde e doença: revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013). *PsicoFAE, Curitiba*, v. 5, n. 1, p. 61-78, 2016.
- COSMO, M.; CARVALHO, J. W. A. Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 3, n. 1, p. 27-30, 2000.
- COSTA JUNIOR, A. L. *Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia*. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- COSTA, A. P. et al. Amputação peniana: sentimentos e reações do homem. *Rev. Bras. Oncologia Clínica*, v. 7, n. 21, p. 7-11, jul./set. 2010.
- COSTA, J. M.; FINCO, G. M.; MEDEIROS, W. C. M. Repercussões biopsicossociais do Diagnóstico de Câncer Colorretal para Pacientes Oncológicos. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, ago./dez. 2016.
- COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 55, n. 4, p. 355-64, 2009.
- COSTA, S. et al. Câncer de pênis: epidemiologia e Estratégias de prevenção. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe*, Recife, v. 1, n. 2, p. 23-33, nov. 2013.
- CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DAMIÃO, E. B. C. et al. Inventário das estratégias de enfrentamento um referencial teórico. *Rev Esc Enferm.*, v. 43, n. esp. 2, p. 1199-203, 2009.

- DANCEY, C. P.; REIDY, J. G.; ROWE, R. *Estatística sem matemática para ciências da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2017
- DAVID, A.; WINDLIN, I.; GASPAR, K. C. O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica: uma construção da psicologia. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. *Psicologia e Câncer*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE Z. A. P. *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DELL'AGLIO, D. D. *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. 2000. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.
- DELLVE, L. et al. Stress and wellbeing among parents of children with rare diseases: a prospective intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, v. 53, n. 4, p. 392-402, 2006.
- DIAS, T.L. LEITE, L.L.G. Rede de apoio social e afetivo e estratégias de enfrentamento na doença falciforme: um olhar sobre pessoa e família. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, v. 20, n. 2, p. 353-373, ago. 2014.
- DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Rev. Bras. de Ter. Cogn. Comp.* v. ???, n. 2, p. 167-84, 2003.
- EUFRÁSIO, P. et al. Cirurgia preservadora de órgão no carcinoma do pênis. *Acta Urológica* v. 2, p. 14-20, jun. 2012.
- FENELON, S.; ALMEIDA, S. S. A história da visita de Marie Curie ao Instituto do Câncer de Belo Horizonte. *Radiol Bras*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. vii-viii, aug. 2001.
- FERSTER, C. B. A functional analysis of depression. *American Psychologist*, n. 28, p. 857-70, 1973.
- FETSCH, C. F. M et al. Estratégias de Coping entre Familiares de Pacientes Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 62, n. 1, p. 17-25, 2016.
- FIGHERA, J. *Angústia e fantasias relacionadas ao paciente cardíaco cirúrgico*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- FIGHERA, J. VIERO, E. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Rev. SBPH*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez. 2005.
- FOLKMAN, S. Personal Control and Stress and coping process. A theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, v. 46, n. 4, p. 839-52, 1984.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. A analysis of coping in a middle-aged Community sample. *Jornal of health and social behavior*, v. 21, n. 3, p. 219-39, 1980.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. If it changers it must be a process: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 46, n. 4, p. 839-52, 1985.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1988.
- FOLKMAN, S. et al. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 50, p. 992-1003, 1986.

- FONSECA, A. et al. Câncer de pênis: estudo epidemiológico no Estado do Pará. *Rev. Para Méd.*, v. 14, n. 1, p. 11-6, jan./abr. 2000.
- FONSECA, J. P. F. *Depressão no doente oncológico*. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Faculdade de Coimbra, 2010.
- FRANCO, M. H. A família em Psico-oncologia. In: CARVALHO, V. A. et al. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.
- FREUD, S. Humor. *International Journal of Psychoanalysis*, n. 9, p. 1-6, 1928.
- FURLANETO, L. M. et al. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. *J Bras Psiquiatr*, v. 55, n. 2, p. 96-101, 2006.
- GABARRA, L. M. *Estados emocionais, formas de enfrentamento, rede de apoio e adaptação psicossocial em pacientes amputados*. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
- GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p.1763-72, 2013.
- GOBATTO, C. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, jun. 2010.
- GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 197-204, 2002.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E.; ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007.
- GONÇALVES, A. M.; FREITAS, P. P.; SEQUEIRA, C. A. C. Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium*, n. 40, p. 149-159, 2011.
- GONCALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-69, mar. 2011.
- GONZALEZ, P. et al. *Coping with breast cancer: Reflections from Chinese American, Korean American, and Mexican American women*. *Health Psychology*, v. 35, n. 1, p.19-28, jan. 2016.
- GRANER, K. M.; CEZAR, L. T. S.; TENG, C. T. Transtornos de humor em Psico-oncologia. In: CARVALHO, V. A. et al. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. p. x-y.
- GUSMÃO, J. L.; MION JÚNIOR, D. M. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens*, v.13, n. 1, p. 23-25, 2006.
- HEGENBERG, L. *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- HOBFOLL, S. E. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, n. 44, p. 513-24, 1989.

HOLAHAN, C. J.; MOOS, R. H. Personal and contextual determinants of Coping strategies. *J Pers Soc Psychol.* v. 52, n. 5, p. 946-55, may 1987.

HOSPITAL ANTÔNIO DINO. Informações Institucionais. Disponível em: <<http://fundacaoantoniiodino.org.br/home/>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. *Hospital universitário da UFMA: histórico de competência e referência.* Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufma/apresentacao>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

HUNG, M. S. et al. Incidence and risk factors of depression after diagnosis of lung cancer: A nationwide population-based study. *Medicine*, Baltimore, v. 96, n. 19, may 2017.

IAMIN, S. R. S. ZAGONEL, I. P. S. Estratégias de enfrentamento (coping) do adolescente com câncer. *Psicol. Argum.*, v. 29, n. 67, p. 427- 35, out./dez. 2011.

INCA. O papel do inca na prevenção e controle do câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 47, n. 1, p. 5-7, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estatísticas.* Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=21>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER-INCA. *O câncer de pênis.* Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/penis>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER-INCA. O que é o câncer. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acesso em: 15 set. 2018.

ISMAEL, S. M. C.; OLIVEIRA, M. F. P. Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In: KNOBEL, P. B. A.; ANDREOLI, A.; ERLICHMAN, M. R. (Orgs.), *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves.* São Paulo: Atheneu, 2008. p. 83-91.

JAMES, S. et. al. The association between adolescent risk behaviours and feelings of sadness or hopelessness: a cross-sectional survey of South African secondary school learners. *Psychol Health Med.*, n. 19, p. 1-12, 14 mar. 2017.

JACKSON S. M. The treatment of carcinoma of the penis. *Br J Surg*, v. 53, n. 1, 1966, p. 33-35, 1966.

JUAN, K. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicol. hosp. São Paulo*, v. 5, n. 1, p. 48-59, 2007.

PAULA, W.P. J.; ZANINI, D. S. Estratégias de Coping de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 27, n. 4, p. 491-7, out./dez. 2011.

KOHLSDORF, M. *Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias.* 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

KOENIG, H.G.; LARSON, D.B. LARSON, S.S. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother.* 35(3):352-9. 2001.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KRUN, F. M. B.; BANDEIRA, D. R. Desastres naturais e coping coletivo. *Paidéia*, v. 18, n. 39, p. 73-84, 2008.

KÜBLER-ROSS. E. *Sobre a Morte e o Morrer.* Martins Fontes: São Paulo, 1996.

- KUIPER, N. et al. Humor is not always the best medicine: specific components of sense of humor and psychological well-being. *Int J Humor Res*, n. 17, p. 135-68, 2004.
- LAZARUS, R. S. FOLKMAN, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
- LAZARUS, R. S. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw – Hill Book Company, 1966.
- LEBRE, D. T; LAURA, G. L. L. Rede de apoio social e afetivo e estratégias de enfrentamento na doença falciforme: um olhar sobre a pessoa e a família. *Psicol. rev. Belo Horizonte*, v. 20, n. 2, p. 353-373, 2014.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.
- LEVENTHAL, H.; BRISSETTE, I.; LEVENTHAL, E. A. The commonsense model of self-regulation of health and illness. In: CAMERON, L. D.; LEVENTHAL, H. (Eds.). *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge, 2003.
- LIBERATO, R. P.; CARVALHO, V. A. Psicoterapia. In: CARVALHO, V. A. et al. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.
- LIMA, C. M. S.; GOMES, A. J. S.; PICCOLI, A. P. B. Características emocionais em mulheres com câncer. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente*, v. 13, n. 18, 2010.
- LIMA, E. A. C.; OLIVERIA, M. A. G. *Repercussões psicológicas apresentadas por pacientes que necessitaram de hospitalização e cuidados intensivos: uma revisão bibliográfica*. 2009. Monografia de conclusão de curso de graduação (Psicologia) - Faculdades Integradas, Bebedouro, 2009.
- LINDEMBERG, M. A. Saúde- doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história. *Práxis em saúde coletiva*, 2006. Disponível em: <<http://psaudecoletiva.blogspot.com.br/2009/04/saude-doenca-conhecimento-poder-cultura.html>>. Acesso em: 22 mar. 2017.
- LIONE, F. R. Dor: aspectos médicos e psicológicos. In: CARVALHO, V. A. et al. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.
- LOPES, G. C. *A Compreensão da Doença, do Tratamento Quimioterápico e as Formas de Enfrentamento de Crianças com Câncer*. 2016. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2016.
- LOSS, A. B. M et al. Estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos de risco. *Rev. Interinst. Psicol.*, Juiz de fora, v. 8, n. 1, p. 03-18, jun. 2015.
- LOURENÇÃO, V. C.; SANTOS JR. R.; LUIZ, A. M. G. Aplicação da terapia cognitivo comportamental em tratamento de câncer. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 5, n. 2, p. 45-58, 2010.
- LUFIEGO, C. A. *Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a procedimento reconstrutivo de mama*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- MADDINENI, S.B.; LAU, M.M.; SNAGAR, V.K. Identifying the needs of penile cancer sufferers: a systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature. *Penile Cancer*. BMC Urol, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral>>. Acesso em: 10 maio 2017.

- MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O Impacto Psicológico do Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 2, p. 149-54, 2005.
- MANN J. J. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med.*, v. 136, n. 4, p. 302-11, 2002.
- MARTINHO, A. F. et al. Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Rev Bras Clin Med*, n. 7, p. 304-8, 2009.
- MENEZES, N. N.T.; SCHULZ, V.L. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estudos de Psicologia*, v. 17, n. 2, p. 233-40, maio/ago. 2012.
- MENSÓRIO, M. S. *Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade de Brasília, Brasília. 2013.
- MONTORSI, F. Prevalence of premature ejaculation: a global and regional perspective. *J Sex Med.*, n. 2, p. 96-102, 2005. Suppl. 2.
- MUHONEN, T.; TORKELOSON, E. Exploring coping effectiveness and optimism among municipal employees. *Psychology*, v. 2, n. 6, p. 584-9, 2011.
- MUKHERJEE, S. *O imperador de todos os males: uma biografia do câncer*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- NARAYAMA, A. S; ONLEY, L. E; LOENING, A. S. Carcinoma of the penis, analysis of 219 cases. *Cancer*, v.15, n.10, p. 2185-91, may 1982.
- NEVEU R. C. et al. Experiencia de 10 anos em el manejo del cancer de pene, Instituto Nacional Del Cancer (1997-2006). *Rev Chil Cir.*, v. 60, n. 2, p. 103-7, 2008.
- NIETZSCHE, F. *Nietzsche's Philosophy of Science: reflecting science on the ground of art and life*. Albany: State University of New York Press, 1994.
- NOBRE, I. N. et al. Ansiedade, depressão e desesperança no cuidador familiar de pacientes com alterações neuropsicológicas. *Acta Fisiatr*, v. 22, n. 4, p. 160-165, 2015.
- NOGUEIRA, J. M. F. V. *Consequências psicológicas do desemprego*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Cidade do Porto, 2014.
- OAKSFORD, K.; FRUDE, N.; CUDDIHY, R. Positive coping and stress-related psychological growth following lowers limb amputation. *Rehabilitation Psychology*, v. 50, n. 3, p. 266-77, 2005.
- OLIVEIRA, L. L. Sexualidade e sexuação: um estudo psicanalítico com homens penectomizados por câncer de pênis. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- OLIVEIRA, M. H. P. VIETTA, E.P. MORYA, T.M. GIR, E. Reações emocionais dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis no momento da confirmação do seu diagnóstico. *Rev. Bras. Enf., Brasília*, 40(1), jan. fev. mar. 1987.
- OLIVEIRA, J. H. A. Aspectos psicológicos de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.
- OPJORDSMOEN, S. Sexuality in patients treated for penile câncer: patient's experience and doctor's judgment. *British Journal of Urology*, v. 37, n. 5, p. 554-60, 1994.

- PAGANO, M.; KIMBERLLE, G. *Princípios de bioestatística*. São Paulo: Editora Thompson, 2003.
- PAIVA, C. B. et al. Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. *Trends Psychiatry Psychother*, v. 39, n. 1, p. 34-42, 2017.
- PAIVA, G. R. *Carcinoma de pênis: panorama da doença no estado da Bahia*. 2010. X f. Dissertação (Mestrado em Patologia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- PAIVA, K. F. Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da US Vila Garrido, Vila Velha – ES. 2015. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS, Vila Velha, 2015.
- PANOBIANCO, M. S. et al. Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. *Rev. Eletr. Enf.* v. 14, n. 3, p. 532-40, jul./sep. 2012.
- PANZINI R. G.; BANDEIRA D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v. 34, n. 1, 126-35, 2007.
- PANZINI, R. G. *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- PARGAMENT, K. I. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press, 1997.
- PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J. Clin Psychol*, v. 56, n. 4, p. 519-43, 2000.
- PARGAMENT, K. I. et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J. Sci Study Relig.*, v. 37, n. 4, p. 710-24, 1998.
- PARGAMENT, K. I. et al. Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being I a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 40, n. 3, p. 497-513, sep. 2001.
- PARKER, J. D.; ENDLER, N. S. *Coping and defese*. Handbook of coping: Theory, research, applicattions. New York: 1996.
- PASSOS, U. C. *Ansiedade, Depressão e Estresse do Enfermo Cirúrgico Oncológico*. 2009. X f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.
- PAULA, A. A. et al. Carcinoma epidermóide do pênis: considerações epidemiológicas, histopatológicas, influência viral e tratamento cirúrgico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 3, p. 243-252, 2005.
- PINTO, I. V. L. et al. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3469-81, 2016.
- PINTO, L. F. R. *V Curso de Verão: Pesquisa em Oncologia*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2013. Disponível em: <<http://revistaonco.com.br/eventos/v-curso-de-verao-de-pesquisa-em-oncologia/>>. Acesso em: 23 mar. 2017.
- PIZZATO, M. I. *Estratégias de Coping*. Rio de Janeiro: Brasport, 2007.

- PIZZOCARO, G. et al. Diretrizes para o câncer de pênis. *Eur Urol.*, v. 57, n. 6, p. 1002-12, jun. 2010.
- POMPEO A. C. L.; BILLIS A. Carcinoma epidermóide do pênis. *Uropatologia – Pênis. Int Braz J Urologia*, n. 29, p. 44-50, 2003.
- POMPEO, A. C. L. Câncer de Pênis. In: NAROZZA JUNIOR, A. N.; FILHO, M. Z.; REIS, R. B. *Urologia Fundamental*. São Paulo: Planmark, 2010.
- PORTO, A. O. *Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente a doença*. 2004. Monografia de Graduação (Bacharelado em Psicologia) - Centro Universitário de João Pessoa, Paraíba, 2004.
- QIU, T.; KLONSKY, E. D.; KLEIN, D. N. Hopelessness predicts suicide ideation but not attempts: a 10-year longitudinal study. *Suicide Life Threat Behav.*, n. 9, 2 feb. 2017.
- RAMPELOTTO, C. M.; ABAID, J. L. W. Estratégias de coping utilizadas por pilotos de caça. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, n. 35, p. 30-42, dez. 2011.
- RAMOS, B.F.; LUSTOSA, M.A. Câncer de mama feminino e psicologia. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 85-97, jun. 2009.
- REGIDOR, R. *Bom humor em família*, 2007. Disponível em: <<http://www.portaldafamilia.org>>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- REIS, A. A. S. et al. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 1105-11, 2010.
- RIM, C. H. et al. An assessment of quality of life for early phase after adjuvant radiotherapy in breast cancer survivors: a Korean multicenter survey. *Health Qual Life Outcomes*, v. 15, n. 1, p. 96, 10 may 2017.
- RODIN, G. L. C. et al. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science & Medicine*, n. 68, p. 562-9, 2009.
- ROMANO, B. W. *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- RUAN, K. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicol. hosp., São Paulo*, v. 5, n. 1, p. 48-59, 2007.
- RUDOLPH, K. D.; DENNING, M. D.; WEISZ, J. R. Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, n. 118, p. 328-57, 1995.
- RYBARCZYK, B.; NICHOLAS, J. J.; NYENHUIS, D. L. Coping with a leg amputation: integrating research and clinical practice. *Rehabilitation Psychology*, v. 42, n. 3, p. 241-256, 1997.
- SACOTO, C. P. et al. Carcinoma de pene. Nuestra experiência. *Rev. médica electrónica*. v. 25, n. 2, mar./abr, 2009.
- SAMARA, A. O. D.; AQUINO, G. B. Aspectos psicológicos do paciente oncológico diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. *Revista Científica da Faminas*, v. 9, n. 1, jan./abr. 2014.
- SANO, P. Y. et al. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. *Jornal de Pediatria*, v. 78, n. 2, 2002.

- SANTANA, J. J. R. A.; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008.
- SANTOS, Q. N. Estratégia de enfrentamento (coping) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 21, n. 2), p. 40-47, jul./dez. 2013.
- SANTOS, W. J. A. Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da Cidade de Bambuí, Minas Gerais. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2012.
- SAUAIA, B. A.; MATOS, A. S. A., DUTRA, R. L. Estudo Comparativo da Ocorrência de Câncer de Pênis. *Rev. Bras. Oncologia Clínica*. São Paulo, v. 7. n. 20, 2010.
- SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P.; MEJIAS, N. Adaptação do Inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Revista de Psicologia da Universidade de São Paulo*, v. 7, n. 1, p. 183-201, 1996.
- SCHARLOO, M.; KAPTEIN, A. Measurement of illness perception in patients with somatic chronic illness: A review. In: PETRIE, K.; WEINMANN, J. (Orgs.). *Perception of health and illness: current research and applications*. New York: Routledge, 2013.
- SCHIRMER, L. M.; MIRANDA, F. V. DUARTE, Í. V. Mulheres tratadas de câncer do colo uterino: uma análise da questão conjugal. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 99-120, jun. 2014
- SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, n. 20, p. 50-55, 2005. Supl.1.
- SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. I. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 17, n. 3, p. 225-34, 2001.
- SERVINO, S; NEIVA, E. R. CAMPOS, R. P. Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de tecnologia da informação. *Gerias, Rev. Interinst. Psicol.* [online]. 2013, vol.6, n.2, pp. 238-254. 2013.
- SETTE, C. P.; GRADVOHL, S. M. O Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 13, n. 2, 2014.
- SILVA, G. *Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- SILVA, N. M. et al. Depressão em adultos com câncer. *Ciência Atual*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1. p. 02-14, 2014.
- SILVA, R. A. A. et al. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1105-11, 2010.
- SILVA, R. S. et al. Aspectos demográficos e epidemiológicos da mortalidade por câncer no pênis. *Acta Paul Enfermagem*, v. 27, n. 1, p. 44-7, 2014.
- SILVA, V. C. E. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo. 2005.
- SIMONETTI, A. *Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença*. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

- SKINNER, E. A.; ZIMMER-GEMBECK, M. J. The development of coping. *Annu. Rev. Psychol.*, n. 58, p. 119-44, 2007.
- SOARES, A. B. et al. Humor: ingrediente indispensável nas relações sociais? *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 93-105, maio/ago. 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Câncer de pênis. Disponível em: [http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=imprensa&sub=6&dado\\_id=2272](http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=imprensa&sub=6&dado_id=2272). Acesso em 10 de abril de 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Disfunções Sexuais. Disponível em: <<http://www.sbu-sp.org.br/admin/upload/disfuncoessexuais.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.
- SOLSONA, E. et al. European Association of Urology. EUA guidelines on penile cancer. *Eur. Urol*, v. 46, n. 1, p. 46: 1-8, jul. 2004.
- SOMERFIELD, M.; MCCRAE, R. Stress and Coping Research: Methodological Challenges, Theoretical Advances, and Clinical Applications. *American Psychologist*, v. 19, n. 2, p. 620-625, 2000.
- SORATO, D. B. *Tratamento paliativo oncológico e desesperança: análise dos fatores clínicos e psicossociais associados*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2013.
- SOUZA, K. W. et al. Estratégias de prevenção para câncer de testículo e pênis: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. 1, p. 277-82, 2011.
- SPITZ, L. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. *Cadernos do IPUB*. Saúde Mental no Hospital Geral. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, n. 6, p. 85-97, 1997.
- STRAATMANN, G. Estresse, estratégia de enfrentamento e percepção da imagem corporal em adolescentes: relações com o estado nutricional. 2010. Tese (Doutorado em Psicobiologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- STRAUB, R. O. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- STROPPA, A; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 190-196, 2009.
- SULS, J.; DAVID, J. P.; HARVEY, J. H. Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, n. 64, p. 711-35, 1996.
- TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, n. 50, 2016. Supl. 2.
- TAVERNA, G.; SOUZA, W. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. *Caderno teológico da PUCPR, Curitiba*, v. 2, n. 1, p. 3-55, 2014.
- TAYLOR, S. E. Health. In: FISKE, S. T.; GILBERT, D. T.; LINDZEY, G. (Eds.). *Handbook of Social Psychology*. 5. ed. New York: Wiley, 2010. v. 1.
- TELES, A. T. T. *Câncer de Pênis: Sentimentos e Percepções de Pacientes Diagnosticados para Amputação*, 2009. Disponível em: <<http://www.webciencia.com/cancer-depenis-diagnostico-amputacao.htm>>. Acesso em: 9 jul. 2018.
- THOITS, P. A. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 52, n. 2, p. 145-61, 2011.

TUINMAN, M. A. et. al. Sexual function, depressive symptoms and marital status in nonseminoma testicular cancer patients: a longitudinal study. *Psychooncology*, v. 9, n. 3, p. 238-47, mar. 2010.

VAILLANT, G. E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, n. 103, p. 44-50, 1994.

VASCONCELOS, A. S.; COSTA, C.; BARBOSA, L. N. F. Do Transtorno de Ansiedade ao Câncer. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, dez. 2008.

VIVAN, A. S. *Estratégias de coping frente as dificuldades funcionais e sintomas de depressão e idosos institucionalizados*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

WEISENBERG, M.; TEPPER, I.; SCHWARZWALD, J. Humor as a cognitive technique for increasing pain tolerance. *Pain*, n. 63, p. 207-12, 1995.

WOOTEN, P. Humor, laughter, and play: maintaining balance in a serious world. In: DOSSEY B.; KEEGAN, L.; GUZZETTA, C. (Eds.). *Holistic nursing: a handbook for practice*. Boston: 2005. p. 497-520.

ZEIDNER, M.; SAKLOFSKE, D. Adaptive and maladaptive coping. In: ZEIDNER, M. ENDLER, N. S. *Handbook of coping*. New York: Wiley, 1996. p. 505-31.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

<b>A COMPREENSÃO SOBRE O TRATAMENTO</b>
Como tem sido seu tratamento até aqui? Na sua visão o tratamento tem te ajudado?
<b>OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRATAMENTO</b>
Que mudanças ocorreram na sua vida após o início do tratamento? Como você se sente quando precisa vir ao hospital para se tratar?
<b>O ENFRENTAMENTO</b>
O que você faz para enfrentar as dificuldades do tratamento? Como você percebe seu futuro?

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA CONSULTA AO PRONTUÁRIO SOBRE A HISTÓRIA CLÍNICA E O TRATAMENTO MÉDICO**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação (gerar um código numérico)</li><li>• Idade</li><li>• Município de Residência</li><li>• Qual seu estado civil</li><li><input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> união estável</li><li>• Número de Filhos</li><li><input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> apenas um <input type="checkbox"/> dois <input type="checkbox"/> três <input type="checkbox"/> mais de três filhos</li><li>• Escolaridade</li><li><input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> médio incompleto <input type="checkbox"/> médio completo <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo</li><li>• Ocupação Profissional</li><li>• Renda Mensal</li><li><input type="checkbox"/> Menos que um salário mínimo <input type="checkbox"/> Até um salário mínimo <input type="checkbox"/> Até dois salários mínimos <input type="checkbox"/> três ou mais salários mínimos</li><li>• Possui alguma crença religiosa</li><li><input type="checkbox"/> católico <input type="checkbox"/> evangélico <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> sem prática religiosa <input type="checkbox"/> outra: _____</li><li>• Recebeu assistência Psicológica durante o Tratamento</li><li><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</li><li>• Quando ocorreu o seu diagnóstico:</li><li>• tempo transcorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico:</li><li>• Realizou automedicação, qual: _____</li><li>• Qual o tratamento que realizou</li><li>• A quanto tempo está em tratamento</li></ul>

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM COLETA DE DADOS PARA PESQUISA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM COLETA DE DADOS PARA PESQUISA**

Estamos realizando a pesquisa de campo, do curso de mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão, denominada “ *Depressão, desesperança e processo de enfrentamento em pacientes com câncer de pênis*” que tem como objetivo compreender como pacientes enfrentam o tratamento para o câncer de pênis. Esta pesquisa será realizada em uma única etapa, que consistirá na realização de entrevista e na aplicação de três instrumentos direcionados para os pacientes. As entrevistas serão individuais e realizadas a partir de um roteiro semiestruturado de questões relativas aos seus pensamentos, comportamentos e crenças sobre o seu tratamento. A sua entrevista será gravada e posteriormente transcrita, para melhor organizar a análise das informações, porém não haverá de forma alguma identificação do entrevistado. Sobre sua participação nesta pesquisa queremos esclarecer para o senhor que:

1. A sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade;
2. A identificação de todos os envolvidos será mantida em total sigilo;
3. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo;
4. Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa, basta solicitar acesso a essas informações ao pesquisador responsável
5. Somente depois de ter entendido o que foi explicado deverá assinar este documento;
6. Informamos que participar desta pesquisa apresenta como possível risco a mobilização de questões emocionais;
7. O mestrando Alex da Silva Sousa, responsável pela pesquisa, se coloca a sua disposição para a qualquer momento tirar suas dúvidas e informar sobre o andamento da pesquisa, bem como prestar assistência psicológica imediata caso, em algum momento, o senhor se sinta prejudicado emocionalmente ou necessitando de suporte emocional em decorrência de sua participação nesta pesquisa.

Em caso de dúvida, o senhor poderá falar, a qualquer momento, com o responsável pela pesquisa, Alex da Silva Sousa, aluno de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, orientado pela professora Jena Hanay Araújo de Oliveira, cujo telefone para contato é 98-9-81390376 e o endereço de e-mail é alex.psico.2009@hotmail.com. Com essas informações, caso o senhor concorde e compreenda, solicitamos que assine os termos de sua aceitação para participar desta pesquisa como entrevistado (a).

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Mestrando Alex da Silva Sousa  
(98) – 9- 81390376

## ANEXO A – INVENTÁRIO DAS ESTRATÉGIAS DE COPING

### Inventário das estratégias de Coping

*Ways of Coping Inventory* (Folkman e Lazarus, 1985) – Adaptado por Savoia et al. (1996).

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação \_\_\_\_\_, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. Não usei esta estratégia
- 1. Usei um pouco
- 2. Usei bastante
- 3. Usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo;	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar. O tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não dar resultado, mas pelo menos estava fazendo alguma coisa;	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias	0	1	2	3
8. Conversei com outra (s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação;	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me;	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções;	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino;	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido;	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo meus sentimentos;	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação;	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas;	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo que me ajudasse a me sentir bem	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo;	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional;	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma forma positiva	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos;	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui;	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado;	0	1	2	3

28.De alguma forma extravasei meus sentimentos;	0	1	2	3
29.Compreendi que o problema foi provocado por mim;	0	1	2	3
30.Saí da experiência melhor do que eu esperava;	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema;	0	1	2	3
32.Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema;	0	1	2	3
33.Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação;	0	1	2	3
34.Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado;	0	1	2	3
35.Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso;	0	1	2	3
36.Encontrei novas crenças;	0	1	2	3
37.Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos;	0	1	2	3
38.Redescobri o que é importante na vida;	0	1	2	3
39.Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final;	0	1	2	3
40.Procurei fugir das pessoas em geral;	0	1	2	3
41.Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação;	0	1	2	3
42.Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos;	0	1	2	3
43.Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação;	0	1	2	3
44.Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela;	0	1	2	3
45.Falei com alguém sobre como estava me sentindo;	0	1	2	3
46.Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria;	0	1	2	3
47.Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s);	0	1	2	3
48.Busquei nas experiências passadas uma situação similar;	0	1	2	3
49.Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário;	0	1	2	3
50.Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo;	0	1	2	3
51.Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez;	0	1	2	3
52.Encontrei algumas soluções diferentes para o problema;	0	1	2	3
53.Aceitei, pois nada poderia ser feito;	0	1	2	3
54.Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo;	0	1	2	3
55.Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti;	0	1	2	3
56.Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma;	0	1	2	3
57. Sonhava acordado ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	0	1	2	3
58.Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse;	0	1	2	3
59.Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam;	0	1	2	3
60.Rezei;	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior;	0	1	2	3
62.Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer;	0	1	2	3
63.Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo;	0	1	2	3
64.Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa;	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo “que as coisas poderiam ter sido piores”;	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios	0	1	2	3

# BHS

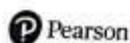
Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Meu futuro me parece negro.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. O futuro me parece vago e incerto.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.  
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa  
Todos os direitos reservados.



© 2016 Casapsí Livraria e Editora Ltda  
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade.  
Todos os direitos reservados. Avenida Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51  
Edifício New York - Centro Empresarial Água Branca Barra Funda -  
São Paulo/SP - CEP 05001-100 Tel: (11) 3672-1240 - www.pearsonclinical.com.br



7 498621 11076A



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

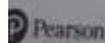
Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p><b>1</b> 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2</b> 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p><b>3</b> 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p><b>4</b> 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p><b>5</b> 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p><b>6</b> 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p><b>7</b> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p><b>8</b> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p><b>9</b> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10</b> 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p><b>11</b> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p><b>12</b> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p><b>13</b> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO



Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.  
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa  
Todos os direitos reservados.



© 2001 Casapari Livraria e Editora Ltda  
Tradução e adaptação brasileira.  
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para  
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.  
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

**14** 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.

- 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
- 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
- 3 Acredito que pareço feio.

**15** 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.

- 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

**16** 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.

- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

**17** 0 Não fico mais cansado do que o habitual.

- 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
- 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

**18** 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.

- 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- 2 Meu apetite é muito pior agora.
- 3 Absolutamente não tenho mais apetite.

**19** 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.

- 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
- 2 Perdi mais do que 5 quilos.
- 3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**20** 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.

- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

**21** 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

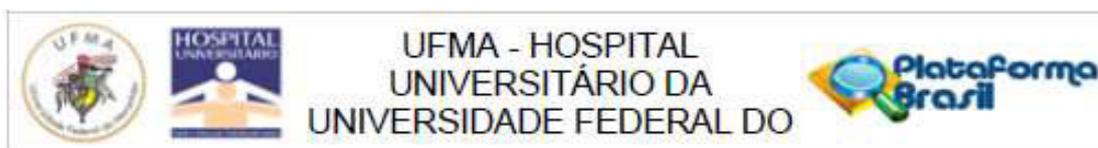
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
- 2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 2

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1

\_\_\_\_\_ Escore Total.

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DEPRESSÃO, DESESPERANÇA E PROCESSO DE ENFRENTAMENTO EM PACIENTES COM CÂNCER DE PÊNIS

**Pesquisador:** Alex da Silva Sousa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 78054417.3.1001.5088

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.405.812

#### Apresentação do Projeto:

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2017) o câncer é a uma nomenclatura que representa um conjunto com mais de 100 doenças, possuindo em comum o aspecto do crescimento desordenado de células com capacidade para invadir outros tecidos e órgãos. Tais células podem se dividir rapidamente tomando o processo agressivo e incontrolável formando os tumores sólidos. Ainda de acordo com o INCA (2017) os fatores de risco que favorecem o surgimento do câncer podem ser tanto externos quanto internos ao sujeito. Os principais agentes externos podem ser o meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade, já a exemplo dos internos pode-se citar a genética que é pré-determinadas, estando ligados à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Dentre um dos tipos que podem acometer a população masculina tem-se o câncer de pênis que na perspectiva de Pompeo (2014) o câncer de pênis, ou carcinoma epidermoide de pênis (CEP), é neoplasia rara em países desenvolvidos, contrariamente ao que ocorre em regiões de baixo padrão socioeconômico como nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, que na década de 1980 o CEP representava 16% dos tumores malignos em homens adultos e era a terceira neoplasia mais frequente do trato geniturinário, superada apenas pelos tumores de próstata e bexiga. O CEP apresenta a maior incidência em homens maiores de 50 anos podendo acometer também os mais jovens, seu surgimento relaciona-se às baixas condições socioeconômicas e de instrução, à realização da higiene íntima de forma precária ou mesmo inexistente e a homens que não foram circuncidados.

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

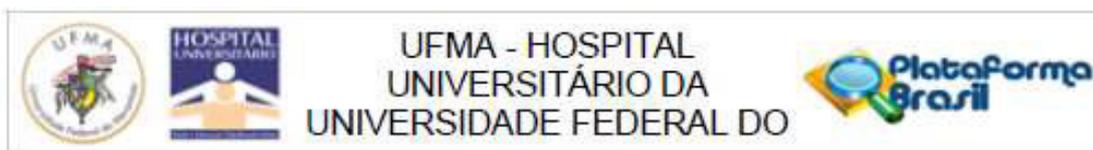
**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.405.812

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1001230.pdf	27/10/2017 12:24:14		Aceito
Outros	Carta_resposta_assinada.pdf	27/10/2017 12:23:49	Alex da Silva Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/10/2017 17:59:16	Alex da Silva Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	26/09/2017 15:02:00	Alex da Silva Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_FINANCEIRA.pdf	26/09/2017 20:38:15	Alex da Silva Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	26/09/2017 20:36:48	Alex da Silva Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	26/09/2017 20:35:27	Alex da Silva Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_HUUFMA.pdf	26/09/2017 20:34:04	Alex da Silva Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_ALDENORA_BELO.pdf	26/09/2017 20:33:48	Alex da Silva Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	26/09/2017 19:31:34	Alex da Silva Sousa	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	26/09/2017 19:21:49	Alex da Silva Sousa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/09/2017 19:16:19	Alex da Silva Sousa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 29 de Novembro de 2017

Assinado por:  
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br