

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - *campus* SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS (CECH)
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA (DPsi)

JULIA LUANA DELFINO

A ADAPTAÇÃO AO CÂNCER EM CASAIS BRASILEIROS
ADAPTATION TO CANCER AMONG BRAZILIAN COUPLES

São Carlos - SP
2023

JULIA LUANA DELFINO¹

A adaptação ao câncer em casais brasileiros

Adaptation to cancer among Brazilian couples

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Joan Barham

São Carlos - SP
2023

¹ Bolsista PIBIC Processo 148646/2022-0

AGRADECIMENTOS

À minha família, por todo o amor, apoio e incentivo que me deram ao longo deste percurso acadêmico. Mãe e pai, vocês foram os meus principais pilares durante este período e minha inspiração para este trabalho. Desde o início dos meus estudos, vocês sempre me encorajaram e me apoiaram em tudo o que eu precisava e em todas minhas decisões. Foram muitas noites em que eu não pude contar com o conforto e o aconchego do lar, após um longo dia de estudos ou de trabalho. Mas também foram muitas vezes em que vocês me ajudaram a superar a ansiedade e o medo, e me deram as palavras de incentivo que eu precisava para continuar. Não importa o que aconteça, eu sempre saberei que posso contar com vocês. Vocês são os meus maiores exemplos de dedicação, trabalho duro e amor incondicional. Sem a orientação e a sabedoria que vocês me proporcionaram, eu não teria sido capaz de chegar até aqui. Por tudo o que vocês fizeram por mim, eu só posso dizer obrigado. Eu amo muito vocês e sou grata por terem me proporcionado tantas oportunidades.

Ao meu avô José, por ser de longe a pessoas que mais acreditou em mim. Você nunca duvidou que eu conseguiria, e tenho certeza que não existe pessoa no mundo que esteja mais orgulhosa de mim do que você. Espero um dia poder retribuir por tudo o que fez por mim todos esses anos. Me enche o coração ver o quanto os meus sonhos se tornam os seus. Obrigada por torna-los realidade e que continuemos sonhando juntos.

Ao meu namorado, por todo o apoio e amor não só durante a realização deste trabalho, como também em toda nossa história. Sem a sua paciência, encorajamento e carinho, eu não teria sido capaz de superar todos os desafios e obstáculos que surgiram durante minha jornada. Você sempre esteve presente para mim, seja para me ouvir desabafar, para me incentivar quando eu estava desanimada, ou para me dar um abraço e dizer que tudo ficaria bem. Seu amor me deu forças para seguir em frente, mesmo quando eu pensei em desistir, e só você sabe o quanto foi difícil. Este trabalho é uma realização não apenas minha, mas também sua, pois você me ajudou a chegar até aqui. E, embora você não saiba, viver o seu amor, foi o que me motivou a estudar o amor de outros casais. Eu me sinto profundamente grata por ter você como meu companheiro de vida. Eu te amo mais do que palavras podem expressar! Um pelo outro sempre e pra sempre!

Aos meus amigos de faculdade, eu quero expressar minha profunda gratidão por tudo o que vocês fizeram por mim. Quando eu entrei na faculdade, eu não fazia ideia de como seria essa jornada. Mas eu sabia que, com o tempo, eu encontraria pessoas incríveis, que me ajudariam a superar todos os desafios que surgiriam. E assim foi. Vocês foram os meus principais companheiros de jornada, me incentivando, me apoiando e me dando as risadas

necessárias para trazer leveza em meus dias. Foi com vocês que eu aprendi a valorizar cada momento da minha vida e a viver intensamente. Cada conversa, cada piada, cada abraço e cada palavra de encorajamento foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Eu amo muito vocês e sou grata por ter amigos tão especiais em minha vida. Espero que nossa amizade dure para sempre e que possamos continuar compartilhando nossas vidas por muitos e muitos anos.

À minha orientadora, pelo tempo, paciência e orientação dedicados à minha pesquisa, e por me ajudar a desenvolver minhas habilidades acadêmicas. Ao longo deste tempo em que trabalhamos juntos, você se mostrou não só uma excelente professora e orientadora, mas também uma pessoa incrível, com um coração enorme e um talento excepcional para motivar e inspirar seus alunos. Sua sabedoria, paciência e atenção aos detalhes foram fundamentais para que eu pudesse concluir este trabalho com sucesso. Se não fosse por você, eu não teria sido capaz de superar tantos obstáculos e de chegar aonde cheguei. Suas orientações, sugestões e correções foram cruciais para que este trabalho se tornasse uma realidade. E mais do que isso, você me acolheu no meu momento de mais fragilidade e se mostrou uma amiga e confidente, sempre disposta a me ouvir e a me ajudar em tudo o que eu precisava. Não tenho palavras para expressar o quanto sou grata por ter você como minha orientadora.

À Mirian, por confiar em meu trabalho e por me ajudar assiduamente a encontrar pessoas dispostas a compartilhar suas histórias. E à sua filha, Camila, minha parecerista, por toda a dedicação e esforço na avaliação do meu trabalho. Seu conhecimento e habilidade foram fundamentais e suas sugestões valiosas. Agradeço de coração pela ajuda de ambas e desejo com muito amor toda a felicidade do mundo para vocês.

Agradeço aos participantes da minha pesquisa, que gentilmente concordaram em compartilhar suas experiências, alegrias e dores comigo. Levarei para a vida a história de cada um e sou muito grata por tudo que aprendi com vocês. Muito obrigada por tornarem meu trabalho uma realidade. Espero que um dia os frutos desta singela pesquisa possam ser colhidos por vocês.

Agradeço também à CNPQ que apoiou a minha pesquisa, fornecendo recursos e infraestrutura para que eu pudesse realizar meu estudo.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento acadêmico e pessoal durante este período, e que me ajudaram a chegar até aqui. Obrigada a todos!

Delfino, J. L. (2023). A adaptação ao câncer em casais brasileiros (Monografia). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 44 pp.

RESUMO

Para pessoas em processo de tratamento para câncer, os cuidadores são de importância fundamental. Quando o cuidador principal é o(a) cônjuge do paciente, o câncer se torna um estressor compartilhado a ser enfrentado por ambos os membros do casal. Considerando a insuficiência de estudos psicológicos nacionais sobre os efeitos psicológicos do câncer para casais, e a importância do assunto, o objetivo do presente estudo foi descrever esforços individuais e diádicos de *coping* por membros de casais brasileiros que vivem com câncer e suas percepções de bem-estar individual e do relacionamento do casal. Para isso foram recrutadas 20 pessoas, 12 pacientes com câncer e 8 parceiros-cuidadores, que responderam a instrumentos para avaliar seu uso de estratégias de regulação emocional e *coping* diádico, bem como suas percepções de qualidade de vida e satisfação conjugal. Os pacientes relataram uso significativamente maior do que os cuidadores de três estratégias de regulação emocional individual (estratégias adequadas, evitação de paralisação e controle do pessimismo), mas percepções similares de uso de estratégias de *coping* diádico, qualidade de vida e satisfação conjugal. Apenas as percepções de bem-estar emocional eram diferentes, sendo, inesperadamente, mais positivas para os pacientes do que para os cuidadores. O uso de estratégias adequadas, evitação de paralisação e controle do pessimismo estavam significativamente relacionados com percepções de qualidade de vida. O controle da externalização da agressividade e todas as formas de *coping* diádico estavam relacionados com satisfação com a relação conjugal. Nos comentários dos pacientes, a maior parte indicou a importância do apoio prático e emocional recebido do seu parceiro. Apesar do número pequeno

de respostas, os cuidadores relataram lidar com dificuldades emocionais que não compartilhavam com outras pessoas. Ficou evidente a importância de habilidades de regulação emocional para o bem-estar dos pacientes e cuidadores e as habilidades do controle da agressividade e *coping* diádico para a qualidade do relacionamento do casal. Em estudos futuros, será importante atentar para as necessidades de ambos os membros do casal, bem como, desenvolver e avaliar intervenções para fortalecer habilidades que contribuem para a qualidade da relação conjugal, considerando a centralidade desse relacionamento na vida dos pacientes e dos cuidadores-parceiros.

Palavras-chave: psicooncologia, parceiros íntimos, apoio psicológico

Delfino, J. L. (2023). Adaptation to cancer among Brazilian couples (Honors thesis).
Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 44 pp.

ABSTRACT

Caregivers are of fundamental importance in assisting people being treated for cancer. When the primary caregiver is the patient's spouse, however, cancer becomes a shared stressor that is faced by both members of the couple. Considering the limited number of studies on the psychological effects of cancer for couples, and the importance of this issue, the aim of the current study was to describe individual and dyadic coping strategies used by Brazilian couples living with cancer, and their perceptions of individual well-being and of the marital relationship. For this purpose, 20 participants were recruited, 12 cancer patients and 8 caregiver-partners, who responded to instruments to assess their use of emotional regulation strategies and dyadic coping, as well as their perceptions of quality of life and marital satisfaction. Compared to the caregiver-partners, cancer patients reported significantly greater use of three emotional regulation strategies (functional forms of emotional regulation, avoidance of passivity, and control of pessimism), but similar perceptions of their use of dyadic coping strategies, quality of life and marital satisfaction. Only perceptions of emotional well-being were different, and, unexpectedly, were more positive for patients than for caregivers. The use of functional forms of emotional regulation, avoidance of passivity, and control of pessimism were significantly related to perceptions of quality of life. Control over externalizing aggression and all forms of dyadic coping were related to satisfaction with the marital relationship. In the patients' comments, most indicated the importance of practical and emotional support received from their partners. The number of responses was low, but the caregivers described emotional difficulties that they had not shared with others. The results indicate the importance of emotion regulation strategies for the well-being of the patients and caregivers, and the importance of control over aggressiveness and dyadic coping skills for the quality of the couple relationship. In future studies, it will be important to pay attention to the needs of both members of the couple, and to develop and evaluate interventions to strengthen abilities that contribute to the quality of the conjugal relationship, considering the centrality of this relationship in the lives of patients and caregiver partners.

Keywords: psycho-oncology intimate partners, psychological support

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Perfil dos Participantes</i>	18
Tabela 2. <i>Estatísticas Descritivas e Teste das Diferenças entre Pacientes e Cuidadores</i>	24
Tabela 3. <i>Correlações entre o Uso de Estratégias de Regulação Emocional e Percepções de Qualidade de Vida</i>	26
Tabela 4. <i>Correlações entre o Uso de Estratégias de Regulação Emocional e Satisfação Conjugal</i>	27
Tabela 5. <i>Correlação entre o Uso de Estratégias de Coping Diádico e Percepções de Qualidade de Vida</i>	28
Tabela 6. <i>Correlação entre o Uso de Estratégias de Coping Diádico e Satisfação Conjugal</i>	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
Justificativa	15
2. OBJETIVOS	17
2.1. Objetivo geral	17
2.2. Objetivos específicos	17
3. MÉTODO	18
3.1. Amostra	18
3.2. Instrumentos	20
3.2.1. Questionário de Caracterização	20
3.2.2. Escala de Autorregulação Emocional - Versão Adulto (EARE-A)	20
3.2.3. <i>Dyadic Coping Inventory</i> (DCI)	21
3.2.4. <i>Functional Assessment of Cancer Therapy</i> (FACT)	21
3.2.5. Escala de Satisfação Conjugal (ESC)	22
3.3. Procedimentos	23
3.4. Análise de dados	23
4. RESULTADOS	23
4.1. Comparações entre os pacientes e cuidadores	24
4.2. Relações entre regulação emocional, coping diádico, qualidade de vida e satisfação conjugal	26
4.3. Análise qualitativa das percepções dos pacientes e cuidadores	29
5. DISCUSSÃO	32
6. CONCLUSÃO	37
7. REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2020), câncer é um termo que abrange um grupo de doenças que tem como principal característica “ a rápida criação de células anormais que crescem além de seus limites habituais e podem invadir partes adjacentes do corpo e se espalhar para outros órgãos”. Atualmente, o câncer é um importante problema de saúde pública mundial, sendo uma das principais causas de morte prematura na maior parte dos países. Segundo a compilação das estatísticas de câncer GLOBOCAN da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (*International Agency for Research on Cancer - IARC*), em 2020 houveram aproximadamente 19,3 milhões de novos casos de câncer e quase 10,0 milhões de mortes por câncer em todo o mundo. No Brasil, o número de novos casos foi de 522.212, com aproximadamente 260.000 mortes por câncer. Para 2040, a estimativa é de que ocorra um aumento de 47% do número mundial de casos em relação a 2020 (Sung et al., 2021).

O câncer pode ser classificado em diferentes fases, avaliando-se diferentes dimensões, para descrever a evolução biológica da doença (visão médica), mudanças no funcionamento clínico do paciente e alterações no bem-estar psicossocial da pessoa que vive com câncer. As fases médicas da doença são definidas no Sistema de Classificação Universal desenvolvido pela Comissão Mista Americana sobre Câncer. Por meio desse sistema, o estágio da doença é classificado de acordo com critérios biológicos tais como o tamanho do tumor e grau de extensão, envolvimento de nódulos e evidências de metástase. Já as fases de funcionamento clínico do paciente são demarcadas de acordo com o impacto da doença no funcionamento do paciente em atividades de autocuidado e trabalho (sendo uma atividade remunerada ou não), medido geralmente usando a Escala de Performance de Karnofsky (Karnofsky et al., 1948). Um terceiro sistema de classificação da evolução da doença foca em demandas psicossociais que surjam na vida do paciente, apontando os diferentes desafios psicossociais enfrentados pelo paciente e por seus familiares no curso da doença (Clipp et al., 2001).

Durante estas diferentes fases da doença, a maioria dos pacientes com câncer experimenta níveis clinicamente significativos de sofrimento físico, os quais afetam sua independência e seus relacionamentos, incluindo ameaças a seu corpo e até mesmo à sua existência. Por exemplo, Iskandar et al. (2021) e Mendonça et al. (2021) observaram que a perda de funcionalidade devido ao declínio físico causa um sentimento de perda de controle, em função da necessidade de receber ajuda de outras pessoas para realizar atividades que, antes, o paciente era capaz de realizar sozinho. Além disso, esses autores apontaram que uma redução no nível de independência do paciente leva a problemas relacionados à perda de identidade,

sexualidade e autoimagem. Efeitos observados sobre o bem-estar emocional do paciente incluem sentimentos de ansiedade, desamparo e desesperança, relacionadas a questões como inviabilidade de cura, falta de resposta ao tratamento e até aceitação da própria morte em alguns casos. Nesse contexto de mudanças e sofrimento intenso, Iskandar et al. e Mendonça et al. também observaram que o papel dos cuidadores é de extrema importância ao longo da trajetória do câncer, sendo que o envolvimento do cuidador também tende a variar nas diferentes fases da doença.

Por exemplo, após o diagnóstico, os cuidadores estão ativamente envolvidos junto com os pacientes na tomada de decisões sobre opções de tratamento, seja por meio da participação ativa na tomada de decisões informadas ou pelo apoio às preferências dos pacientes. Coyne et al. (2017) relataram que, durante o tratamento do câncer, os cuidadores fornecem apoio emocional, ajudam no gerenciamento de sintomas, tarefas domésticas, transporte para consultas e exames, administração de medicações e seguimento de dietas nutricionais e finanças. Além disso, após a finalização do tratamento oncológico (por exemplo, sessões de quimioterapia), os cuidadores prestam assistência na reabilitação do sobrevivente, auxiliam na vigilância para sintomas de reincidência e incentivam mudanças comportamentais no estilo de vida para que a pessoa se recupere e se torne o mais saudável possível, diminuindo o risco de um segundo episódio de câncer ou do aparecimento de outras doenças crônicas (Badr et al., 2019). Não é incomum que o cuidador do paciente seja alguém com vínculo familiar, como cônjuges, irmãos, filhos, pais e amigos dos pacientes, dado que a família desempenha um papel essencial no apoio ao paciente com câncer; o apoio prático e socioemocional do cuidador representa um recurso vital no enfrentamento da doença (Ahmad et al., 2017).

O parceiro do paciente com câncer

Quando o cuidado é exercido por familiares (pais, filhos, cônjuge), ou até mesmo por cuidadores profissionais, a doença é tida como um estressor centrado no paciente, a ser enfrentado com a ajuda dos cuidadores, e as demandas práticas e socioemocionais sob os cuidadores também geram estresse para o cuidador. Quando o vínculo emocional e a interdependência entre as partes é alta, como tende a acontecer quando o cuidador principal é o (a) cônjuge do paciente, o câncer se torna uma “doença-nós”, onde ambos são afetados pela doença, sendo está um estressor compartilhado a ser enfrentado pelo casal enquanto uma unidade. Assim, sentir-se pertencente ao relacionamento e enxergar o parceiro como parte de sua equipe ajuda o paciente a se sentir confiante e capaz de enfrentar as demandas por vir e a se adaptar à situação (Ahmad et al., 2017). Entretanto, nesses casos, a atenção é redobrada, dado que pacientes e parceiros podem influenciar diretamente a saúde física e mental um do

outro. A piora da saúde física do paciente afeta a saúde mental do cuidador, gerando maiores níveis de ansiedade, depressão e angústia. Uma pior saúde mental do paciente está diretamente associada a uma pior saúde mental, como também, física do cuidador (Streck et al., 2020).

O câncer, desse modo, traz impactos para a vida do paciente como também ao cônjuge. Ambos experenciam uma gama de mudanças na rotina e nos seus planos de vida, decorrentes dos desafios de lidar com os efeitos da doença e do tratamento, que muitas vezes acarretam estresse e sofrimento aos envolvidos (Padova et al., 2019). Em meio a essas mudanças, o cuidador deve ainda conciliar o papel de cuidador com o trabalho e as tarefas de casa, lidar com situações de tensão com os demais envolvidos e o desgaste financeiro em decorrência da redução de tempo para o trabalho remunerado e altos custos com o cuidado do paciente. Se o cuidador não se adapta bem às mudanças, é provável que sentimentos como ansiedade, depressão, culpa, vergonha, isolamento, medo e raiva surjam (Duggleby et al., 2017).

Assim, para os cuidadores, ocorrem mudanças significativas em seu ambiente, nos papéis e relacionamentos, nas prioridades, na saúde física e mental e na esperança para o futuro. O parceiro-cuidador se torna responsável por fornecer apoio emocional, exercendo papel de ouvinte, acolhendo sentimentos relacionados ao câncer, transmitindo sensação de unidade e reforçando que ambos enfrentarão a doença juntos, mesmo sofrendo muitas perdas e preocupações. Além disso, o parceiro deve fornecer apoio prático ao paciente, ajudando, por exemplo, a administrar medicações, acompanhar em consulta e compreender informações do diagnóstico e tratamento (Regan et al., 2015).

Outras mudanças experienciadas pelos casais incluem um aumento na tensão emocional devido a preocupações com o estado de saúde do paciente, impactos das dificuldades e preocupações do casal sobre os filhos, mudanças de planos (como a construção de família), mudanças de humor do paciente (especialmente quando envolvem o descontrole emocional ou a supressão excessiva de sentimentos), falta de atenção às necessidades do parceiro por parte dos profissionais de saúde, e incertezas sobre o futuro e sobre as finanças (Lyons et al., 2021). Efeitos do tratamento também podem criar tensões na intimidade do casal, uma vez que os sintomas físicos e emocionais geram limitações sexuais ao paciente. Além disso, as preocupações de fertilidade relacionadas ao câncer e ao tratamento geram uma tensão extra em casais que desejam constituir uma família e gerar filhos. A negociação de mudanças na trajetória de relacionamento esperada, mudanças psicosssexuais e físicas decorrentes da doença e as preocupações com a infertilidade podem causar uma ruptura na intimidade sexual do casal e contribuir para o rompimento parcial ou total do relacionamento (Hawkey et al., 2020).

Além das preocupações com a fertilidade e relação sexual mais em geral, os casais apresentam outras preocupações compartilhadas e individuais (Dorros et al., 2017; Martinez et al., 2020). Para os pacientes, as preocupações concentravam-se em questões relacionadas ao câncer e ao tratamento, como quimioterapia, radioterapia e cirurgia, além de outras preocupações como falta de energia, dificuldade em fazer atividades físicas e não se sentir sexualmente atraente. Já para os parceiros-cuidadores, as preocupações centravam-se no bem-estar de seu cônjuge e comportamentos de apoio, com anseios sobre o que fazer para ajudar e apoiar o parceiro, além de sentimentos de sobrecarga devidos a estes comportamentos de apoio. Apesar das divergências, preocupações comuns entre os pacientes e seus cônjuges-cuidadores são a dificuldade com os efeitos colaterais do tratamento, manutenção e negociação do relacionamento, dor e ansiedade. As questões menos preocupantes relatadas pelos pacientes e cônjuges foram seguir as instruções de cuidados médicos, dificuldade com amigos ou familiares e dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde (Dorros et al., 2017; Martinez et al., 2020).

Questões da fase terminal

Uma outra questão a ser enfrentada por alguns casais aparece quando a cura se torna inviável e a morte do paciente se torna iminente, durante a fase do câncer reconhecida como a fase terminal. Casais que enfrentam essa fase apresentam como seu maior desafio manter um relacionamento íntimo, enquanto, ao mesmo tempo, permitem gradualmente que se separem um do outro através da aproximação da morte (Chung et al., 2018). Frente a isso, os maiores desejos dos pacientes e de seus parceiros são fortalecer seu relacionamento íntimo, passando um tempo valioso juntos e criando lembranças com alto valor emocional e afetivo. Assim, confrontar a mortalidade torna-se uma tarefa complexa, à medida que é necessário equilibrar as emoções de alegria e tristeza dos casais durante os últimos dias.

Além de lidar com o luto antecipado, os casais enfrentam outras tarefas, como negociar as escolhas difíceis em relação aos cuidados paliativos, mudanças de papel e estilo de vida, falar sobre o legado do parceiro doente e tentar resolver conflitos passados (Benoot et al., 2020). Devido à intensidade de todas estas questões, é comum que os casais apresentem níveis significativos de sofrimento emocional, como angústia, sintomas depressivos, ansiedade e sentimento elevado de desesperança e tensão, que aumentam à medida que a morte se aproxima. Os casais também apresentam maiores problemas de ajuste e reduções na satisfação conjugal e funcionamento familiar quando comparados a casais com doença em estágio inicial (McLean & Jones, 2007).

Enfrentamento - Regulação emocional individual e *coping* diádico

Cada membro do casal será emocionalmente impactado pelas dificuldades de lidar com todos os aspectos físicos e socioemocionais do diagnóstico de câncer. Na literatura sobre respostas comportamentais diante de situações envolvendo emoções negativas, são discutidas respostas “automáticas” (de luta, fuga ou congelamento) que surgem espontaneamente na maior parte das pessoas (Noronha et al., 2018). Nesses casos, o indivíduo pode até evitar um problema, a curto prazo, mas não encontrará formas de lidar com a dificuldade a longo prazo. Entre as reações não adaptativas, podem ocorrer: desamparo aprendido, ruminação, reação impulsiva, incômodo com respostas emocionais, dificuldade em se engajar em comportamentos úteis e falta de consciência emocional (Noronha et al., 2018).

Com base na sua análise da literatura (Gross, 2015) descreveu algumas das estratégias que as pessoas podem usar para elaborar respostas mais funcionais para tentar lidar com dificuldades, usando repertórios de autorregulação emocional. Entre as estratégias positivas, por exemplo, existem: se acalmar, aceitação, reavaliação cognitiva, reorientação da atenção e conversar sobre o problema com a outra pessoa. Por meio do uso destas estratégias, a pessoa procura lidar com os sentimentos negativos que surgem, com o objetivo de restabelecer seu bem-estar emocional, mesmo diante de eventos indesejáveis.

Para lidar com todas as mudanças e preocupações que ocorram quando um casal precisa lidar com câncer, um recurso socioemocional adicional importante é o enfrentamento ou *coping* diádico. Junto com os esforços individuais, o *coping* diádico refere-se às estratégias positivas e negativas utilizadas pelos casais para lidar juntos com estressores que afetam ambos os parceiros direta ou indiretamente e desencadeiam um esforço de enfrentamento compartilhado. De acordo com o modelo sistêmico transacional de Bodenmann (1997), existem seis tipos de *coping* diádico, sendo três positivos e três negativos.

Os três tipos de *coping* diádico positivo são: (a) *coping* diádico conjunto, que se refere às estratégias de *coping* utilizadas pelo casal quando ambos estão expostos ao estressor, e inclui resolução de problemas conjunto, partilha de sentimentos, e comprometimento mútuo; (b) *coping* diádico de suporte, que se refere ao apoio de um parceiro para o outro quando apenas um está afetado pelo estressor e inclui compreensão empática, expressão de solidariedade com o parceiro, diálogo reconfortante e suporte prático; (c) *coping* diádico delegado, que envolve aliviar o estresse do (a) parceiro (a), através do suporte prático, como assumir algumas de suas responsabilidades. Já os tipos de *coping* diádico negativos são: (a) *coping* diádico hostil, que ocorre quando o suporte é ofensivo, insultuoso e desrespeitoso e inclui desprezo, distanciamento, gozo, sarcasmo, desinteresse aberto ou minimização da gravidade do estresse

do parceiro; (b) *coping* diádico ambivalente, quando o suporte é incongruente e um dos parceiros apoia o outro com relutância ou mediante contribuição; (c) *coping* diádico superficial, no qual o suporte não é sincero, como fazer perguntas sobre os sentimentos do cônjuge sem escutar, ou apoiar o cônjuge sem empatia.

Em resumo, um enfrentamento diádico adequado compõe-se de auxílio mútuo em tarefas, apoio empático, discussão de soluções em conjunto, comunicação assertiva sobre preocupações, sentimentos e necessidades em relação ao câncer e ao relacionamento, bem como realização de atividades prazerosas e momentos de lazer. Esses aspectos ajudam a melhorar a qualidade do relacionamento, aumentando a confiança mútua e sentimento de pertencimento do casal. Em contrapartida, padrões de comunicação disfuncionais, a falta de empatia, desinteresse e distanciamento no enfrentamento diádico podem ser prejudiciais à qualidade do relacionamento do casal, levando a problemas de falta de abertura, intimidade e confiança (Ștefănuț et al., 2021; Traa et al., 2015).

Em consonância com o conceito de *coping* diádico, vivenciar as diversas etapas do câncer (como consultas, exames e sessões de quimioterapia) em conjunto, reduz os efeitos negativos de lidar com o desconhecido, a ameaça da perda e as incertezas advindas da doença. Esse compartilhamento favorece a aquisição de conhecimentos mais objetivos e realistas para ambos e os parceiros se sentem mais preparados para lidar com a situação, pois entendem melhor as possíveis consequências e riscos. Outra estratégia é a expressão aberta de sentimentos e fornecimento de apoio mútuo, mas ainda assim, respeitando a privacidade e a experiência subjetiva do outro, atendendo às necessidades individuais e as necessidades do casal. Alguns casais também optam por continuar com suas atividades e projetos, pois isso evita que se sobrecarreguem com perturbações relacionadas à doença (Traa et al, 2015).

Quanto à rede de apoio social, os casais decidem sobre quanto se abrir aos demais, com base nas suas percepções sobre seus entes queridos. Aqueles identificados como sendo uma fonte de apoio, encorajamento, alívio a carga de trabalho, distrações e prazeres são procurados, enquanto aqueles vistos como uma fonte de tensão, desânimo, intrusão ou frustração são evitados (Picard et al., 2005). Já para o fortalecimento da relação, parece ajudar o casal quando os dois podem passar um tempo “aos sós”, sem as crianças, buscando fazer coisas mais divertidas e evitando interações que envolvam questões ligadas à doença (Shands et al., 2006).

Apoio de um psicólogo

No entanto, pode ser difícil se adaptar a esse contexto tão incerto e cheio de sofrimento. Assim, outro recurso importante para ajudar o casal a se adaptar ao câncer são as intervenções psicológicas. No contexto psicooncológico, intervenções para casais podem levar a melhorias

no ajuste psicológico e social e na percepção de qualidade de vida de pacientes com câncer e seus parceiros (Badr & Krebs, 2012). As áreas de intervenção descritas na literatura são diversas, como por exemplo, habilidades de enfrentamento diádica e individual, comunicação, sexualidade, gerenciamento de estresse, autoestima e psicoeducação sobre a doença (Li & Loke, 2014). Tais intervenções tem potencial para alcançar bons resultados, pois abordam simultaneamente o paciente, o cuidador e o relacionamento interpessoal entre estes (Sharma et al., 2021). Uma das abordagens terapêuticas mais amplamente estudadas em psicooncologia é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que tem por objetivo alterar comportamentos, pensamentos e emoções. Com base em evidências a respeito dos efeitos do uso desta abordagem, parece que contribui para tratamentos eficazes para vários problemas relacionados ao câncer, como sintomas de humor, dor, fadiga e insônia (Kilkus, 2022).

A terapia cognitivo-comportamental é uma forma de psicoterapia desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 1960, direcionada para a solução de problemas socioemocionais, tais como a depressão, por meio da modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Essa abordagem se baseia em dois princípios, sendo o primeiro deles a noção de que nossas cognições têm uma influência sobre nossas emoções e comportamento. O segundo princípio aponta que o contrário também é verdade: o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções (Beck, 1964). Nesse sentido, um importante aspecto dentro da TCC é a conceituação do modelo cognitivo, o qual propõe que os pensamentos de um indivíduo influenciam os seus sentimentos e comportamentos, ou seja, de acordo com o modelo, as emoções, comportamentos e a fisiologia do paciente são influenciados pela forma como ele interpreta as situações de sua vida. De acordo com Judith Beck, quando as pessoas aprendem a avaliar os próprios pensamentos de maneira realista elas alcançam uma melhora em seu estado emocional e comportamental. A partir disso, na TCC, o psicólogo busca produzir uma mudança cognitiva no paciente visando produzir mudanças emocionais e comportamentais duradouras (Beck, 2014).

O interesse em usar a terapia cognitivo-comportamental no cenário de tratamento do câncer se expandiu, pois, demonstrou efetivamente fornecer uma maneira rápida e acessível de abordar o sofrimento psicológico e melhorar a qualidade de vida quando comparado a outras intervenções. A partir da adaptação do modelo cognitivo às especificidades cognitivas de pacientes com câncer, inúmeras diretrizes de intervenção psicológica têm se apoiado nos princípios da TCC para mudar as crenças, comportamentos e cognições dos pacientes e seus cuidadores, levando à redução do sofrimento e uma melhor adaptação (Peixoto et al.,

2021). Além disso, a TCC fornecida no contexto de cuidados médicos especializados pode desempenhar um papel importante, contribuindo para maximizar a resposta ao tratamento médico (Magidson & Weisberg, 2014). Na prática, os participantes aprendem técnicas de relaxamento, como relaxamento muscular progressivo, para o manejo de emoções ansiosas e depressivas, gerenciamento de estresse, identificação e modificação de pensamentos negativos (reestruturação cognitiva), estratégias de enfrentamento funcionais, além de serem expostos a técnicas como ativação comportamental (realizar atividades agradáveis) e dessensibilização sistemática, conforme demanda (Kilkus, 2022).

Dada o potencial da TCC em ajudar na adaptação de casais às mudanças provenientes do câncer, no presente estudo é feita uma integração entre os componentes da TCC (emoção, pensamento e comportamento) e o modelo teórico escolhido para nortear etapas desta pesquisa científica, o modelo de intimidade de relacionamento de adaptação do casal ao câncer de Manne e Badr (2008). Tal modelo adota como princípio a experiência do câncer vivida em termos relacionais, ou seja, a doença acomete o casal enquanto unidade, e não dois indivíduos em separado. Assim, a intimidade e os processos de relacionamento devem ser adotados como as ferramentas principais para que ocorra a adaptação dos casais ao câncer.

Segundo esse modelo, existem três processos que ajudam no aprimoramento do relacionamento (Manne & Badr, 2008). O primeiro é a auto revelação recíproca, que abrange um diálogo aberto sobre as preocupações e sentimentos em relação à experiência do câncer. Este primeiro passo envolve a comunicação do fato e abrange, dentre os componentes da TCC, os pensamentos e emoções. O segundo processo, chamado de capacidade de resposta do parceiro, diz respeito a como o parceiro irá responder ao primeiro processo, devendo fazer o parceiro sentir-se compreendido, cuidado e aceito. Nesse processo, o componente principal é a emoção, com foco na regulação emocional para ouvir e acolher o fato. O terceiro processo é o engajamento no relacionamento, que significa entender que o câncer afetará diretamente o relacionamento e que será necessário adotar comportamentos que ajudem a modificar e melhorar o relacionamento, como abertura para discussão de problemas e valorização de componentes da relação que são importantes para o parceiro. Nesse último processo, o foco é a discussão e solução de questões relacionadas ao câncer, trabalhando principalmente com o componente comportamental da TCC (Manne & Badr, 2008).

Justificativa

Ao considerarmos a importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública, se mostra fundamental o papel da psicooncologia como ferramenta para promover o processo de enfrentamento e adaptação às mudanças. Essa ferramenta se

estende à família e aos cuidadores do paciente, que também demonstram a necessidade de acompanhamento psicológico. É importante verificar como respostas positivas e negativas aos sentimentos e pensamentos que surgem nesse contexto, individuais e diádicas, afetam a adaptação de cada membro do casal às mudanças impostas pelo diagnóstico de câncer e como afetam a satisfação conjugal, a fim de obter informações para guiar o desenvolvimento de formas úteis de intervir (Pio & Andrade, 2020). Assim, para que a estruturação de futuras intervenções psicooncológicas no contexto brasileiro seja eficaz, é imprescindível a realização de pesquisas que possibilitem a sistematização de informações do ponto de vista das pessoas que vivem com e daquelas que convivem com câncer.

Informações sobre o processo de adaptação que ocorrem por parte de ambos os membros do casal podem fundamentar o preparo de material de intervenção para ajudar a abordar as tensões que surgem nesse período. A Portaria nº 874, de 16 de Maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e traz, no Art. 21, já aponta a importância de um intercâmbio de experiências, e a necessidade do desenvolvimento de estudos e da participação popular na disseminação de conhecimentos voltados ao cuidado das pessoas com câncer, e na elaboração de estratégias de execução desta política (Brasil, 2013).

Por fim, ao consultarmos a literatura nacional, nota-se uma insuficiência de pesquisas psicológicas no geral, sobre o câncer em casais, se mostrando importante a realização de pesquisas que comparem a literatura internacional à realidade brasileira, para que as intervenções possam levar em consideração possíveis particularidades culturais sobre a temática. Assim, considerando toda a literatura apresentada e os pontos aqui apresentados, por meio do presente estudo, o objetivo é de explorar e descrever as mudanças e o processo de adaptação ao câncer em casais, e como isso influencia a relação conjugal, considerando suas habilidades de autorregulação emocional, *coping* diádico positivo, comunicação e satisfação com a qualidade do relacionamento.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever as percepções de ambos os membros de casais que vivem com câncer a respeito das mudanças que precisam enfrentar, considerando o processo de adaptação que ocorre na relação conjugal de casais brasileiros.

2.2. Objetivos específicos

- a) Descrever os níveis de regulação emocional, *coping* diádico, qualidade de vida e satisfação conjugal entre cuidadores e pacientes.
- b) Analisar as relações entre o uso de estratégias de regulação emocional (considerando os níveis individual e diádico) e níveis de adaptação à doença e satisfação conjugal.
- c) Descrever pontos relevantes levantados pelos participantes através de comentários, durante o preenchimento dos instrumentos

3. MÉTODO

3.1. Amostra

O recrutamento de participantes (pacientes e cuidadores) foi realizado por meio da divulgação pela internet, em plataformas e redes sociais como Whatsapp, Facebook, Twitter e Instagram, por meio da publicação de anúncios contendo todas as informações necessárias sobre a participação do sujeito na pesquisa.

Todos os participantes do estudo concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo A) contendo o objetivo do estudo, os procedimentos de avaliação, o caráter de voluntariedade da participação do sujeito, bem como os riscos e benefícios relativos à participação nesta pesquisa.

Foram adotados como critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos de idade, residindo no Brasil, que estivessem em um relacionamento conjugal monogâmico, homo ou heteroaferivo, podendo ser namoro, casamento ou união estável. Era necessário que uns dos parceiros tenham diagnóstico de câncer, de qualquer tipo e em qualquer grau.

A fim de garantir a integridade e segurança dos participantes, os critérios de exclusão foram: pacientes que não apresentassem condições clínicas para o preenchimento dos instrumentos e entrevista e participantes que não tinham domínio da língua portuguesa.

Os eventuais riscos que a participação neste estudo ofereceu foram mínimos, relacionados ao desconforto que algumas questões podem trazer, caso evoquem sentimentos ou lembranças desagradáveis, ou um leve cansaço após responder aos instrumentos.

No total, 20 pessoas participaram da pesquisa, sendo 12 pacientes e 8 cuidadores. Na Tabela 1, são apresentados os dados socioeconômicos da amostra.

Tabela 1. Perfil dos Participantes

	PACIENTES CUIDADORES			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gênero				
Masculino	-	-	1	12,5%
Feminino	12	100,0%	7	87,5%
Orientação Sexual				
Heterossexual	12	100,0%	7	87,5%
Homossexual	-	-	1	12,5%
Identificação Étnico Racial				
Branco	11	91,7%	8	100,0%

Pardo	1	8,3%	-	-
Renda				
Até 1,5 salários mínimos	1	8,3%	1	12,5%
De 1,5 a 3 salários mínimos	4	33,3%	2	25,0%
De 3 a 4,5 salários mínimos	1	8,3%	-	-
De 4,5 a 6 salários mínimos	-	-	3	37,5%
De 6 a 10 salários mínimos	2	16,7%	1	12,5%
De 10 a 30 salários mínimos	3	25,0%	1	12,5%
Acima de 30 salários mínimos	1	8,3%	-	-
Escolaridade				
Ensino Médio Completo	1	8,3%	-	-
Ensino Superior Incompleto	2	16,7%	1	12,5%
Ensino Superior Completo	4	33,3%	5	62,5%
Pós-graduação	5	41,7%	2	25,0%
Profissão				
Educação	5	41,7%	2	25,0%
Economia e Negócios	3	25,0%	2	25,0%
Saúde	1	8,3%	-	-
Prestação de Serviços	2	16,7%	2	25,0%
Outros	1	8,3%	2	25,0%
Estado				
São Paulo	8	66,7%	5	62,5%
Espírito Santo	-	-	1	12,5%
Minas Gerais	1	8,3%	-	-
Paraná	2	16,7%	1	12,5%
Rio Grande do Sul	1	8,3%	1	12,5%
Situação Conjugal				
Casado(a)	8	66,7%	7	87,5%
União Estável	2	16,7%	1	12,5%
Outros	2	16,7%	-	-
Tem filhos				
Sim	6	50,0%	3	37,5%
Não	6	50,0%	5	62,5%
Diagnóstico				
Câncer de Mama	3	25,0%	-	-

Adenocarcinoma	1	8,3%	1	12,5%
Linfomas	4	33,3%	5	62,5%
Câncer de ovário	1	8,3%	-	-
Mieloma	1	8,3%	1	12,5%
Câncer de Pele	-	-	1	12,5%
Câncer Renal	1	8,3%	-	-
Câncer de Apêndice	1	8,3%	-	-
Presença de Metástase				
Sim	3	25,0%	4	50,0%
Não	9	75,0%	4	50,0%
	Média	DP	Média	DP
Idade (anos)	46,8	13,1	37,0	10,4
Tempo de Relacionamento (anos)	21,8	16,8	14,0	10,8
Tempo de Diagnóstico (meses)	42,2	50,6	31,8	36,3

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário de Caracterização (Anexo B). Questões individuais relativas à idade, gênero, orientação sexual, identificação étnico-racial, renda familiar, nível de escolaridade e profissão, questões à respeito da relação conjugal, como número de filhos, tipo e duração do relacionamento, além de questões sobre o câncer, como diagnóstico, presença ou não de metástases, data do diagnóstico, tratamento oncológico recebida (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, medicamentos ou outros).

3.2.2. Escala de Autorregulação Emocional - Versão Adulto (EARE-A). Essa escala foi desenvolvida por Noronha et al. (2018) para avaliar a autorregulação emocional de uma pessoa, diante de algum evento triste. O respondente considera o quanto os comportamentos, os sentimentos e os pensamentos descritos nos itens melhor o representam, diante da tristeza, em uma escala Likert de cinco pontos (0 = *nunca* a 4 = *sempre*). O instrumento possui 34 itens e 4 fatores. O fator 1, *estratégias de enfrentamento adequadas* (capacidade de solucionar problemas, refletir sobre os próprios sentimentos e fazer outras coisas ao vivenciar a tristeza), possui 15 itens ($\alpha = 0,95$). O fator 2, *paralisação* (uma dimensão que varia entre a tendência de encontrar soluções adequadas ao vivenciar emoções negativas e a tendência de ficar paralisado, pensando sem parar na situação), está representado por 6 itens ($\alpha = 0,87$). *Externalização da agressividade* (agir com raiva e agressividade consigo mesmo, com objetos e pessoas) é o fator 3, composto

por 7 itens ($\alpha = 0,88$). O fator 4, *pessimismo* (o quanto tende a sentir-se (in)capaz de resolver problemas, e se costuma avaliar o futuro de forma negativa), possui 6 itens ($\alpha = 0,96$). A pontuação dos itens indicando dificuldades de regulação emocional foi invertida, de forma que escores mais altos sempre indicam maior uso de estratégias funcionais de regulação emocional, além de tornar possível computar o escore total para cada participante. Quanto maior a pontuação total, maior o nível de autorregulação emocional do respondente.

3.2.3. *Dyadic Coping Inventory (DCI)*. O Inventário de *Coping* Diádico (ICD), é a versão portuguesa adaptada e com evidências de validade apresentadas por Vedes, Nussbeck, Bodenmann, Lind e Ferreira (2013) da *Dyadic Coping Inventory* de Guy Bodenmann (2008). Este instrumento foi construído para medir a comunicação percebida e o enfrentamento diádico que ocorre em relações próximas quando um ou ambos os parceiros têm que enfrentar um estressor. Ele é composto por 37 itens respondidos em uma escala Likert de cinco pontos (1 = *muito raramente* a 5 = *muito frequentemente*). São abordados seis tópicos: (a) como você comunica ao seu parceiro o seu estresse; (b) o que o seu parceiro faz quando você está se sentindo estressada; (c) como o seu parceiro se comunica quando ele está se sentindo estressado; (d) o que você faz quando seu parceiro demonstra que está estressado; (e) o que você e seu parceiro fazem quando ambos estão se sentindo estressados; (f) como você avalia suas capacidades de lidar com o estresse como casal. Nos dois primeiros tópicos (15 itens) os entrevistados avaliam a própria comunicação de estresse e percepções a respeito dos esforços do parceiro para lhe ajudar. Nos dois tópicos seguintes (15 itens), a perspectiva é invertida e o entrevistado deve avaliar a comunicação de estresse por parte do parceiro e seus próprios esforços de ajudar o parceiro nesses momentos. Por fim, nas duas sessões finais (7 itens) é avaliado o enfrentamento diádico conjunto.

3.2.4. *Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)*. Este questionário é usado para avaliar percepções de qualidade de vida entre pessoas em tratamento para câncer. Foi traduzido e validado para uso no Brasil por Mastropietro et al. (2007). O instrumento, chamado de escala de Avaliação Funcional da Terapia do Câncer, em português, é composto de 47 questões, sendo 41 para obtenção de escore, e as outras seis para obter informações de sínteses, todas em formato Likert. As respostas permitem escores de 0 a 4 (0 = *nem um pouco* a 4 = *muito*) em cada questão, sendo considerado o escore reverso para as questões sobre percepções negativas. O questionário é subdividido em seis domínios: (a) bem-estar físico (composto por sete questões que avaliam a presença e intensidade dos

sintomas físicos decorrentes do tratamento), (b) bem-estar social/familiar (composto por sete questões que avaliam o relacionamento com a família e amigos, e modificações dessas relações decorrentes do tratamento), (c) relacionamento com o médico (composto por duas questões que avaliam a confiança e relação com o médico), (d) bem-estar emocional (composto por seis questões que avaliam sintomas socioemocionais), (e) bem-estar funcional (composto por sete questões que avaliam a capacidade de trabalhar e realizar as atividades diárias e satisfação com a condição de vida atual) e (f) preocupações adicionais (composto por doze questões que avaliam as questões específicas decorrentes do tratamento). O escore final varia de 0 a 164; quanto maior for a pontuação atingida, melhor a qualidade de vida desses pacientes. O instrumento foi originalmente elaborado para o uso em pacientes submetidos ao transplante de medula óssea, entretanto a fim de adaptar as perguntas aos pacientes com câncer em geral, os itens 37 e 46 foram retocados, substituindo o termo “transplante” por “tratamento”. O item 45 também foi retocado, substituindo o termo “enfermeiras” por “cuidadores”.

Além disso, a fim de comparar os efeitos da doença sobre o paciente com câncer e sobre o(a) parceiro(a), os itens serão modificados para gerar uma versão do instrumento que pode ser respondida pelo membro do casal que não está doente.

3.2.5. Escala de Satisfação Conjugal (ESC). A Escala de Satisfação Conjugal (ESC) é uma escala de origem mexicana, adaptada para uso no Brasil por Dela Coleta (1989) e validada por Hernandez et al. (2017). O inventário é aplicado individualmente, mas permite avaliar a satisfação de ambos os parceiros com o relacionamento amoroso. É composto por 24 itens que permitem ao sujeito três opções de resposta, sendo elas: “*Eu gosto de como tem sido*”; “*Eu gostaria que fosse um pouco diferente*”; “*Eu gostaria que fosse muito diferente*”. A escala é composta de 3 subescalas que medem os seguintes aspectos da relação conjugal: (a) satisfação com a interação conjugal, composta de 10 itens; (b) satisfação com os aspectos emocionais do cônjuge, com cinco itens; (c) satisfação com a forma de organização e de estabelecimento e cumprimento de regras pelo cônjuge (aspectos estruturais), composta por 9 itens. A escala permite a obtenção de escores específicos indicando a extensão em que o respondente está satisfeito com cada um desses aspectos do casamento. Na avaliação da satisfação dos cônjuges, os escores mais altos indicam um nível mais elevado de satisfação com a relação.

3.3. Procedimentos

O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (CAAE: 59616222.30000.5504, sob parecer nº5.557.454).

Após concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes responderam inicialmente ao questionário de caracterização. Em seguida, responderam à Escala de Auto Regulação Emocional Adulto, o Inventário de *Coping* Diádico, à Avaliação Funcional da Terapia do Câncer, e à Escala de Satisfação Conjugal, apresentadas na ferramenta online Formulários Google via internet.

3.4. Análise de dados

Inicialmente foram utilizadas estatísticas descritivas (média, mediana, desvio padrão e porcentagem) para a análise dos dados coletados a partir do questionário de caracterização dos participantes e nos instrumentos psicométricos aplicados. Em seguida, por meio do teste de Shapiro Wilk, usando o critério de $p < 0,05$ para identificar distribuições não paramétricas (Dancey & Reidy, 2018), foi verificada a normalidade das distribuições amostrais dos escores nos questionários de regulação emocional, *coping* diádico, qualidade de vida (*Functional Assessment of Cancer Therapy*), e satisfação conjugal. Foram testadas diferenças entre os escores de pacientes e cuidadores (dois grupos independentes) nessas variáveis usando o teste-*t* de Student quando a distribuição para um escore específico era normal, e o teste de Mann Whitney quando não era. Depois, foram usados testes de correlação bivariada linear de Spearman (*rho*), para verificar a relação entre os escores nas variáveis escalares. Para a análise qualitativa final, foram articulados os relatos registrados ao referencial teórico do estudo.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três partes. Na primeira parte serão apresentados e comparados os indicadores para os pacientes e os cuidadores a respeito de seu uso de estratégias positivas de regulação emocional individuais e diádicas, bem como suas percepções de qualidade de vida individuais e satisfação com a relação conjugal. Na segunda parte, serão apresentados os resultados de testes de correlação para verificar as relações entre o uso de estratégias de regulação emocional individuais e diádicas e percepções de qualidade de vida individuais e satisfação com a relação conjugal. Na terceira parte, será apresentada uma análise dos relatos dos pacientes e dos cuidadores.

4.1. Comparações entre os pacientes e cuidadores

Tabela 2. Estatísticas Descritivas e Teste das Diferenças entre Pacientes e Cuidadores

Instrumento	Pacientes (n = 12)			Cuidadores (n = 8)			Teste	t ou W	p
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana			
Regulação Emocional									
Escore Total	101,8	19,34	105,50	80,4	15,24	78,50	W	19,5	0,031
Estratégias de Enfrentamento Adequadas	2,7	0,71	2,73	1,9	0,60	2,03	W	17,0	0,018
Paralisação	2,9	0,82	3,00	1,7	0,92	1,83	W	16,0	0,015
Externalização da Agressividade	3,4	0,98	3,57	3,6	0,43	3,79	W	43,5	0,752
Pessimismo	3,4	0,54	3,58	2,8	0,55	2,83	W	22,5	0,052
Coping Diádico									
Total	134,3	21,19	129,50	142,1	25,49	144,00	W	58,0	0,463
Avaliado	3,5	1,21	3,25	3,8	1,41	4,25	W	53,5	0,693
Conjunto	3,1	0,87	3,20	3,7	1,16	4,00	W	68,0	0,127
Próprio	3,9	0,50	3,73	3,8	0,47	3,73	W	48,5	1,000
Parceiro	3,6	0,61	3,30	3,9	0,76	4,07	W	57,0	0,511
Qualidade de Vida									
Escore Total	97,5	29,74	93,50	86,6	25,43	81,00	W	35,5	0,354
Percepção do Impacto – Total	38,3	17,14	37,00	53,1	11,58	56,00	t	2,1	0,047
Físico – E	2,0	1,39	2,29	2,3	0,66	2,58	W	49,0	0,969
Físico - PI	6,1	3,53	7,00	8,3	1,67	8,50	W	67,0	0,147
Social e Familiar - E	2,7	0,79	2,64	2,1	0,63	1,93	W	29,0	0,151
Social e Familiar - PI	12,8	5,97	10,50	11,5	6,80	9,00	t	-0,4	0,669
Médico - E	3,7	0,62	4,00	2,9	0,98	2,75	W	26,5	0,067
Médico - PI	2,3	3,91	0,00	5,8	4,43	7,00	W	69,5	0,081
Emocional – E	2,4	0,92	2,17	1,1	0,86	1,08	W	13,5	0,009
Emocional – PI	6,2	3,54	7,50	9,4	1,06	10,00	W	80,0	0,012
Funcional – E	2,4	0,84	2,21	1,7	0,77	1,79	W	26,5	0,104
Funcional - PI	5,2	3,69	6,00	9	1,31	9,00	W	80,5	0,012
Preocupações - E	2,2	0,71	2,29	1,6	0,69	1,38	W	26,5	0,105
Preocupações - PI	5,9	3,34	7,00	9,3	1,16	10,00	W	81,5	0,010
Satisfação Conjugal									
Escore Total	52,6	12,03	49,00	61,8	10,65	64,50	W	68,5	0,121
SIC	2,3	0,56	2,40	2,7	0,41	2,75	W	64,5	0,209
SAE	2,1	0,52	2,10	2,5	0,58	2,70	W	64,5	0,213
SAOE	2,1	0,62	2,00	2,5	0,45	2,72	W	70,5	0,088

Legenda: DP = desvio padrão, t = Teste T de Amostras Independentes, W = Teste de Mann-Whitney, E = escore, PI= percepção do impacto, SIC = Satisfação com a Interação Conjugal, SAE = Satisfação com Aspectos Emocionais, SAOE = Satisfação com Aspectos Organizacionais e Estruturais

Na Tabela 2, são apresentados os resultados obtidos pelos pacientes e cuidadores nos quatro instrumentos aplicados. Lembramos que a pontuação dos itens indicando dificuldades de regulação emocional foi invertida, de forma que escores mais altos sempre indicam maior uso de estratégias funcionais de regulação emocional, mesmo que o nome de algumas subescalas se refere a dificuldades de regulação emocional.

Com relação aos dados obtidos na Escala de Autorregulação Emocional, versão para adultos (EARE-A), é possível observar uma diferença estatisticamente significativa nos escores totais de regulação emocional, notando que os pacientes apresentaram escores mais altos que os cuidadores. Essa diferença também se estende para todas as subescalas do instrumento, com os pacientes também apresentando escores mais altos em comparação aos cuidadores. A única exceção foi em relação ao Fator 3, que se refere à (controle da) externalização da agressividade, para o qual não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Tanto para o grupo de pacientes, quanto para o grupo de cuidadores, a subescala com escores médios maiores foi o Fator 3. Já a subescala com o menor escore médio foi o Fator 1 - Estratégias de Enfrentamento Adequadas - para os pacientes, e o Fator 2 – (evitação da) Paralisação - para os cuidadores.

Em relação à comparação dos escores de pacientes e cuidadores no Inventário de *Coping* Diádico, nenhuma diferença significativa foi constatada em relação ao escore total ou o escore nas subescalas do instrumento. Entre os pacientes, as pontuações mais altas foram obtidas nas subescalas de *Coping* Diádico Próprio, seguido de *Coping* Diádico do Parceiro. Já no grupo de cuidadores, a ordem se inverte, confirmando que concordam que o paciente realiza mais atividades de *coping* diádico próprio do que o cuidador, tendo as maiores pontuações nas subescalas de *Coping* Diádico do Parceiro, seguido de *Coping* Diádico Próprio. Ambos os grupos apresentaram as menores pontuações na subescala de *Coping* Diádico Conjunto.

Com base nos resultados envolvendo o escores dos pacientes e cuidadores no instrumento usado para avaliar percepções de qualidade de vida – a Avaliação Funcional da Terapia do Câncer (FACT) – nenhuma diferença estatisticamente significativa foi constatada entre os grupos em nenhuma das subescalas do instrumento, com exceção da subescala de bem-estar emocional, onde os pacientes tiveram pontuações significativamente melhores do que os cuidadores. Mesmo não existindo diferenças significativas, inesperadamente, os pacientes obtiveram escores médios mais altos em todas as subescalas, com exceção da subescala de bem-estar físico. Nesta subescala, os cuidadores avaliaram que suas condições de vida físicas interferiram mais em sua qualidade de vida, em comparação à avaliação dos pacientes. Tanto entre pacientes, quanto para cuidadores, a área de bem-estar emocional foi a que mais causou interferência na qualidade de vida em comparação às demais. Os cuidadores avaliaram que

todas as áreas tiveram maior interferência negativa, em comparação aos pacientes. Apesar disso, na avaliação de percepção do impacto, só foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no escore total, e percepções de qualidade de vida nas dimensões emocional, funcional e de preocupações, onde os cuidadores avaliaram sentir mais impacto negativo na qualidade de vida em comparação aos pacientes. Quanto aos escores médios, para os pacientes as subescalas com maiores pontuações foram de relacionamento com o médico, seguido de bem-estar social e familiar, e as piores pontuações foram de bem-estar físico, seguido de preocupações. Já para os cuidadores, as subescalas com maiores pontuações foram de relacionamento com o médico, seguido de bem-estar físico, e as piores pontuações foram de bem-estar emocional, seguido de preocupações.

Na Escala de Satisfação Conjugal não foram encontradas diferenças estatísticas em nenhuma das subescalas. Para pacientes e cuidadores, a subescala com maiores pontuações foi a de Satisfação com a Interação Conjugal. Já a com as menores pontuações foi a subescala de Satisfação com Aspectos Organizacionais e Estruturais para os pacientes e a subescala de Satisfação com Aspectos Emocionais para os cuidadores.

4.2. Relações entre regulação emocional, coping diádico, qualidade de vida e satisfação conjugal

Tabela 3. Correlações entre o Uso de Estratégias de Regulação Emocional e Percepções de Qualidade de Vida

Qualidade de Vida		Regulação Emocional				
		Geral	Regulação adequada	Passividade	Externalização Agressividade	Pessimismo
Geral	<i>rho</i> de Spearman	0.505	0.340	0.740	0.162	0.373
	<i>p</i>	0.023	0.142	< .001	0.495	0.106
Físico	<i>rho</i> de Spearman	0.103	-0.052	0.372	< .001	0.127
	<i>p</i>	0.666	0.827	0.106	0.997	0.593
Social	<i>rho</i> de Spearman	0.353	0.246	0.493	0.172	0.294
	<i>p</i>	0.127	0.296	0.027	0.469	0.208
Médico	<i>rho</i> de Spearman	0.375	0.347	0.560	0.130	0.306
	<i>p</i>	0.103	0.134	0.010	0.586	0.190
Emocional	<i>rho</i> de Spearman	0.698	0.647	0.848	0.169	0.567
	<i>p</i>	< .001	0.002	< .001	0.476	0.009
Funcional	<i>rho</i> de Spearman	0.708	0.589	0.736	0.281	0.455

	<i>p</i>	< .001	0.006	< .001	0.230	0.044
Preocupações	<i>rho</i> de Spearman	0.433	0.322	0.696	0.091	0.368
	<i>p</i>	0.056	0.166	< .001	0.704	0.111

A distribuição amostral dos escores obtidos nos instrumentos de regulação emocional (pontuadas para refletir o uso funcional de habilidades de regulação) e qualidade de vida não apresentou normalidade diante do teste de normalidade de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$). Quanto aos valores de correlação entre regulação emocional e qualidade de vida, com base no teste *rho* de Spearman, observa-se uma correlação significativa entre *coping* diádico geral e qualidade de vida geral. O Fator 1 (Estratégias de Enfrentamento Adequadas) e o Fator 4 (Pessimismo), apresentaram correlações positivas significativas somente com percepções de qualidade de vida emocional e funcional. O Fator 2 (Paralisação) obteve correlação positiva significativa com todos os fatores de qualidade de vida, com exceção da percepção de qualidade de vida física. Já o Fator 3 (Externalização da Agressividade) não apresentou correlação significativa com nenhum dos fatores de qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 4. Correlações entre o Uso de Estratégias de Regulação Emocional e Satisfação Conjugal

Satisfação conjugal		Regulação Emocional				
		Geral	Regulação Adequada	Passividade	Externalização Agressividade	Pessimismo
Geral	<i>rho</i> de Spearman	0.088	-0.123	-0.086	0.595	0.171
	<i>p</i>	0.711	0.605	0.720	0.006	0.471
Interação Conjugal	<i>rho</i> de Spearman	-0.020	-0.257	-0.091	0.531	0.150
	<i>p</i>	0.932	0.274	0.703	0.016	0.529
Aspectos Emocionais	<i>rho</i> de Spearman	0.229	0.055	-0.041	0.631	0.147
	<i>p</i>	0.332	0.816	0.863	0.003	0.536
Aspectos Organizacionais e Estruturais	<i>rho</i> de Spearman	0.040	-0.133	-0.127	0.533	0.209
	<i>p</i>	0.866	0.577	0.595	0.015	0.376

A distribuição amostral dos escores de regulação emocional e de satisfação conjugal e também não apresentou normalidade ($p < 0,001$). Conforme pode ser observada na Tabela 4, de acordo com o teste de correlação de Spearman, o Fator 3 de regulação emocional (Externalização da agressividade) foi o único fator que se correlacionou com a satisfação conjugal, apresentando correlações positivas significativas com todos os fatores do instrumento de satisfação conjugal.

Tabela 5. *Correlação entre o Uso de Estratégias de Coping Diádico e Percepções de Qualidade de Vida*

Qualidade de Vida		Coping Diádico				
		Geral	Avaliado	Conjunto	Próprio	Parceiro
Geral	<i>rho</i> de Spearman	-0.109	-0.196	-0.123	-0.091	-0.090
	<i>p</i>	0.647	0.408	0.607	0.702	0.707
Físico	<i>rho</i> de Spearman	-0.307	-0.327	-0.258	-0.343	-0.280
	<i>p</i>	0.188	0.160	0.272	0.139	0.232
Social/familiar	<i>rho</i> de Spearman	0.043	0.134	0.071	-0.008	0.071
	<i>p</i>	0.858	0.574	0.765	0.973	0.765
Médico	<i>rho</i> de Spearman	0.035	-0.051	-0.213	0.226	-0.049
	<i>p</i>	0.883	0.832	0.366	0.338	0.839
Emocional	<i>rho</i> de Spearman	-0.146	-0.137	-0.176	-0.094	-0.111
	<i>p</i>	0.539	0.564	0.457	0.695	0.641
Funcional	<i>rho</i> de Spearman	0.129	0.079	-0.021	0.223	0.126
	<i>p</i>	0.589	0.741	0.931	0.346	0.598
Preocupações	<i>rho</i> de Spearman	-0.131	-0.211	-0.120	-0.097	-0.095
	<i>p</i>	0.583	0.372	0.614	0.683	0.690

A distribuição amostral dos escores nesses dois instrumentos também não apresentaram normalidade ($p < 0,001$). Na Tabela 5 são apresentados os valores de correlação entre estratégias de *coping* diádico e percepções de qualidade de vida, sendo que não se correlacionam significativamente em nenhum dos fatores dos instrumentos.

Tabela 6. *Correlação entre o Uso de Estratégias de Coping Diádico e Satisfação Conjugal*

Satisfação conjugal		Coping Diádico				
		Geral	Avaliado	Conjunto	Próprio	Parceiro
Geral	<i>rho</i> de Spearman	0.812	0.811	0.736	0.658	0.803
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	0.002	< .001
Interação Conjugal	<i>rho</i> de Spearman	0.651	0.690	0.624	0.494	0.640
	<i>p</i>	0.002	< .001	0.003	0.027	0.002
Aspectos Emocionais	<i>rho</i> de Spearman	0.702	0.781	0.628	0.502	0.751
	<i>p</i>	< .001	< .001	0.003	0.024	< .001
Aspectos Organizacionais e Estruturais	<i>rho</i> de Spearman	0.811	0.733	0.693	0.743	0.753
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

A distribuição amostral dos escores nesses dois instrumentos também não apresentou normalidade ($p < 0,001$). Conforme pode ser observada na Tabela 6, com base no teste de correlação de *Spearman* para correlação, observa-se que todos os fatores de *coping* diádico apresentaram correlações positivas significativas com todos os fatores de satisfação conjugal.

4.3. Análise qualitativa das percepções dos pacientes e cuidadores

Na parte do instrumento de coleta de dados sobre regulação emocional, os pacientes comentaram principalmente sobre as estratégias utilizadas para ajudar a se regular emocionalmente. Dentre as estratégias apresentadas estavam: ocupar o tempo aprendendo coisas novas, conversar com outros pacientes, fazer acompanhamento psicooncológico, redobrar cuidados com a saúde física e uso correto de medicações. Além disso, também foi relatado sobre a complexidade do diagnóstico e a importância do tratamento.

“Eu faço acompanhamento psicológico e isso me ajudou muito a entender a raiva que eu sentia e como não transferir ela para as pessoas que amo. (...)” [P5]

“(...) Acabo conversando com as pessoas na quimioterapia, elas me dizem coisas semelhantes aos meus medos.” [P3]

Na parte do instrumento de coleta de dados referente ao *coping* diádico, destacam-se principalmente comentários que apontaram a importância do apoio do parceiro e do apoio mútuo no casal. As dificuldades relatadas neste bloco diziam respeito a três questões: diferenças pessoais entre o casal que levam a conflitos, a dificuldade de regulação emocional do parceiro que dificulta o apoio e falta de clareza sobre os sentimentos e pensamentos do parceiro.

“Ele não é estressado e me ouve, me apoia, me acompanha até quando preciso de ajuda no banheiro. Mas é bastante calado e não me fala como se sente diante de tudo o que ocorreu.” [P3]

“Eu e meu marido somos extremamente diferentes. (...) Isso gera conflitos, às vezes, pois agimos de maneiras quase que opostas em situações de estresse pessoal. (...)” [P6]

Com relação à qualidade de vida, foi apontado pelos pacientes a importância de ter ajuda de um cuidador formal, principalmente quando as redes de apoio familiar são limitadas. Além disso, comentaram que desligar-se psicologicamente da doença e outras questões relacionadas a esta, pode contribuir para uma melhor qualidade de vida. No entanto, mesmo em condições adequadas, observou-se que o medo pode prejudicar a qualidade de vida, assim como alguns impactos físicos, que podem prejudicar a qualidade da relação do casal, especialmente no âmbito sexual.

“Desde o início do meu tratamento, tive poucos efeitos colaterais, o que me leva a temer se meu namorado vai aguentar ficar ao meu lado quando eu passar pelas próximas etapas do tratamento. (...)” [P5]

“Com o tratamento e cirurgia preventiva que fiz, entrei em menopausa da forma mais abrupta possível. Isso afeta a qualidade sexual. (...)” [P7]

Quanto à satisfação conjugal, foram observados problemas como a falta de energia para o autocuidado e a falta de um diálogo efetivo, podendo levar o paciente a um falso pressuposto de que o parceiro-cuidador está bem. Um outro ponto citado, refere-se às mudanças pessoais, em um dos membros do casal, causadas pelo câncer, que podem provocar desajustes no relacionamento. Por outro lado, o tempo de relacionamento aparece como fator positivo, devido

à estabilidade e segurança no relacionamento, além da experiência adquirida ao lidar com adversidades anteriores.

“Meu parceiro está trabalhando muito e até tarde, o que me traz uma frustração por não conseguir passar um tempo de qualidade com ele. Já pedi para ele se organizar, mas ele me devolve a crítica explicando que quando eu trabalhava também era assim.” [P5]

“Meu marido não cuida da saúde dele e isso me incomoda muito. (...)” [P7]

Com relação aos cuidadores, o número de comentários nos campos livres foi bem menor comparado aos pacientes. Nas respostas obtidas, observa-se somente sentimentos e pensamentos negativos em todas as partes do instrumento.

“Medo o tempo todo” [C5]

“Muitas vezes já pensei em largar meu marido (...)” [C7]

“(...) Não existe situação boa” [C3]

5. DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, o objetivo geral foi compreender as estratégias socioemocionais individuais e diádicas usadas no processo de adaptação ao câncer e seus efeitos na percepção de qualidade de vida e satisfação conjugal de casais brasileiros. Os resultados desta pesquisa ajudam a entender a dinâmica dos casais brasileiros frente ao câncer, e as principais fragilidades do casal e de cada membro deste, no enfrentamento da doença.

Em relação ao primeiro objetivo do estudo, para descrever e comparar o uso de estratégias de regulação emocional, *coping* diádico e percepções de qualidade de vida e de satisfação conjugal de pacientes com câncer e seus cuidadores-parceiros, foi observado que: (a) os pacientes relataram uso significativamente maior do que os cuidadores de três das quatro estratégias de regulação emocional individual, (b) os pacientes e cuidadores relataram o mesmo nível de uso de estratégias de *coping* diádico, (c) no geral, os pacientes e cuidadores relataram percepções similares de qualidade de vida, mas os pacientes relataram maior bem-estar emocional do que os cuidadores e (d) ambos relataram o mesmo nível de satisfação conjugal.

Em relação ao segundo objetivo, visando entender como esforços de regulação emocional individuais e diádicos podem afetar percepções de qualidade de vida e satisfação com a relação conjugal, foi observado que o uso de três das quatro estratégias de regulação emocional, e especialmente a estratégia de se manter ativa (não paralisado), estavam significativamente relacionadas com percepções de qualidade de vida. O uso da quarta estratégia, externalização da agressividade, estava relacionada com todos os aspectos de satisfação com a relação conjugal. Nenhum dos escores fatoriais no instrumento de regulação emocional individual, mas todos os escores fatoriais no instrumento de *coping* diádico se relacionaram com os escores fatoriais de satisfação conjugal.

Por fim, o terceiro objetivo foi estabelecido visando descrever de forma mais qualitativa as percepções de pacientes e cuidadores sobre seus esforços de enfrentamento e percepções de bem-estar e da qualidade do relacionamento com seu parceiro íntimo. Com base nos comentários dos pacientes, a maior parte indicou a importância do apoio prático e emocional recebido do seu parceiro. Os cuidadores que fizeram comentários, por outro lado, descreveram alto nível de tensão emocional. Ficou evidente que, no geral, os pacientes percebem o apoio que recebem positivamente, mas que os cuidadores lidam com dificuldades emocionais que são despercebidos por outras pessoas, no geral.

Dentre os principais achados, inicialmente em relação à qualidade de vida, alguns dados chamam a atenção. O primeiro refere-se ao bem-estar físico, onde os impactos do câncer, como,

por exemplo, os impactos na vida sexual, foram relatados pelos próprios pacientes. Em consonância com outros estudos, devido aos sintomas da doença e efeitos do tratamento, os pacientes demonstraram pior bem-estar físico em comparação aos cuidadores (Janda et al., 2017; Sterba et al., 2017). Apesar disso, os cuidadores deste estudo avaliaram as questões físicas como tendo mais impacto na qualidade de vida do que os pacientes. De acordo com Badana et al. (2019), embora os sintomas sejam importantes na avaliação do bem-estar físico, a autoeficácia e percepção subjetiva de estresse relacionado aos sintomas podem influenciar nesta avaliação. Além disso, questões emocionais, que foram mais evidentes no grupo de cuidadores neste estudo, também estão negativamente associadas à avaliação do bem-estar físico (Darabos & Hoyt, 2017). Deste modo, questões para além da sintomatologia podem ter interferido na percepção do impacto do bem-estar físico na qualidade de vida.

Já o relacionamento com o médico foi o fator de qualidade de vida mais positivamente avaliado por parte de pacientes e de cuidadores. Zhou et al. (2014) também mostram que a qualidade da relação com o médico está diretamente relacionada à qualidade de vida e satisfação de cuidadores e pacientes. Os comportamentos socioemocionais e o estilo de comunicação do médico são importantes para o bem-estar de pacientes e seus parceiros. Um dos aspectos mais importantes é o fornecimento de informações de maneira adequada. Restringir o acesso de pacientes e cuidadores a informações parece reduzir a qualidade de vida, enquanto o excesso de informações também pode prejudicar a qualidade de vida (Ong et al., 2000). Outros aspectos como atitude do médico, preocupação com o paciente e familiares, disponibilidade para tirar dúvidas e incentivo da participação e autonomia do paciente e parceiro nas decisões, também foram positivamente associados com a qualidade de vida (Mokhtar et al., 2021).

Ao contrário do que se pode esperar, considerando os problemas de saúde dos pacientes, os cuidadores demonstraram pior qualidade de vida emocional em comparação ao parceiro doente, apontando para a importância do aspecto emocional na qualidade de vida. Outros pesquisadores também observaram que a pior qualidade de vida dos cuidadores parece estar relacionada a fatores emocionais (Janda et al., 2017). Além de apresentarem menor qualidade de vida, os cuidadores também apresentavam maiores escores de ansiedade e depressão, bem como, problemas emocionais mais significativos em comparação com os pacientes (Lafaye et al., 2007). Nesse sentido, embora escores de ansiedade e depressão não foram avaliados no presente estudo, problemas emocionais e psicológicos podem ter interferido na avaliação de bem-estar emocional, principalmente do cuidador.

Ainda assim, nota-se o importante papel do bem-estar emocional, apontado por ambos os grupos como o fator que mais interferia na qualidade de vida. Outros pesquisadores

evidenciaram as fortes associações entre problemas emocionais e percepções de menor qualidade de vida (Morrison et al., 2017). Ao comparar pacientes e seus cônjuges, Lafaye et al. (2007) mostraram que a grande parte dos pacientes não apresentavam problemas emocionais significativos, enquanto seus parceiros eram mais ansiosos e deprimidos, demonstrando sofrimento significativo e pior qualidade de vida. Dado que, no presente estudo, os cuidadores obtiveram escores indicando menor bem-estar emocional, torna-se compreensível que este grupo também tenha apresentado piores escores de qualidade de vida geral em comparação aos pacientes.

Alguns fatos podem esclarecer o pior bem-estar emocional entre os cuidadores em comparação aos pacientes. Sherman et al. (2009) revelam que dentre diferentes tipos de cuidadores, os parceiros íntimos são o grupo com menor bem-estar emocional e com maior risco de apresentar problemas de ajuste psicológico. Além disso, a autorregulação emocional parece estar associada às dimensões gerais de qualidade de vida, principalmente nos fatores emocionais e psicológicos (Nikmanesh et al., 2017). De acordo com os resultados, a paralisação (com pontuação invertida) demonstrou ser o fator com maior correlação positiva com todos os fatores de qualidade de vida, com exceção do bem-estar físico. Esse dado corrobora com o estudo de Asuzu e Elumelu (2013), no qual apontam que indivíduos com maior engajamento comportamental e com um estilo mais ativo de enfrentamento apresentam melhor bem-estar social, emocional e funcional. Esses indivíduos se envolvem em esforços para manejar as situações estressantes e com isso são capazes de alterar comportamentos e pensamentos que podem influenciar na sua qualidade de vida.

Além disso, as estratégias de enfrentamento adequadas e pessimismo (com pontuação invertida), foram os dois fatores melhor pontuados pelos pacientes, apresentando relação significativa com bem-estar emocional e funcional. De acordo com a literatura, indivíduos com estratégias de enfrentamento adequadas apresentam menos sofrimento emocional (Lafaye et al., 2014). Estratégias como se-acalmar, aceitação, reavaliação cognitiva, reorientação da atenção e conversar sobre o problema com a outra pessoa ajudam a lidar com sentimentos e pensamentos negativos, levando a um restabelecimento do bem-estar emocional (Gross, 2015). Isso também ajuda na resistência ao estresse, permitindo que o indivíduo mantenha um bom funcionamento e uma rotina normal (Huda et al., 2021). Já o otimismo ajuda a enfrentar as demandas estressantes relacionadas ao câncer, melhorando o bem-estar emocional e funcional (Colby & Shifren, 2013; Friedman et al., 2006). Portanto, torna-se compreensível que os pacientes, que apresentaram melhor regulação emocional, também tenham apresentado melhor bem-estar emocional e qualidade de vida.

A melhor regulação emocional dentre os pacientes pode ser explicada por alguns fatores. Inicialmente, conforme relato dos próprios participantes desta pesquisa, nota-se que os pacientes possuíam estratégias variadas de regulação emocional, enquanto entre os cuidadores, somente destaca-se um negativismo mediante as situações relacionadas à doença. Os próprios pacientes destacam a dificuldade de regulação emocional de seus parceiros. De acordo com Yao et al. (2022), os cuidadores parecem adotar como função a manutenção do bem-estar do paciente. Nesse caso, os cuidadores agem como uma espécie de amortecedor emocional, filtrando informações e sentimentos negativos a fim de proteger o paciente. Como resultado, isso gera uma sobrecarga emocional negativa no cuidador, especialmente quando não são capazes de desempenhar essa função amortecedora, e presenciam o sofrimento do paciente e a progressão da doença.

Além disso, os cuidadores relatam que muitas das vezes, nem sequer percebem seus problemas de regulação emocional ou falta de apoio. Ou ainda, que não se sentem confortáveis em buscar ajuda para esses problemas, pois, enquanto cuidadores, entendem que é parte de seu papel colocar as necessidades do paciente em primeiro lugar, e que priorizar suas necessidades seria prejudicar o paciente, ou que receber cuidado não faz parte do papel de cuidador (Halkett et al., 2020). Ainda assim, alguns cuidadores até mesmo buscam este apoio, mas não conseguem acessá-lo devido à sobrecarga da rotina, ou ainda, sentem que suas necessidades não são atendidas e que a proposta dos serviços é muito mais elaborada e pensada para o paciente. Até estratégias de regulação emocional mais simples, como conversar com outras pessoas, relatado por uma das pacientes deste estudo, parecem ser inacessíveis para muitos cuidadores. No estudo de Weaver et al. (2021), os cuidadores apontaram que um grupo de apoio de cuidadores poderia ser benéfico, uma vez que tinham dificuldades em encontrar pessoas em situações semelhantes para compartilhar seus sentimentos e pensamentos. Assim, olhando para a literatura, observa-se que os pacientes desfrutam de mais apoio e recursos na elaboração de melhores estratégias de regulação emocional.

Com relação ao *coping* diádico, foi demonstrado que este fator parece não interferir em percepções de qualidade de vida. Por outro lado, um *coping* diádico adequado parece estar ligado a um melhor funcionamento da relação do casal e conseqüentemente aumenta a satisfação conjugal. Maiores níveis de *coping* diádico, considerando o escore total, estão positivamente associados à satisfação conjugal (Traa et al., 2015). Além disso, o controle da expressão da agressividade também afeta a satisfação conjugal. Renshaw et al. (2010) e Baron et al. (2007) demonstraram em seus estudos que a hostilidade e a raiva do parceiro estavam relacionadas à percepção de desajustamento conjugal e conflitos. Deste modo, torna-se

compreensível que no presente estudo ambos os grupos tenham demonstrado bons níveis de satisfação conjugal, uma vez que ambos também demonstraram pontuações satisfatórias de *coping* diádico (escore total) e um bom manejo da expressão de agressividade. Já escores baixos de *coping* diádico conjunto podem ser explicados tanto pelas dificuldades geradas pelas diferenças pessoais apontadas pelos cuidadores nos dados qualitativos, quanto por uma questão de ordenação no uso de diferentes tipos de *coping* diádico. Naturalmente, frente a um estressor, cada parceiro irá se voltar inicialmente para seu próprio *coping* diádico, e, somente na insuficiência deste, ambos irão se voltar para os esforços conjuntos de enfrentamento (Paschali et al., 2021).

O *coping* diádico do parceiro também desempenha um papel fundamental na satisfação conjugal. A percepção do que o parceiro faz para ajudar no enfrentamento de um estressor é muito mais importante na avaliação de satisfação conjugal do que o *coping* diádico próprio (Falconier et al., 2015). Embora no presente estudo, não tenham sido observadas diferenças significativas entre os grupos, alguns outros estudiosos, ao analisar casais enfrentando o câncer, observam menor satisfação conjugal entre os pacientes, devido, principalmente, a uma frustração relacionada à desigualdade de dedicação percebida. Alguns pacientes deste estudo apontaram exatamente esta questão, relatando desejar que o parceiro fosse mais aberto e comunicativo sobre seus sentimentos e pensamentos relacionados ao câncer.

O ato de fornecer e receber apoio causam efeitos diferentes em pacientes e cuidadores. Receber apoio está muito mais ligado à satisfação conjugal e a percepção do apoio recebido pode ser influenciada pelos níveis de raiva reprimida, mostrando mais uma vez, a relação entre expressão de agressividade e relação conjugal (Julkunen et al., 2009). Já o ato de fornecer apoio está muito mais relacionado ao bem-estar psicológico, o que esclarece porque os pacientes, que avaliaram seu próprio *coping* diádico como melhor do que o *coping* diádico do parceiro, tinham melhor bem-estar emocional (Rusu et al., 2020). A avaliação de ambos os grupos de que os cuidadores forneciam menos *coping* diádico, pode ser explicada pela seu menor bem-estar emocional. Similar ao relatado na literatura, e conforme apontado neste estudo, a dificuldade de acesso e falta de boas redes de apoio externas podem fazer com que os parceiros não encontrem meios de lidar com seus problemas emocionais. Esta situação pode gerar dificuldades com relação ao *coping* diádico próprio, de foram que os cuidadores sentem dificuldades para, fornecer apoio para ajudar o paciente a enfrentar o estressor (Fang et al., 2001).

Algumas limitações desta pesquisa incluem o pequeno tamanho da amostra e o baixo número de participantes do sexo masculino. Além disso, é possível que os pacientes e parceiros

de pacientes em estado clínico mais grave não tenham tido condições de participar devido ao seu quadro de saúde. A coleta exclusivamente online, também restringe a amostra a pessoas com melhor condição socioeconômica, uma vez que parceiros e pacientes sem acesso a dispositivos eletrônicos e internet não tiveram acesso à pesquisa. Por fim, também não foi possível a coleta de dados de ambos os membros de um mesmo casal. Assim, não se concretizou a análise do casal enquanto unidade, conforme apontado por Manne e Badr (2008). Esses autores indicaram a necessidade de pesquisas sobre a adaptação dos casais ao câncer, não incluindo apenas os dois parceiros em análises individuais, mas também certificando-se de que o casal seja a unidade de análise durante o processo de pesquisa.

Apesar das limitações, os resultados encontrados neste estudo podem ajudar os profissionais de saúde a identificar e abordar possíveis problemas psicossociais que podem surgir durante o tratamento do câncer em casais. Também fornece informações sobre a importância de fornecer serviços de cuidados de suporte, principalmente ao parceiro, que parece enfrentar mais dificuldades emocionais e problemas de regulação emocional que o próprio paciente. Programas de desenvolvimento de regulação emocional podem ser benéficos para a qualidade de vida de cuidadores e pacientes. Além disso, o ensino e desenvolvimento de estratégias de *coping* diádico pode aumentar a satisfação conjugal de casais, fortalecendo seus relacionamentos durante este período tão delicado. Assim, os dados do presente estudo podem respaldar futuras iniciativas brasileiras de saúde pública e políticas relacionadas ao câncer.

Para futuras pesquisas sobre o câncer em casais, sugere-se a utilização de uma amostra maior e mais variada, contendo principalmente os dois membros de um mesmo casal para que seja possível a análise das correlações dos resultados de um parceiro sobre o outro, entendendo assim sobre a dinâmica dentro do casal no processo de adaptação ao câncer. Além disso, a utilização de entrevistas pode ajudar a aprofundar as questões levantadas inicialmente neste estudo.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo aborda as estratégias socioemocionais individuais e diádicas usadas por casais brasileiros que enfrentam o câncer e seus efeitos na percepção de qualidade de vida e satisfação conjugal. Os dados encontrados ajudam a compreender a dinâmica dos casais brasileiros frente ao câncer e das principais fragilidades de cada membro no enfrentamento da doença. Os resultados destacam a importância de desenvolver estratégias de *coping* diádico e regulação emocional para melhorar a qualidade de vida e satisfação conjugal de ambos os membros do casal. Além disso, destacam a importância do apoio emocional e prático do

parceiro para pacientes com câncer e a necessidade de cuidar também do bem-estar emocional dos cuidadores, que muitas vezes enfrentam problemas emocionais significativos e podem ter uma qualidade de vida comprometida. Por fim, nota-se a importância de abordar múltiplos aspectos na avaliação e no cuidado de pacientes com doenças crônicas e seus cuidadores, incluindo aspectos emocionais, sociais e de relacionamento com a equipe de saúde. As limitações apontadas são importantes e devem ser levadas em consideração ao interpretar os resultados deste estudo. É importante lembrar que a pesquisa científica é um processo contínuo e que novos estudos podem abordar as limitações e aprofundar os resultados obtidos.

7. REFERÊNCIAS

- Ahmad, S., Fergus, K., Shatokhina, K., & Gardner, S. (2017). The closer 'We' are, the stronger 'I' am: The impact of couple identity on cancer *coping* self-efficacy. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(3), 403–413. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9803-1>
- Asuzu, C. C., & Elumelu, T. N. (2013). Assessing cancer patients' quality of life and coping mechanisms in Radiotherapy Department of the University College Hospital, Ibadan: Cancer patients, quality of life and coping mechanisms. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2306–2312. <https://doi.org/10.1002/pon.3290>
- Badana, A. N. S., Marino, V. R., Templeman, M. E., McMillan, S. C., Tofthagen, C. S., Small, B. J., & Haley, W. E. (2019). Understanding the roles of patient symptoms and subjective appraisals in well-being among breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 27, 4245–4252. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04707-2>
- Badr, H., Bakhshaie, J., & Chhabria, K. (2019). Dyadic Interventions for Cancer Survivors and Caregivers: State of the Science and New Directions. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(4), 337–341. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.06.004>
- Badr, H., & Krebs, P. (2012). A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples *coping* with cancer. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.3200>
- Bardin, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- Baron, K. G., Smith, T. W., Butner, J., Nealey-Moore, J., Hawkins, M. W., & Uchino, B. N. (2007). Hostility, Anger, and Marital Adjustment: Concurrent and Prospective Associations with Psychosocial Vulnerability. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9086-z>
- Beck, J. S. (2014). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed). Guilford Press.
- Beck, A. (1964) Thinking and depression: II Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*. Belmont: JAMA & Archives, v.10, n.6, p.561-571.
- Benoot, C., Enzlin, P., Peremans, L., & Bilsen, J. (2020). A Qualitative Study About How Nurses in Belgium Offer Relationship Support to Couples in Palliative Care. *Journal of Family Nursing*, 26(1), 38–51. <https://doi.org/10.1177/1074840719866838>
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic *coping*-a systematic-transactional view of stress and *coping* among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology*, 47, 137–140.
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadic coping inventory: Test manual*. Bern, Switzerland: Huber.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Brasília.
- Chung, B. P. M., Leung, D., Leung, S. M., & Loke, A. Y. (2018). Beyond death and dying: How Chinese spouses navigate the final days with their loved ones suffering from terminal

- cancer. *Supportive Care in Cancer*, 26(1), 261–267. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3844-z>
- Clipp, E. C., Hollis, D. R., & Cohen, H. J. (2001). Considerations of psychosocial illness phase in cancer survival. *Psycho-Oncology*, 10(2), 166–178. <https://doi.org/10.1002/pon.506>
- Colby, D. A., & Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 10–20. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.686619>
- Coyne, E., Dieperink, K. B., Østergaard, B., & Creedy, D. K. (2017). Strengths and resources used by Australian and Danish adult patients and their family caregivers during treatment for cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.05.005>
- Dancey, C.P., & Reidy, J. (2018). *Estatística sem Matemática*. Porto Alegre, RS: Artmed
- Darabos, K., & Hoyt, M. A. (2017). Cancer-Related Worry and Physical Well-Being in the Context of Perceived Stress in Young Adults with Testicular Cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(2), 363–366. <https://doi.org/10.1089/jayao.2016.0069>
- Dela Coleta, M. F. (1989). A medida da satisfação conjugal: Adaptação de uma escala. *Psico*, 18(2), 90-112.
- Dorros, S. M., Segrin, C., & Badger, T. A. (2017). Cancer survivors' and partners' key concerns and quality of life. *Psychology & Health*, 32(11), 1407–1427. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1338345>
- Duggleby, W., Tycholiz, J., Holtslander, L., Hudson, P., Nekolaichuk, C., Mirhosseini, M., Parmar, J., Chambers, T., Alook, A., & Swindle, J. (2017). A metasynthesis study of family caregivers' transition experiences caring for community-dwelling persons with advanced cancer at the end of life. *Palliative Medicine*, 31(7), 602–616. <https://doi.org/10.1177/0269216316673548>
- Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 28–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.002>
- Fang, C. Y., Manne, S. L., & Pape, S. J. (2001). Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients' spouses. *Health Psychology*, 20(6), 452–457. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.6.452>
- Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. F., & Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 595–603. <https://doi.org/10.1002/pon.992>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

- Halkett, G. K., Golding, R. M., Langbecker, D., White, R., Jackson, M., Kernutt, E., & O'Connor, M. (2020). From the carer's mouth: A phenomenological exploration of carer experiences with head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1695–1703. <https://doi.org/10.1002/pon.5511>
- Hawkey, A. J., Ussher, J. M., Perz, J., Parton, C., Patterson, P., Bateson, D., Hobbs, K., & Kirsten, L. (2020). The impact of cancer-related fertility concerns on current and future couple relationships: People with cancer and partner perspectives. *European Journal of Cancer Care*.
- Hernandez, J. A. E., Ribeiro, C. M., Carvalho, A. L. N., Fonseca, R. C. T., Peçanha, R. F., & Falcone, E. M. O. (2017). Revisão da estrutura fatorial da escala de satisfação conjugal. *Temas em Psicologia*, 25(4), 1977–1990. <https://doi.org/10.9788/TP2017.4-22Pt>
- Huda, N., Yun-Yen, Deli, H., Shaw, M. K., Huang, T.-W., & Chang, H.-J. (2021). Mediation of Coping Strategies among Patients with Advanced Cancer. *Clinical Nursing Research*, 30(8), 1153–1163. <https://doi.org/10.1177/10547738211003276>
- Iskandar, A. C., Rochmawati, E., & Wiechula, R. (2021). Patient's experiences of suffering across the cancer trajectory: A qualitative systematic review protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 1037–1042. <https://doi.org/10.1111/jan.14628>
- Janda, M., Neale, R. E., Klein, K., O'Connell, D. L., Gooden, H., Goldstein, D., Merrett, N. D., Wyld, D. K., Rowlands, I. J., & Beesley, V. L. (2017). Anxiety, depression and quality of life in people with pancreatic cancer and their carers. *Pancreatology*, 17(2), 321–327. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2017.01.008>
- Janda, M., Steginga, S., Langbecker, D., Dunn, J., Walker, D., & Eakin, E. (2007). Quality of life among patients with a brain tumor and their carers. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(6), 617–623. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.018>
- Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 235–244. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.011>
- Lafaye, A., Cousson-Gélie, F., Petit, S., & Bouisson, J. (2007). Cancer de la prostate et relation conjugale: Point de vue du patient et de sa conjointe. Résultats préliminaires. *Psycho-Oncologie*, 1(4), 246–251. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0056-7>
- Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houédé, N., Baguet, F., & Cousson-Gélie, F. (2014). Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses: Dyadic effects of coping strategies in prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 23(7), 797–803. <https://doi.org/10.1002/pon.3483>
- Kilkus, J. L. (2022). Applications of cognitive behavioral therapy in cancer survivorship. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000390>
- Li, Q., & Loke, A. Y. (2014). A systematic review of spousal couple-based intervention studies for couples coping with cancer: Direction for the development of interventions. *PSYCHO-ONCOLOGY*, 23(7), 731–739. <https://doi.org/10.1002/pon.3535>

- Lyons, K. S., Flatley, C., Gorman, J. R., Hanan, D. M., & Hayes-Lattin, B. (2021). Challenges experienced and resources identified by young to midlife couples 1–3 years post-cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, *31*(1), 116–121. <https://doi.org/10.1002/pon.5788>
- Magidson, J. F., & Weisberg, R. B. (2014). Implementing Cognitive Behavioral Therapy in Specialty Medical Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, *21*(4), 367–371. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.08.003>
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, *112*(S11), 2541–2555. <https://doi.org/10.1002/cncr.23450>
- Martinez, Y. C., Ellington, L., Vadaparampil, S. T., Heyman, R. E., & Reblin, M. (2020). Concordance of cancer related concerns among advanced cancer patient–spouse caregiver dyads. *Journal of Psychosocial Oncology*, *38*(2), 143–155. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1642285>
- Mastropietro, A. P., Oliveira, É. A. de, Santos, M. A. dos, & Voltarelli, J. C. (2007). Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation: Tradução e validação. *Revista de Saúde Pública*, *41*(2), 260–268. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200013>
- McLean, L. M., & Jones, J. M. (2007). A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.1196>
- Mokhtar, Z. H., Wong, L. P., Chong, M. C., Raimi, A. M. A., Ajeel, L. Y. A., & Mohajer, S. (2021). Quality of Communication Process between Cancer Patients and Doctors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. <https://doi.org/10.32592/ircmj.2021.23.12.1452>
- Morrison, E. J., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Yang, P., Patten, C. A., Ruddy, K. J., & Clark, M. M. (2017). Emotional Problems, Quality of Life, and Symptom Burden in Patients With Lung Cancer. *Clinical Lung Cancer*, *18*(5), 497–503. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2017.02.008>
- Nikmanesh, Z., Shirazi, M., & Farazinezhad, F. (2017). Examining the Predictive Role of Emotional Self-Regulation in Quality of Life and Perception of Suffering among Patients with Breast Cancer. *Middle East Journal of Cancer*, Vol. 8, no 2, 93–101.
- Mendonça, A. B., Pereira, E. R., Magnago, arinne, Medeiros, A. Y. B. B. V., Silva, R. M. C. R. A., Martins, A. de O., & Meira, arina C. (2021). Suffering experiences of people with cancer undergoing chemotherapy: A meta-ethnographic study. *NURSING & HEALTH SCIENCES*, *25*. <https://doi.org/10.1111/nhs.12839>
- Noronha, A. P. P., Baptista, M. N. & Batista, H. H. V. (2018). Construção e estudos psicométricos da Escala de Autorregulação Emocional – Versões Adulto e InfantoJuvenil. Relatório técnico não publicado. Itatiba: Universidade São Francisco.
- Ong, L. M. L., Visser, M. R. M., Lammes, F. B., & de Haes, J. C. J. M. (2000). Doctor–Patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, *41*(2), 145–156. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00108-1](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00108-1)
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020, outubro). *Câncer*. <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>

- Padova, S. de, Casadei, C., Berardi, A., Bertelli, T., Filograna, A., Cursano, M. C., Menna, C., Burgio, S. L., Altavilla, A., Schepisi, G., Prati, S., Montalti, S., Chovanec, M., Banna, G. L., Grassi, L., Mego, M., & De Giorgi, U. (2019). Caregiver Emotional Burden in Testicular Cancer Patients: From Patient to Caregiver Support. *Frontiers in Endocrinology*, *10*, 318. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00318>
- Paschali, A., Palli, A., Thomadakis, C., & Karademas, E. C. (2021). The Interplay Between Individual and Dyadic/Common Coping in Female Patients With Cancer. *European Journal of Psychology Open*, *80*(4), 143–151. <https://doi.org/10.1024/2673-8627/a000012>
- Peixoto, T. A. dos S. M., Peixoto, N. M. dos S. M., Pinto, C. A. S., & Santos, C. S. V. de B. (2021). Nursing strategies to support psychological adaptation in adult cancer patients: A scoping review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, *55*, e03690. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019039203690>
- Picard, L., Dumont, S., Gagnon, P., & Lessard, G. (2005). Coping Strategies Among Couples Adjusting to Primary Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *23*(2–3), 115–135. https://doi.org/10.1300/J077v23n02_08
- Pio, E. S. dos S., & Andrade, M. C. de M. (2020). Psico-oncologia: A atuação do Psicólogo junto aos familiares e ao paciente oncológico. *Revista Mosaico*, *11*(1), 93–99.
- Regan, T., Levesque, J. V., Lambert, S. D., & Kelly, B. (2015). A Qualitative Investigation of Health Care Professionals', Patients' and Partners' Views on Psychosocial Issues and Related Interventions for Couples Coping with Cancer. *PLOS ONE*, *10*(7), e0133837. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133837>
- Renshaw, K. D., Blais, R. K., & Smith, T. W. (2010). Components of negative affectivity and marital satisfaction: The importance of actor and partner anger. *Journal of Research in Personality*, *44*(3), 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.03.005>
- Rusu, P. P., Nussbeck, F. W., Leuchtman, L., & Bodenmann, G. (2020). Stress, dyadic coping, and relationship satisfaction: A longitudinal study disentangling timely stable from yearly fluctuations. *PLOS ONE*, *15*(4), e0231133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231133>
- Shands, M. E., Lewis, F. M., Sinsheimer, J., & Cochrane, B. B. (2006). Core concerns of couples living with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(12), 1055–1064. <https://doi.org/10.1002/pon.1036>
- Sharma, A., Saneha, C., & Phligbua, W. (2021). Effects of Dyadic Interventions on Quality of Life among Cancer Patients: An Integrative Review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *8*(2), 115–131. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_63_20
- Sherman, D. W., Haber, J., Hoskins, C. N., Budin, W. C., Maislin, G., Cater, J., Cartwright-Alcarese, F., McSherry, C. B., Feurbach, R., Kowalski, M. O., & Rosedale, M. (2009). Differences in Physical, Emotional, and Social Adjustment of Intimate, Family, and Nonfamily Patient-Partner Dyads Based on a Breast Cancer Intervention Study. *Oncology Nursing Forum*, *36*(4), E185–E197. <https://doi.org/10.1188/09.ONF.E185-E197>
- Ștefănuț, A. M., Vintilă, M., & Tudorel, O. I. (2021). The Relationship of Dyadic Coping With Emotional Functioning and Quality of the Relationship in Couples Facing Cancer—A

Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, *11*, 594015.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.594015>

- Sterba, K. R., Zapka, J., Armeson, K. E., Shirai, K., Buchanan, A., Day, T. A., & Alberg, A. J. (2017). Physical and emotional well-being and support in newly diagnosed head and neck cancer patient–caregiver dyads. *Journal of Psychosocial Oncology*, *35*(6), 646–665. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1323817>
- Streck, B. P., Wardell, D. W., LoBiondo-Wood, G., & Beauchamp, J. E. S. (2020). Interdependence of physical and psychological morbidity among patients with cancer and family caregivers: Review of the literature. *Psycho-Oncology*, *29*, 974–989. <https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1002/pon.5382>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Traa, M. J., De Vries, J., Bodenmann, G., & Den Oudsten, B. L. (2015). Dyadic *coping* and relationship functioning in couples *coping* with cancer: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, *20*(1), 85–114. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12094>
- Weaver, R., O’Connor, M., Halkett, G. KB., & Carey Smith, R. (2021). The unmet needs of carers of patients diagnosed with sarcoma: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, *30*(7), 1095–1103. <https://doi.org/10.1002/pon.5651>
- Yao, H., Hou, Y., Zhang, X., & Zhang, Q. (2022). Extrinsic emotional regulation experienced by lung cancer patients and their family caregivers during progression-free survival. *European Journal of Cancer Care*, *31*(6). <https://doi.org/10.1111/ecc.13750>
- Zhou, Q., Shen, J.-C., Liu, Y.-Z., Lin, G.-Z., Dong, H., & Li, K. (2014). Effects of Doctor-patient Communication on Quality of Life among Breast Cancer Patients in Southern China. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *15*(14), 5639–5644. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.14.5639>