

AMANDA LOPES GUSMÃO

**ESPIRITUALIDADE E ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM
MULHERES EM PROCESSO DE QUIMIOTERAPIA**

Juiz de Fora

2018

AMANDA LOPES GUSMÃO

**ESPIRITUALIDADE E ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE
MAMA EM MULHERES EM PROCESSO DE QUIMIOTERAPIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Psicologia.

**Orientadora: Professora Doutora Fabiane Rossi dos Santos
Grincenkov**

**Co-orientador: Doutor Francisco Eduardo da Fonseca
Delgado**

Juiz de Fora

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Gusmão, Amanda Lopes.

Espiritualidade e enfrentamento do câncer de mama em mulheres em processo de quimioterapia / Amanda Lopes Gusmão. -- 2018.

106 f. : il.

Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2018.

1. Espiritualidade. 2. Câncer de mama. 3. Quimioterapia. I. Grincenkov, Fabiane Rossi dos Santos, orient. II. Delgado, Francisco Eduardo da Fonseca, coorient. III. Título.

AMANDA LOPES GUSMÃO

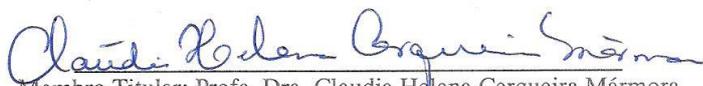
ESPIRITUALIDADE E ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES
EM PROCESSO DE QUIMIOTERAPIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por **Amanda Lopes Gusmão**

Dissertação defendida e aprovada em 23 de fevereiro de dois mil e dezoito, pela banca constituída por:



Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Profa. Dra. Claudia Helena Cerqueira Marmora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro Titular: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

RESUMO

Diante do atual crescimento na incidência de câncer de mama entre mulheres e considerando o intenso impacto físico e emocional causado pela doença por conta de seus tratamentos invasivos e das incertezas quanto à cura, a religiosidade e a espiritualidade apresentam-se como possibilidades importantes de enfrentamento durante o processo de quimioterapia. Esta pesquisa objetivou avaliar a relação entre a espiritualidade/religiosidade e o enfrentamento do câncer de mama em mulheres em processo de quimioterapia, bem como caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico das pacientes, além de avaliar a presença da religiosidade e também a qualidade de vida. Foi desenvolvido um estudo transversal, qualitativo e quantitativo, no qual foram selecionadas 50 mulheres, com idades igual ou superior a 18 anos e igual ou inferior a 70 anos, em processo de quimioterapia, sendo 25 no Instituto Oncológico 9 de Julho e 25 no Hospital ASCOMCER (Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora), ambos localizados no município de Juiz de Fora. No que se refere à parte quantitativa, para avaliar a espiritualidade/religiosidade como fator de enfrentamento foi utilizada a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual elaborada e validada por Panzini e Bandeira. Para medir a religiosidade durante o tratamento foi usada a Escala de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL). A avaliação da qualidade de vida foi feita pela Escala WHOQOL-BREF. O perfil sociodemográfico e clínico foi obtido por meio de um questionário semiestruturado. A análise qualitativa foi realizada através de duas questões abertas elaboradas pela pesquisadora. Os resultados obtidos apontaram altos índices de espiritualidade e religiosidade entre as pacientes pesquisadas; a grande maioria delas utilizou a religiosidade/espiritualidade como estratégia de enfrentamento durante o processo de quimioterapia; foram encontradas correlações significativas entre a qualidade de vida e a religiosidade/espiritualidade. Por fim, este trabalho possibilitou melhor compreensão dos aspectos religiosos e espirituais envolvidos no adoecimento e como se estabelecem suas utilizações como estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: Câncer de mama; espiritualidade; enfrentamento; quimioterapia.

ABSTRACT

In view of the increasing incidence of breast cancer and considering the great physical impact caused by the illness, religiousness and spirituality become important ways of coping with it during treatment. This study aimed to assess the connection of spirituality/religiousness and coping with breast cancer in women on chemotherapy, as well as to assess the presence of religiousness, and the levels of quality of life related to the spirituality/religiousness found. A transversal study, qualitative and quantitative, was developed: 50 women were recruited, aged 18 or over and aged 70 or under, on chemotherapy, 25 of whom from *Instituto Oncológico 9 de Julho* and 25 from Hospital ASCOMCER (*Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora*), both in Juiz de Fora. Regarding the quantitative aspect, to assess spirituality/religiousness as factor of coping it was used the Scale of Religious/Spiritual Coping elaborated and validated by Panzini and Bandeira. To measure the degree of religiousness during treatment, it was used the Scale of Religiousness of Duke University (DUREL). The quality of life was assessed by the WHOQOL-BREF Scale. The socio-demographic and clinical profile was obtained through a semi-structured questionnaire. The qualitative analysis was carried out upon two essay questions posed by the researcher. The findings appoint high levels of religiousness among the researched patients; most of them tapped into religiousness/spirituality as strategy of coping while on chemotherapy. And significant correlation of quality of life and religiousness/spirituality was observed. Finally, this study gave rise to a greater understanding of the religious and spiritual aspects engaged with the patients' condition and of the mechanisms they used as strategies of coping.

Keywords: Breast cancer; spirituality; coping; chemotherapy.

Lista de Abreviaturas

ACS – *American Cancer Society*

ASCOMCER – Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora

CPA – Centro de Psicologia Aplicada

CRE – *Coping* Religioso/Espiritual

DUREL – Escala de Religiosidade da Universidade Duke

ERE – Enfrentamento Religioso/Espiritual

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

NIH – *National Cancer Institute*

NPCS – Pesquisa Nacional Canadense de Cuidados Paliativos

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life – Abreviado

Lista de Figuras

Figura 1 - Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as dez variáveis com maiores médias do CRE Positivo ($p < 5\%$)	50
Figura 2 - Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as dez variáveis com maiores médias do CRE Negativo ($p < 5\%$)	51
Figura 3 - Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as cinco variáveis com maiores médias do CRE Positivo e as cinco variáveis com maiores médias do CRE Negativo ($p < 5\%$)	53
Figura 4 - Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as variáveis do domínio físico do Instrumento WHOQOL ($p < 5\%$)	59
Figura 5 - Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as variáveis do domínio psicológico do Instrumento WHOQOL ($p < 5\%$)	60
Figura 6 - Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as variáveis do domínio relações sociais do Instrumento WHOQOL ($p < 5\%$)	61
Figura 7 - Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as variáveis do domínio meio ambiente do Instrumento WHOQOL ($p < 5\%$)	62
Figura 8 - Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as variáveis da Escala DUREL($p < 5\%$)	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico das participantes	47
Tabela 2 – Média e Desvio-padrão dos Fatores CRE Positivo e CRE Negativo	49
Tabela 3 – Média e Desvio-padrão dos Domínios do WHOQOL-BREF	57
Tabela 4 – Média e Desvio-padrão das questões da Escala DUREL	67
Tabela 5 – Categorias globais e categorias específicas, número de respostas e porcentagem	70

SUMÁRIO

1	Introdução.....	09
2	Revisão da Literatura	13
2.1	O câncer de mama e suas implicações	13
2.2	Espiritualidade e câncer	22
3	Objetivos	31
3.1	Objetivo geral	31
3.2	Objetivos específicos	31
4	Método	32
4.1	Delineamento	32
4.2	Participantes	32
4.3	Crítérios de inclusão e não inclusão	32
4.4	Seleção das participantes	33
4.5	Cenário da pesquisa	33
4.6	Instrumentos	35
4.7	Procedimentos	38
4.8	Análise dos dados	41
4.9	Aspectos éticos	44
5	Resultados e Discussão.....	45
5.1	Análise quantitativa	45
5.1.1	<i>Perfil da amostra</i>	45
5.1.2	<i>Coping Religioso/Espiritual – CRE</i>	48
5.1.2.1	Resultados da análise dos dados da Escala de <i>Coping</i> Religioso- Espiritual.....	48
5.1.2.2	Correlações entre <i>coping</i> religioso-espiritual e qualidade de vida.....	53
5.1.2.3	Correlações entre as variáveis da Escala de <i>coping</i> religioso/espiritual (CRE) e as variáveis da Escala DUREL.....	53
5.1.2.4	Discussão.....	55
5.1.3	<i>Qualidade de vida</i>	57
5.1.3.1	Resultados da análise dos dados do Instrumento WHOQOL- BREF.....	57
5.1.3.2	Relação entre qualidade de vida e religiosidade avaliada pela Escala DUREL.....	63
5.1.3.3	Discussão.....	63
5.1.4	<i>Hábitos Religiosos</i>	66
5.1.4.1	Resultados da análise dos dados da Escala de Religiosidade da Duke - DUREL.....	66
5.1.4.2	Discussão.....	68
5.2	Análise qualitativa	69
5.2.1	<i>O significado de espiritualidade/religiosidade para mim</i>	70
5.2.2	<i>Como pratico minha espiritualidade/religiosidade e como ela me auxilia nos desafios do dia-a-dia</i>	72
5.2.3	<i>Como minhas práticas espirituais/religiosas me ajudam a enfrentar o meu tratamento</i>	77
6	Considerações Finais	80
	Referências	81
	Apêndices	93
	Anexos	97

1 Introdução

Segundo o *National Cancer Institute* [NIH] (2017), câncer é o nome atribuído a um grupo de doenças que consiste na divisão desordenada de algumas células de qualquer parte do corpo, invadindo tecidos locais. Normalmente, crescendo e dividindo-se conforme a necessidade do organismo, as células humanas, ao envelhecerem, tornam-se ineficientes e morrem, sendo substituídas por novas. O desenvolvimento do câncer ocorre exatamente quando cessa o processo de envelhecimento: as células tornam-se cada vez mais anormais e, ao invés de serem eliminadas, sobrevivem, culminando na formação de um aglomerado de novas células defeituosas sem necessidade denominado tumor. À medida que ele progride, pode invadir outros órgãos do corpo, em um processo denominado metástase.

Entre os vários tipos de câncer existentes, o de mama é o mais comum entre as mulheres, sendo o segundo tipo com mais frequência no mundo (D'Souza, Daudt e Kazajian, 2017). No Brasil, conforme o Instituto Nacional do Câncer [INCA] (2017), excetuando-se tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais frequente nas mulheres da região Sul (74,30/100 mil), Sudeste (68,08/100 mil), Centro-Oeste (55,87/100 mil) e Nordeste (38,74/100 mil).

Variando de acordo com as condições da paciente, com suas características biológicas e o estadiamento da doença, o tratamento pode ser local (cirurgia, radioterapia e reconstrução mamária) ou sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) (INCA, 2017). Tendo como principal função eliminar as células malignas que formam o tumor, os medicamentos da quimioterapia agem indiscriminadamente nas células saudáveis e cancerosas da paciente, podendo desencadear efeitos desagradáveis e comprometedores, como queda de cabelos, diarreia, entre outros. O conhecimento dessas reações adversas é

fundamental para prestar assistência adequada às mulheres durante o tratamento (Cruz e Rossato, 2015).

A literatura aponta que o diagnóstico e o tratamento podem afetar a saúde física e emocional das pacientes, observando-se em 20 a 30% das pacientes, durante o tratamento, consequências psicológicas como depressão e ansiedade, enquanto a prevalência dessas doenças na população geral é de apenas 8 e 6% (Puigpinos-Riera *et al.*, 2017). Para Laroche *et al.* (2017), essas desordens podem agravar os sintomas físicos associados à quimioterapia, podendo afetar a aderência ao tratamento e piorar a qualidade de vida.

Entre as possibilidades de enfrentamento desse processo encontra-se o fator espiritual. Antes, porém, de adentrar essa questão, é preciso ressaltar que, embora os termos “espiritualidade” e “religião” sejam constantemente confundidos, eles têm significados diferentes: enquanto este pode ser definido como um conjunto de crenças e práticas específicas, normalmente dentro de um grupo organizado, aquele é entendido como os aspectos individuais de paz, propósito, conexão com outrem e crenças sobre o sentido da vida, podendo-se ainda expressar-se através de religiões organizadas ou de outras formas (*PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board*, 2017).

A ligação entre a religião e a medicina existe desde os tempos mais antigos. Lucchetti *et al.* (2010) explicam que os egípcios, há 2000 a. C., já exorcisavam espíritos usando o nome do deus Horus; os cientistas gregos, há cerca de 500 a. C., já discutiam sobre a origem da alma; nos tempos medievais, há 1000 d.C., as autoridades religiosas eram responsáveis pelas licenças para a prática da medicina. A partir da Renascença, a religião começou a separar-se do campo científico, mantendo-se esse hiato até meados do século XX. Por fim, na década de 1960, iniciou-se a publicação de vários estudos epidemiológicos destacando a relação entre a espiritualidade/religiosidade com a saúde dos pacientes. Para Fleck, Borges, Bolognesi e Rocha (2003), a espiritualidade depende de três componentes: necessidade de encontrar significado,

razão e preenchimento na vida; necessidade de esperança ou vontade para viver; necessidade de fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. Quando um indivíduo sente-se incapaz de encontrar significado, pode cair no vazio existencial e no desespero, sendo a necessidade de significado condição essencial à vida (Fleck, Borges, Bolognesi e Rocha, 2003).

Diante dessas implicações, faz-se necessário compreender de que modo as mulheres com câncer de mama valem-se da espiritualidade/religiosidade como estratégia de enfrentamento durante o processo de quimioterapia. De forma geral, enfrentamento é o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais direcionados ao controle de situações internas e/ou demandas externas que, muitas vezes, ultrapassam as possibilidades de manejo pessoais, ocasionando sobrecarga ao indivíduo. De forma mais específica, de acordo com seus efeitos e consequências para a saúde, o enfrentamento religioso/espiritual (ERE) como método de controle do estresse é classificado pela literatura como características positivas (sentimentos de conforto, segurança e crença no sentido da vida) ou negativas (visão pouco otimista do mundo e baixa autoconfiança) (Gobatto e Araujo, 2013). Ainda segundo as autoras, apesar de todos os avanços conquistados através dos tratamentos oncológicos, ao longo das décadas, o câncer continua associado à finitude e à morte. Essas ideias negativas, ao serem relacionadas às experiências de restrições corporais, dores e sofrimentos, geralmente trazem questionamentos acerca dos valores da vida e dos projetos existenciais. Durante essa etapa de ressignificação, a religiosidade e a espiritualidade funcionam como um suporte benéfico para o paciente, contribuindo para a diminuição das vivências negativas provocadas pelo câncer, além de melhorar sua qualidade de vida (Thuné-Boyle *et al.*, 2011).

Diante dessas considerações, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a relação entre a espiritualidade e o enfrentamento do câncer de mama em mulheres que estão em tratamento quimioterápico, bem como proceder à avaliação da sua qualidade de vida; também analisar a correlação entre a os níveis de qualidade de vida e os escores de enfrentamento

religioso/espiritual. A relevância desse tema apoia-se no fato de a presença da religiosidade e/ou espiritualidade poder estar relacionada ao melhor enfrentamento do câncer e, conseqüentemente, à melhora na qualidade de vida das pacientes. Além disso, espera-se ampliar a compreensão acerca dos aspectos espirituais e religiosos envolvidos no processo saúde-doença.

2 Revisão de Literatura

2.1 O câncer de mama e suas implicações

Conforme afirmam Gonçalves, Lucchetti, Menezes e Vallada (2017), devido ao envelhecimento da população, as doenças crônicas são, atualmente, consideradas um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Além de ser uma das doenças crônicas mais incidentes, o câncer consiste também em uma das maiores causas de morte no mundo. O INCA (2015) estimou para o Brasil (biênio 2016-2017) a ocorrência de cerca de 600 mil novos casos de todos os tipos de câncer. É muito importante, portanto, que o monitoramento da incidência e da mortalidade da doença seja incluído na rotina da gestão da saúde, a fim de que se torne um instrumento fundamental para a implementação de estratégias preventivas, de tratamento contra o câncer e seus fatores de risco (INCA, 2015).

Gomes *et al.* (2008) afirmam que, historicamente, o câncer vem sendo relacionado a experiências ruins, e seu termo é utilizado como metáfora para vários tipos de desordens físicas, mentais e sociais. Frequentemente, somos lembrados dos diversos tipos de “cânceres” sociais como violência, desintegração familiar, uso de drogas e corrupção, considerados perturbadores da ordem, numa clara analogia à doença maligna (Gomes *et al.*, 2008).

Em diversos períodos da humanidade, o câncer foi descrito como uma doença silenciosa, lenta, que se espalha e destrói o corpo, por associar-se à perda de apetite, náusea, emagrecimento e muitas dores. Além disso, tumores malignos sempre foram relacionados ao medo de mutilação e morte. Durante muito tempo, foi também considerada contagiosa e associada à sujeira moral e física; nessa perspectiva, o câncer de mama passou a representar

punição, como forma de pagar por pecados cometidos, principalmente relacionados à sexualidade (Aquino e Zago, 2007).

Como construção social, a cultura possibilita, segundo Sontag (2007), uma maneira de ver o mundo, de modo que nossas atitudes perante a saúde, a doença e a forma de vivenciá-la, cognitiva e emocionalmente, são fatores determinantes. No século XIX, o câncer era visto como uma repressão de paixões, castigo, derrota, insucesso ou falta de amor próprio. Neste cenário, o mito subentendia que cada pessoa era responsável por sua doença e condição clínica, valendo ressaltar que, nos dias atuais, essas ideias permanecem vivas na sociedade. A autora observa que o câncer ainda é visto como doença cruel, intratável e misteriosa, não só por atacar e invadir o corpo, como também pelo fato de seu tratamento ser culturalmente percebido como contra-ataque, de forma que muitas vezes é compreendido como algo pior do que a própria doença.

Conforme a *American Cancer Society* ([ACS], 2017), o câncer de mama inicia-se quando as células da mama começam a crescer descontroladamente. Essas células normalmente formam um tumor, que pode ser visto através de uma radiografia ou sentido como um nódulo no seio. O estadiamento da doença é realizado baseando-se no crescimento das células cancerosas e sua invasão dos tecidos adjacentes, assim como sua proliferação para áreas distantes do corpo. Na maioria dos casos, o câncer de mama forma-se nos ductos que conduzem o leite até o mamilo, podendo, em outros, começar nas glândulas que produzem o leite, ou ainda, menos comum, nos diversos tecidos que compõem a mama. Esse tipo de câncer pode se espalhar quando as células cancerosas são transportadas a outras partes do corpo por intermédio da corrente sanguínea ou do sistema linfático.

Apesar do prognóstico favorável, no Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados (INCA, 2015). No entanto, a sobrevida média após cinco anos aumentou de 78%

(período de 1995 a 1999) para 87% (período de 2005 a 2009) (INCA, 2015). Para o ano de 2016, a estimativa realizada pelo INCA (2015) foi de aproximadamente 57.000 novos casos, com ocorrência mais predominante entre mulheres a partir dos quarenta anos, apesar de os índices de casos abaixo dessa faixa etária estarem aumentando progressivamente.

Um dos motivos que acarretam o crescimento de incidência dessa doença são as transformações que vêm ocorrendo no estilo de vida das mulheres, como aquisição de hábitos como alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e maus hábitos alimentares (Puigpinos-Riera *et al.*, 2017). Há, ainda, a escassez de programas eficientes de assistência à mulher, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, por parte das classes econômicas menos favorecidas, bem como a ineficiência de programas de rastreamento (Martins *et al.*, 2013). Além disso, Sontag (2007) destaca que um dos principais fatores que contribuem para que as mulheres receiem realizar o exame preventivo de mama é o câncer não ser considerado como simples doença, mas como inimigo, uma enfermidade a um só tempo letal e vergonhosa.

Para Mortensen *et al.* (2017), o câncer de mama impacta intensamente a vida das mulheres, seja pelos tratamentos agressivos e pelas incertezas referentes à cura, seja pela perda de identidade e pela falta de controle sobre sua própria vida. Dessa forma, pode-se observar a importância das pesquisas destinadas à compreensão dos aspectos emocionais e psíquicos envolvidos no enfrentamento da doença, considerando que ela é cada vez mais frequente e afeta as mulheres em vários aspectos.

Quando descobre a doença, muitas emoções são vivenciadas pela mulher. Conforme Bergamasco e Angelo (2001), o tempo de espera entre o resultado dos exames clínicos e a confirmação da doença traz sentimentos de angústia e ansiedade, muitas vezes, acompanhados de pensamentos acerca da morte, sendo comum o questionamento sobre a real malignidade do quadro de saúde. Ao receber o diagnóstico, a paciente pode passar por três etapas: a primeira é compreender a realidade da doença e toda a carga negativa que lhe é atribuída em nossa

sociedade; a segunda consiste em suportar o extenso e agressivo tratamento; na terceira, aceitar o novo corpo e elaborar nova imagem de si (Bervian e Giardon-Perlini, 2006).

Assim, além de o câncer ser rotulado como doença dolorosa e mortal, ele ocasiona muitas perdas e sintomas adversos na vida da paciente, acarretando conseqüentemente perda da qualidade de vida (Ziguer, Bortoli e Prates, 2016). Sousa, Guerra e Lencastre (2015) destacam a percepção do diagnóstico como ameaça para as mulheres e suas famílias porque toda a dinâmica do cotidiano familiar é alterada, sendo substituída por medos e questionamentos. A primeira preocupação que surge após o diagnóstico é a sobrevivência. Logo em seguida, as pacientes passam a preocupar-se com o tratamento, com o medo da morte e com a perda da mama. Segundo Fonseca *et al.* (2017), além das dificuldades relacionadas ao aspecto físico causadas pelos tratamentos invasivos, pela restrição dos movimentos e pela perda da mama, surgem também alguns problemas de ordem emocional e social intimamente ligados ao reconhecimento cultural do seio enquanto aspecto privilegiado da sexualidade, maternidade e feminilidade. Essa percepção corrobora a afirmação de Khodaveirdyzadeh *et al.* (2016), segundo os quais o câncer de mama pode acompanhar desordens emocionais como depressão, ansiedade, cansaço, pensamentos negativos, solidão, problemas sexuais, distorção da imagem corporal, perda da qualidade de vida e medo da morte.

O significado da mama é construído através do intercâmbio entre aspectos coletivos e psicológicos. De acordo com Manning e Radina (2015), em nossa sociedade, a mama é extremamente valorizada e vista como símbolo de sensualidade e beleza. Esse ponto de vista é muitas vezes reforçado pela mídia e pela cultura, que se apropria desta simbologia para vender produtos que expõem o corpo feminino. Dessa forma, a presença de uma doença que afeta as mamas compromete a construção da identidade feminina, visto que elas representam o amadurecimento, bem como a transição de menina para mulher (Gomes *et al.*, 2008). Cesnick e Santos (2012) destacam que a perda da mama ainda cria sentimentos de rejeição e

culpa, porque muitas mulheres acreditam que perderam sua feminilidade e por isso não são mais capazes de satisfazer seus parceiros. Algumas podem mesmo perder o interesse sexual por vergonha de mostrar o novo corpo (Menezes, Schulz e Peres, 2012).

Por atingir o símbolo da feminilidade, Manning e Radina (2015) destacam que a notícia do diagnóstico atravessa não só a singularidade da pessoa que adoce, como fragiliza os familiares e afeta a relação da mulher com seu corpo e com seu psiquismo. Em seus estudos sobre as representações sociais do câncer de mama, Maciel e Sa-Serafim (2013) enfatizam que a cultura carrega um discurso de valorização estética, que sentencia a mulher a um julgamento do que é belo ou não, e, nesse caso, o seio adquire lugar de destaque no corpo feminino devido a atratividade sexual exercida por ele. Diante do peso cultural sobre o significado da mama para a mulher, percebe-se que, quando um desses órgãos está marcado ou é ausente, há grande sentimento de desconforto, afetando a autoestima da mulher.

Segundo o INCA (2017), não é totalmente possível realizar a prevenção do câncer de mama. Isso acontece devido à multiplicidade de fatores relacionados ao surgimento da doença e ao fato de vários deles não serem modificáveis. Algumas estimativas apontam que, por meio da alimentação, nutrição e atividade física, é possível reduzir o risco de a mulher desenvolver o câncer de mama. Controlar, portanto, o peso corporal e evitar a obesidade, por meio da alimentação saudável e da prática de exercícios físicos e evitar também o consumo de bebidas alcoólicas são algumas das recomendações básicas para a prevenção. Dessa forma, a detecção precoce é a principal maneira de combater qualquer tipo de câncer. Nascimento, Pitta e Rêgo (2015) relatam que a mamografia, cujo objetivo é produzir imagens detalhadas e com alta resolução espacial da estrutura interna da mama para possibilitar bons resultados, é o exame padrão para detectar precocemente o câncer de mama e o mais efetivo da atualidade.

As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser voltadas tanto para o controle local (realizado através de cirurgia ou radioterapia) quanto para o sistêmico (visa,

principalmente, reduzir as chances de metástases) da doença. O controle sistêmico pode ser dividido em três tipos: hormonioterapia, quimioterapia e radioterapia (INCA, 2016). De acordo com Brito, Portela e Vasconcellos (2009), há ainda a modalidade cirúrgica que, como procedimento isolado ou quando combinada com outras intervenções terapêuticas, é fator determinante para a sobrevida das pacientes.

A quimioterapia consiste em um conjunto de substâncias que, quando combinadas, atuam no ciclo da célula tumoral, objetivando levar à morte celular. Ela age impedindo o crescimento e a proliferação das células que sofreram mutação (David, Windlin e Gaspar, 2013). As pacientes submetidas a esse tratamento frequentemente experienciam muitos sintomas adversos, diminuindo os níveis de bem-estar físico e mental, bem como a qualidade de vida geral (Tyson, Jacobsen e Meade, 2016). Entre alguns dos possíveis efeitos adversos relacionados à quimioterapia, podemos citar a alopecia, diarreia, mucosite e a incapacidade de concentração (Caponero e Lage, 2008).

Para Pereira, Teixeira e Santos (2012), o conceito de qualidade de vida é marcado pela falta de consenso em sua definição, uma vez que alguns autores a caracterizam como sinônimo de saúde, enquanto outros a entendem como um aspecto mais global do ser humano, composto por inúmeros fatores. Post (2014) descreve que a base do conceito de qualidade de vida está na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1947): completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Segundo Gul, Ustundag e Andsoy (2014), a qualidade de vida é definida como uma percepção muito subjetiva da vida como um todo. Assim, a qualidade de vida durante o tratamento médico é entendida como a percepção do paciente sobre suas atuais funcionalidades em comparação com aquelas que ele considera como ideais, compreendendo a funcionalidade como um conceito multidimensional, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais de um indivíduo.

Um estudo realizado na Turquia por Gul, Ustundag e Andsoy (2014) com 87 mulheres com câncer de mama submetidas a diversos tipos de tratamentos objetivou avaliar a qualidade de vida das pacientes e o uso de métodos alternativos complementares ao tratamento. De acordo com os dados encontrados pelos autores, os subgrupos que representam as dimensões físicas e sociais da qualidade de vida obtiveram os escores mais elevados, indicando que as mulheres não apresentaram dificuldades para manter suas atividades diárias, bem como recebiam suporte social satisfatório. Os métodos alternativos complementares mais utilizados foram as práticas espirituais, os exercícios físicos e o uso de ervas e vitaminas. Em nossa sociedade, o ato de orar em situações que trazem tristeza, dor e incertezas é uma prática comum, mesmo apesar das diferenças culturais (Gul, Ustundag e Andsoy, 2014).

Ahadzadeh e Sharif (2018) realizaram uma investigação na Malásia com a finalidade de avaliar a associação entre a qualidade de vida e algumas estratégias de enfrentamento em uma amostra de 135 mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Os resultados demonstraram que as pacientes que utilizaram estratégias de enfrentamento emocional ativo apresentaram níveis mais elevados de qualidade de vida quando comparadas àquelas que possuíam baixos índices de enfrentamento emocional ativo. Assim, as estratégias de enfrentamento emocional ativo estão correlacionadas à uma maior resiliência no decorrer da doença, fortalecendo as mulheres física e emocionalmente para lidarem com o câncer. Segundo os autores, aquelas que se esforçam para enxergar a enfermidade através de outra perspectiva tendem a apresentar uma melhor qualidade de vida.

Traore *et al.* (2018) por meio de um estudo qualitativo avaliaram a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama no Marrocos em dois momentos: durante o primeiro mês de tratamento e o décimo segundo. Os resultados mostraram que a saúde global aumentou durante este período, assim como quase todos os escores referentes às dimensões funcionais, exceto a dimensão referente às atividades sociais, que apresentou um leve declínio, podendo

ser explicado pelo fato da doença causar um grande impacto na vida social e familiar das pacientes. Apesar disso, houve uma melhora significativa na dimensão referente aos sintomas físicos como fadiga, dor e insônia. A diminuição desses sintomas pode ser explicada pela conduta terapêutica e os suportes utilizados no manejo da doença.

Menezes, Schulz e Peres (2012) destacam a importância do atendimento psicológico, seja ele individual ou em grupo, como parte essencial para o tratamento do câncer de mama, tendo em vista que esse tipo de assistência possibilitaria redução no estresse emocional, melhor adesão ao tratamento e redução dos sintomas indesejáveis associados aos tratamentos, podendo aumentar consideravelmente a qualidade de vida e o tempo de sobrevivência das pacientes.

Para Patrão e Leal (2004), o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama provocam angústia pelas incertezas referentes ao futuro, além de ansiedade e depressão, com episódios de irritabilidade, perda do apetite, problemas no sono e pensamentos pessimistas sobre o futuro. Dessa forma, apoio social, qualidade de vida, estresse, *coping*, controle emocional e necessidade de harmonia são fortes fatores psicossociais frequentemente associados à doença. O suporte social é apontado como um fator atenuante das condições adversas provocadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama, por oferecer à mulher sensação de que é querida, amada, estimada e que pertence a um grupo no qual se sente útil e valorizada.

O *coping* pode ser definido como um conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para enfrentar situações desencadeadoras de estresse, sejam elas internas ou externas. A reação diante desses acontecimentos é eficaz quando a desordem sentida é reduzida, propiciando melhora do bem-estar e do estado geral de saúde. O indivíduo pode usar recursos voltados para resolver diretamente o problema, para atenuar as emoções ou até mesmo para ir à busca do suporte social (Patrão e Leal, 2004).

Necessidade de harmonia e controle emocional estão amplamente relacionados. Desse modo, a repressão da expressão de emoções negativas tais como raiva, tristeza, e ansiedade nos relacionamentos interpessoais diante de momentos conflituosos é uma das características das mulheres com câncer de mama. A intenção, nesse caso, consiste em evitar problemas através de comportamento pouco conflituoso, que possa gerar prejuízos à saúde mental e física das mulheres (Patrão e Leal, 2004).

Último elemento destacado por essas autoras, a personalidade, pode ser compreendida como uma estrutura estável do indivíduo, que exerce influência sobre a maneira como ele reage diante de eventos da vida e costuma ser mais ou menos consistente ao longo do tempo. As autoras afirmam, ainda, que alguns traços da personalidade interferem no modo como o indivíduo enfrenta o processo do adoecimento.

Dessa forma, segundo Santos *et al.* (2014), é necessário compreender o processo saúde-doença como algo dinâmico e multicausal. Deve-se ampliar a dimensão do objeto saúde para além da relação presença ou ausência de doença, o que tem sido desafiador e, ao mesmo tempo, propulsor da produção científica na área da saúde. Saúde e doença devem ser compreendidas como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais. Assim, o entendimento de que a paciente apresenta-se em todas as suas dimensões, por mais que a queixa, geralmente, esteja relacionada somente ao físico, facilita a criação de coeso vínculo entre profissional da saúde, paciente e familiares. Para os autores, esse relacionamento adequado e consistente pode estimular a participação da paciente em seu processo de adoecimento, tratamento e recuperação da saúde.

Segundo Saso *et al.* (2017), entre as principais estratégias utilizadas pelas pacientes com câncer de mama para obtenção de suporte e apoio durante as fases de diagnóstico e tratamento, encontram-se a religiosidade e espiritualidade.

2.2 Espiritualidade e câncer

Conforme Lichtenstein, Berger e Cheng (2017), na maioria dos sistemas de cura tradicionais, a doença ocorre quando ocorre desequilíbrio no corpo, na mente ou no espírito. A frequência e a intensidade da exposição a situações estressantes estão relacionadas a efeitos nocivos à saúde mental e física, de modo que o enfrentamento de uma enfermidade como o câncer tem caráter desafiador para o paciente, levando-o à busca de auxílio. Nesse sentido, religião e espiritualidade são referidas como estratégias para lidar com a doença e seus tratamentos (Evangelista *et al.*, 2016). Além disso, os aspectos religiosos e espirituais têm sido relacionados a vários fatores de adaptação ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, demonstrando serem essenciais para o restabelecimento da saúde e para a recuperação dos pacientes (Veit e Castro, 2013a).

De acordo com Khodaveirdyzadeh *et al.* (2016), o conceito de *coping* religioso/espiritual está baseado na forma com a qual cada indivíduo utiliza seu comportamento e percepção espiritual para lidar com eventos estressantes. Desse modo, o *coping* religioso/espiritual consiste na busca não só de bem-estar psicológico, físico e emocional, mas também de significado, controle, conforto espiritual e formas de transformar a vida (Panzini e Bandeira, 2007).

Ser diagnosticado com câncer pode desencadear sentimentos de ansiedade, angústia, depressão, pânico e desesperança perante a vida, podendo afetar planos para o futuro e projetos de vida do indivíduo. Enquanto, para algumas pessoas, a vida não se resume ao momento do diagnóstico, para outras, nesse momento surgem novas definições do sentido de vida, seja para melhor ou para pior. Há, ainda, quem encontre nesse difícil momento oportunidade para o desenvolvimento espiritual e pessoal. Assim, não raro, o paciente com câncer encontra, por meio da espiritualidade, significado em sua doença (Vachon, 2008).

A literatura sobre o câncer foi essencial para trazer ao campo científico vasto conhecimento acerca do papel da espiritualidade no enfrentamento e na cura da doença. Boudreaux, O’hea e Chasuk (2002) relatam que, no momento do diagnóstico da doença, constantemente os temas espirituais vêm à tona, de forma que os questionamentos mais frequentes geralmente estão associados à perda de controle da saúde, a projetos futuros, a mudanças nas relações pessoais e à ressignificação da vida. Kruizinga *et al.* (2017) também destacam indagações acerca do significado do sofrimento e da existência de vida após a morte, quando o paciente se vê diante da finitude da vida. Para Steinhorn, Din e Johnson (2017), perda de saúde frequentemente leva a questionamentos acerca do sentido da vida, da benevolência e retribuição do universo, das escolhas feitas e das repercussões de ações passadas. Os autores sugerem que, diante do adoecimento, até o indivíduo mais cético tende a procurar alguma forma de apoio, esperança e conforto. Segundo Surbone e Baider (2009), durante o tratamento, os indivíduos doentes podem valer-se da espiritualidade como fator de enfrentamento para lidar com sentimentos de medo, angústia ou depressão, sendo a fé definida por muitos pacientes como importante fator no momento de tomar decisões. Além disso, enfatizam o significado do bem-estar espiritual na melhoria da qualidade de vida durante e após o tratamento do câncer.

Volcan *et al.* (2003) apontam que a espiritualidade e sua relação com a saúde têm-se tornado um desafio a ser implementado na prática médica diária. Por estar frequentemente associada à prática religiosa, historicamente tem sido ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida, bem como motivo de discórdia, fanatismo e muitos confrontos.

É importante destacar que, apesar de estarem relacionadas, espiritualidade e religiosidade não são sinônimos. Steinhorn, Din e Johnson (2017) explicam que a espiritualidade pode ser definida como o aspecto da humanidade que se refere à forma como os indivíduos buscam e

expressam significado e propósito, e a forma como eles experienciam a conexão com o momento presente, consigo mesmos, com os outros, com a natureza e com o sagrado.

Para Benites *et al.* (2017), a religião é composta por um conjunto de crenças, linguagens e práticas dentro de uma instituição específica, que é baseado em uma tradição única, com seus símbolos, rituais, cerimônias e explicações próprias acerca da vida e da morte. Já a espiritualidade abrange aspectos mais universais, não se restringindo a uma religião em particular, mas englobando valores pessoais e íntimos, encontrando seu alicerce naquilo que dá sentido à vida e proporcionando o crescimento pessoal e a reflexão acerca das experiências vividas.

De acordo com Gobatto e Araújo (2013), a religiosidade envolve a sistematização de um culto ou doutrina específica compartilhada por um grupo. Já a espiritualidade está ligada a questionamentos acerca do significado e o propósito de vida, acreditando em aspectos espiritualistas para justificar sua existência. Holt *et al.* (2012) definem religião como uma sistema organizado que envolve crenças, práticas e rituais específicos compartilhados entre seus membros. Já a espiritualidade é constituída por experiências transcendentais, a qual pode incluir ou não a religião.

A espiritualidade e a religiosidade são responsáveis por importante papel na vida de muitas pessoas (Fernandes *et al.*, 2017). Pesquisas têm demonstrado como sua influência protege a saúde, reduz as internações, reforça a capacidade do paciente de se recuperar de uma doença física e aumenta a taxa de sobrevivência em idosos (Aukst-Margetic *et al.*, 2005). O tratamento de uma doença crônica com aspectos tão singulares como o câncer exige atenção integral e individualizada, por ser um momento delicado com diferentes significações para cada indivíduo. Portanto, são indispensáveis apoio e cuidado no âmbito espiritual. Conforme Paredes e Pereira (2017), a dimensão espiritual se faz imprescindível na abordagem do câncer, tendo em vista os inúmeros questionamentos acerca do sentido da vida e da possibilidade do

seu fim, vivenciados pelos pacientes. Porém, apesar disso, a forma como a espiritualidade e as religiões contribuem para o processo de enfrentamento do câncer ainda não está completamente esclarecida.

Em seus estudos, Fitchett *et al.* (2010) concluíram que, muitas vezes, as pessoas acometidas por doença grave como o câncer tendem a passar por transformação pessoal, o que inclui suas visões e crenças espirituais, no sentido de se sentirem mais conectadas com um poder superior, aprofundando sua fé. Dessa forma, a religiosidade e a espiritualidade estão intimamente ligadas à melhor adaptação e manejo da doença e suas terapêuticas.

Movafagh *et al.* (2017) relatam que uma investigação realizada por Brady *et al.* (1999) com grande número de pacientes australianos com câncer concluiu que o bem-estar espiritual estava intimamente associado à qualidade de vida geral, bem como com às subescalas que compreendem a qualidade de vida: bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional.

Ahmadi *et al.* (2017), através de um estudo qualitativo, investigaram 51 indivíduos suíços com diversos tipos de tumores e idades que variavam entre 25 e 83 anos. Para a análise do material coletado, os pesquisadores separaram as entrevistas em três grupos com base em suas respostas sobre sua visão de Deus, religião e filosofia de vida: ateístas (que não acreditavam em Deus ou seres espirituais); teístas (que acreditavam em Deus) e não-teístas (que não acreditavam em Deus, mas acreditavam em seres espirituais). Os resultados do estudo revelaram novas formas de *coping* entre os pacientes com câncer: 1) santificação da natureza; 2) conexão espiritual consigo mesmo; 3) solitude positiva; 4) altruísmo; 5) música espiritual.

O *coping* utilizando a santificação da natureza significa que os entrevistados buscaram a espiritualidade através da natureza para o manejo de suas doenças, enquanto a conexão consigo mesmo significa que os informantes não procuraram relação espiritual com Deus ou com outra coisa sagrada, mas buscaram conexão voltada para si. Solitude positiva foi a denominação recebida pelos momentos que os entrevistados passaram sozinhos com o

objetivo de alcançar maior nível de serenidade e espiritualidade. O altruísmo ou a empatia como estratégia de *coping* utilizada pelos pacientes suíços com câncer não se referem ao manejo de estresse através de ajuda ao próximo, como é visto em alguns métodos de *coping* religioso. A motivação observada não era de cunho religioso, mas no sentimento proporcionado pelo senso de unidade com o todo. Finalmente, para alguns entrevistados, a música espiritual foi importante estratégia de *coping* para aliviar o estresse e a ansiedade causados pelo câncer (Ahmadi *et al.*, 2017).

Outro estudo qualitativo realizado por Ahmadi *et al.* (2016) com pacientes sul-coreanos objetivou avaliar a importância da cultura no desenvolvimento do *coping*. A amostra era composta por 33 pessoas, com idades entre 25 e 75 anos e que se identificaram como não-religiosos, espirituais e religiosos (protestantes, católicos e budistas – os maiores grupos religiosos da Coreia do Sul). Os resultados desse estudo revelaram as seguintes estratégias de *coping*: 1) acreditar no poder de cura da natureza; 2) conexão mente-corpo; 3) acreditar em um poder transcendental e 4) encontrar a si próprio nas relações com os outros. Acreditar no poder de cura da natureza significa que os entrevistados acreditavam que, durante o sofrimento provocado pela doença, manter contato com a natureza iria ajudá-los na cura física e na mental. Alguns participantes acreditavam fortemente que as montanhas possuíam poder de cura, enquanto quase todos eles mencionaram o poder da alimentação natural e das propriedades anticancerígenas de certos alimentos. Quando questionados sobre as possíveis causas que os levaram a desenvolver a doença, eles citaram o estresse e o cansaço mental, além de pensamentos negativos como desencadeadores do mau funcionamento do corpo, demonstrando suas crenças na poderosa relação mente-corpo.

Acreditar no poder transcendental demonstra que os participantes sentiram necessidade de se apoiar em um ser onipotente e de realizar orações quando em situação de sofrimento. Por último, vários entrevistados apontaram que sua maior estratégia de *coping*

contra o câncer era as pessoas. Pacientes com câncer tendem a experienciar sentimentos de solidão durante o tratamento, por isso, estarem cercados de amigos, parentes ou até mesmo de outros pacientes era percebido como algo extremamente encorajador (Ahmadi *et al.*, 2016).

Vachon (2008) conduziu uma investigação sobre as concepções do indivíduo que passou pelo câncer acerca do significado da espiritualidade e do bem-estar durante o tratamento. A autora encontrou evidências de que a gravidade da vulnerabilidade física e psíquica das pessoas acometidas pela doença é muito individual e depende da forma como cada um encara esse momento. Segundo a autora, as crenças e percepções dos familiares também exercem influência na forma com a qual o paciente vai lidar com sua doença. A religião foi tida como uma forma de manifestação da espiritualidade, sendo um conjunto de práticas e atitudes adotadas para alcançar conexão com o poder superior, enquanto a espiritualidade foi entendida como dimensão mais subjetiva baseada na fé, não necessitando da religiosidade para existir.

Desse modo, embora se destaque a importância de estudos para além dos conceitos de espiritualidade e religiosidade, deve-se considerar o indivíduo de forma integral, ampliando as investigações para a ligação mente-corpo-espírito. Nesse sentido, deve-se analisar de que modo as crenças espirituais e religiosas do paciente foram afetadas com o diagnóstico e quais as mudanças vivenciadas nesse âmbito, além de integrar uma reflexão acerca do significado atribuído ao câncer na vida do indivíduo (Vachon, 2008).

Estudos e relatos da literatura vêm, cada vez mais, procurando compreender o modo com o qual os impactos e efeitos do diagnóstico do câncer de mama afetam o bem-estar psicossocial das mulheres e como elas utilizam a religião e a espiritualidade para enfrentarem esse processo. Simon, Crowther e Higginson (2007), com o intuito de descobrir o papel da espiritualidade, durante toda a experiência do câncer de mama, desde o diagnóstico até o pós-tratamento, realizaram uma pesquisa com 18 mulheres afro-americanas cristãs. As estratégias

de *coping* empregadas por elas foram investigadas por meio de estudos evidenciando a espiritualidade como significativo papel nesse período: todas as entrevistadas disseram ser cristãs e afirmaram acreditar em Deus como poder maior; além disso, acreditavam que a espiritualidade foi fator fundamental de apoio durante toda a experiência com o câncer de mama.

A investigação sobre o papel exercido pela espiritualidade foi dividida em três fases: durante o diagnóstico, durante o tratamento e após o tratamento. Na primeira fase, onze delas ressaltaram o suporte e a aceitação do diagnóstico propiciados pela espiritualidade; quatro entrevistadas pediram direcionamento divino sobre as opções de tratamentos; três afirmaram que foi estabelecida uma rede de suporte familiar através da espiritualidade. Entre as várias formas de lidar com o câncer de mama evidenciadas pelas entrevistadas, a espiritualidade foi citada como elemento presente em todo o curso da doença: muitas relataram como a experiência reforçou ou aumentou a sua fé; nenhuma disse ter raiva de Deus ou culpá-lo por sua doença, tampouco diminuíram sua espiritualidade. A pesquisa também revelou que, durante o tratamento, treze participantes utilizaram a espiritualidade como estratégia de *coping* para enfrentar os efeitos adversos provocados pelo tratamento; dez delas também usaram a espiritualidade para encontrarem vontade de viver e propósito de vida. De forma geral, as entrevistadas revelaram estar satisfeitas com o suporte espiritual oferecido pelos familiares e pela equipe de saúde responsável por seu tratamento, demonstrando a importância desse apoio durante e após o tratamento (Simon, Crowther e Higginson, 2007).

Estudos com mulheres brasileiras apontam a importância da religião e da espiritualidade durante o enfrentamento do câncer de mama (Veit e Castro, 2013b). Embora o conceito de *coping* religioso tenha conotação positiva, ele pode ser tanto positivo quanto negativo, assim como suas estratégias. O aspecto positivo compreende medidas de efeito benéfico ao indivíduo, enquanto o negativo está relacionado a medidas com consequências

prejudiciais, como questionamento da existência, atribuição a Deus da resolução dos problemas e definição da condição de estresse como punição de Deus (Matos *et al.*, 2017). Dessa forma, a religiosidade em certos momentos pode apresentar consequências adversas à saúde, quando as crenças interferem ou substituem a busca por cuidados médicos necessários, como vacinação e transfusão de sangue (Koenig, Larson e Larson, 2001).

Diante da comprovação de influências positivas e negativas exercidas pela religiosidade/espiritualidade, é fundamental que profissionais da área da saúde estejam atentos a tais aspectos, atuando em colaboração com representantes religiosos e profissionais especializados nessas questões para atendimento clínico mais adequado de seus pacientes oncológicos, considerando-os como indivíduos multidimensionais. Nos Estados Unidos, escolas médicas dispõem de preparo específico para lidar com as demandas religiosas e espirituais dos pacientes (Koenig, Hooten, Lindsay-Calkins, e Meador, 2010). Além disso, segundo Gobatto e Araújo (2013), durante o acompanhamento de pacientes oncológicos e, principalmente, dos que estão sob cuidados paliativos, é imprescindível a interlocução entre profissionais e religiosos.

Levando em conta a significativa diversidade religiosa brasileira, bem como sua importância para a população, segundo Moreira-Almeida *et al.* (2010), os estudantes das profissões de saúde precisariam receber alguma formação relacionada ao assunto durante a graduação. Como consequência disso, falta de treinamento e de habilidade em identificar as necessidades religiosas e espirituais dos usuários, assim como o receio de influenciar as crenças dos pacientes, acaba criando barreiras relatadas pelos próprios profissionais, que terminam por dificultar a abordagem da religiosidade/espiritualidade nos atendimentos (Balboni *et al.*, 2007). Segundo Conway-Phillips e Janusek (2016), entre os fatores que impedem a incorporação da espiritualidade na prática e na educação dos profissionais da

saúde estão a falta de informação acerca dos termos espiritualidade e religiosidade e a relutância dos profissionais ao abordarem essas questões.

Conforme Bhatnagar *et al.* (2017), a literatura aponta alguns motivos que explicam a existência de barreiras que impedem os profissionais da saúde de proporcionar o cuidado espiritual ao paciente, entre as quais está a falta de tempo como a principal razão para o não oferecimento do apoio espiritual. De fato, muitas vezes sobrecarregados com o trabalho, os profissionais da saúde nem sempre podem dar atenção a esses aspectos que transcendem o físico; além disso, falta de tempo pode servir como desculpa para não ter de lidar com uma área na qual muitos profissionais não se sentem confortáveis ou aptos para adentrar. Isso ocorre porque eles podem, por exemplo, não saber ao certo o que constitui a espiritualidade.

Dessa forma, se os profissionais têm dúvidas sobre o real significado da espiritualidade, eles também ignoram o vocabulário para tratar desse assunto com seus pacientes, ou seja, em virtude de suas próprias inseguranças, preferem não abordar o tema. Os autores ainda afirmam que um dos fatores que dificultam a abordagem do tema é o formalismo existente na relação entre a equipe médica e os pacientes, considerando invasão de privacidade conversar sobre espiritualidade. Portanto, de acordo com os autores, os profissionais da saúde ainda ressentem de habilidades para lidar com o tema, indicando necessidade de maior atenção sobre esse aspecto durante a formação profissional (Bhatnagar *et al.*, 2017).

Por fim, Panzini e Bandeira (2007) também enfatizam a necessidade e a importância de se incorporar na formação curricular de médicos, psicólogos e outros profissionais da saúde sobre os aspectos espirituais e religiosos em sua relação com a saúde física e mental, qualidade de vida e variáveis psicossociais de interesse, instrumentando-os a lidar melhor com essas questões e demandas no atendimento de seus pacientes.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Avaliar a religiosidade e a espiritualidade como estratégias de enfrentamento do câncer de mama e sua correlação com a qualidade de vida.

3.2 Objetivos específicos

Em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes;
- Avaliar a espiritualidade e a religiosidade como fatores de enfrentamento do câncer;
- Avaliar a qualidade de vida durante o tratamento;
- Correlacionar a religiosidade e a espiritualidade à qualidade de vida

4 Método

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo e qualitativo, de caráter correlacional e transversal.

4.2 Participantes

O estudo foi realizado no município de Juiz de Fora, sendo a amostra constituída por 50 mulheres: vinte e cinco no Instituto Oncológico 9 de Julho e vinte e cinco no Hospital ASCOMCER (Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora).

4.3 Critérios de inclusão e não inclusão

Para inclusão no estudo, foram considerados os seguintes critérios: estar em tratamento quimioterápico; ter idade igual ou superior a dezoito anos e igual ou inferior a setenta e ter sido diagnosticada com câncer de mama há, pelo menos, seis meses, independentemente do estadiamento da doença. Conforme o INCA (Instituto Nacional do Câncer) (2017), estadiar uma neoplasia maligna significa avaliar seu grau de disseminação pelo corpo. Dessa forma, o estágio de um tumor demonstra sua taxa de crescimento, extensão da doença, tipo de tumor e sua relação com o portador. Segundo Cantinelli *et al.* (2006), um dos fatores de risco para a ocorrência da depressão e ansiedade em mulheres em fases iniciais do câncer de mama é a idade jovem, motivo pelo qual se optou pela faixa etária supracitada.

Não foram incluídas no estudo mulheres que anteriormente tiveram algum outro tipo de câncer, tampouco pacientes com menos de seis meses de diagnóstico ou com alguma dificuldade na compreensão dos instrumentos utilizados pela pesquisadora.

4.4 Seleção das participantes

As participantes do estudo foram selecionadas através de uma amostra por conveniência: foram escolhidas para integrar a amostra aquelas que aguardavam consulta médica ou procedimento quimioterápico, no período compreendido entre abril de 2017 e julho do mesmo ano, nos dias em que a pesquisadora realizaria a coleta de dados: todas as quartas-feiras e sextas-feiras no Instituto Oncológico 9 de Julho e todas as segundas-feiras e quartas-feiras no Hospital ASCOMCER, na parte da manhã, em ambas as instituições. Vale ressaltar que a amostragem por conveniência é um tipo de amostragem não probabilística na qual o pesquisador seleciona os membros da população mais acessíveis na ocasião da sua coleta de dados (Oliveira, 2009).

4.5 Cenário da pesquisa

A escolha do Instituto Oncológico 9 de Julho e Hospital ASCOMCER para a realização do referido estudo deve-se ao fato de ambos serem hospitais de referência no tratamento do câncer em Juiz de Fora, atendendo tanto pacientes do próprio município quanto de municípios vizinhos.

O Instituto Oncológico 9 de Julho é um hospital especializado, há 44 anos, na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Fundado em 1963 pelos médicos Olamir

Rossini e Juracy Neves, com o intuito de prestar à população um tratamento de qualidade, no ano de 1967, sua sede foi transferida para o Bairro Grambery, onde funciona até hoje. Nesse mesmo ano, o serviço foi ampliado pela primeira vez, passando a receber pacientes para internação. Em 1975, foi inaugurando o serviço de mastografia, método complementar para diagnóstico em patologias da mama, e, a partir de então, o instituto passou a incluir o exame na rotina, como reforço para a prevenção. O presente estudo foi realizado somente com as pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme autorização do diretor responsável pela instituição¹.

A Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora (ASCOMCER) é uma entidade civil de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, mantenedora do Hospital Maria José Baeta Reis. A ASCOMCER surgiu como resultado da Primeira Convenção Brasileira das Organizações de Voluntárias Femininas de Luta Contra o Câncer, realizada em Julho de 1962, na cidade do Rio de Janeiro, e fundada em 1963 por Maria José Baeta Reis, que havia sobrevivido a um câncer uterino. Juntamente com suas companheiras voluntárias, edificaram essa instituição que, ainda hoje, é a única de cunho filantrópico especializada no tratamento do câncer em Juiz de Fora e região. Atualmente, destina 94% do seu atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde, e os seis por cento restantes são direcionados aos diversos pacientes de planos de saúde e particulares. A instituição também presta atendimentos ambulatoriais de diagnóstico e prevenção, como ultrassonografia, mamografia, patologia clínica e exames preventivos de câncer de colo uterino e de mama, além de realizar tratamentos especializados de radioterapia e quimioterapia².

¹Hospital 9 de Julho. (2017). Disponível em: <[http://www.oncologico.com.br/site.php?nome=Hospital 9 de Julho](http://www.oncologico.com.br/site.php?nome=Hospital%209%20de%20Julho)> Acesso em: 16 Set. 2017.

² Hospital ASCOMCER. (2017). Disponível em: <<http://www.ascomcer.org.br/historico>> Acesso em: 16 Set. 2017.

4.5 Instrumentos

Instrumentos utilizados para este estudo:

- Questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice A), elaborado pela pesquisadora e aplicado a todas as participantes da pesquisa, com a finalidade de obter dados como idade, escolaridade, estado civil, tempo de diagnóstico, religião, renda familiar individual, uso de medicamentos e casos de câncer na família. O referido questionário foi elaborado pela pesquisadora a partir do modelo de Lynn, Yoo e Levine (2013) para obtenção dos dados sociodemográficos de sua pesquisa, cujo objetivo era investigar como as mulheres afro-americanas valiam-se das práticas religiosas e espirituais para enfrentarem o câncer de mama, originando o artigo intitulado “Trust in the Lord: religious and spiritual practices of African American breast cancer survivors”.
- Uma entrevista contendo duas questões referentes à espiritualidade/religiosidade, com intuito de compreender o que, para a entrevistada, é espiritualidade/religiosidade, qual a importância das práticas religiosas/espirituais durante o tratamento, e de que forma essas práticas a auxiliam no enfrentamento da doença.
- Escala de *Coping* Religioso/Espiritual elaborada por Panzini e Bandeira (2005) (Anexo A) com base na escala Norte-Americana RCOPE (Pargament, Koenig e Perez, 2000). A elaboração e a validação do constructo foram realizadas em duas fases: 1) tradução, adaptação e teste piloto (N = 50); 2) teste de campo (N = 616) e validação do constructo. A finalidade dessa escala é avaliar a maneira como as pessoas utilizam a religião/espiritualidade para enfrentar situações estressantes. A escala é composta por 87 itens, dos quais 66 estão divididos em oito fatores do aspecto CRE positivo (P1 – transformação de si ou de sua vida; P2 – Ações em busca de ajuda espiritual; P3 –

Oferta de ajuda ao outro; P4 – Posicionamento positivo frente a Deus; P5 – Busca pessoal de crescimento espiritual; P6 – Ações em busca do outro institucional; P7 – Busca pessoal de conhecimento espiritual; P8 – Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade) e 21 itens em quatro fatores do aspecto CRE negativo (N1 – Reavaliação negativa de Deus; N2 – Posicionamento negativo frente a Deus; N3 – Reavaliação negativa do significado; N4 – Insatisfação com o outro institucional). Para análise da pontuação, utiliza-se o seguinte critério: nenhuma ou irrisória (de 1,00 a 1,50); baixa (de 1,51 a 2,50); média (de 2,51 a 3,50); alta (de 3,51 a 4,50) e altíssima (de 4,51 a 5,00). Análises fatoriais de consistência interna e correlação indicaram a fidedignidade e validade da Escala CRE (Panzini e Bandeira, 2005).

- Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde Abreviada (WHOQOL-BREF) (Anexo B). Inicialmente elaborada contendo 100 questões, denominada WHOQOL-100. Devido à diversidade cultural, vários países participaram da elaboração desse instrumento, possibilitando, por sua vez, o desenvolvimento da versão brasileira. A necessidade de instrumentos mais breves que pudessem ser preenchidos com mais rapidez, sem perder suas características psicométricas, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS elaborasse o WHOQOL-BREF, uma versão abreviada do instrumento original WHOQOL-100. Esse novo instrumento é composto por 26 questões, nas quais duas são gerais referentes à qualidade de vida, e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas que fazem parte do instrumento original. Diferentemente do WHOQOL-100, no qual cada faceta é avaliada por quatro questões, cada faceta do WHOQOL-BREF é avaliada por apenas uma questão. Assim, o WHOQOL-BREF é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O primeiro domínio compreende as seguintes facetas: 1) Dor e desconforto; 2) Energia e fadiga; 3) Sono e repouso; 9) Mobilidade; 10) Atividades da

vida cotidiana; 11) Dependência de medicação ou de tratamentos; 12) Capacidade de trabalho. O segundo domínio compreende: 4) Sentimentos positivos; 5) Pensar, aprender, memória e concentração; 6) Autoestima; 7) Imagem corporal e aparência; 8) Sentimentos negativos; 24) Espiritualidade/religião/crenças pessoais. As facetas que constam no terceiro domínio são: 13) Relações pessoais; 14) Suporte e apoio social; 15) Atividade sexual. O último domínio deste instrumento engloba as seguintes facetas: 16) Segurança física e proteção; 17) Ambiente no lar; 18) Recursos financeiros; 19) Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 20) Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 21) Participação em oportunidades de lazer; 22) Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito e clima); 23) Transporte. O WHOQOL-BREF mostrou ser internamente consistente, e, ao ter os resultados comparados aos resultados do instrumento original (WHOQOL-100), os aspectos psicométricos apresentaram-se semelhantes. Foram observadas características satisfatórias de consistência interna, validade e fidedignidade de teste-reteste. Dessa forma, a utilização do WHOQOL-BREF é considerada uma alternativa viável em estudos nos quais não seja possível a aplicabilidade da versão completa (Fleck *et al.*, 2000). O índice de qualidade de vida foi analisado com base na pontuação da percepção da qualidade de vida e na média da satisfação com a saúde. Optou-se por esse método de análise devido à inexistência de pontos de corte que determinem escores que correspondam a boa ou ruim qualidade de vida.

- Escala de Religiosidade da Duke (DUREL) (Anexo C), composta por cinco itens que detectam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Os dois primeiros itens da escala tratam da religiosidade organizacional e da religiosidade não organizacional, os quais foram extraídos de importantes estudos

epidemiológicos norte-americanos e apresentaram correlação entre os aspectos saúde física, mental e suporte social. Segundo Koenig *et al.* (1997), os demais elementos tratam da religiosidade intrínseca, e são os três componentes da escala de Religiosidade Intrínseca de Hoge que se relacionam mais fortemente com o *escore* total nesta escala. Essa dimensão possui pontuação que varia de 3 a 15 pontos e para classificá-la em alta ou baixa, utilizou-se o ponto de corte igual ou superior a 10 pontos. Para o desenvolvimento da versão em português da Escala DUREL, foi feita a tradução inicial por um dos autores (Peres, F.M.), que posteriormente foi revisada por dois outros (Moreira-Almeida, A. e Neto, F. L.). A versão revisada foi traduzida novamente para o inglês por Aloe, F. Por fim, Koenig, autor da versão original da Escala DUREL, avaliou e aprovou a nova versão em inglês.

4.6 Procedimentos

A primeira etapa deste estudo consistiu em um levantamento bibliográfico sobre o tema a ser investigado com o objetivo de obter embasamento teórico e científico acerca do objeto de pesquisa. Em seguida, foi estabelecido contato com as instituições onde a pesquisa foi realizada, obtendo, assim, o termo de concordância e a declaração de infraestrutura do Instituto Oncológico 9 de Julho e do Hospital ASCOMCER.

Durante a segunda etapa foi realizado um estudo piloto para testar os instrumentos escolhidos quanto à sua aplicabilidade, adequação à questão norteadora do estudo e tempo médio para aplicação, e também realizar os ajustes necessários no questionário sociodemográfico e clínico. Nessa fase, as pacientes eram abordadas pela pesquisadora dentro da instituição, durante a espera para consulta ou quimioterapia. Após a devida identificação da

pesquisadora, as pacientes eram indagadas se faziam tratamento ali, qual o tipo de tratamento e para qual tipo de câncer. Após a verificação de sua inserção nos critérios de inclusão pré-estabelecidos, eram convidadas a participar da pesquisa. Após o aceite, todas foram esclarecidas sobre a proposta, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice C) em conjunto com as participantes, que, posteriormente, assinaram o documento. Nessa etapa, foram aplicados os instrumentos e questionários clínicos e sociodemográficos a cinco pacientes, com o intuito de minimizar as chances de se ignorarem aspectos essenciais ao estudo e verificar se as questões formuladas estão claras e objetivas. Também foi definido que a média de tempo de cada participante para responder a todos os itens da pesquisa foi de 27 minutos (entre a leitura do TCLE e a finalização do último item do último instrumento).

Assim, constatou-se a necessidade de algumas mudanças. A primeira refere-se à inserção de uma pergunta sobre qual parente já teve câncer na família da participante e qual o tipo de câncer. Esse item mostrou-se importante para a realização de uma possível correlação significativa entre um parente próximo portador da doença e a paciente entrevistada.

O instrumento WHOQOL-SRPB, inicialmente utilizado neste estudo para avaliação da espiritualidade e religiosidade, mostrou-se redundante em seu propósito, tendo em vista que a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual possui proposta semelhante. Dessa forma, o instrumento foi substituído pela Escala DUREL, que avalia a presença/ausência de religiosidade com cinco perguntas de forma mais objetiva e ainda não explorada pelos outros instrumentos utilizados na presente pesquisa. Por fim, após a adequação de todos os instrumentos e questionários, procedeu-se à etapa seguinte.

A terceira etapa consistiu na aplicação dos instrumentos e questões abertas, que foi realizada pela pesquisadora coordenadora do projeto. As pacientes foram avaliadas de forma individual no próprio hospital, em horário que estavam aguardando o procedimento de

quimioterapia ou consulta. As participantes da pesquisa foram informadas sobre o objetivo do estudo através do TCLE em duas vias, sendo que uma ficava com a participante, e a outra, com a pesquisadora. Com esse documento, elas foram orientadas sobre o caráter não obrigatório da participação, completo anonimato e desistência, em qualquer momento durante o curso da pesquisa.

Primeiramente a pesquisadora leu cada pergunta do questionário clínico e sócio demográfico e procedeu à anotação de todas as respostas na íntegra. Posteriormente, as participantes foram convidadas a responder às questões abertas. O próximo item foi a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual: a pesquisadora leu cada pergunta, ofereceu as opções, as quais eram organizadas em escala no formato *Likert*, sendo o número 1 correspondente a “nem um pouco”, 2 a “um pouco”, 3 a “mais ou menos”, 4 a “muito” e 5 a “extremamente”, e marcava aquela que a participante escolhia como a resposta que se aplicava a ela. Procedeu-se da mesma maneira com a Escala Durel e a Escala WHOQOL-BREF. Segundo Dalmoro e Vieira (2013), as escalas de mensuração têm origem em estudo publicado em 1932 conduzido por Rensis Likert. Desde então, pesquisadores de algumas áreas, entre as quais psicologia, têm utilizado diferentes formatos da escala baseados no modelo proposto por *Likert*. É importante destacar que, antes mesmo dessa data, as escalas já eram usadas em diversos estudos com avaliações subjetivas. O matemático Freyd introduziu esse tipo de escala em 1923, no formato de dez pontos ou de cem pontos. O uso desse tipo de escala e sua popularidade devem-se à fácil compreensão do sistema de numeração de zero a dez. Likert, em 1932, diminuiu o número de pontos que pudessem ser escolhidos, mantendo o sistema de medida contínuo. Na escala de Likert, os indivíduos escolheriam o item que mais se aplica a ele, entre uma série de pontos fixos ao longo da linha, em um sistema de cinco categorias de respostas, iniciando em “aprovo fortemente” até “desaprovo fortemente”. Desde sua publicação, a escala elaborada por Likert vem se fazendo cada vez mais presente em

pesquisas e estudos em diversas áreas. Ainda de acordo com os autores, isso ocorre devido ao modelo psicométrico utilizado na análise dos dados e ao caráter complexo de várias escalas alternativas.

4.7 Análise dos dados

A análise descritiva do questionário sócio demográfico foi realizada através do Software SPSS 25.0, para obtenção do número de participantes e das porcentagens correspondentes a cada variável. Para a análise estatística quantitativa e correlação das variáveis entre as escalas CRE, WHOQOL-BREF e DUREL os dados obtidos foram primeiramente submetidos a um teste de normalidade da distribuição das variáveis por meio do teste Shapiro-Wilk. De acordo com os resultados, os critérios de normalidade foram atendidos, optando-se, assim, pela realização do teste paramétrico de *Pearson* (nível de significância de 0,05), com a finalidade de proceder à correlação das variáveis, obtida e apresentada por meio do coeficiente de correlação de *Pearson* (r). Posteriormente, para a análise das variáveis dos domínios de cada instrumento separadamente, foi construído um banco de dados pela tabulação e codificação dos dados então analisados pelo programa SPHINX LEXICA & EURECA V. 5, estabelecendo a frequência de cada variável na amostra levantada. Para realizar a montagem do banco de dados, foi necessário proceder às seguintes etapas: determinação da correspondência entre os dados e a variável; codificação das variáveis; categorização dos resultados; formação do banco de dados e análise estatística.

Segundo Fonseca (2002), sendo os resultados da pesquisa quantitativa os que podem ser quantificados, ela se centra na objetividade, recorrendo à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre as variáveis.

Os dados foram submetidos à técnica de mineração de dados (*Data mining*), que é definida como a extração não trivial da informação importante, implícita, previamente desconhecida, de dados. Essa técnica é utilizada para trabalhar em grandes bancos de dados procurando tendências, padrões, correlações e relações estatísticas significativas no nível de significância de 5% (IC 95%) entre as variáveis do estudo segundo metodologia descrita por Berry e Linoff (1997) e Ham e Jamber (2001).

Para a análise qualitativa das questões abertas, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2016), que consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações no qual um instrumento é utilizado adaptando-se ao contexto das comunicações. Segundo a autora, quanto mais o código se torna complexo, instável ou mal explorado, maior será o esforço do analista, no sentido de uma inovação com o objetivo de proceder a elaboração de novas técnicas. Desse modo, qualquer forma de comunicação e transporte de significações entre interlocutores, poderia ser escrita e decifrada pelas técnicas de análise de conteúdo.

Bardin (2016) aponta que as diferentes fases da análise de conteúdo são organizadas dentro de três bases fundamentais: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação. A pré-análise corresponde a uma fase de intuições e é denominada a fase de organização, cujo objetivo é tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, dentro de um plano de análise.

A primeira fase da pré-análise é composta por três etapas: a escolha dos documentos que serão submetidos à análise; a formulação das hipóteses e objetivos; e a elaboração de indicadores como fundamento para a interpretação final. Não é necessário que essas etapas sigam uma ordem cronológica, apesar de haver interdependência entre si: a escolha dos documentos depende dos objetivos, e os indicadores são baseados nas hipóteses. Embora o

objetivo da pré-análise seja a organização, ela é composta por atividades não estruturadas, por oposição à exploração sistemática dos documentos.

Para dar início à análise de conteúdo, primeiramente é preciso, além de instituir contato com os documentos que serão analisados, conhecer o texto. Aos poucos, essa leitura vai tornando-se mais precisa, devido ao surgimento das hipóteses. A escolha dos documentos para análise pode ser realizada antes ou depois do objetivo estabelecido, sendo recomendável, nesse caso, proceder à escolha dos documentos adequados que podem fornecer informações sobre o objeto do estudo. Antes de iniciar a análise, o material obtido deverá ser reunido e preparado. Desse modo, as respostas às questões abertas são anotadas em fichas na íntegra. A fase de preparação dos textos pode iniciar-se a partir do alinhamento dos enunciados intactos, frase por frase, onde a transformação linguística dos sintagmas é classificada por equivalência.

A próxima fase descrita pela autora é realizar exploração do material, que consiste na fase de análise dos dados obtidos. Essa etapa é formada basicamente por métodos de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente definidas.

Durante o período de tratamento e interpretação dos resultados obtidos, eles são tratados de forma a possuírem significado e validade. Desse modo, são confeccionados quadros de resultados, figuras, diagramas e modelos a partir de procedimentos estatísticos que contem as informações obtidas a partir da análise. Com esse material em mãos, o analista então pode fazer inferências e interpretações acerca dos objetos centrais de sua investigação, assim como também pode levantar outros objetivos inesperados, ainda não explorados anteriormente (Bardin, 2016).

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e iniciada somente após sua aprovação (Parecer: 1.742.385). As pacientes foram informadas dos objetivos do estudo e, havendo concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo-se os preceitos da Resolução nº 510/2016. Foi esclarecido às participantes que, a qualquer momento, poderiam retirar-se da pesquisa, sem que isso causasse qualquer dano ou ônus, como também foi esclarecida proteção ao sigilo, preservação de qualquer constrangimento decorrente do estudo, prevenção de qualquer possível risco. A pesquisa envolve riscos mínimos, por caracterizar-se como aplicação de questionários que envolvem questões relacionadas à espiritualidade e à qualidade de vida. Caso fosse o desejo da participante, a mesma poderia ser encaminhada para o Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

5 Resultados e Discussão

5.1 Análise quantitativa

5.1.1 Perfil da amostra

Participaram da pesquisa 50 mulheres na faixa etária de 39 a 70 anos (54% casadas, 22% solteiras, 18% divorciadas e 6% viúvas), com média de idade de 57,18 anos, que haviam recebido o diagnóstico no período de tempo entre 05 e 72 meses, com média de 14,22 meses. O estudo revelou o seguinte grau de escolaridade: 46% com ensino fundamental completo, 36% ensino fundamental incompleto, 10%, com ensino médio incompleto, 04% com ensino médio completo, 2% com ensino superior incompleto e 2% com ensino superior completo. A renda individual mensal média de todas as participantes do estudo foi de até três salários mínimos. Quanto aos antecedentes familiares acometidos pela doença, 60% têm algum familiar que já teve câncer, observando-se o de garganta como o mais frequente. Em relação a uso de medicamentos, 62% das participantes fazem uso de alguma medicação (42% para pressão, 8% para diabetes, 8% para dormir, 2% para coração e 2% para asma). De acordo com os dados obtidos sobre o aspecto religioso, a pesquisa revelou os seguintes dados: 64% católicas; 24% evangélicas; 8% espíritas; 2% Testemunhas de Jeová; 2% se declararam sem religião, embora se considerem espiritualizadas.

Segundo Dalgarrondo (2008), desde que os primeiros frades franciscanos chegaram com os portugueses, o Brasil foi considerado um país em que o catolicismo é a religião predominante. De acordo com o último censo (2010) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), embora 64,6% dos brasileiros se autodenominem católicos, o

país apresenta grande variedade de práticas religiosas (IBGE, 2012), evidenciando intensa religiosidade do brasileiro.

Camboim e Rique (2010) destacam que, segundo um estudo realizado nas seis maiores regiões metropolitanas do Brasil, 25% dos entrevistados disseram, por vezes, estarem ligados a mais de uma religião, e mais da metade têm mais de uma religião permanentemente. De acordo com Dalgarrondo (2008), calcula-se que, entre 20 e 30% dos católicos praticam de forma assídua somente o catolicismo. Outro dado importante: o Catolicismo brasileiro distingue-se em muitos aspectos do europeu, visto que no Brasil ele assumiu um caráter especialmente intimista com os santos, e essa familiaridade com as divindades proporcionou mais liberdade, originando os cultos sem obrigação e rigor com as regras impostas pela afiliação religiosa.

Movimento religioso iniciado com a Reforma Protestante, de Martinho Lutero, e marcado por diversidade de denominações, livre interpretação bíblica e total autonomia, sem de instituição representativa específica, a religião protestante é a segunda com maior número de fiéis no Brasil. Nas últimas décadas, o Protestantismo foi a religião com maior índice de crescimento, passando de 5,2% da população para 22,2% em quarenta anos.

Segundo estudo realizado pelo IBGE (2012), considerando a faixa etária, as pessoas com mais de 40 anos representam a maior parte dos católicos em virtude do fato de que, durante a época de predominância católica, muitas gerações foram desenvolvendo-se. Por outro lado, a religião com maior número de adeptos entre crianças e adolescentes é a Evangélica Pentecostal. O grupo de pessoas pertencentes à religião espírita apresentou um crescimento expressivo na última década, chegando a 3,8 milhões de adeptos, concentrados, sobretudo, nas regiões Sul e Sudeste do país, representando, entre os indivíduos pesquisados, o grupo com maior idade média (37 anos) e com maior proporção de pessoas com nível superior completo (31,5%).

O perfil clínico e sócio demográfico da amostra está representado pela tabela a seguir:

Tabela 1

Perfil sociodemográfico e clínico das participantes

Variável	Participantes (N=50)	
Idade		
Média	57,18	
DP	1,04	
Tempo de diagnóstico em meses		
Média	14,22	
DP	1,85	
	n	%
Escolaridade		
Nível Fundamental Incompleto	18	36,0
Nível Fundamental Completo	23	46,0
Ensino Médio Incompleto	5	10,0
Ensino Médio Completo	2	4,0
Superior Incompleto	1	2,0
Superior Completo	1	2,0
Renda Individual Mensal		
Até três salários mínimos	50	100,0
Estado Civil		
Solteira	11	22,0
Casada	27	54,0
Divorciada	9	18,0
Viúva	3	6,0
Religião		
Católica	32	64,0
Espírita	4	8,0
Sem religião, mas espiritualizada	1	2,0
Evangélica	12	24,0
Testemunha de Jeová	1	2,0
Parente com câncer		
Sim	30	60,0
Não	20	40,0

Usa algum medicamento

Sim	31	62,0
Não	19	38,0

5.1.2 Coping Religioso/Espiritual – CRE**5.1.2.1 Resultados da análise dos dados da Escala de Coping Religioso/Espiritual**

Baseando-se nos resultados obtidos, a média total do *coping* religioso/espiritual encontrada foi considerada alta (3,67; DP=0,45). Para cada fator relacionado ao *coping* positivo, foram encontradas as seguintes médias: Transformação de si ou da sua vida (P1): 4,28; ações em busca de ajuda espiritual (P2): 2,84; oferta de ajuda ao outro (P3): 3,87; posicionamento positivo frente a Deus (P4): 4,16; busca pessoal de crescimento espiritual (P5): 0,94; ações em busca do outro institucional (P6): 3,70; busca pessoal de conhecimento espiritual (P7): 2,92 e afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade (P8): 4,54. Os resultados também revelaram alta média total do CRE positivo (3,57; DP=0,48). No que se refere ao *coping* negativo, as médias foram: Reavaliação negativa de Deus (N1): 1,31; Posição negativa frente a Deus (N2): 3,21; Reavaliação negativa do significado (N3): 1,54 e Insatisfação com o outro institucional (N4): 1,14. A média total do CRE negativo foi considerada baixa (1,8; DP=0,73).

A tabela 2 expõe as médias encontradas referentes aos fatores de CRE Positivo e CRE Negativo:

Tabela 2*Média e Desvio-padrão dos fatores CRE Positivo e CRE Negativo*

CRE	Média	DP
Transformação de si ou da sua vida	4,28	0,36
Ações em busca de ajuda espiritual	2,84	0,72
Oferta de ajuda ao outro	3,87	0,58
Posicionamento positivo frente a Deus	4,16	0,41
Busca pessoal de crescimento espiritual	0,94	0,27
Ações em busca do outro institucional	3,70	0,64
Busca pessoal de conhecimento espiritual	2,92	0,83
Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	4,54	0,35
Reavaliação negativa de Deus	1,31	0,82
Posição negativa frente a Deus	3,21	0,70
Reavaliação negativa do significado	1,54	0,91
Insatisfação com o outro institucional	1,14	0,73

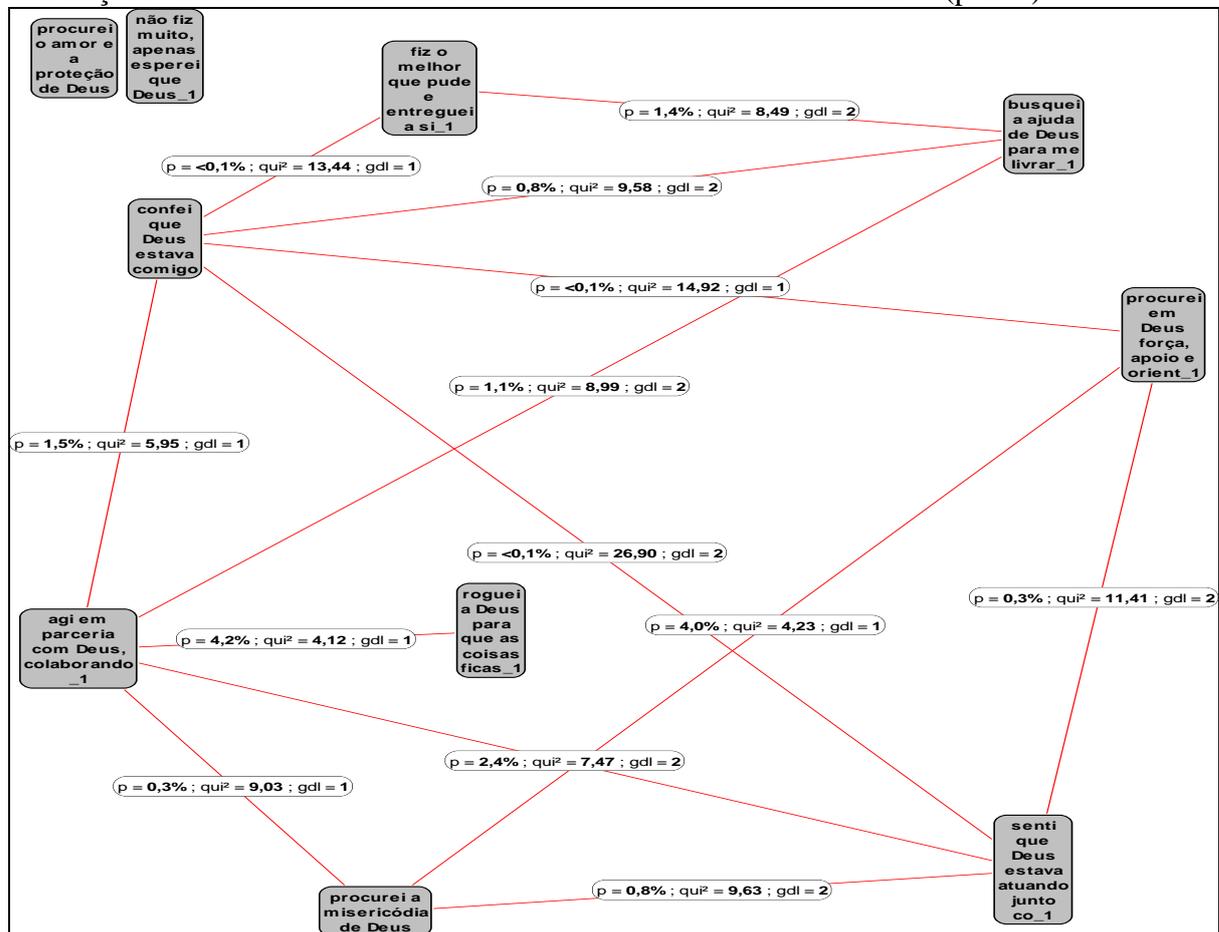
Através da técnica de mineração de dados (*data mining*), com base nas dez maiores médias encontradas dentre as variáveis que compõem os fatores do *coping* positivo, observou-se correlação significativa entre as seguintes variáveis (Figura 1): variável “confiei que Deus estava comigo” com as seguintes variáveis: “fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus” ($p < 0,1\%$); “busquei a ajuda de Deus para livrar-me dos sentimentos negativos” ($p = 0,8\%$); “procurei em Deus força, apoio e orientação” ($p < 0,1\%$); “senti que Deus estava atuando junto comigo” ($p < 0,1\%$) e “agi em parceria com Deus, colaborando com Ele” ($p = 1,5\%$).

A variável “fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus” correlaciona-se com a variável “busquei a ajuda de Deus para livrar-me dos sentimentos negativos” ($p = 1,4\%$). A variável “busquei a ajuda de Deus para livrar-me dos sentimentos negativos” está correlacionada com “agi em parceria com Deus, colaborando com Ele” ($p = 1,1\%$), enquanto esta variável correlaciona-se com “roguei a Deus para que as coisas ficassem bem” ($p = 4,2\%$) e também com as variáveis “senti que Deus estava atuando junto comigo” ($p = 2,4\%$) e “procurei a misericórdia de Deus” ($p = 0,3\%$). A variável “procurei a misericórdia de Deus” está correlacionada com a variável

“senti que Deus estava atuando junto comigo” ($p=0,8\%$). Por fim, a variável “procurei em Deus força, apoio e orientação” está correlacionada com as variáveis “procurei a misericórdia de Deus” ($p=4,0\%$) e “senti que Deus estava atuando junto comigo” ($p=0,3\%$).

As variáveis “procurei o amor e a proteção de Deus” e “procurei uma ligação maior com Deus” não estão correlacionadas significativamente com nenhuma outra.

Figura 1 – Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as dez variáveis com maiores médias do CRE Positivo ($p<5\%$).



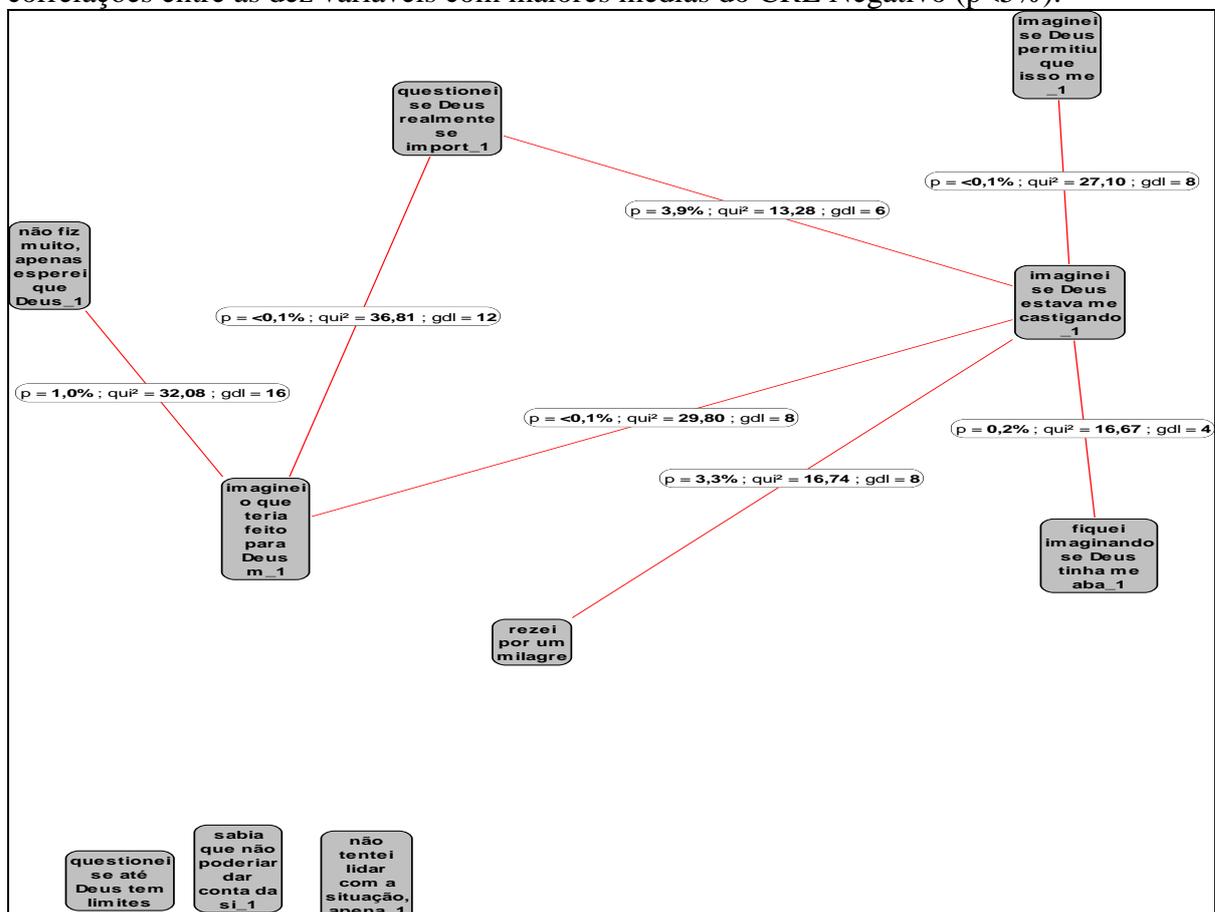
Fonte: a autora.

Como exposto na Figura 2, as correlações entre as dez variáveis com maiores médias que compõem os fatores de enfrentamento negativo foram: “Imaginei se Deus estava me castigando” com as seguintes: “imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse pela minha

falta de fé” ($p < 0,1\%$); “questionei se realmente Deus se importava” ($p = 3,9\%$); “imaginei o que teria feito para Deus me punir” ($p < 0,1\%$); “rezei por um milagre” ($p = 3,3\%$) e “fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado” ($p = 0,2\%$). A variável “questionei se realmente Deus se importava” correlaciona-se com a variável “imaginei o que teria feito para Deus me punir” ($p < 0,1\%$) que, por sua vez, está correlacionada com a variável “não fiz muito, apenas esperei que Deus levasse os meus problemas embora” ($p = 1,0\%$).

As variáveis “questionei se até Deus tem limites”, “Sabia que não poderia dar conta da situação, então entreguei nas mãos de Deus” e “não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse meus problemas embora” não possuem correlação significativa com as demais que integram as estratégias de *coping* negativas.

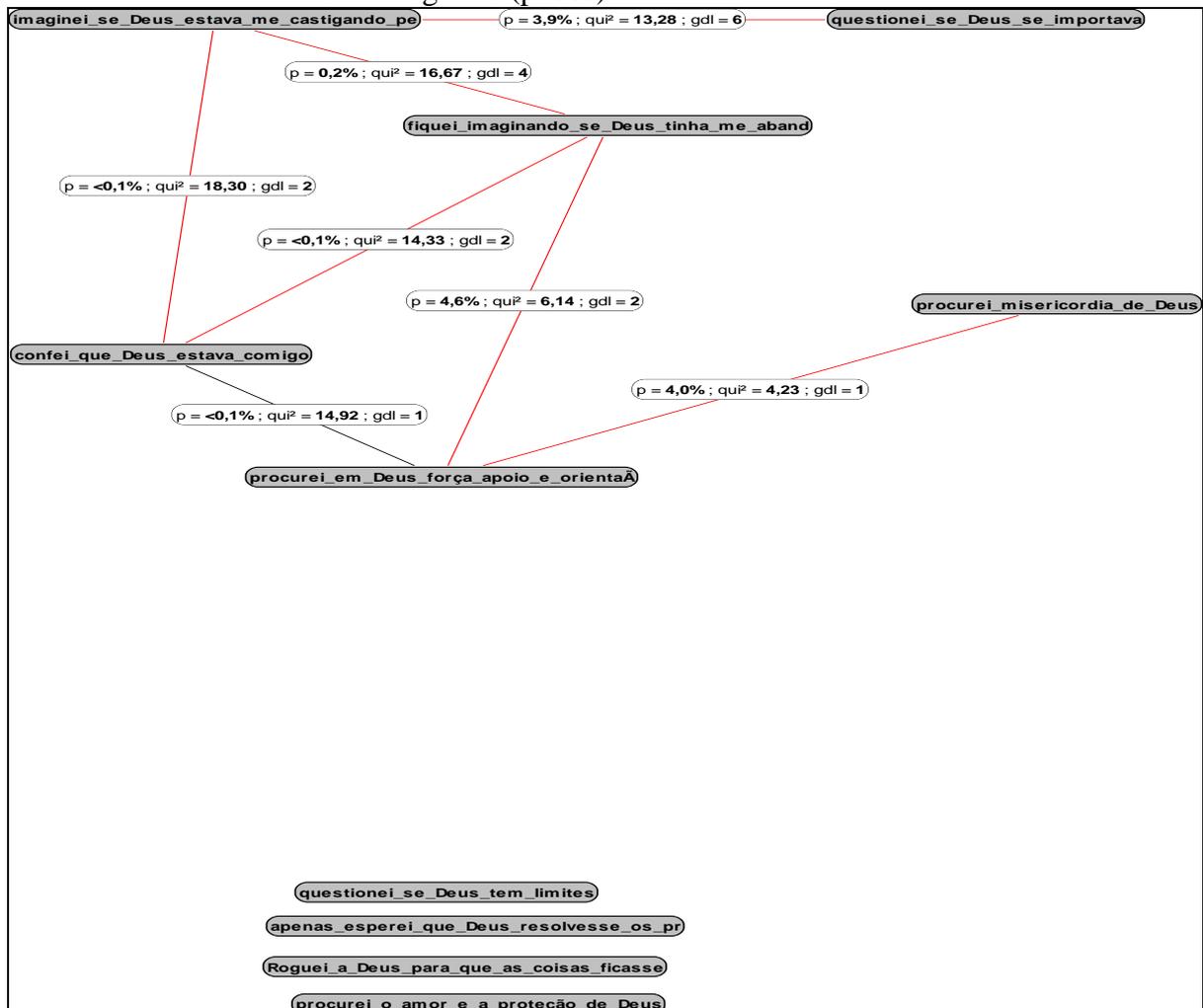
Figura 2 – Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as dez variáveis com maiores médias do CRE Negativo ($p < 5\%$).



Fonte: a autora.

De acordo com os dados apresentados na Figura 3, as correlações significativas entre as cinco variáveis de *coping* religioso/espiritual negativo com maiores médias e as cinco variáveis de *coping* positivo com maiores médias foram as seguintes: a variável “imaginei se Deus estava me castigando pela minha falta de fé” possui correlação com as seguintes: “questionei se Deus realmente se importava” ($p=3,9\%$); “fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado” ($p=0,2\%$) e “confiei que Deus estava comigo” ($p=<0,1\%$). A variável “procurei em Deus força, apoio e orientação” está correlacionada às variáveis “confiei que Deus estava comigo” ($p=<0,1\%$), “fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado” ($p=4,6\%$) e “procurei a misericórdia de Deus” ($p=4,0\%$). Por fim, a variável “confiei que Deus estava comigo” correlaciona-se com a variável “fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado” ($p=<0,1\%$). As variáveis “questionei se até Deus tem limites”, “não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim”, “roguei a Deus para que as coisas ficassem bem” e “procurei o amor e a proteção de Deus” não apresentaram correlação significativa com as demais.

Figura 3 – Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as cinco variáveis com maiores médias do CRE Positivo e as cinco variáveis com maiores médias do CRE Negativo ($p < 5\%$).



Fonte: a autora.

5.1.2.2 Correlações entre o *coping* religioso/espiritual e a qualidade de vida

Ao proceder à análise das correlações entre as variáveis da escala CRE com as variáveis da escala WHOQOL-BREF através da correlação de *Pearson*, foi observado que há correlação positiva significativa ($p < 0,05$) entre a atitude de procurar o amor e a proteção de Deus e sentir-se satisfeita com a saúde ($r = 0,284$); o ato de procurar uma casa religiosa também está positivamente correlacionado à satisfação com a saúde ($r = 0,287$). Os resultados demonstraram que a variável que se refere a procurar em Deus força, apoio e orientação está

positivamente correlacionada à satisfação das participantes com os serviços de saúde ($r=0,310$) e negativamente correlacionada à necessidade de tratamento médico diário ($r=-0,319$).

Por outro lado, foi identificado que três estratégias de *coping* religioso/espiritual negativo (“Revoltei-me contra Deus e seus desígnios” ($r=0,335$); “Questionei o amor de Deus por mim” ($r=0,319$) e “Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus” ($r=0,305$)) estavam correlacionadas positivamente à frequência de sentimentos negativos como ansiedade, depressão, mau humor e desespero.

5.1.2.3 Correlações entre as variáveis da Escala de *coping* religioso/espiritual (CRE) e as variáveis da Escala DUREL

Segundo os dados obtidos, buscar a orientação de entidades espirituais ($r=-0,348$) e procurar em Deus força, apoio e orientação ($r=-0,352$) estão negativamente correlacionados à frequência com que as participantes praticam atividades religiosas individuais como rezar e ler a Bíblia, demonstrando que, quanto maior a busca por orientação espiritual e força, apoio e orientação através de Deus, menor a frequência de atividades religiosas individuais.

Outro dado observado, foi a correlação positiva entre a variável de *coping* negativo “não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora” e a variável “frequência com que vai à igreja ou templo religioso” ($r=0,281$), o qual podemos entender que, quanto mais as participantes, de forma geral, frequentam a igreja ou templo religioso, menos elas tentam lidar ativamente com a situação.

Os resultados também demonstraram que, fazer o seu melhor e deixar Deus fazer o resto está negativamente correlacionado ($r=-0,306$) ao esforço para viver sua religião.

5.1.2.4 Discussão

Segundo Gall e Bilodeau (2017), a espiritualidade é entendida como sinônimo do senso de significado pessoal, que se torna mais intenso em situações relacionadas a problemas de doença e a enfrentamento de situações difíceis, quando os indivíduos se voltam à espiritualidade para procurarem apoio e suporte. Pesquisas têm destacado não só a importância das atribuições espirituais, como também sua relação com ajustamento psicossocial e bem-estar pessoal em situações estressantes. Além disso, tais pesquisas relacionaram atribuições espirituais positivas, como crença em um Deus generoso e apoiador, a aumento dos níveis de saúde mental, crescimento pessoal e maior bem-estar.

Gall e Bilodeau (2017) apontam que, em estudo realizado por Lowery, Jacobsen e Ducette (1993), a maioria das mulheres com câncer de mama buscou compreender e significar a causa de sua doença, sendo que mais da metade das pacientes diagnosticadas se perguntou “por que eu?”, em referência à sua patologia. Em resposta a esse questionamento, os autores concluíram que apenas 13% das mulheres atribuíram sua doença a Deus, enquanto 42% a atribuíram ao acaso.

A investigação realizada por Gall e Bilodeau (2017) com mulheres canadenses objetivou compreender o papel da espiritualidade em relação ao ajustamento ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama. De acordo com o estudo, a espiritualidade ligava-se diretamente ao bem-estar durante a maior parte das fases de adaptação à doença: primeiramente, as atribuições espirituais positivas relacionavam-se a indicadores positivos de bem-estar emocional durante o tratamento; em segundo lugar, a espiritualidade mostrou-se associada à maior aceitação da doença. Assim, a “vontade de Deus” foi muito mencionada e fortemente associada a uma percepção positiva durante o enfrentamento do câncer, ao passo que se mostrou inversamente relacionada à sensação de perda nesse período. Finalmente, os resultados da pesquisa sugeriram que as mulheres que

atribuíram sua doença à punição de Deus, ainda no pré-diagnóstico, poderiam entrar em um ciclo de níveis mais baixos de bem-estar e maior estresse ao longo do tempo.

Lynn, Yoo e Levine (2013) pesquisaram o papel da religiosidade e da espiritualidade em mulheres afroamericanas durante o tratamento de câncer de mama e os resultados apontam que a importância da religião como fonte de apoio e suporte foi abordada pela maioria das participantes em cuja comunidade religiosa os membros proporcionaram apoio emocional, físico e espiritual. O momento do testemunho, comum em algumas tradições religiosas, foi citado pelas entrevistadas como um auxílio para o compartilhamento de suas angústias e medos, sem a preocupação de se sentirem julgadas, visto que outros membros também compartilhavam suas dificuldades, promovendo, assim, uma rede de apoio.

Estudos realizados por Taleghani *et al.* (2006) sugerem que a espiritualidade é quase sempre usada pelas mulheres para auxiliá-las a encontrar sentido em seu diagnóstico. Outro estudo demonstrou que, ao invés de atribuir o câncer ao estresse ou algum tipo de punição divina, as mulheres iranianas receberam conforto através de sua espiritualidade, uma vez que acreditavam que Deus estaria testando sua fé, encorajando-as a utilizar sua espiritualidade como estratégia de enfrentamento. Doumit *et al.* (2010) encontraram resultados similares entre mulheres libanesas com câncer de mama, que, independentemente de sua fé, encaravam a doença como algo enviado por Deus, devendo, portanto, ser aceito. Ao mesmo tempo, as pacientes acreditavam que deveriam lutar contra a doença, enxergando Deus como uma influência positiva, capaz de proporcionar calma e esperança durante esse momento da vida. Uma pesquisa qualitativa com mulheres escocesas conduzida por Swinton *et al.* (2011) revelou que as pacientes faziam de suas crenças uma ligação com o divino como forma de entender e justificar as questões existenciais trazidas pelo diagnóstico. Os autores explicam que compreender o câncer apenas como parte de um propósito maior permitiu às mulheres

vivenciarem maior senso de controle sobre suas doenças, além de proporcionar-lhes esperança para encararem os futuros desafios em seus tratamentos.

5.1.3 Qualidade de vida

5.1.3.1 Resultados da análise dos dados do Instrumento WHOQOL-BREF

Segundo os resultados encontrados, a percepção da qualidade de vida obteve uma média alta, de 4,20 pontos (DP=0,67) e a satisfação com a saúde 3,90 (DP=0,88), sendo considerada regular. Os resultados médios encontrados para cada domínio foram os seguintes: domínio físico: 3,08; domínio psicológico: 4,17; domínio relações sociais: 4,67 e domínio meio ambiente: 3,99.

Tabela 3

Média e Desvio-padrão dos Domínios do WHOQOL-BREF

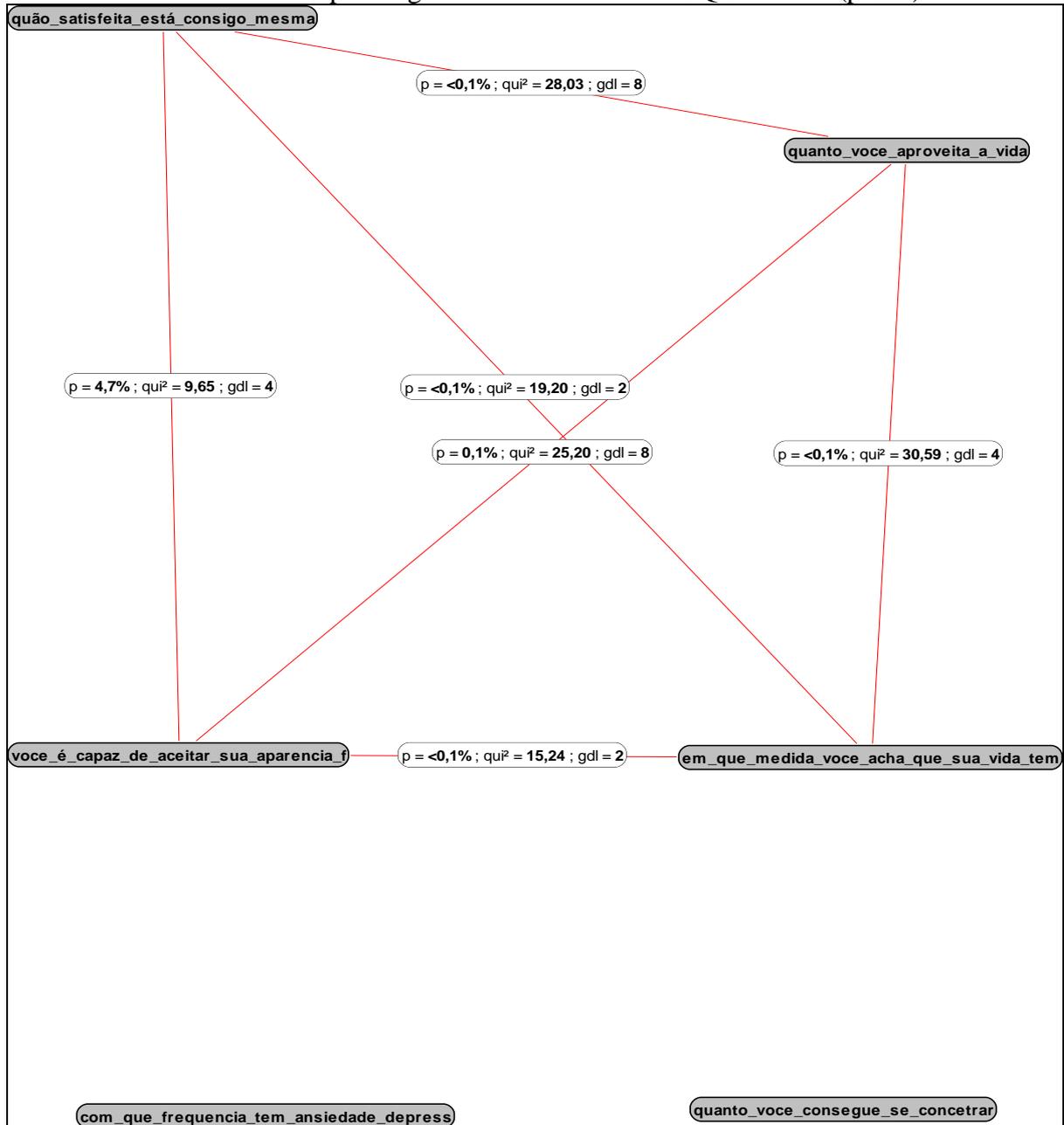
Domínio	Média	DP
D1	3,08	0,65
D2	4,17	0,33
D3	4,57	0,29
D4	3,99	0,51

Conforme a figura abaixo, com relação ao domínio físico, segundo a técnica de mineração de dados (*data mining*), as correlações encontradas entre a satisfação com o sono e

o quanto a dor física impede as participantes de desempenhar as atividades do dia a dia foram pouco significativas ($p=14,5\%$).

Houve correlação significativa positiva entre as seguintes variáveis: o quanto é necessário o tratamento médico diário com a capacidade de trabalho ($p=1,1\%$); dor física com a capacidade de trabalho ($p=0,3\%$); capacidade de trabalho com a energia suficiente para o dia a dia ($p=1,5\%$); capacidade de trabalho com capacidade de locomoção ($0,2\%$); capacidade de trabalho com capacidade de desempenhar atividades diárias ($p<0,1\%$); capacidade de locomoção com energia suficiente para o dia a dia ($p=3,1\%$); desempenhar atividades do dia a dia com dor física ($p=2,4\%$); energia suficiente para o dia a dia e satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades diárias ($p<0,01\%$); dor física com energia o suficiente para o dia a dia ($p=0,6\%$); capacidade de trabalho com capacidade de locomoção ($p=0,2\%$), capacidade de locomoção com capacidade de desempenhar as atividades diárias ($p<0,1\%$); capacidade de trabalho com energia suficiente para o dia a dia ($p=1,5\%$).

Figura 5 – Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as variáveis do domínio psicológico do Instrumento WHOQOL-BREF ($p < 5\%$).

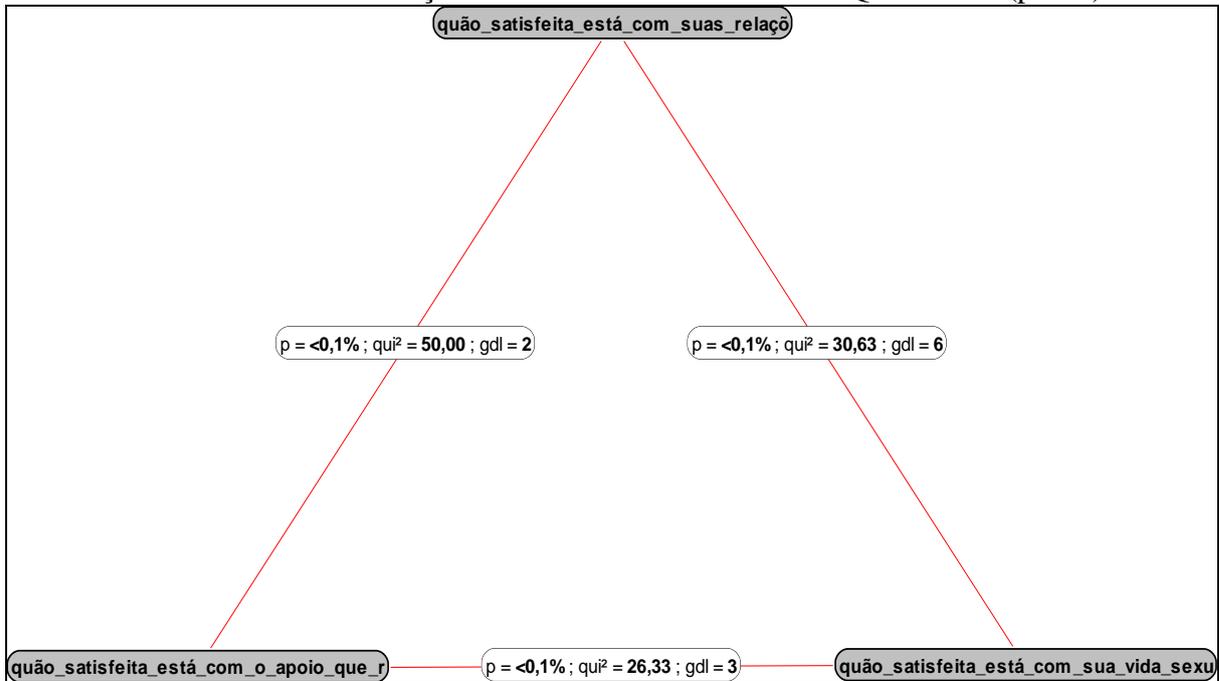


Fonte: a autora.

Os resultados da figura abaixo (Figura 6) mostram as seguintes correlações entre o domínio relações sociais: a variável satisfação com as relações pessoais está correlacionada às variáveis satisfação com o apoio que recebe da família e amigos ($p = <0,1\%$) e satisfação com a vida sexual ($p = <0,1\%$). Outras variáveis que estão correlacionadas são satisfação com o

apoio que recebe da família e amigos e satisfação com a vida sexual ($p < 0,1\%$). Percebe-se, portanto, que todas as variáveis desse domínio se correlacionam significativamente entre si.

Figura 6 – Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as variáveis do domínio relações sociais do Instrumento WHOQOL-BREF ($p < 5\%$).

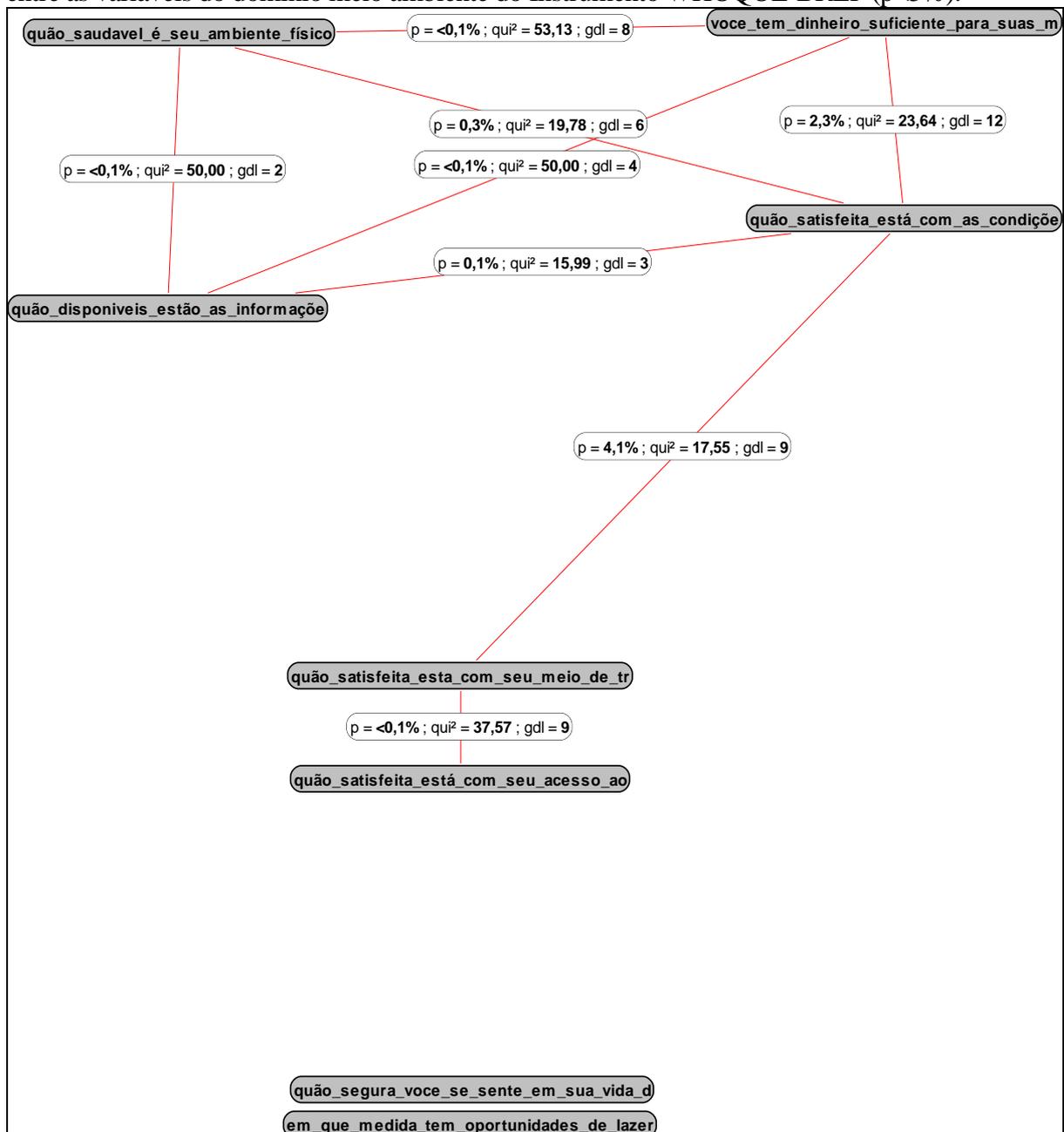


Fonte: a autora.

Com relação ao domínio meio ambiente, observam-se os seguintes resultados (Figura 7): a variável sobre o quanto o ambiente físico das participantes é saudável correlaciona-se com as seguintes variáveis: ter dinheiro o suficiente para suas necessidades diárias ($p < 0,1\%$), estar satisfeita com as condições do local onde mora ($p = 0,3\%$) e disponibilidade das informações de que necessitam ($p < 0,1\%$). A variável disponibilidade das informações de que necessitam está correlacionada às seguintes variáveis: ter dinheiro o suficiente para suas necessidades diárias ($p < 0,1\%$) e estar satisfeita com as condições do local onde mora ($p = 0,1\%$). A variável ter dinheiro o suficiente para suas necessidades diárias correlaciona-se com a variável estar satisfeita com as condições do local onde mora ($p = 2,3\%$). A variável estar satisfeita com as condições do local onde mora está correlacionada com a variável

satisfação com o meio de transporte ($p=4,1\%$). Por fim, a satisfação com o meio de transporte está correlacionada à satisfação com o acesso aos serviços de saúde ($p=<0,1\%$). As variáveis “o quão segura você se sente em sua vida diária” e “em que medida você tem oportunidades de lazer”, também presentes no domínio meio ambiente, não se correlacionam significativamente com nenhuma outra.

Figura 7 – Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as variáveis do domínio meio ambiente do Instrumento WHOQOL-BREF ($p<5\%$).



Fonte: a autora.

5.1.3.2 Relação entre qualidade de vida e religiosidade avaliada pela Escala DUREL

Os resultados obtidos através das correlações entre as variáveis do instrumento WHOQOL-BREF com a Escala DUREL foram os seguintes: a variável “com que frequência você vai à igreja ou algum templo religioso” correlacionou-se negativamente com os índices de qualidade de vida das participantes ($r=-0,266$), com a satisfação geral com a saúde ($r=-0,343$) e também com o sentimento de segurança em sua vida diária ($r=-0,356$). A variável “em minha vida eu sinto a presença de Deus” está negativamente correlacionada com os índices de qualidade de vida apontados pelas participantes ($r=-0,311$).

Por fim, a satisfação geral com a saúde está negativamente correlacionada com o esforço que as participantes fazem para viver sua religião em todos os aspectos da vida ($r=-0,306$).

5.1.3.3 Discussão

Segundo Rensburg, Maree e Casteleijn (2017), Theofilou (2001) define a qualidade de vida como uma satisfação pessoal individual composta pelos aspectos que cada um considera importantes para si. Hulett *et al.* (2017) afirmam que o câncer de mama está associado à pior qualidade de vida, ao prejuízo nas funções físicas e ao estresse psicológico. Paralelamente, para Zhang *et al.* (2017), pacientes com doenças e tratamentos similares possuem níveis de qualidade de vida significativamente diferentes. Uma explicação para essa ocorrência baseia-se no fato de que as pessoas têm níveis diferentes de resiliência, os quais afetam vários aspectos da qualidade de vida, demonstrando que, quanto mais resiliência, maiores os níveis de qualidade de vida da paciente com câncer de mama.

Al-Natour, Momani e Qandil (2017) conduziram uma pesquisa para investigar a relação entre espiritualidade e qualidade de vida em mulheres jordanianas diagnosticadas com câncer de mama, e os resultados mostraram que os níveis de qualidade de vida encontrados nessas pacientes foram considerados elevados. Segundo os autores, isso pode ser explicado pelo avanço dos tratamentos e serviços médicos oferecidos às pacientes com câncer de mama na Jordânia.

Estudos realizados por Lazenby *et al.* (2013) com homens e mulheres jordanianos com diversos tipos de câncer, com a utilização do mesmo instrumento para mensuração dos níveis de qualidade de vida utilizado por Al-Natour, Momani e Qandil (2017), revelaram, nesse caso, menores níveis de qualidade de vida. Essa diferença pode ser explicada por dois fatores: o primeiro é a inclusão na amostra de homens e mulheres com vários tipos de câncer, o que poderia influenciar na qualidade de vida; o segundo se deve ao fato que as mulheres (participantes na investigação de Al-Natour, Momani e Qandil) são culturalmente vistas como as cuidadoras, desempenhando vários papéis dentro da família, demonstrando, portanto, força e equilíbrio, o que justificaria seus altos níveis de qualidade de vida.

Al-Natour, Momani e Qandil (2017) também observaram altos níveis de bem-estar espiritual em sua amostra. Além disso, o estudo revelou associação positiva entre bem-estar espiritual e qualidade de vida entre as mulheres jordanianas com câncer de mama. Esse resultado corrobora os encontrados por Jafari *et al.* (2013), nos quais foi observada significativa estatística positiva entre espiritualidade e qualidade de vida em mulheres iranianas com câncer de mama. Além disso, Al-Natour, Momani e Qandil (2017) afirmam que a espiritualidade aumenta os níveis de qualidade de vida por reduzir os níveis de estresse, raiva e ansiedade, aumentando o sentimento de esperança e tornando a paciente mais otimista e livre de sentimento de culpa. Confirmando esses resultados, Delgado-Guay *et al.* (2011) demonstraram que a maioria dos participantes de sua pesquisa encontraram na religiosidade e

na espiritualidade ajuda para o enfrentamento do câncer, bem como fonte de força e conforto, indicando que o *coping* religioso/espiritual afetou positivamente suas vidas.

Jassim e Whitford (2014) realizaram um estudo qualitativo com doze mulheres, objetivando compreender sua percepção de qualidade de vida após diagnóstico de câncer de mama. Segundo os resultados encontrados, a percepção de muitas mulheres antes do diagnóstico era de que se tratava de uma doença dolorosa e mortal, ideia sustentada pela experiência prévia das entrevistadas com seus familiares e amigos. De acordo com os pesquisadores, o maior medo relatado nas entrevistas foi o de recorrência da doença, determinante para uma diminuição na qualidade de vida. Outro dado importante desse estudo refere-se ao impacto da doença em seu bem-estar geral. Nesse âmbito, as participantes descreveram a quimioterapia como a principal fonte de desconforto e piora na qualidade de vida geral, impedindo-as de realizar atividades simples do dia-a-dia, como subir escadas, por exemplo. Quando questionadas sobre sua percepção acerca do significado de qualidade de vida, a maioria das mulheres respondeu estar relacionada à capacidade de desenvolver suas atividades diárias e desempenhar seu papel de esposa e mãe com eficiência. As entrevistadas ainda relataram que sua qualidade de vida melhorou significativamente quando elas desviaram o foco do tratamento e do diagnóstico para outros aspectos da vida. Por fim, grande parte delas apontou religião e espiritualidade como ajuda essencial durante todo o processo do adoecimento até o pós-tratamento. A gratidão também foi um aspecto citado como o agradecimento a Deus pelas Suas bênçãos e as orações diárias para que Deus as ajudasse a enfrentar a doença. Além disso, muitas pacientes atribuíram o câncer de mama a uma provação divina, acreditando que somente Deus poderia tirá-las dessa situação, por ser o único possuidor de todo o controle sobre suas vidas e capaz de sempre fazer o melhor por elas.

A pesquisa conduzida por Rensburg, Maree e Casteleijn (2017) confirma os resultados acima expostos. As autoras estudaram 22 pacientes com câncer na África do Sul, com a

finalidade de avaliar qualitativamente sua qualidade de vida. Os resultados demonstraram que, ao receber o apoio de seus familiares, amigos e membros de suas igrejas, os participantes aumentaram sua qualidade de vida de forma geral. No que se refere à espiritualidade, para a grande maioria deles ela desempenha um papel essencial, pois muitos relataram que a doença os conduziu a um crescimento espiritual e os aproximou de Deus.

5.1.4 Hábitos Religiosos

5.1.4.1 Resultados da análise dos dados da Escala de Religiosidade da Duke (DUREL)

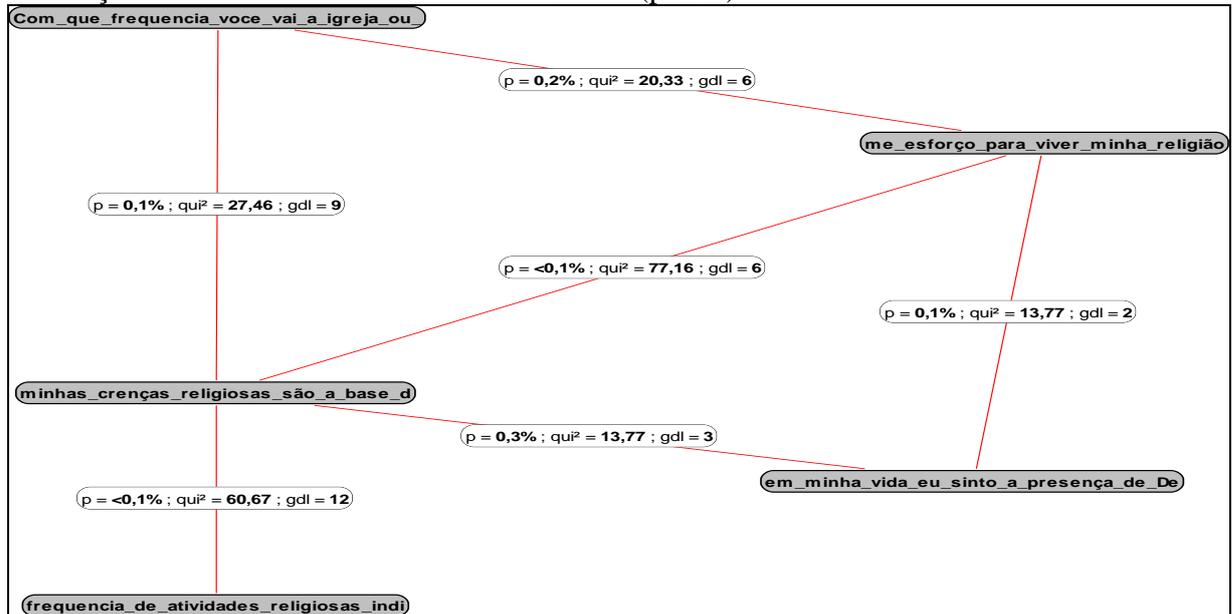
Os resultados obtidos revelaram o seguinte: a média da frequência em igrejas ou templos religiosos foi de uma vez por semana (2,34); a frequência da dedicação das participantes a atividades religiosas individuais como leitura da Bíblia e rezas foi, em média, diariamente (1,76); as variáveis “em minha vida, eu sinto a presença de Deus” (1,08), “as minhas crenças religiosas estão por trás de toda a minha maneira de viver” (1,34) e “eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida” (1,28) tiveram como resposta média “totalmente verdade para mim”. A religiosidade intrínseca obteve uma média de 13,32 (DP=0,41) pontos sendo, dessa forma, considerada alta.

Tabela 4*Média e Desvio-padrão das Questões da Escala DUREL*

Questões	Média	DP
Q1	2,34	0,79
Q2	1,76	0,23
Q3	1,08	0,45
Q4	1,34	0,70
Q5	1,28	0,66

Acerca dos dados encontrados (Figura 8), foram significativas as seguintes correlações: A variável frequência de ida à igreja ou templo religioso correlaciona-se positivamente com as variáveis: “minhas crenças religiosas estão por trás da minha maneira de viver” ($p=0,1\%$) e com a variável “me esforço para viver minha religião em todos os aspectos da minha vida” ($p=0,2\%$). A variável “me esforço para viver minha religião em todos os aspectos da minha vida” está correlacionada positivamente com as variáveis “minhas crenças religiosas estão por trás de toda a minha maneira de viver” ($p<0,1\%$) e “em minha vida eu sinto a presença de Deus” ($p=0,1\%$). A variável “minhas crenças religiosas estão por trás de toda a minha maneira de viver” está correlacionada à variável “em minha vida eu sinto a presença de Deus” ($p=0,3\%$) e também à frequência de atividades religiosas individuais, como ler a Bíblia e rezar ($p<0,1\%$).

Figura 8 – Mineração de dados apresentando associações estatísticas significativas e correlações entre as variáveis da Escala DUREL ($p < 5\%$).



Fonte: a autora.

5.1.4.2 Discussão

Segundo Schreiber (2011), há evidências de que a imagem pessoal de Deus está relacionada a um melhor enfrentamento das doenças. Os autores encontraram diferentes resultados referentes ao bem-estar psicológico baseando-se nas crenças pessoais das sobreviventes do câncer, para as quais quanto maior o envolvimento religioso, menores eram os níveis de estresse.

Schreiber e Edward (2015) realizaram um estudo qualitativo com 28 mulheres sobreviventes do câncer de mama, no qual as participantes foram convidadas a responder brevemente a quatro questões abertas: 1) o papel da religião ou da fé na sua vida antes do diagnóstico; 2) como a sua visão acerca de Deus foi afetada pelo diagnóstico; 3) como a sua religião ou sua fé foram influenciadas pelo diagnóstico; 4) descreva as mudanças que você realizou em seus hábitos, relacionamentos ou objetivos de vida após o diagnóstico.

De acordo com os resultados obtidos por Schreiber e Edward (2015), as participantes foram divididas, de acordo com suas respostas, em dois grupos: alto envolvimento religioso e baixo envolvimento religioso. Duas diferenças importantes foram encontradas entre os grupos: a primeira revela que 93% das participantes do grupo com alto envolvimento eram casadas, contra 73% do grupo com baixo envolvimento; a segunda indica que 20% das entrevistadas pertencentes ao grupo de alto envolvimento eram graduadas, enquanto o grupo de menor envolvimento religioso apresentou um índice de 67%.

Além disso, os resultados dessa investigação revelaram que as mulheres com grande envolvimento com Deus levantaram dois temas centrais referentes à relação de Deus e da fé com seus diagnósticos: o primeiro consiste em “acreditar em Deus e em seu propósito”, um tema forte e predominante entre as entrevistadas com grande envolvimento com Deus, demonstrado em suas respostas que, Ele não estava somente envolvido, mas cuidava delas mantendo com elas relação muito próxima; o segundo tema abordado foi “enxergar a vida através dos olhos de Deus”, evidenciando que, para as participantes, Deus lhes proporciona crescimento e desenvolvimento espiritual através de suas enfermidades.

Assim, o apoio de sua religião e de Deus permitiu-lhes superar a fase impactante e devastadora do diagnóstico e ir em direção ao crescimento e fortalecimento pessoal.

5.2 Análise qualitativa

Primeiramente procedeu-se à leitura minuciosa do material bruto para identificação das Categorias Globais e das Categorias Específicas. A análise dos resultados revelou três categorias globais que originaram diversas categorias específicas, conforme apresentado na tabela a seguir:

Tabela 5*Categorias Globais, Categorias Específicas, Número de respostas e Porcentagem (N=50)*

Categorias Globais	Categorias Específicas	n	%
O significado de espiritualidade/religiosidade	Acreditar em Deus e ter fé	32	64,0
	Praticar o bem	15	30,0
	Não soube explicar	8	16,0
Como pratico minha espiritualidade/religiosidade no dia-a-dia	Ir sempre à igreja/cerimônia religiosa	38	76,0
	Pedir proteção e orientação de Deus	25	50,0
	Ler a Bíblia	16	32,0
Como minhas práticas espirituais/religiosas me ajudam a enfrentar o meu tratamento	Deixar nas mãos de Deus	21	42,0
	Acreditar que será curada	17	34,0
	Saber que é apenas uma fase	15	30,0
	Aceitar as coisas como são	7	14,0
	Ter paciência com o tratamento e os efeitos adversos	5	10,0
	Acreditar que tudo acontece por um motivo	4	8,0
	Manter a confiança	2	4,0

5.2.1 O significado de espiritualidade/religiosidade

Ao serem questionadas sobre seu entendimento acerca de religiosidade e espiritualidade, as entrevistadas apresentaram respostas diversas, como observado a seguir: “[Religião] é diferente de fé. Espiritualidade e fé você tem independente da sua religião, é algo muito mais profundo. É uma conexão mais profunda consigo mesmo, acho que tem a ver com autoconhecimento. A religião é uma forma de você praticar sua fé, mas olha que já vi muita gente religiosa sem um pingote de fé, viu” (E. 06); “Eu entendo que é o amor. Em

primeiro lugar de tudo, o amor. Ao próximo, a Deus, às pessoas (...)” (E. 08); “Confiar em Deus e fazer o que está na Bíblia (...)” (E. 09).

Segundo Oliveira e Junges (2012), para entendermos o termo espiritualidade, é preciso diferenciar de religião, que diz respeito aos aspectos institucionais e doutrinários, cujos rituais e crenças específicos são compreendidos como caminhos por meio dos quais as pessoas são conduzidas à salvação. No início do século XX, Otto (1915-1985) foi responsável pela criação de uma nova maneira de estudar o cenário religioso: iniciou sua investigação comparando diferentes religiões a fim de entender seus aspectos divergentes. Essa nova visão baseava-se na concepção de que a experiência religiosa englobaria fatores em comum, presentes em todas as religiões, as quais têm como base a experiência com uma realidade misteriosa que manifesta a presença de algo transcendente, sentido no cotidiano da existência humana e com capacidade de transformar a vida.

Para Leonardo Boff (2006), transcendendo as realidades normais da vida, espiritualidade significa experimentar uma força interior que supera as próprias capacidades. Ressoando a concepção de Boff, no entendimento da entrevistada 22, o significado de espiritualidade e religiosidade é a força por elas proporcionada: “Pra mim é tudo que ajuda a gente a enfrentar a situação que a gente tá passando. É uma coisa que dá força, mantém a gente de pé, eu acho”. A espiritualidade manifesta-se como religiosa quando essa transcendência repercute de tal forma na transformação da vida da pessoa que o experimentado não se explica apenas por forças contidas na sua interioridade, mas é sentida como a presença de um absoluto, identificado como Deus (Vasconcelos, 2006): “Eu não sei expressar muito bem, mas sem elas a gente não vive” (E. 18). A espiritualidade e a religiosidade caracterizam-se, portanto, pela dimensão essencialmente experiencial, como relata a Entrevistada 14: “É você confiar e acreditar em Deus. Pensar sobre nossas ações, como trata os outros. Pra mim não é só rezar, é agir também”.

De acordo com Angerami-Camon (2008), além ser um dos meios pelos quais o homem pode vivenciar sua espiritualidade, a religiosidade consiste na busca por transcendência, levando o homem não só a refletir sobre si mesmo e suas relações, mas também a procurar significados para sua existência que estão além do mundo objetivo.

Melo *et al.* (2015), enfatizam que, em seus estudos relacionando religião com dimensão moral, Gordon Allport (1967), criou uma classificação para a orientação religiosa, classificada em dois tipos: intrínseca, na qual as motivações que movem o sujeito ao longo da vida encontra-se dentro da própria religião, atribuindo-lhe significado à sua vida, fazendo com que ele viva baseando-se nos seus princípios religiosos, de forma à integrá-los suas necessidades e interesses às suas crenças; na orientação religiosa extrínseca, a pessoa converte-se à determinada religião para ampliar seus relacionamentos sociais, ser feliz no relacionamento afetivo ou até mesmo por manobra de publicidade, ou seja, a religião é utilizada para atingir outros fins e benefícios exteriores (status, segurança e distração).

A Entrevistada 30 afirma que, apesar de ser católica, “é muito raro eu ir na igreja, mas rezo e tenho meu lado espiritual muito forte. Só não gosto dessas imposições que a igreja acha que a gente tem que cumprir. Pra mim, Deus tá em todo canto, não preciso sair de casa pra falar com Ele”. A fala dessa entrevistada pode ser discutida à luz do que diz Almeida (2015), segundo o qual paira certo cansaço da palavra de Deus nos tempos atuais, propiciando o crescimento de conceitos como a espiritualidade. De acordo com o autor, as pessoas atribuem o transcendente ao universo ou à natureza ao alcance de todos. Nesse hiato, apesar do aumento pela busca da espiritualidade, a religião institucionalizada está perdendo seus crentes. A explicação desse paradoxo está no fato de que o objetivo dessa busca seja encontrar o sentido último da vida, e isso não se realiza na prática religiosa institucionalizada.

Pessoas que se dizem contrárias ou não adeptas de nenhuma religião específica podem desenvolver e vivenciar a espiritualidade. Independentemente da pertença a qualquer religião

institucionalizada, a busca pelo sentido da vida é algo inerente a qualquer ser humano. Almeida (2015) descreve essa postura como “ateísmo pré-cristão”, segundo a qual a base é religiosa, mas a conduta cotidiana não precisa estar vinculada a uma religião específica. Dessa forma, o sofrimento faz com que as pessoas busquem algo maior para se confortar, sendo preciso agarrar-se a algo mais poderoso para conseguir reunir forças e seguir em frente.

5.2.2 Como pratico minha espiritualidade/religiosidade e como ela me auxilia nos desafios do dia-a-dia

Segundo Koenig (2009), durante as circunstâncias difíceis da vida, as crenças religiosas propiciam senso de significado e propósito, visão otimista e esperançosa do mundo, melhor aceitação do sofrimento e de seu significado. Além disso, oferecerem às pessoas sensação de controle indireto das circunstâncias e suporte comunitário, que ajuda a reduzir o isolamento e o sentimento de solidão.

De fato, as respostas das entrevistadas corroboram essa concepção: “Costumo ir na igreja sozinha, converso com Deus. Tenho muita fé. Vejo as pessoas aqui [na ASCOMCER] às vezes tão novas, aí eu vejo que não tô sozinha, que cada um tem sua luta, isso me dá um ânimo pra continuar. A gente tem essa mania de achar que as coisas só acontecem com a gente, né?! Tenho certeza que Deus tem um plano pra cada um e que seja feita a vontade dEle” (Entrevistada 49).

A Entrevistada 50 relata que tem depressão e que seu estado emocional agravou-se muito após a descoberta do câncer de mama: “Sempre fui uma pessoa de muita fé. Fui diagnosticada com depressão dois anos antes de receber o diagnóstico do câncer de mama. Foi um período muito difícil, sabe?! Tomei os remédios, minha família teve muita paciência comigo. Quando estava melhorando, veio o câncer. Meu mundo caiu, fiquei sem chão (...)

Todo o esforço que fiz pra vencer a depressão foi por água abaixo. Mas a partir daí fiz o que tinha feito antes: me agarrei em Deus e ergui a cabeça. Não foi fácil, tinha hora que eu tinha vontade de sumir, acho que se não fosse Deus e a minha fé, eu não estaria aqui hoje”.

Ainda de acordo com Koenig (2009), entre 93 estudos observacionais, dois terços encontraram significativos escores mais baixos de depressão ou menores sintomas depressivos nos pacientes religiosos. Além disso, entre 22 estudos longitudinais, 15 concluíram que, quanto maior a base religiosa do indivíduo, menores são seus sintomas depressivos ou mais rapidamente ocorre a remissão dos sintomas. Estudos individuais com populações estressadas, particularmente pessoas com sérias doenças médicas, encontraram impacto substancial da religião na prevalência e curso da depressão. Pacientes com depressão que estavam internados por problemas médicos (N=1000), com 50 anos ou mais, e que apresentavam falência cardíaca congestiva ou doença pulmonar crônica, foram identificados com depressão através do *Structured Clinical Interview for Depression* (Koenig, 2007a). As características religiosas desses pacientes foram comparadas com as de pacientes não depressivos (N=428). Pacientes depressivos foram significativamente mais propensos a indicar nenhuma afiliação religiosa, menos propensos a rezar ou ler a Bíblia e com índices mais baixos de religião intrínseca. Entre os pacientes depressivos, a severidade dos sintomas estava inversamente relacionada com os indicadores religiosos.

Entre 1000 pacientes depressivos, os pesquisadores seguiram 865 por 12 a 24 semanas, examinando fatores que influenciam na velocidade da remissão da depressão. Os pacientes mais religiosos (que frequentavam locais religiosos pelo menos uma vez por semana, liam a Bíblia pelo menos três vezes por semana e com níveis mais elevados de religiosidade intrínseca) reduziram a depressão pelo menos 50% mais rapidamente do que outros pacientes (Koenig, 2007b).

Segundo a Entrevistada 08, sua religião a ajuda principalmente a lidar com a ansiedade: “Eu sou uma pessoa muito ansiosa, sempre sofri muito com isso, mas nunca procurei tratamento. Com a doença [câncer de mama] minha ansiedade piorou muito. Eu sempre fico preocupada com meu futuro, se vou me curar, meu filho teve um AVC [acidente vascular cerebral] há pouco tempo e nessa época parece que meu medo e preocupação me paralisavam. Me agarrei em Deus, orei muito e pedi muito a Ele que me desse força, me amparasse. Acho que foi daí que tirei forças, porque se não, não sei o que seria de mim [...]” Conforme Koenig (2009), enquanto alguns ensinamentos religiosos têm potencial de aumentar a culpa e o medo, reduzindo a qualidade de vida, a ansiedade causada pelas crenças religiosas pode motivar comportamentos pró-sociais. Crenças e práticas religiosas também podem oferecer conforto à pessoas que estão ansiosas ou com medo, aumentando seu senso de controle, assim como sentimentos de segurança e autoconfiança (ou confiança em seres divinos).

Até os anos 2000, pelo menos 76 estudos examinaram a relação entre o envolvimento religioso e a ansiedade (Koenig, 2009), dos quais sessenta e nove eram observacionais, e sete, amostras randomizadas controladas. Entre os estudos observacionais, 35 encontraram significativamente menos ansiedade e medo dentre os indivíduos mais religiosos, 24 não encontraram nenhuma associação, e dez reportaram maior da ansiedade. Ou seja, as pessoas rezam mais quando se sentem com medo, nervosas ou fora de controle. Entre os sete estudos com amostras randomizadas controladas que examinaram os efeitos da intervenção religiosa controlada em sujeitos com ansiedade (normalmente transtorno de ansiedade generalizada), seis encontraram que as intervenções religiosas em pacientes já religiosos reduziram os níveis de ansiedade mais rapidamente que outras intervenções.

Estudos longitudinais mais recentes corroboram a literatura, apresentando informações acerca dos mecanismos da influência da religiosidade sobre a ansiedade. Wink e Scott acompanharam 155 indivíduos por aproximadamente 30 anos, desde a meia idade até a

terceira idade, estudando o impacto das crenças religiosas e seu envolvimento com a ansiedade com relação à morte. Os dados não revelaram nenhuma relação entre religiosidade, ansiedade quanto à morte e o medo de morrer. Sujeitos com menor nível de ansiedade obtiveram níveis mais altos ou mais baixos na religiosidade. A ansiedade era mais alta entre os sujeitos moderadamente religiosos e, em particular, aqueles que afirmaram acreditar em vida após a morte não estavam envolvidos em nenhuma prática religiosa. Os pesquisadores concluíram que o grau de envolvimento religioso era importante fator na diminuição da ansiedade perante a morte, não simplesmente a crença em vida após a morte (Koenig, 2009).

Koenig (2009) destaca, ainda, que o envolvimento religioso também pode interagir com algumas formas de psicoterapia, realçando a resposta à terapia. Investigadores da Universidade de Saskatchewan estudaram fatores de *coping* e motivação relacionados à resposta de 56 pacientes com transtorno do pânico ao tratamento. Os sujeitos do estudo eram tratados em um grupo com terapia cognitivo-comportamental e foram acompanhados durante o sexto e o décimo segundo meses para avaliação. A autoclassificação da importância da religião foi significativo aspecto da melhora nos sintomas de pânico e diminuição do estresse percebido durante a avaliação no décimo segundo mês.

Por outro lado, Koenig (2009) ressalta que, enquanto as formas positivas de *coping* podem reduzir a ansiedade em circunstâncias muito estressantes, formas negativas de envolvimento religioso podem exacerbá-las. O autor cita como exemplo um estudo realizado com cem mulheres com câncer ginecológico: as mulheres que sentiram punidas por Deus tinham os níveis de ansiedade significativamente mais altos.

5.2.3 Como minhas práticas espirituais/religiosas me ajudam a enfrentar o meu tratamento

Elbarazi *et al.* (2017) investigaram como a religião poderia afetar a percepção de adultos dos Emirados Árabes Unidos acerca da saúde. Em um dos temas mais mencionados pelos participantes, foram identificados três subtemas: apreciação, aceitação e paciência. Para a Entrevistada 48, “Minha fé me ajuda muito, me dá segurança, esperança (...) sem minha fé eu não sou nada, minha vida não anda. Me sinto confiante, confortável, com mais paz e mais coragem pra enfrentar meu tratamento”. A Entrevistada 47 explica que sua religiosidade a ajuda muito durante o tratamento: “Recebo uma ajuda muito grande de Deus, peço muito a ele pra me dar paciência, porque não adianta fazer nada, né?! É ter paciência e confiança que tudo acontece por um motivo na vida da gente. Além do mais, tento agradecer a Deus pela minha vida e pelas forças todos os dias”. Os entrevistados apontaram a importância de agradecer a Deus por sua saúde, mesmo na falta dela, pois isso lhes proporciona ânimo durante o enfrentamento, além de fornecer aceitação de sua condição e paciência para superá-la.

Atualmente, os estudos acerca da relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde visam compreender de que forma crenças e comportamentos religiosos e espirituais interferem ou estão relacionados com a saúde e com outros âmbitos da vida das pessoas. Segundo Moreira-Almeida, Neto e Koenig (2006) a maneira como a religiosidade influencia a saúde mental é resultado de múltiplos fatores: estilo de vida, suporte social, sistema de crenças, práticas religiosas, modos de expressar estresse e direção e orientação espiritual. Conforme Stroppa e Moreira-Almeida (2008), muitos estudos sugerem que, quanto maiores os níveis de envolvimento religioso do indivíduo, maiores os indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade e melhor saúde física e mental.

Ainda segundo os autores, quanto maior o nível de envolvimento religioso, menor o nível de depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, além de uso e abuso de álcool e

de outras drogas. Normalmente, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso quando as pessoas que estão sob algum tipo de estresse ou em situações de fragilidade, como idosos, deficientes ou pessoas com alguma doença clínica, tendem a experimentar mais intensamente o impacto positivo do pertencimento a uma religião em sua saúde mental.

Podemos observar a importância da espiritualidade para o bem-estar mental durante o tratamento através da fala da Entrevistada 29: “Apesar de não praticar muito a minha religião indo na igreja e tal, eu procuro fazer boas ações, fazer o bem, ajudar no que eu posso. Assim me sinto mais perto de Deus e sei que o que eu faço de bom volta pra mim. Então, a consciência limpa é o mais importante e espiritualidade pra mim é isso”.

No ocidente, a herança religiosa tem como principal foco a relação construída entre o indivíduo e Deus e também com o próximo. Essas relações podem afetar a saúde mental de diversas formas, trazendo consequências principalmente no modo como as pessoas enfrentam obstáculos impostos pela vida e lidam com situações adversas atreladas às doenças físicas. Assim, ao cultivar relação com Deus, o indivíduo tem oportunidade de desenvolver uma visão de mundo que lhe traz segurança e entendimento em relação ao sofrimento e à doença. Portanto, a prática religiosa e espiritual fornece uma série de repertórios conhecidos como estratégias de *coping*, que, não têm somente caráter de defesa, passividade, foco na emoção ou formas de negação, mas proporcionam variedade de comportamentos, emoções, cognições e relações (Moreira-Almeida, Neto e Koenig, 2006).

De acordo com Stroppa e Moreira-Almeida (2008), crenças religiosas exercem grande influência na maneira como as pessoas enfrentam situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A religiosidade pode oferecer ao indivíduo maior aceitação, firmeza e adaptação diante de momentos difíceis da vida, proporcionando paz, autoconfiança e perdão, além de imagem positiva de si mesmo. Apesar disso, a religiosidade também pode gerar

culpa, dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica: “Tenho muita fé em Deus, que só ele mesmo. Ele me ajuda a me manter positiva, a pensar nas coisas boas, na minha família. Peço muito a Deus pra me dar sabedoria e entendimento e fazer o que for melhor, tá nas mãos Dele” (Entrevistada 31); “[A espiritualidade] me ajuda muito, eu fico tranquila e nem penso nesse negócio [câncer de mama]. Tento aceitar as coisas como são e rezar bastante, o resto deixo na mão de Deus” (Entrevistada 33).

Para Murakami e Campos (2012), existe forte associação positiva entre o envolvimento religioso e a saúde mental. A influência positiva da religiosidade sobre a saúde pode ser causada pela mobilização de energias e iniciativas extremamente positivas, que fortalecem o indivíduo, fazendo com que ele tenha condições de lidar mais eficazmente com seu atual estado físico. A entrevistada 34 ressalta: “Eu não faço nada sem a permissão de Deus. Ele me ajuda muito no tratamento e no dia-a-dia. Quando fico triste ou desanimada, Ele me levanta e me faz continuar na caminhada. Às vezes é difícil, mas sei que pra Ele nada é impossível. Tenho fé que é só uma fase e vai passar”. Segundo esses autores, as pessoas que têm fé sentem-se mais fortes para enfrentar as dificuldades e continuar a lutar pela sua sobrevivência, acreditando que serão curadas de seus males. A fé faz o indivíduo acreditar em algo supremo, capaz de intervir favoravelmente em sua situação concreta de vida e, especialmente, sua doença.

Outro fator que, segundo Murakami e Campos (2012), explicaria os resultados positivos da religiosidade sobre o estado de saúde é a religião como grande responsável pela formação de comportamentos de proteção, como o não uso de álcool e drogas e o cumprimento de ordens médicas. Por fim, as práticas religiosas podem ajudar a manter a saúde mental e prevenir doenças, porque elas influenciam psicodinamicamente, auxiliando o indivíduo a lidar com ansiedade, medos, frustrações, raiva, sentimentos de inferioridade, desânimo e isolamento.

6 Considerações Finais

Seja em maior ou menor grau, o câncer de mama é uma doença que gera intenso impacto físico e emocional na vida das mulheres. Isso ocorre devido aos tratamentos agressivos (como a quimioterapia) e invasivos (como a cirurgia) que podem causar, dentre outros efeitos colaterais, a perda de símbolos da feminilidade como os cabelos e o seio, prejudicando a autoestima e a qualidade de vida.

A presente pesquisa buscou compreender de que forma a espiritualidade e a religiosidade estão presentes como estratégias de enfrentamento. Diante dos resultados, ficou clara a presença desses fatores enquanto influências positivas e benéficas para as pacientes, atuando como uma rede de apoio e suporte, proporcionando sentimentos de esperança e confiança perante a situação vivenciada, além de maiores níveis de bem-estar e qualidade de vida durante o tratamento quimioterápico.

Os dados obtidos não podem ser generalizados, pois o estudo possui algumas limitações, dentre elas, o acesso somente a pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde, podendo o tipo de serviço ao qual elas têm acesso influenciar na forma de manejo da doença.

Diante desse cenário, é indispensável que o cuidado com a saúde não se restrinja a aspectos biológicos, mas ao indivíduo como um todo, contemplando também o âmbito espiritual. Por fim, enfatiza-se a importância do desenvolvimento de pesquisas visando maior compreensão acerca dos aspectos espirituais e religiosos envolvidos no enfrentamento do câncer de mama, abarcando a diversidade religiosa e cultural, bem como todas as etapas desse processo, do diagnóstico ao pós-tratamento. Destaca-se também a necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde, os quais não estão preparados para lidar com essa dimensão fortemente presente e essencial para o controle físico e psicológico da doença.

REFERÊNCIAS

- Ahadzadeh, A. S., Sharif, S. P. (2018). Uncertainty and quality of life in women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 00(0): 1-7.
- Ahmadi, F., Park, J., Kim, K., Ahmadi, N. (2016). Exploring existential coping resources: the perspective of Koreans with cancer. *Journal of Religion and Health*, 55(6): 2053-2068.
- Ahmadi, F., Park, J., Kim, K., Ahmadi, N. (2017). Meaning-making coping among cancer patients in Sweden and South Korea: a comparative perspective. *Journal of Religion and Health*, 56: 1794-1811.
- Almeida, T. C. S. (2015). Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto. *Sacrilegens*, 12(1): 72-91.
- Al-Natour, A., Momani, S. M. A., Qandil, A. M. A. (2017). The relationship between spirituality and quality of life of Jordanian women diagnosed with breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 1-13.
- American Cancer Society. (2017). *What is breast cancer?* Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>> Acesso em: 03 Out. 2017.
- Angerami-Camon, V. A. (2008). *Psicologia e Religião*. CENGAGE Learning: São Paulo.
- Aquino, V. V., Zago, M. M. F. (2007). O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 5(1): 42-47.
- Aukst-Margetic, B., Jakovljevic, M., Margetic, B., Biscan, M., Samija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27: 250-255.

- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bhatnagar, S., Gielen, J., Satija, A., Singh, S. P., Noble, S., Chaturvedi, S. K. (2017). Signs of spiritual distress and its implications for practice in Indian palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(3): 306-311.
- Berry, M. J. A., Linof, G. (1997). *Data Mining techniques*. USA: John Wiley.
- Bervian, P. I., Girardon-Perlini, N. M. O. (2006). A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(2): 121-128.
- Benites, A. C., Neme, C. M. B., Santos, M. A. (2017). Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia*, 34(2): 269-279.
- Bergamasco, R. B., Angelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3): 277-282.
- Boff, L. (2006). *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Bourdreaux, E. D., O'hea, E., Chasuk, R. (2002). Spiritual role in healing: an alternative way of thinking. *Primary Care Clinic Office Post Practice*, 29, 439-454.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*, 8: 417-428.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322> Acesso em: 30 Out. 2015.

- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>> Acesso em: 16 Ago. 2017.
- Brito, C., Portela, M. C., Vasconcellos, M. T. L. (2009). Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. *Revista Saúde Pública*, 43(3): São Paulo.
- Camboim, A., Rique, J. (2010). Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos. *Revista Brasileira de História das Religiões*, n.7: 251-263.
- Cantinelli, F. C., Camacho, R. S., Smaletz, O., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., Renno, J. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), São Paulo.
- Caponero, R., Lage, L. M. (2008). Quimioterapia. In V. A. D. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 155-167). São Paulo: Summus.
- Cesnick, V. M., Santos, M. A. (2012). Mastectomia e Sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia Reflexiva Crítica*, 25(2): 339-349.
- Conway-Phillips, R., Janusek, L. W. (2016). Exploring spirituality among African American women. *Holist Nurs Pract*, 30(6): 322-329.
- Cruz, F. S., Rossato, L. G. (2015). Cuidados com o paciente oncológico em tratamento quimioterápico: o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 61(4): 335-341.
- Cummins, R. A., Gullone, E. (2000). Why we should not use 5-point Likert scales: the case of subjective quality of life measurement. *International Conference on Quality of Life in Cities*, 2, Singapore.
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental*, Porto Alegre: Artmed.

- Dalmoro, M., Vieira, K. M. (2013). Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Revista Gestão Organizacional*, 6, São Paulo.
- David, A., Windlin, I., Gaspar, K. C. (2013). O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica: uma contribuição da psicologia. In V. A. Angerami-Camon & K. C. Gaspar, (Orgs.), *Psicologia & Câncer* (pp. 119-138). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De La Cruz, M., Thorney, S., Bruera, E. (2011). Spirituality, religiosity and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6): 986-994.
- Doumit, M. A. A., Abu-Saad, H. H., Kelley, J. H., El-Saghir, N., Nassar, N. (2010). Coping with breast cancer: a phenomenological study. *Cancer Nursing*, 33: 33-39.
- D'Souza, V., Daudt, H., Kazanjian, A. (2017). Survivorship care plans for breast cancer patients: understanding the quality of available evidence. *Current Oncology*, 24(6): 446-465.
- Elbarazi, I., Devlin, N. J., Katsaiti, M. S., Papadimitropoulos, E. A., Shah, K. K., Blair, I. (2017). The effect of religion on the perception of health states among adults in the United Arab Emirates: a qualitative study. *BMJ Journals*, 7.
- Evangelista, C. B., Lopes, L. E. M., Costa, S. F. G., Abrão, F. M. S., Batista, P. S. S., Oliveira, R. C. (2016). Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. *Escola Ana Nery*, 20(1): 176-182.
- Fernandes, F. P. R. D, Feitosa, S. M. F. M., Gesselena, A. S. F., Santos, M. C. O. C., Moura, M. F. A., Saraiva, V. V. (2017). Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 13(1): 45-51.
- Fitchett, G., King, S. D. W., Vandenhoeck, A. (2010). Education of chaplains in psycho-oncology. In J.C. Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen, M.S. Lederberg, M. J. Loscalzo

& R. McCorkle (Orgs.), *Psycho-oncology* (pp. 605-609). New York, NY: Oxford University Press.

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Revista de Saúde Pública*, 34(2): 178-183.

Fleck, M. P., Bolognesi, G., Borges, Z. N., Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. *Revista saúde pública*, 37(4): 446-455.

Fonseca, A. A., Souza, A. C. F., Rios, B. R. M., Bauman, C. D., Piris, A. P. (2017). Percepções e enfrentamentos de mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v.5: 222-229.

Gall, T. L., Bilodeau, C. (2017). “Why me?” – Women’s use of spiritual causal attributions in making sense of breast cancer. *Psychology and Health*, 32(6): 709-727.

Gobatto, C. A., Araujo, T. C. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 11-34.

Gomes, R., Skaba, M. M. V. F., Vieira, R. J. S. (2008). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócioantropológica do câncer de mama feminina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 197-204. Rio de Janeiro.

Gonçalves, J. P. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., Vallada, H. (2017). Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: a systematic review of randomized controlled clinical trials. *Plos One*, 12(10): 1-21.

Gul, A., Ustundag, H., Andsoy, I. I. (2014). Quality of life in women with breast cancer and the use of complementary and alternative medicine. *Holistic Nursing Practice*, 28(4): 258-264.

Ham, J., Jamber, M. (2001). *Data Mining: concepts and techniques*. USA: Morgan Kaufmann.

- Holt, C. M., Schulz, E., Caplan, L., Blake, V., Southward, V. L., Buckner, A. V. (2012). Assessing the role of spirituality in coping among African Americans diagnosed with cancer. *Journal of Religion and Health*, 51(2): 507-521.
- Hulett, J. M., Armer, J. M., Leary, E., Stewart, B. R., McDaniel, R., Smith, K., Millspaugh, R., Millspaugh, J. (2017). Religiousness, spirituality and salivary cortisol in breast cancer survivorship. *Cancer Nursing*, 00(0): 1-10.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Censo 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2013-agencia-de-noticias/releases/14244-asi-censo-2010-numero-de-catolicos-cai-e-aumenta-o-de-evangelicos-espíritas-e-sem-religiao.html>> Acesso em: 23 Out. 2017.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2015). *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Jafari, N., Zamani, A., Farajzadegan, Z., Bahrami, F., Emami, H., Loghmani, A. (2013). Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Supportive Care in Cancer*, 21(5): 1219-1225.
- Jassim, G. A., Whitford, D. L. (2014). Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 107: 189-195.
- Khodaveirdyzadeh, R., Rahimi, R., Rahmani, A., Gharahminian, A., Kodayari, N., Eivazi, J. (2016). Spiritual/religious coping strategies and their relationship with illness adjustment among Iranian breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(8): 4095-4099.
- Koenig, H. G., Larson, D. B., Larson, S.S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Anal. of Pharmacotherapy*, 35: 352-359.
- Koenig, H. G. (2007a). Religion and depression in older medical inpatients. *American Journal of Geriatrics Psychiatry*, 15: 282-291.

- Koenig, H. G. (2007b). Religion and remission of depression in medical in patients with heart failure/pulmonary disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195: 389-395.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality and mental health: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5): 283-291.
- Koenig, H. G., Hooten, E. G., Lindsay-Culkins, E., Meador, K. G. (2010). Spirituality in medical school curricula: Findings from a national survey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(4): 391-398.
- Kruizinga, R., Scherer-Rath, M., Schilderman, J. B. A. M., Weterman, M., Young, T., Laarhoven, H. W. M. V. (2017). Images of God and attitudes towards death in relation to spiritual wellbeing: an exploratory side study of the EORTC QLQ-SWB32 validation study in palliative cancer patients. *BMC Palliative Care*, 16(67): 2-7.
- Laroche, F., Perrot, F., Medkour, T., Cottu, P. H., Pierga, J. Y., Lotz, J. P., Beerblock, K., Tournigand, C., Chauvenet, L., Bouhassira, D., Coste, J. (2017). Quality of life and impact of pain in women treated with aromatase inhibitors for breast cancer: a multicenter cohort study. *Plos One*, 12(11): 1-14.
- Lichtenstein, A. H., Berger, A., Cheng, M. J. (2017). Definitions of healing and healing interventions across different cultures. *Annals of Palliative Medicine*, 6(3): 248-252.
- Lowery, B. J., Jacobsen, B. S., Ducette, J. (1993). Causal attribution, control and adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10: 37-53.
- Lynn, B., Yoo, G. J., Levine, E. G. (2013). "Trust in the Lord": religion and spiritual practices of African American breast cancer survivors. *Journal of Religion and Health*, 56(6): 1706-1716.
- Maciel, J., Sá-Serafim, R. C. N. (2013). Câncer de mama e mastectomia: Representações da doença e do corpo. *Psicologia e Câncer*, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Manning, L. K., Radina, M. E. (2015). The role of spirituality in the lives of mothers of breast cancer survivors. *Journal of Religion and Spiritual Aging*, 27(2): 125-144.

- Martins, C. A., Guimarães, R. M., Silva, R. L. P. D., Ferreira, A. P. S., Gomes, F. L., Sampaio, J. R. C., Souza, M. D. S., Silva, M. R. F. (2013). Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: desafios para uma política de atenção oncológica. *Revista da Brasileira de Cancerologia*, 59(3): 341-349.
- Matos, T. D. S., Meneguim, S., Ferreira, M. L. S., Miot, H. A. (2017). Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25: e2910.
- Melo, C. F., Sampaio, I. S., Souza, D. L. A., Pinto, N. S. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2): 447-464.
- Menezes, N. N. T., Schulz, V. L., Peres, R. S. (2012). Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estudos de Psicologia*, 17(2): 233-240.
- Moreira-Almeida, A., Neto, L. F., Koenig, H. G. (2006). Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3): 242-250.
- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Neto, F. L., Koenig, H. G. (2008). Versão em Português da Escala de Religiosidade da Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1): 31-32.
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1): 12-15.
- Mortensen, G. L., Madsen, I. B., Krogsgaard, R., Ejlersen, B. (2017). Quality of life and care needs in women with estrogen positive metastatic breast cancer: a qualitative study. *Acta Oncologica*, 1-6.

- Movafagh, A., Heidari, M. H., Abdoljabbari, M., Mansouri, N., Taghavi, A., Karamatinia, A., Merhrvar, N., Hashemi, M., Ghazi, M. (2017). Spiritual therapy in coping with cancer as a complementary medical preventive practice. *Journal of Cancer Prevention*, 22(2): 82-88.
- Murakami, R., Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2): 361-367.
- Nascimento, F. B., Pitta, M. G. R., Rêgo, M. J. B. M. (2015) Análise dos principais métodos de diagnóstico de câncer de mama como propulsores no processo inovativo. *Revista Arquivos de Medicina*, 29(6): 153-159.
- National Cancer Institute. (2017). *What is Cancer?* Disponível em: <<https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>> Acesso em: 29 Out. 2017.
- Oliveira, T. M. V. (2009). *Amostragem não-probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas*. São Paulo.
- Oliveira, M. R., Junges, J. R. (2012). Saúde-mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3): 469-476.
- Panzini, R. G., Bandeira, D. R. (2005). Escala de *Coping* Religioso/Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de constructo. *Psicologia em estudo*, 10 (3): 507-516.
- Panzini, R. G., Bandeira, D. R. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade: revisão de literatura. *Revista de psiquiatria clínica*, 34: 105-115.
- Paredes, A. C., Pereira, M. G. (2017). Spirituality, distress and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Journal of Religion and Health*, 1-12.
- Patrão, I., Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1): 53-73.

- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceito e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2): 241-250.
- PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. (2017). Spirituality in cancer care: Health Professional Version. *PDQ Cancer Information Summaries National Cancer Institute (USA)*.
- Post, M. W. M. (2014). Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3): 167-180.
- Puigpinos-Riera, R., Contente, X., Serral, G., Bargalló, X., Doménech, M., Espinosa-Bravo, M., Grau, J., Macià, F., Manzenara, R., Pla, M., Quintana, M. J., Sala, M., Vidal, E. (2017). Influence of social determinants, lifestyle, emotional well-being and the use unconventional therapies in breast cancer progression in a cohort of women in Barcelona: protocol of the DAMA cohort. *JMIR ResearchProtocols*, 6(12): 1-10.
- Rensburg, J. J. M. J. V., Maree, J. E., Casteleijn, D. (2017). An investigation into the quality of life of cancer patients in South Africa. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(4): 336-341.
- Santos, D. S., Tenório, E. A., Breda, M. Z., Mishima, S. N. (2014). Processo saúde/doença e a estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6): 918-925.
- Saso, S., Jones, B. P., Bracewell-Milnes, T., Ruseyin, G., Boyle, D. C., Priore, G. D., Smith, J. R. (2017). Gynecological cancers: an alternative approach to healing. *Future Science OA*, 3(3).
- Schreiber, J. A. (2011). Image of God: effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(3): 293-301.
- Schreiber, J. A., Edward, J. (2015). Image of God, Religion, spirituality and life changes in breast cancer survivors: a qualitative approach. *Journal of Religion and Health*, 54(2): 612-622.

- Simon, C. E., Crowther, M., Higginson, H-K. (2007). The stage-specific role of spirituality among African American Christian women throughout the breast cancer experience. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(1): 26-34.
- Sontag, S. A. (2007). *Doença como metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sousa, H., Guerra, M., Lencastre, L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 33(1): 39-53.
- Steinhorn, D. M., Din, J., Johnson, A. (2017). Healing, spirituality and integrative medicine. *Annals of Palliative Medicine*, 6(3): 237-247.
- Stroppa, A., Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e saúde. In: M. L. Salgado & G. Freire (Orgs.), *Saúde e Espiritualidade: Uma nova visão da medicina*, pp. 427-443, Belo Horizonte: Inede.
- Surbone, A., Baider, L. (2009). The spiritual dimension of cancer care. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 73(3): 228-235.
- Swinton, J., Bain, V., Ingram, S., Heys, S. D. (2011). Moving inwards, moving outwards, moving upwards: the role of spirituality during the early stages of breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 20: 640-652.
- Taleghani, F., Parsa-Yekta, Z., Nasrabadi, A. N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54: 265-272.
- Taunay, T. C. D. E., Gondim, F. A. A., Macedo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. A., Andrade, L. M. S., Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade da Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(4): 130-135.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J., Keshtgar, M. R., Davidson, T. & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the U.K. *Psycho-oncology*, 771-782.

- Traore, B. M., El Fakir, S., Charaka, H., Beinacha, N., Najdi, A., Zidouh, A., Bennani, M., Errihani, H., Mellass, N., Benider, A., Bekkali, R., Nejjari, C. (2018). Evolution of quality of life in patients with breast cancer during the first year of follow-up in Morocco. *Bio Med Central Cancer*, 18(109): 1-5.
- Tyson, D. M., Jacobsen, P., Meade, C. D. (2016). Understand the stress management needs and preferences of Latinas undergoing chemotherapy. *Journal of Cancer Education*, 31(4): 633-639.
- Vachon, M. (2008). Meaning, spirituality and wellness in cancer survivors. *Seminars in oncology Nursing*, 24(3): 218-225.
- Vasconcelos, E. M. (2006). A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. *A Espiritualidade no Trabalho em Saúde*, (pp. 13-157). São Paulo: Hucitec.
- Veit, C. M., Castro, E. K. (2013a). Coping religioso/Espiritual e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia, saúde e doenças*, 14(1): 1-22.
- Veit, C. M., Castro, E. K. (2013b). Coping religioso/Espiritual positivo em mulheres com câncer de mama: um estudo qualitativo. *Psico Porto Alegre*, 44(3): 331-341.
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J., Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, 37(4): 440-445.
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical Science Monitor*, 23: 5969-5979.
- Ziguer, M. L. P. S., Bortoli, C. F. C. D., Prates, L. A. (2016). Sentimentos e expectativas de mulheres após o diagnóstico do câncer de mama. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 17(1): 107-112.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário sociodemográfico e clínico

Número de identificação: _____

Local da pesquisa: _____

Por favor, responda aos dados abaixo, não sendo necessário se identificar.

1. Idade: _____ anos 2. Data de nascimento: _____

2. Há quanto tempo foi diagnosticada com câncer de mama? _____

3. Escolaridade:

() Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto ()
 Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo ()
 Pós-Graduada

4. Renda individual mensal:

() Nenhuma () Até 3 salários mínimos () De 3 a 5 salários mínimos () De 5 a 10
 salários mínimos () De 10 a 20 salários mínimos () Acima de 20 salários mínimos

5. Estado civil:

() Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () Outros

6. Religião:

() Católica () Espírita () Sem religião, mas espiritualizada () Evangélica () Duas ou
 mais religiões simultâneas () Testemunha de Jeová () Umbanda () Judaísmo () Sem
 religião () Outras

7. Você possui algum parente que já teve câncer? _____

Se sim, quem e qual tipo de câncer _____

8. Utiliza alguma medicação? () Sim () Não

Se sim, qual (quais)? _____

Apêndice B – Questionário Aberto

Número de identificação: _____

Local da pesquisa: _____

1. Para você, o que é espiritualidade/religiosidade?

2. Você se considera uma pessoa espiritualizada/religiosa? Se sim, de que forma você pratica sua espiritualidade/religiosidade e como essas práticas a ajudam a enfrentar o tratamento?

Apêndice C - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Espiritualidade e enfrentamento do câncer de mama em mulheres em processo de quimioterapia”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a relação entre espiritualidade e o enfrentamento do câncer de mama. O motivo que nos leva a estudar este tema é identificar e compreender os aspectos espirituais como estratégia de enfrentamento do câncer durante o processo de quimioterapia.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Você será convidada a responder ao seguinte: um questionário sócio demográfico e clínico; duas questões abertas referentes à religiosidade/espiritualidade; uma Escala de Enfrentamento Religioso/Espiritual (CRE); uma escala para avaliar a qualidade de vida (WHOQOL-BREF) e um instrumento para avaliação do índice de religiosidade (DUREL). Esta pesquisa não oferece nenhum grande risco a você. A pesquisa contribuirá para gerar uma reflexão acerca de como a espiritualidade pode influenciar no enfrentamento do câncer de mama, gerando dados que possibilitem uma visão sobre os aspectos espirituais do processo saúde-doença e contribua para a melhoria da qualidade de vida das pacientes.

Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito a indenização. A Sra. terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra. é atendida pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, na **Universidade Federal de Juiz de Fora** e a outra será fornecida a Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos da pesquisa “Espiritualidade e enfrentamento do câncer de mama em mulheres em processo de quimioterapia”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer

momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisadora	Data
------	-------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome da Pesquisadora Responsável: Amanda Lopes Gusmão

Endereço: Departamento de Psicologia- Campus Universitário da UFJF

E-mail: am.lol@hotmail.com

ANEXOS

ANEXO A – Escala de *Coping* Religioso/Espiritual

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos últimos três anos. Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa o quanto você fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crenças (aquilo que você acredita).

Exemplo: Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você não tentou, nem um pouco, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou um pouco, circule o (2)

Se você tentou mais ou menos, circule o (3)

Se você tentou bastante, circule o (4)

Se você tentou muitíssimo, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada.

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero (a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco.

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas

(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios

(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei uma ligação maior com Deus

- (1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
6. Questionei o amor de Deus por mim
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
8. Procurei uma casa religiosa ou de oração
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc.)
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
13. Procurei em Deus força, apoio e orientação
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
21. Fui a um templo religioso
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou matéria
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
25. Senti que Deus estava atuando junto comigo
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
28. Através da religião entendi por que sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc.)
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
43. Procurei por um total re-despertar espiritual
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
45. Rezei por um milagre
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
47. Confiei que Deus estava comigo
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
49. Procurei a misericórdia de Deus
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
50. Pensei que Deus não existia
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
51. Questionei se até Deus tem limites
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
56. Pedi perdão pelos meus erros
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
57. Participei de sessões de cura espiritual
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
60. Assisti a cultos ou sessões religiosas/espirituais
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
67. Procurei auxílio através da meditação
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
75. Montei um local de oração em minha casa
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
77. Procurei auxílio nos livros sagrados
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo - o caminho de Deus
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
80. Procurei conversar com meu eu superior
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
81. Voltei-me para a espiritualidade
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
84. Questionei se Deus realmente se importava
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente
(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

87. Busquei uma casa de Deus

(1) Nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

ANEXO B – ESCALA WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF Versão em português ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil Dr.
 Marcelo Pio de Almeida Fleck Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Universidade
 Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre- RS – Brasil

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência às duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser: Quanto você se preocupa com sua saúde?

Nada (1) muito pouco (2) mais ou menos (3) bastante (4) extremamente (5)

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta. Muito obrigado por sua ajuda.

1 – Como você avalia sua qualidade de vida?

(1) muito ruim (2) ruim (3) nem ruim nem boa (4) boa (5) muito boa

2 - Quão satisfeita você está com a sua saúde?

(1) muito insatisfeita (2) insatisfeita (3) nem satisfeita nem insatisfeita (4) satisfeita (5) muito satisfeita

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas, sendo: (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente

3 – Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa? (1)

(2) (3) (4) (5)

4 – O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (1) (2) (3)

(4) (5)

5 – O quanto você aproveita a vida? (1) (2) (3) (4) (5)

6 – Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (1) (2) (3) (4) (5)

7 – O quanto você consegue se concentrar? (1) (2) (3) (4) (5)

8 – Quão segura você se sente em sua vida diária? (1) (2) (3) (4) (5)

9 – Qual saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? (1) (2) (3) (4)

(5)

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas, sendo: (1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente

10 – Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia? (1) (2) (3) (4) (5)

11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física? (1) (2) (3) (4) (5)

12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (1) (2) (3) (4) (5)

13 – Quão disponíveis para você estão as informações que você precisa no seu dia-a-dia? (1) (2) (3) (4) (5)

14 – Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer? (1) (2) (3) (4) (5)

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeita você se sentiu a respeito de vários aspectos da sua vida nas últimas duas semanas, sendo: (1) muito ruim (2) ruim (3) nem ruim nem bom (4) bom (5) muito bom

15 – Quão bem você é capaz de se locomover? (1) (2) (3) (4) (5)

16 – Quão satisfeita você está com seu sono? (1) (2) (3) (4) (5)

17 – Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (1) (2) (3) (4) (5)

18 – Quão satisfeita você está com sua capacidade de trabalho? (1) (2) (3) (4) (5)

19 – Quão satisfeita você está consigo mesma? (1) (2) (3) (4) (5)

20 – Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (1) (2) (3) (4) (5)

21 – Quão satisfeita você está com sua vida sexual? (1) (2) (3) (4) (5)

22 – Quão satisfeita você está com o apoio que recebe de seus amigos? (1) (2) (3) (4) (5)

23 – Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora? (1) (2) (3) (4) (5)

24 – Quão satisfeita você está com seu acesso aos serviços de saúde? (1) (2) (3) (4) (5)

25 – Quão satisfeita você está com seu meio de transporte? (1) (2) (3) (4) (5)

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas, sendo: (1) nunca (2) algumas vezes (3) frequentemente (4) muito frequentemente (5) sempre

26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos com desespero, mau humor, ansiedade e depressão? (1) (2) (3) (4) (5)

ANEXO C – ESCALA DUREL

Índice de Religiosidade da Universidade de Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade