

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

JÉSSICA DE ABREU ARRUDA

A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO APOIO AOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM QUIMIOTERAPIA: UM OLHAR A PARTIR DA
AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DE DUKE

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória – 26/06/2020.

VITÓRIA

2020

JÉSSICA DE ABREU ARRUDA

A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO APOIO AOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM QUIMIOTERAPIA: UM OLHAR A PARTIR DA
AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DE DUKE



Trabalho de Conclusão de Curso na forma de Dissertação de Mestrado Profissional como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. Área de Concentração: Religião e Sociedade. Linha de Atuação: Religião e Espaço Público.

Orientador: Dra. Claudete Beise Ulrich

Vitória - ES

2020

Arruda, Jéssica de Abreu

A influência da espiritualidade/religiosidade no apoio aos pacientes oncológicos em quimioterapia / Um olhar a partir da avaliação do índice de religiosidade de Duke / Jéssica de Abreu Arruda. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2020.

x, 80 f. ; 31 cm.

Orientador: Claudete Beise Ulrich

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2020.

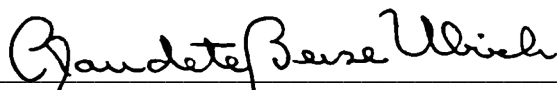
Referências bibliográficas: f. 72-80

1. Ciência da religião. 2. Religião e espaço público. 3. Câncer. 4. Quimioterapia. 5. Religiosidade. 6. Espiritualidade. 7. Coping. - Tese.
I. Jéssica de Abreu Arruda. II. Faculdade Unida de Vitória, 2020. III. Título.

JÉSSICA DE ABREU ARRUDA

A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO APOIO AOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM QUIMIOTERAPIA: UM OLHAR A PARTIR DA
AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DE DUKE

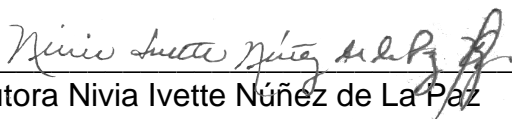
Dissertação para obtenção do grau
de Mestre em Ciências das
Religiões no Programa de Mestrado
Profissional em Ciências das
Religiões da Faculdade Unida de
Vitória.



Doutora Claudete Beise Ulrich – UNIDA (presidente)



Doutor David Mesquiati de Oliveira – UNIDA



Doutora Nivia Ivette Nuñez de La Paz



Dedico este trabalho a Deus, autor da minha vida, que se faz presente em cada passo dado por mim; sem Ele eu não teria forças para batalhar por esse sonho. Ao meu amado irmão Enoghalliton, o maior incentivador de todas as minhas conquistas. Dedico também esta dissertação a todos os pacientes que estão na luta contra o câncer, principalmente aqueles que me permitiram partilhar de sua vivência diária, contribuindo para minha pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me carregar em seus braços e confortar o meu coração nos momentos de desespero.

Ao meu amado esposo Túllio Anderson, pelo amor, paciência e zelo ao compreender minha ausência durante todo esse tempo e por incentivar e batalhar junto comigo para a realização de todos os meus sonhos.

Aos meus pais, Regina e Quintino Carlos, que de forma especial e carinhosa me deram muita força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Ao meu irmão e melhor amigo, Enoghalliton, que sempre luta incansavelmente para ver minha felicidade. Ele é o maior incentivador dos meus estudos e sonhos, e de uma forma especial, não mede esforços para me ajudar a alcançar meus objetivos.

Aos meus avós, tios, primos e afilhados, por todo carinho e paciência de sempre.

A minha orientadora Claudete Ulrich, por todo carinho, atenção e dedicação.

Aos amigos que fiz durante o mestrado, em especial: Lucia, Guilherme, Anny, Jaira, Analice e André, que dividiram bem de pertinho essa trajetória até aqui.

Agradeço também a todos os professores, que contribuíram para uma mudança em meu olhar sobre as Ciências das Religiões e me fizeram perceber o quão amplas e diversificadas podem ser as pesquisas nesta área e o quanto são importantes para compreender o mundo no qual vivemos.

Por fim, agradeço aos pacientes oncológicos que estão em quimioterapia e a toda equipe multidisciplinar do setor de oncologia do Hospital São José do Avaí, por sempre me acolherem durante minhas pesquisas na área.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a influência da espiritualidade como apoio ao enfrentamento de pacientes oncológicos em quimioterapia no Instituto do Câncer São José, integrado ao Hospital São José do Avaí, no município de Itaperuna/RJ. A amostra foi composta por 18 pacientes do sexo masculino, submetidos a quimioterapia. O instrumento para a coleta de dados consistiu em um questionário estruturado, analisando primeiramente as características sociodemográficas, posteriormente os aspectos relacionados à doença e, por fim, foi aplicada a Escala de Religiosidade de Duke (DUREL). Neste estudo, cada uma das escalas foi correlacionada com variáveis sociodemográficas, e verificou-se que os índices foram influenciados significativamente pela idade, escolaridade e renda.

Palavras-chave: Câncer, Quimioterapia; Religiosidade, Espiritualidade, Coping.



ABSTRACT

This study aimed to analyze the influence of spirituality as a support for coping with cancer patients undergoing chemotherapy at the São José Cancer Institute, integrated with the São José do Avaí Hospital, in the city of Itaperuna / RJ. The sample consisted of 18 male patients undergoing chemotherapy. The instrument for data collection consisted of a structured questionnaire, first analyzing the sociodemographic characteristics, then the aspects related to the disease and, finally, the Duke Religiousness Scale (DUREL) was applied. In this study, each of the scales was correlated with sociodemographic variables, and it was found that the indices were significantly influenced by age, education and income.

Keywords: Cancer, Chemotherapy; Religiosity, Spirituality, Coping.



LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 – Pirâmide das necessidades	23
Figura 2 – Divisão celular no câncer	39
Figura 3 – Apresentação microscópica das células	40
Quadro 1 – Categorização das necessidades espirituais	26
Quadro 2 – Teorias desenvolvidas sobre o câncer	37
Tabela 1 – Classificação e pontuação da Escala de Duke	60
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico da amostra	60
Tabela 3 – Resultado da avaliação de religiosidade	64
Tabela 4 – Comparação dos escores de acordo com a idade	65
Tabela 5 – Comparação dos escores de acordo com o estado civil	65
Tabela 6 – Comparação dos escores de acordo com a escolaridade	66
Tabela 7 – Comparação dos escores de acordo com a renda.....	66



LISTA DE SIGLAS

DNA	Ácido Desoxirribonucleico
a.C.	Antes de Cristo
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
HPV	Papilomavírus Humano
QV	Qualidade de Vida
IORT	Radioterapia Intraoperatória
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não-Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
RM	Ressonância Magnética
TC	Tomografia Computadorizada
PET	Tomografia por Emissão de Pósitrons

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO DIMENSÃO DO SER HUMANO ...	16
1.1 Espiritualidade/Religiosidade e Bioética.....	16
1.2 Necessidades espirituais	23
1.3 O cuidado espiritual.....	28
2 O CÂNCER E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DO PACIENTE	35
2.1 O câncer ao longo do tempo	35
2.2 Conceito, epidemiologia e tratamento	38
2.3 Do diagnóstico à aceitação da doença	48
2.3.1 Estratégias de enfrentamento do paciente oncológico.....	52
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
3.1 Tipo de pesquisa	57
3.2 Local do Estudo	58
3.3 População e Amostra	58
3.4 Instrumentos para coleta de dados	58
3.5 Análise dos dados	59
3.6 Características sociodemográficas e de saúde	60
3.8 Avaliação do Índice de Religiosidade de Duke.....	64
CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	81

INTRODUÇÃO

Apesar de estarem interconectadas, espiritualidade e religião possuem significados diferentes. A espiritualidade é uma relação entre o indivíduo e um poder maior, enquanto a religião é uma prática ligada a um grupo organizado. A espiritualidade pode ser definida como “tendo a ver, muitas vezes, com sentimentos e crenças religiosas, incluindo o sentido de paz, propósito, conexão com os outros e crenças sobre o significado da vida”¹.

O câncer acarreta uma série de eventos traumáticos, incluindo o diagnóstico, estressores emocionais do tratamento, e a incerteza de resultados a longo prazo, acarretando comprometimentos psicológicos significativos entre os sobreviventes, que incluem depressão, ansiedade, comprometimento do funcionamento ocupacional e relações interpessoais.²

O diagnóstico de câncer é um evento trágico para o ser humano. Ajustar-se à notícia, informar a família, planejar tratamento e, quando necessário, a cirurgia e tratar os efeitos colaterais, podem causar sofrimento psicológico e até morbidade nesses pacientes. Assim, a constatação de um câncer é carregada de desafios sobre questões do que está por vir, levando as pessoas a reconhecerem sua própria mortalidade e muitas vezes levantando questões de espiritualidade e religião. Confrontando esse diagnóstico e seus desafios, muitos pacientes buscam conforto em crenças espirituais que, em alguns casos, estão associadas a resultados psicológicos positivos. O enfrentamento religioso e espiritual tem sido associado a níveis mais baixos de angústia, raiva, ansiedade e isolamento social, além de melhor ajuste. Nesse contexto, a espiritualidade pode ser um recurso comum de enfrentamento que pode desempenhar um papel importante na forma como os pacientes conceituam, gerenciam e resolvem o trauma.³

Muito tem sido escrito sobre a importância de abordar as necessidades espirituais como parte do tratamento do câncer centrado no paciente. No entanto, estudos examinando os efeitos da espiritualidade nos desfechos de saúde em pacientes com câncer ainda não estão

¹ RICHARDSON, P. Assessment and Implementation of Spirituality and Religiosity in Cancer Care: Effects on Patient Outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, v. 16, n. 4, p. 150-155, 2012. p. 150.

² HOWREN, M.B. et al. Psychological factors associated with head and neck cancer treatment and survivorship: Evidence and opportunities for behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 81, n. 1, p. 299-317, 2013. p. 302.

³ ALLMON, A.L.; ALLMON, B.A.; TALLMAN, B.A.; ALTMAIER, E.M. Spiritual Growth and Decline Among Patients With Cancer. *Oncology Nursing Fórum*, v. 40, n. 6, p. 559-565, 2013. p. 561.

consolidados, sendo necessária maior clareza para avançar nas pesquisas e aplicações clínicas em relação ao seu papel.⁴

Experiências espirituais diárias vêm sendo associadas a mais autoconfiança, menos medo no enfrentamento do câncer e maior apoio social. As crenças fornecem um contexto para os pacientes integrarem experiências difíceis em suas vidas ajudando a promover maior bem-estar e melhor qualidade de vida. Os grandes centros oncológicos já incluem a espiritualidade nos cuidados oferecidos. Nos Estados Unidos, os programas de saúde requerem avaliação espiritual de todos os pacientes. O *National Comprehensive Cancer*⁵, ao tratar do gerenciamento de dificuldades, identificam preocupações religiosas como uma fonte específica de angústia; e o Consenso Nacional para as Diretrizes de Prática Clínica de Cuidados Paliativos reconhecem as motivações espirituais, religiosas e aspectos existenciais do cuidado como um dos oito domínios centrais para os cuidados paliativos ideais.⁶

Da mesma forma, os prestadores de cuidados de câncer estão reconhecendo a importância de valorizar o papel da espiritualidade/religiosidade no cuidado de seus pacientes, explorando as suas preocupações espirituais como prática do cuidado.⁷ Enfrentar uma doença potencialmente incurável pode provocar sentimentos de desesperança, medo e raiva e questões de significado e propósito. Esses sentimentos afetam as escolhas de cuidados ao paciente, qualidade da vida e satisfação com o cuidado. Acredita-se que pacientes com câncer que se envolvem em atividades que promovem um bem-estar espiritual positivo tenham melhor qualidade de vida e enfrentam o tratamento de forma mais positiva.⁸

A partir do conceito de saúde como bem-estar físico, psicológico e espiritual, o cuidado deve se estender a todas as esferas da vida do indivíduo, a fim de que estes fiquem menos angustiados e mais esperançosos, o que pode ocasionar piores desfechos, como aumento da dor, sentimentos de isolamento, desesperança e raiva.⁹ Por muitos anos, um diagnóstico de câncer sinalizou um curto período de vida ou o que muitos chamavam de

⁴ JIM, H.S.L. et al. Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Cancer*, v. 121, n. 21, p. 3760-3768, 2015. p. 3764.

⁵ NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Distress management. Clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, v. 1, n. 1, p. 344-374, 2003. p. 352.

⁶ PARK, C.; EDMONDSON, D.; HALE-SMITH, A.; BLANK, T. Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: does faith promote a healthier lifestyle? *Journal of Behavioral Medicine*, v. 32, n. 1, p. 582-591, 2009. p. 582.

⁷ RAMONETTA, L. et al. Surprising results regarding MASCC members' beliefs about spiritual care. *Support Care Cancer*, v. 21, n. 3, p. 2991-2998, 2013. p. 2993.

⁸ RICHARDSON, 2012, p. 151.

⁹ NARAYANASAMY, A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing*, v. 15, n. 2, p. 840-851, 2006. p. 847.

sentença de morte. Mas os avanços científicos resultaram em uma vida mais longa para esses pacientes, muitos dos quais agora são considerados sobreviventes, o que significa que muitos viverão com a doença ou com as sequelas de tratamento por um longo tempo.

Assim, nas clínicas de hoje, os problemas dos pacientes não são apenas o planejamento para uma morte iminente, mas sim a convivência com a doença através da trajetória do câncer. Com uma estimativa de que 41% das pessoas nascidas hoje serão diagnosticadas com câncer durante sua vida, organizações de saúde estão mudando seu foco para a longevidade e a qualidade de vida em todo o tratamento oncológico. Portanto, é fundamental que os sistemas de saúde encontrem maneiras de integrar mais plenamente a espiritualidade no atendimento ao paciente.¹⁰

Com o reconhecimento de que o cuidado centrado no relacionamento é inerentemente de natureza espiritual, é essencial para a prestação de serviços de saúde de qualidade que as preocupações espirituais sejam incorporadas e abordadas no cuidado, sendo fundamental apoiar os profissionais de saúde para o desenvolvimento de uma comunicação culturalmente sensível, fornecendo subsídios para que possam prestar um cuidado que vai além do corpo.

Religião e espiritualidade receberam pouca atenção no que diz respeito ao seu papel nas estratégias de adaptação de pessoas com doenças graves e crônicas, sendo geralmente aceito, no entanto, que fatores religiosos e espirituais ajudam pessoas doentes a enfrentarem seu sofrimento.¹¹ Desta forma, o estudo pretende contribuir para a compreensão de que é essencial que o profissional de saúde envolva em suas metas de cuidado o respeito às crenças e visões espirituais, existenciais e culturais do paciente e da família, apoiando a tomada de decisões, o que requer interação e habilidades para desenvolver uma comunicação eficaz, conforto e motivação.¹²

Estudos com esta temática são essenciais para que se possa planejar ações de saúde e formação dos recursos humanos das instituições de saúde, levando a uma reflexão sobre a importância de um cuidado holístico, onde os fenômenos religiosos e espirituais sejam considerados. Diante desse contexto, este estudo tem por objetivo analisar a influência da espiritualidade como apoio ao enfrentamento de pacientes oncológicos em quimioterapia no

¹⁰ PUCHALSKI, C.M. Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, v. 23, Suppl. 3, p. 49-55, 2012. p. 51.

¹¹ VONARX, N.; HYPPOLITE, S.R. Religion, Spirituality, and Cancer: The Question of Individual Empowerment. *Integrative Cancer Therapies*, v. 12, n. 1, p. 69-80, 2013. p. 76.

¹² REBLIN, M. et al. Strategies to Support Spirituality in Health Care Communication. A Home Hospice Cancer Caregiver Case Study. *Journal of Holistic Nursing*, v. 32, n. 4, p. 269-277, 2014. p. 273.

Instituto do Câncer São José, integrado ao Hospital São José do Avaí, no município de Itaperuna/RJ.

Este estudo teve sua fundamentação teórica focada nos conceitos de espiritualidade/religiosidade, bioética e câncer. A seleção da amostra foi feita por meio de convite, sendo considerados critérios de inclusão os pacientes do sexo masculino, diagnosticados com câncer, com idade igual ou maior que 18 anos, em tratamento quimioterápico.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Unida de Vitória/ES e obteve aprovação do referido hospital. Os participantes foram informados sobre o objetivo e a metodologia do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados obedeceram ao anonimato, de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

O instrumento para a coleta de dados consistiu em um questionário de características sociodemográficas e a versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL, que investiga as relações entre religião e saúde, sendo composta por cinco itens que buscam captar três dimensões de religiosidade/espiritualidade que se relacionam com a saúde: organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). “Na análise dos resultados da DUREL, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total”¹³. A Escala DUREL foi escolhida por ser um instrumento curto, simples e que fornece dados relevantes, sendo utilizada em diversos estudos que analisam a relação entre espiritualidade/religiosidade com a saúde.

O estudo foi assim desenvolvido: no capítulo um, foi discutida a espiritualidade/religiosidade como dimensão do ser humano, enfocando a relação desta com a bioética, ressaltando as necessidades espirituais do ser humano, bem como o cuidado espiritual.

O capítulo dois se voltou a descrever o câncer e as suas repercussões na vida dos pacientes. Assim, primeiramente foi apresentada uma trajetória da doença ao longo do tempo, bem como o conceito, epidemiologia e tratamento. Em seguida, o capítulo descreveu os

¹³ MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008. p. 31.

impactos diante do diagnóstico e os conflitos até a aceitação da doença, através da utilização de estratégias de enfrentamento.

O capítulo três se dedicou ao percurso metodológico e aos resultados da pesquisa, apresentando as características sociodemográficas e de saúde dos entrevistados e, em seguida, analisando a avaliação do Índice de religiosidade de Duke.



1 A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO DIMENSÃO DO SER HUMANO

Nas últimas décadas, o termo espiritualidade entrou na linguagem comum como uma maneira alternativa de descrever a busca do ser humano pelo transcendente. Em seu significado original, *spiritual*, do inglês, foi um termo utilizado para contrastar a vida da igreja com a "mundana" ou formas materialistas de ser.¹⁴

Nesse contexto, este capítulo irá dissertar sobre a espiritualidade/religiosidade como dimensão do ser humano, traçando uma relação entre este termo e a bioética, além de descrever as necessidades espirituais e o cuidado espiritual.

1.1 Espiritualidade/Religiosidade e Bioética

Nas últimas três décadas, a espiritualidade apareceu com frequência crescente na literatura de pesquisa. O termo não possui uma definição universalmente aceita, mas geralmente é descrito como um conjunto dinâmico e pessoal de crenças e práticas que envolvem uma forma profunda, significativa e integradora de conectividade consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com o transcendente. Por vezes, pode envolver os elementos de busca e questionamento. A maioria dos pesquisadores atuais concorda que a espiritualidade pode ou não incluir uma afiliação religiosa tradicional, crenças, práticas e rituais de um grupo religioso específico.¹⁵

O exame mais detalhado das relações entre espiritualidade e condições físicas, psíquicas e sociais do indivíduo, só pôde ocorrer depois que a cultura conseguiu desatrelar-se do pensamento positivista estrito, dominante até bem adiantado o século XX. Nas últimas décadas, o processo de emergência de um novo paradigma, fato que está ainda a ocorrer, é que deu sustentação a que, em lugar de distanciamento e desconfiança, surgisse proximidade e interesse recíproco para religiosos e cientistas.¹⁶

Dentro da tradição cristã, o uso do termo espiritualidade reflete o pensamento de Paulo no Novo Testamento, para quem o termo espiritual se refere à presença e influência do

¹⁴ RIZZUTO, A. M. Religious development beyond the modern paradigm discussion: The psychoanalytic point of view. *The International Journal for the Psychology of Religion*, v. 11, n. 3, p. 201-214, 2001. p. 204.

¹⁵ PIDERMAN, K.M. et al. Respecting the Spiritual Side of Advanced Cancer Care: a Systematic Review. *Current Oncology Report*, v. 17, n. 6, p. 1-9, 2015. p. 7.

¹⁶ SOUSA, P. L.R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a Medicina, a Psicologia e a Educação: o estado da arte. In: TEIXEIRA, E.F.B.; MULLER, M.C.; SILVA, J.D.T. *Espiritualidade e qualidade de vida* (Orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 56.

Espírito Santo. Paulo fala da "pessoa espiritual" (1 Coríntios 2:15) como aquele cuja vida é guiada pelo Espírito de Deus, em contraste com a "pessoa natural", que se opõe a essa influência (1 Coríntios 2: 14-15). No século XII, foi adicionado um novo sentido filosófico ao termo, em oposição à materialidade ou corporeidade. No século XIII, a espiritualidade assumiu um significado jurídico em contraste com a temporalidade, sendo usado para distinguir bens eclesiásticos e poder. No século XVII, o significado religioso do termo reapareceu e a espiritualidade passou a ser entendida como a vida interior do cristão, especialmente em seu relacionamento afetivo com Deus.¹⁷

Até o século XIX, o termo espiritualidade não era comumente usado e a palavra Espiritualismo referia-se ao contato com espíritos e outros fenômenos psíquicos. No uso contemporâneo, o termo tem inúmeros significados comuns e definições na literatura acadêmica. Essas diferenças refletem o fato de que a espiritualidade é um termo amplo, abrangendo múltiplos domínios de significado que podem diferir entre vários grupos nacionais e religiosos.¹⁸ A maioria dos pesquisadores atuais concorda que a espiritualidade pode ou não incluir uma afiliação religiosa tradicional, crenças, práticas e rituais de um grupo religioso específico.¹⁹

Hoje, o termo é frequentemente utilizado para denotar o lado experiencial e pessoal da relação do homem com o transcendente ou sagrado. Quando utilizado desta forma, apresenta-se de forma diversa do conceito de religião, definida como as práticas e crenças de um grupo religioso. No entanto, alguns cientistas da religião tendem a preferir definições que não apresentem uma divisão estrita entre religião e espiritualidade, entendendo que a espiritualidade é a realidade viva da religião.²⁰

Assim, a espiritualidade pode ser considerada como:

O conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como significadas e sentidas da vida, não se limitando a qualquer tipo de crença ou prática religiosa.²¹

¹⁷ MULDOON, M.; KING, N. Spirituality, Health Care, and Bioethics. *Journal of Religion and Health*, v. 34, n. 4, p. 329-349, 1995. p. 331.

¹⁸ TAKAHASHI, M.; IDE, S. Implicit theories of spirituality across three generations: A crosscultural comparison in the U.S. and Japan. *Journal of Religious Gerontology*, v. 15, n. 4, p. 15-38, 2003. p. 16.

¹⁹ PIDERMAN et al., 2015, p. 3.

²⁰ NELSON, J. M. *Psychology, Religion, and Spirituality*. Valparaiso: Springer, 2009. p. 8.

²¹ VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003. p. 442.

De acordo com MacInnes, a espiritualidade engloba quatro enfoques: uma fonte de valores e significado final ou propósito além do eu, incluindo um senso de mistério e autotranscendência; um modo de entender; consciência interior; e integração pessoal. A última característica é particularmente importante. A espiritualidade tem uma função integradora e harmonizadora que envolve a unidade interna e o relacionamento e conexão com os outros e para uma realidade mais ampla. Assim, o fato do homem ser espiritual não é uma natureza ou característica, mas uma parte inseparável de tudo o que é e faz.²² A maioria das visões de espiritualidade também envolve contato com o sagrado ou "às forças cujo domínio sobre o homem aumenta ou parece aumentar em proporção ao seu esforço para dominá-las", possuindo a poderosa e misteriosa qualidade de não poder ser reduzida a um simples objeto de estudo.²³

A espiritualidade é definida como a forma como as pessoas encontram significado e propósito, e como eles experimentam sua conexão com o eu, com o outro e com o sagrado, sendo vista como característica humana universal e entendida como uma relação com o transcendente, expressa através de atitudes, hábitos e práticas de um indivíduo.²⁴ A espiritualidade, nesse contexto, consistiria na busca de respostas para as questões existenciais, como o significado da vida e a "relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade"²⁵.

A religião, como uma das formas de expressão da espiritualidade, é um conjunto de crenças organizadas sobre Deus que são compartilhadas dentro de uma comunidade de pessoas. A espiritualidade também abraça as artes e o humanismo, bem como crenças e práticas culturais. Assim, a espiritualidade pode ser entendida como a vida interior de uma pessoa.²⁶

A religião vem sendo uma parte central da experiência humana e de sua cultura desde os tempos pré-históricos até o presente, tendo existido em todos os tempos e sociedades. Tradicionalmente, o termo religião era usado para referir-se a todos os aspectos da relação

²² MACINNES, E. *Zen contemplation for Christians*. Lanham: Sheed & Ward, 2003. p. 51.

²³ NELSON, 2009, p. 9.

²⁴ PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal Palliative Medicine*, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009. p. 886.

²⁵ CAMBOIM, A.; RIQUE, J. Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos. *Revista Brasileira de História das Religiões*, v. 3, n. 7, p. 251-263, 2010. p. 252.

²⁶ PUCHALSKI et al., 2009, p. 886.

humana com o divino ou transcendente, com algo maior que o homem, "a fonte e meta de toda a vida e valor humano"²⁷.

De acordo com Camboim e Rique, a religião pode ser definida como a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, dando ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do corpo” e a religiosidade seria uma “extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião”²⁸. Assim, a religião tem a ver não somente com o transcendente, que está fora, mas também como é imanente na vida corporal, experiências diárias e práticas.

Murakami e Campos descrevem a religião como:

Um conjunto de crenças, leis e ritos que visam um poder que o homem considera supremo, do qual se julga dependente, com o qual pode entrar em relação pessoal e do qual pode obter favores. De acordo com essa formulação, as religiões são compostas por: uma doutrina, que representa um conjunto de crenças e mitos sobre a origem do cosmos, o sentido da vida, da morte, do sofrimento e do além; ritos e cerimônias, que empregam e atualizam símbolos religiosos; um sistema ético, com leis proibições e regras de conduta; e por último, uma comunidade de fiéis, com diferentes tipos de líderes e sacerdotes, que estão mais ou menos convencidos das crenças e que seguem os preceitos dessa religião.²⁹

Algumas tradições religiosas como o Islã são pensadas para enfatizar a transcendência, enquanto as religiões orientais tendem a enfatizar a imanência. O cristianismo enfatiza ambos: o transcendente Deus é também o Deus que pode ser encontrado dentro e ao redor do indivíduo, discernível tanto em uma experiência religiosa quanto no amor simples de uma criança, sendo, portanto, multidimensional.³⁰

A espiritualidade parece ser útil na interpretação de doenças e na redefinição de si mesmo, quando ocorre uma fratura biográfica, na identificação de uma cosmovisão e novos valores, e na definição de novas prioridades que apóiam um novo caminho na vida, podendo promover emoções positivas. Este seria o caso quando uma pessoa tem um caráter transcendental, experiência espiritual ou um momento de êxtase ou quando a pessoa está intimamente ligada a uma entidade divina, sagrada, atraindo sentimentos, força e sensações positivas desta relação e experiência.³¹

²⁷ MEISSNER, W. W. *Life and faith: psychology perspectives on religious experiences*. Washington: Georgetown University Press, 1987. p. 119.

²⁸ CAMBOIM; RIQUE, 2010, p. 252.

²⁹ MURAKAMI, R.; CAMPOS C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012. p. 362.

³⁰ NELSON, 2009, p. 4.

³¹ VONARX; HYPPOLITE, 2013, p. 72.

Assim, por mais paradoxal que possa parecer do ponto de vista do progresso da própria ciência, desconsiderar a importância da religiosidade e espiritualidade da imensa maioria das pessoas é preconceito e negação do espírito de objetividade científica. Mas, para valorizar essas dimensões, não basta reconhecer apenas o contexto cultural e psicológico, é preciso considerar no trabalho em saúde a imensa quantidade de estudos que vêm sendo feitos no campo da antropologia, sociologia, psicologia, filosofia, neurobiologia, ciências da religião e epidemiologia para melhor compreender os pacientes e os profissionais de saúde.³²

As crenças e práticas religiosas e espirituais são importantes na vida de muitos pacientes; no entanto, os médicos geralmente não sabem se, quando ou como abordar questões espirituais ou religiosas. Em épocas anteriores, foram treinados para diagnosticar e tratar doenças e tinham pouco ou nenhum treinamento em como se relacionar com o lado espiritual do paciente. Além disso, a ética profissional exige que não colidam suas crenças a dos pacientes, que são particularmente vulneráveis ao procurar atendimento médico. Para complicar ainda mais, na cultura de pluralismo religioso, existe uma ampla gama de sistemas de crenças que variam de ateísmo, agnosticismo a uma infinidade de religiões e práticas espirituais.³³

Assim, à primeira vista, a solução mais simples sugere que os profissionais evitem conteúdo religioso ou espiritual na interação médico-paciente. Como em muitos problemas, no entanto, a solução simples pode não ser a melhor, pois as crenças religiosas e práticas espirituais dos pacientes são fatores poderosos para muitos no enfrentamento de doenças graves e na tomada de escolhas éticas sobre suas opções de tratamento e nas decisões sobre cuidados em fim de vida.³⁴

Nesse contexto, a bioética tem assumido uma diversidade de temas, devido ao seu caráter interdisciplinar, dentre os quais a religiosidade e a espiritualidade, estabelecendo uma ponte entre o homem, a ciência e a tecnologia e tendo a espiritualidade “como uma estratégia de evidenciar o ser humano na sua essência, mostrando que não só devem ser atendidas as necessidades biológicas, mas também as psicológicas, sociais e também as espirituais, pois o

³² MIARELLI, A. V. T. C. *Adaptação Transcultural da “Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality 1999” à Realidade Brasileira*. 2011. 162 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2011. p. 21.

³³ PUCHALSKI et al., 2009, p. 887.

³⁴ MCCORMICK TR, H. F. et al. Ethical and spiritual concerns near the end of life. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, v. 24, n. 4, p. 301-313, 2012. p. 309.

homem é um ser multidimensional”. Nesse contexto, a subjetividade do indivíduo deve ser considerada, a fim de atendê-lo de forma mais abrangente.³⁵

Não se trata de deixar de lado as inovações científicas e tecnológicas, mas sim de agregar valores humanos às relações que ocorrem nas instituições de saúde buscando uma articulação baseada nos princípios éticos, respeitando e valorizando as pessoas envolvidas.³⁶

A bioética é um ramo da ética prática no campo da filosofia, que lida com a propriedade/impropriedade de procedimentos e questões ligadas à biologia e à medicina. Os quatro princípios fundamentais que guiam e influenciam a bioética são a beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, sendo úteis guardiões de consciência para a medicina, que deve buscar o equilíbrio entre o avanço tecnológico e questões éticas.³⁷

Espiritualidade e bioética possuem pontos em comuns e contrastantes, sendo entendidas de formas variadas, sob diferentes enfoques. Entretanto, em busca de uma maior sustentabilidade e melhor qualidade de vida pode haver mútua colaboração, em busca de uma melhor relação entre os seres humanos. Assim, poder-se-ia afirmar que a espiritualidade na bioética se refere a “um conjunto seletivo de aspirações (respirações) e inspirações que levem na direção da responsabilidade, da proteção e do cuidado diante da vida”³⁸.

A bioética é pluralista, transdisciplinar, intercultural e multiprofissional, que busca a valorização do ser humano em suas múltiplas dimensões. Nesse contexto, deve-se considerar os dilemas bioéticos sob seus diversos aspectos, a fim de harmonizar os melhores caminhos.³⁹

Bioética é um espaço de reflexão à procura de respostas para os diferentes dilemas bioéticos, não sendo apenas, um questionamento do proibido e do permitido. Ela busca o resgate da dignidade da pessoa humana, com ênfase na qualidade de vida dos seres vivos e na proteção do meio ambiente. Portanto, a Bioética é um chamado para nos tornarmos livres pensadores rumo à cidadania.⁴⁰

Em geral, a espiritualidade e a religião são vistas de forma positiva no campo da saúde, entretanto, podem também revelar efeitos negativos, pois algumas crenças religiosas

³⁵ MIARELLI, 2011, p. 21.

³⁶ SELLI, L.; ALVES, J. S. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Bioethikos*, v. 1, n. 1, p. 43-51, 2007. p. 45.

³⁷ SINGH, A. R.; SINGH, S. A. Bioethical and other philosophical considerations in positive psychiatry. *Mens Sana Monographs*, v. 14, n. 1, p. 46-107, 2016. p. 51.

³⁸ SOUZA, C. F. B. Espiritualidade e Bioética. *Revista Pistis Práxis: Teologia e Pastoral*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 123-145, 2013. p. 139.

³⁹ BOCCATTO, M. A importância da Bioética. *Revista Genética na Escola/Sociedade Brasileira de Genética*, v. 4, p. 11-14, 2007. p. 13.

⁴⁰ BOCCATTO, 2007, p. 13.

podem levar o indivíduo a interpretar sua doença como uma sanção, rejeição ou castigo de uma fonte divina como Deus. Esse estilo de enfrentamento - enfrentamento religioso negativo como é comumente conceituado na literatura - pode levar as pessoas a experimentarem sentimentos de abandono, culpa e aflição e podem eventualmente reduzir suas capacidades para enfrentar eventos difíceis da vida.⁴¹

Entretanto, religiosidade, assim como religião, tem aspectos e manifestações que a caracterizam como espiritualidade, mas não se deve colocar religiosidade em equivalência à espiritualidade. A espiritualidade pode englobar manifestações e/ou qualidades que não são do domínio da religiosidade. Da mesma forma, a religiosidade pode englobar manifestações e/ou qualidades que não são do domínio da espiritualidade. A espiritualidade tem sido alvo de maior.⁴²

Por outro lado, a espiritualidade ajuda a construir significação quando surgem transições difíceis na vida. Espiritualidade e *coping*⁴³ agem como um processo em que as pessoas passam a (re)considerar o valor de eventos e coisas, especificamente através de significações relacionadas ao sagrado e, ao fazer isso, definem novos significados sobre o que impulsiona e habita suas vidas.⁴⁴ A espiritualidade é um aspecto do ser humano que se refere à maneira como este busca expressar o significado, o propósito e a maneira como experimenta sua conexão com o vida, consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com o que considera significativo ou sagrado.⁴⁵

É possível observar que ainda há muito a se investigar sobre a relação entre a espiritualidade/religiosidade e as condições vitais dos indivíduos, como a inserção social, sua imagem, as condutas interpessoais e os estados de saúde.⁴⁶ Nesse contexto, a ciência se une à espiritualidade/religiosidade, explanando sobre as causas objetivas aliadas a uma visão transcendental do mundo.

Uma visão do mundo como espírito e um senso de espiritualidade podem ou não ser científicos, mas não precisam contradizer em ponto algum as afirmações da ciência. A espiritualidade pode nos estimular a tomar a vida e a própria existência do mundo

⁴¹ FLANNELLY, K. J.; ELLISON, C. G.; STROCK, A. L. Methodologic issues in research on religion and health. *Southern Medical Journal*, v. 97, n. 3, p. 1231-1241, 2004. p. 1234.

⁴² HOSSNE, W. S.; PESSINI, L. Dos referenciais da Bioética – a espiritualidade. *Revista BioEthikos*, v. 8, n. 1, p. 1-30, 2014. p. 24.

⁴³ Conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes.

⁴⁴ BREITBART, W. Spirituality and meaning in cancer. *Psychooncology*, v. 4, n. 4, p. 237-240, 2005. p. 238.

⁴⁵ PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 6, p. 642-656, 2014. p. 643.

⁴⁶ SOUSA et al., 2004, p. 61.

como uma dádiva, até como milagre, contanto que isso não seja usado como desculpa para fechar a porta à curiosidade e à indagação científica.⁴⁷

Diante de inúmeros estudos que abordam a espiritualidade e saúde, dando enfoque à oração, à fé e experiências espirituais no diagnóstico e tratamento das doenças, há uma maior compreensão da medicina sobre a existência de uma interação entre o estado mental com o funcionamento dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, entendendo que quando esta conjunção não funciona bem, há um favorecimento aos processos patológicos.⁴⁸

1.2 Necessidades espirituais

Segundo Maslow, as necessidades fundamentais dos seres humanos podem ser categorizadas como necessidades primárias (comida e bebida, calor e sono, abrigo, sexualidade) e secundárias (segurança, amizade, pertença e aceitação e finalmente auto-realização).⁴⁹



⁴⁷ SOLOMON, R.C. *Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 49.

⁴⁸ ROBERTO, G.L. Espiritualidade e saúde. In: TEIXEIRA, E.F.B.; MULLER, M.C.; SILVA, J.D.T. *Espiritualidade e qualidade de vida* (Orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 165.

⁴⁹ MASLOV, A. H. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review.*, v. 50, n. 2, p. 370-396, 1943. p. 373.

⁵⁰ MASLOV, 1943, p. 379.

As necessidades psicossociais se referem à perda da função social, falta de apoio da família ou amigos, necessidade de ajuda no trabalho ou na vida diária, falta de recursos materiais, depressão e outras emoções negativas, etc. As necessidades espirituais são aquelas necessidades e expectativas que os seres humanos têm para encontrar significado, propósito e valor em suas vidas. Tais necessidades podem ser especificamente religiosas, mas mesmo pessoas que não têm fé religiosa ou não são membros de uma religião organizada têm sistemas de crenças que dão significado e propósito a suas vidas.⁵¹

A necessidade de paz de espírito, de superar o desespero e a culpa e encontrar significado e propósito na vida também são necessidades existenciais, no entanto, a espiritualidade é um construto multidimensional que está ligado à religião, ao existencialismo e também ao humanismo. Underwood e Teresi descreveram a espiritualidade como uma abordagem individual e aberta na busca de significado e propósito na vida, como uma busca pela 'verdade transcendental', que pode incluir um senso de conexão com os outros, natureza e/ou o divino.⁵²

Pacientes religiosos podem interpretar suas necessidades existenciais e espirituais em termos religiosos, enquanto indivíduos não-religiosos interpretariam as mesmas necessidades como existenciais e humanistas. Embora seja adequado do ponto de vista teórico para diferenciar necessidades psicossociais, existenciais e espirituais, essas necessidades secundárias estão interconectadas.⁵³

As necessidades do ser humano podem ser reduzidas a dois imperativos: necessidades intelectuais ou morais. As necessidades intelectuais se referem ao aperfeiçoamento e desenvolvimento da inteligência, dos esforços que os indivíduos fazem para se aprimorar na ciência, na filosofia e na religião, enquanto as necessidades físicas têm por objetivo o desenvolvimento físico das pessoas.⁵⁴

São denominadas necessidades espirituais “as necessidades e expectativas que os humanos têm para encontrar significado, propósito e valor em sua vida”. A definição

⁵¹ BUSSING, A.; BALZAT, H. J.; HEUSSER, P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medical Research*, v. 15, n. 1, p. 266-273, 2010. p. 267.

⁵² UNDERWOOD, L. G.; TERESI, J. A. The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 24, n. 1, p. 22-33, 2002. p. 23.

⁵³ BUSSING et al., 2010, p. 268.

⁵⁴ BRITO, R. F. *Finalidade do mundo: estudos de filosofia e teleologia naturalista*. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2012, p. 66.

reconhece que todas as pessoas têm maneiras de acreditar que dar-lhes significado e propósito, independentemente de serem ou não religiosos. Essas necessidades podem ser especificamente religiosas, mas mesmo pessoas que não têm fé religiosa ou não são membros de uma religião organizada têm sistemas de crenças que dão significado e propósito às suas vidas, como amor, paz, pertença, conexão e perdão.⁵⁵

As necessidades espirituais são indissociáveis das necessidades fundamentais do ser humano. “Na realidade, integram aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais, que podem incluir sentimentos de esperança, conforto e paz interior, com profundas implicações no bem-estar”⁵⁶, sendo importante ressaltar que cada indivíduo expressa a sua intensidade de formas diferentes, bem como existe diferenças entre esse processamento em pessoas saudáveis e doentes.

Pacientes e seus familiares precisam de ajuda para satisfazer suas necessidades espirituais e, nesse sentido, práticas espirituais são importantes. Para que o cuidado das necessidades espirituais seja incorporado à prática profissional, será necessário reformular teorias que definam necessidades, que incluam a espiritualidade como uma necessidade a ser atendida [...] Para o paciente, a assistência espiritual permite com que o outro se sinta valorizado e cuidado, o que o leva ao bem-estar espiritual, além de contribuir para a busca do significado do adoecimento. Por outro lado, para o profissional, sentimento de satisfação pessoal por olhar o outro de forma humanizada e poder ajudá-lo.⁵⁷

De acordo com Pinto, as necessidades espirituais “são as variáveis que motivam a procura de significado ou propósito na vida e que ajudam a pessoa a transcender as dificuldades e o sofrimento”⁵⁸, podendo ocorrer em diferentes contextos, seja nos morais, religiosos ou pessoais, a fim de compreender o sentido da vida. Não devem ser confundidas com necessidades religiosas, apesar de o serem muitas vezes, pois as necessidades espirituais vão além da religião, pois fazem parte da vida de todos os indivíduos, independente de terem ou não algum credo religioso.⁵⁹ As necessidades espirituais estão categorizadas no quadro abaixo.

⁵⁵ MURRAY, S. A. et. al. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, v. 18, n. 1, p. 39-45, 2004. p. 40.

⁵⁶ CASTELO-BRANCO, M.; BRITO, D.; FERNANDES-SOUSA, C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*, v. 14, n. 1, p. 100-108, 2014. p. 103.

⁵⁷ NASCIMENTO, L. C. et al. Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*, v. 16, n. 2, p. 179-192, 2016. p. 182.

⁵⁸ PINTO, S. M. O. *A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica: estudo numa população de doentes em quimioterapia*. 2011. 127 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade do Porto, Porto, 2011. p. 23.

⁵⁹ PINTO, 2011, p. 23.

Quadro 1 – Categorização das necessidades espirituais⁶⁰

Categoria	Necessidades espirituais
Sentido de vida	Procura de sentido na doença; atitude positiva; esperança; autodescoberta; ter certeza, estima, conforto; perda de identidade e de papéis sociais e familiares; medo de morrer; perda de autocontrole sobre a sua vida.
Relacionamentos	Necessidade de dar e receber amor; gratidão; pertença; companheirismo; perdoar e ser perdoado; presença; comunicação; cuidados físicos; privacidade; necessidade de estar com a família, amigos e outras pessoas significativas; estar em harmonia com o próprio e com os outros.
Transcendência	Estar em paz com Deus, com a natureza e com a sua consciência; sentimentos de ser abandonado por Deus; sentimentos de raiva; perda de interesse pela natureza; sentimentos de culpa; dificuldade de transcendência do ser espiritual; agir em conformidade com os princípios divinos.
Práticas religiosas	Frequência de práticas religiosas; apoio religioso; necessidade de orar e de rever as suas crenças.

As principais necessidades espirituais são caracterizadas por expressões normais do interior de uma pessoa, motivando-a a buscar por sentido em todas as experiências e um relacionamento dinâmico consigo, com os outros e com tudo o que a pessoa valoriza. Contudo, eventos associados à vida como a velhice, aposentadoria e doenças influenciam essa busca de significado. Tais eventos desafiam a abordagens habituais para encontrar consolo e significado, particularmente em face do sofrimento. À luz disto, as necessidades espirituais podem ser supridas pela fé, esperança, amor, confiança, significado e propósito, relacionamentos, perdão, criatividade e experiências que servem como catalisadores de síntese e significado. Algumas pessoas conseguem isso via crenças e práticas religiosas.⁶¹

Todas as pessoas têm necessidades espirituais, sendo as mesmas categorizadas de diferentes formas, mas todas incluem necessidades universais, como dar e receber amor; ter significado, propósito, esperança, valores e fé; e experimentar transcendência, beleza e assim por diante. Quando não são satisfeitas, o indivíduo passa por sofrimento espiritual ou angústia.⁶² Há também a necessidade espiritual intrapessoal, que inclui ter um propósito, ter esperança e transcender desafios. Necessidades espirituais nesse nível incluem o desejo de perdoar e ser perdoado e amar e ser amado pelos outros.

⁶⁰ CASTELO-BRANCO et al., 2014, p. 106.

⁶¹ NARAYANASAMY, A. et al. Responses to the Spiritual Needs of Older People. *Journal of Advanced Nursing*, v. 48, n. 1, p. 6-16, 2004. p. 8.

⁶² BARTEL, M. What is spiritual? What is spiritual suffering? *Journal of Pastoral Care and Counseling*, v. 58, n. 3, p. 187-201, 2004. p. 191.

O desejo de se relacionar e adorar um outro (muitas vezes "Deus") ilustra essa necessidade.⁶³ Deve-se ter um olhar cuidadoso para identificar as necessidades espirituais, pois estas nem sempre são claras, devendo ser observada a existência de indicadores, como sentimento de culpa, desespero, tendência para se isolar, desejo de desistir da vida ou morrer e o afastamento das práticas religiosas, que por vezes se manifestam por sentimentos de ira contra o clero.⁶⁴

As necessidades espirituais não se referem necessariamente apenas a questões religiosas e também não são exclusivamente existenciais. Do ponto de vista teórico, é apropriado diferenciar necessidades psicossociais, existenciais e religiosas, mas não é possível separar essas necessidades interconectadas em um contexto clínico. Além disso, uma necessidade específica pode ter uma conotação religiosa para um indivíduo e uma conotação existencial clara para uma pessoa religiosa. A interpretação se uma necessidade específica é ou não "espiritual" depende das atitudes e convicções individuais, da visão de mundo subjacente e do contexto cultural específico.⁶⁵

As pesquisas sobre as necessidades espirituais distinguem entre quatro dimensões centrais interconectadas: Conexão, Paz, Significado/Propósito e Transcendência, que corresponde às categorias subjacentes social, emocional e existencial e religiosa. Essas dimensões incluem as categorias de necessidades de Existência (fisiológicas e de segurança), Relação (pertencimento e estima externa) e Crescimento (auto-realização e necessidades internas de estima). Necessidades específicas podem ter maior relevância, principalmente quando outras necessidades não podem ser atendidas. Por exemplo, quando as necessidades de auto-realização e estima não puderem ser atendidas em uma determinada situação, as necessidades relacionais (ou seja, família, amigos e fontes religiosas) se tornariam mais importantes.⁶⁶

As necessidades espirituais/existenciais de indivíduos doentes são importantes para superar medos, encontrar esperança, sentido na vida, e recursos espirituais ou alguém para conversar sobre como encontrar paz de espírito. Avaliar as necessidades espirituais dos indivíduos é difícil e a dificuldade surge em parte da ambiguidade e complexidade do

⁶³ TAYLOR, E. J. Prevalence and Associated Factors of Spiritual Needs Among Patients With Câncer and Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum*, v. 33, n. 4, p. 729-735, 2006. p. 730.

⁶⁴ PINTO, 2011, p. 26.

⁶⁵ NARAYANASAMY, 2004, p. 10.

⁶⁶ NARAYANASAMY, 2004, p. 12.

conceito de espiritualidade, especialmente no que diz respeito à diferenciação entre os conceitos de religião e à avaliação desta em pessoas que não são religiosas.⁶⁷

Além disso, devido a uma ampla gama de sistemas de crenças e práticas religiosas, há algumas dificuldades em definir as necessidades espirituais, mas as definições são necessárias para um entendimento conceitual, pois estas estão relacionadas com o aspecto "espírito" da condição humana.⁶⁸ Necessidades, angústia e bem-estar espiritual podem afetar a qualidade de vida (QV) e a saúde mental. QV é um constructo multidimensional da avaliação subjetiva de um indivíduo nos aspectos físico, psicológico, social e do bem-estar geral.⁶⁹

1.3 O cuidado espiritual

O cuidado faz parte da vida do ser humano, estando presente em toda a existência, em qualquer atividade humana, sociedade ou cultura. Sem cuidado, o homem deixa de ser humano, pois este faz parte da sua natureza, sendo impossível sobreviver sem que se receba alguma forma de cuidado. Segundo Boff, a palavra cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, afirmando que, por sua própria natureza, cuidado inclui dois significados básicos, intrinsecamente ligados entre si. “A primeira, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda, de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro”⁷⁰.

No que se refere ao cuidado espiritual, este é reconhecido como uma parte importante do cuidado, devendo ser avaliado para pacientes e, no caso da oncologia, é importante que as tradições espirituais sejam avaliadas no momento do diagnóstico, bem como durante o tratamento.⁷¹

De acordo com Boff:

Mundialmente, há uma demanda por valores não materiais, por uma redefinição do ser humano como um ser que busca um sentido plenificador, que está à procura de valores que inspirem profundamente sua vida. Nesse sentido e do ponto de vista de reflexão filosófica, a procura por significado de vida é uma das necessidades fundamentais do homem, o que o distingue das demais espécies. É neste cenário que

⁶⁷ BUSSING et al., 2010, p. 158.

⁶⁸ NIXON, A. V.; NARAYANASAMY, A.; PENNY, V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nursing*, v. 12, n. 2, p. 1-11, 2013.

⁶⁹ HAMPTON, D. M. et al. Spiritual needs of persons with advanced cancer. *American Journal of Hospice Palliative Care*, v. 24, n. 2, p. 42-48, 2007. p. 44.

⁷⁰ BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 91.

⁷¹ MCNEIL, S.B. Spirituality in Adolescents and Young Adults With Cancer: A Review of Literature. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, v. 33, n. 1, p. 55-63, 2016.

se dá a necessidade do resgate dos valores subjetivos, a busca por algo que possa dar início ao preenchimento do vazio trazido pelos avanços da ciência.⁷²

Desde as civilizações antigas já existia uma relação entre a saúde e a espiritualidade/religiosidade, onde os médicos eram xamãs, sacerdotes e curandeiros e os males do corpo eram considerados como uma interferência dos deuses. Com o passar do tempo e os avanços da medicina, apesar da hegemonia da ciência sobre as doenças, ainda se manteve um vínculo entre a crença dos pacientes no poder da fé e das orações para a cura do corpo, especialmente quando os recursos se encontravam esgotados.⁷³

O início do nascimento da ciência moderna foi marcado por uma oposição frontal à Igreja, a fim de defender seu conhecimento, o que gerou, ao longo dos anos, uma dificuldade de conciliação entre a ciência e a espiritualidade, tornando a visão científica mecanicista e racionalista. Segundo Cavalcanti, o prestígio e influência crescente da ciência ocidental levaram esta a influenciar enormemente a visão de mundo. Assim, “os valores que permeavam o universo científico, a objetividade, a neutralidade, o distanciamento e a impessoalidade foram amplamente aceitos, e passaram também a nortear as relações humanas”⁷⁴.

A doença passou a ter uma visão fisiológica a partir do século XVI, ocorrendo uma visão fragmentada do ser humano e a saúde passou a ser avaliada como um desequilíbrio puramente bioquímico, que poderia ser debelada com fármacos específicos, havendo cada vez maior foco na vacinação e antibióticos e no século XX, com as pesquisas desenvolvidas no campo da genética.⁷⁵

O apego da cultura ocidental por um pensamento linear, causalista e simplificador, seu encantamento pelos avanços tecnológicos e sua crença numa filosofia empirista – em síntese, a adição ocidental ao positivismo estrito – configuram um conjunto de condições que, provavelmente, proporcionaram o isolamento e estimularam os conflitos entre religiosidade e pensamento científico.⁷⁶

No entanto, apesar da ciência ter se distanciado cada vez mais do sobrenatural ao longo do tempo, não deixou de fazer parte da vida dos pacientes a fé em um elemento

⁷² BOFF, L. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2006. p. 111.

⁷³ GALIAN, D.M.C.; REGINATO, V. Relação assistencial e sua humanização. In: RAMOS, D.L.P. (Org.). *Bioética: pessoa e vida*. São Caetano do Sul: Difusão, 2009.

⁷⁴ CAVALCANTI, R. O retorno do conceito do sagrado na ciência. In: TEIXEIRA, E.F.B.; MULLER, M.C.; SILVA, J.D.T. *Espiritualidade e qualidade de vida* (Orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 92.

⁷⁵ DE MARCO, M.A. *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

⁷⁶ SOUSA et al., 2004, p. 55.

imponderável. Neste sentido, em 1910, uma publicação no *British Medical Journal*, de Sir William Osler, alertava os médicos para que ficassem atentos a esta força misteriosa que fazia parte do pensamento dos pacientes.⁷⁷

Este estado de coisas condicionou a consciência no Ocidente durante três séculos e esses valores ainda perduram até hoje com muita força. No entanto, estamos vivendo agora, um momento muito importante no que se refere à tentativa de transformação da visão unilateral mecanicista e a reformulação dos valores que acompanharam essa visão de mundo. O interessante é que essa revisão, essa atitude revolucionária de mudança da consciência, surgiu, justamente da área da ciência exata, antes comprometida com a visão racionalista. Muitos cientistas importantes engajados nesse processo vêm tentando corrigir a unilateralidade da concepção dualista e racionalista e retomar a noção holística de totalidade que recupera a visão espiritual da vida.⁷⁸

O cuidar é uma atividade que ultrapassa o atendimento às necessidades básicas do indivíduo quando ele está fragilizado, envolvendo o autocuidado, a autoestima, a autovalorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida. O cuidado existencial ocorre quando aquele que cuida compreende o mundo subjetivo do paciente, vivencia a união com este e expressa-a de tal forma que a singularidade de cada um emerge, surgindo a dimensão da intersubjetividade, de onde é possível respeitar-se a liberdade de ser de cada um. Portanto, o cuidado existencial entre duas pessoas transcende o tempo, o espaço e o cotidiano.⁷⁹

O homem exerce o cuidar em cada tarefa do cotidiano, entretanto, muitas vezes, o faz mecanicamente, como ao prestar atenção em sua moradia, automóvel e objetos pessoais. Diferente é o cuidado com o outro, ser humano que necessita não apenas de alguém que lhe auxilia em tarefas, mas que o faz dispensando zelo e amor. “O cuidar é um exercício constante de amor e compaixão, sem o qual nos tornamos uma mera executiva de normas pré-estabelecidas, que nos orientam, sem dúvida, porém são insuficientes quando diante dos enigmas do ser humano”⁸⁰.

Ao relatar o cuidado ao logo do tempo, Boff analisa que,

⁷⁷ YAWAR, A. Spirituality in medicine: what is to be done? *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 94, n. 1, p. 529-533, 2001. p. 531.

⁷⁸ CAVALCANTI, 2004, p. 92.

⁷⁹ CALDAS, C. P. Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. In: SALDANHA, L. A.; CALDAS, C. P. (Org.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 71.

⁸⁰ IMBASSAHY, Mabel. O cuidado em uma relação muito delicada. *Revista UnATi*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 1-46, 2000. p. 1.

Foi com cuidado que ‘cuidado’ moldou o ser humano. Empenhou aí dedicação, ternura, devoção, sentimento e coração. E com isso criou responsabilidades e fez surgir a preocupação com o ser que ele plasmou. Essas dimensões, verdadeiros princípios constituintes, entraram na composição do ser humano. Viraram carne e sangue. Sem tais dimensões, o ser humano jamais seria humano.⁸¹

As palavras cuidar e cuidado podem ser utilizadas, portanto, como sinônimos de atenção, preocupação, tomar conta, responsabilizar-se por, proteção, além de expressarem a ideia de gostar, afeto, desejo, preocupação. No senso comum é representada como proporcionar conforto, tocar, proteger, ser paciente, ficar perto, tomar conta, respeitar, fazer para e com o outro. É a essência do ser humano, como um modo de ser, de tal maneira que, sem ele, deixa-se de ser humano, aí incluídos não apenas o cuidado ao outro, mas também a si mesmo.⁸²

O cuidado autêntico consiste em ajudar o outro a cuidar do próprio ser, sendo uma forma de viver, de ser, de se expressar, uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida.⁸³

A fé traz conforto e explica o que parece inexplicável no enfrentamento de situações difíceis pelas quais passam os pacientes críticos e seus familiares que, diante dos sentimentos de insegurança e tristeza vivenciados, encontram, em suas crenças e práticas espirituais, apoio para o enfrentamento e respostas aos questionamentos, quase nunca explícitos, sobre o viver e o morrer. Ressalta-se a importância de os profissionais da saúde compreenderem e aceitarem que o outro é um ser permeado de crenças e valores que não podem ser negligenciados durante suas enfermidades, pois se entende que a espiritualidade, religiosidade ou crenças religiosas ajudam a dar significado às experiências de adoecimento e morte; fornecem suporte social, emocional e espiritual, levando conforto, consolo, motivação e esperança, revigorando suas energias e direcionando inclusive o comportamento da própria pessoa e dos seus familiares durante o processo de aceitação da doença e da morte.⁸⁴

Todo o equipamento médico de alta tecnologia não pode substituir o atendimento adequado ao paciente. A medicina holística reconhece que os seres humanos são seres biopsicossociais e espirituais.⁸⁵ Na perspectiva cristã, os seres humanos foram criados à

⁸¹ BOFF, 2014, p. 101.

⁸² WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde: as relações entre o outro, o eu e o cosmos*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 174.

⁸³ WALDOW, 2004, p. 176.

⁸⁴ ARRIEIRA, I. C. O. et al. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 3, p. 1-9, 2017. p. 6.

⁸⁵ MOK, E.; WONG, F.; WONG, D. (2009). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*, v. 66, n. 1, p. 360-370, 2009. p. 362.

imagem de Deus e por quem Cristo morreu, sendo assim, toda vida é importante e todo indivíduo tem valor e dignidade. Esta visão espiritual pode ser uma poderosa fonte de compaixão e cuidado espiritual.⁸⁶ Por exemplo, o que motivou madre Teresa em seu cuidado compassivo pelos pobres foi sua visão espiritual em que, ao cuidar dos pobres, ela estava servindo a Cristo.

A ciência já reconhece os benefícios de fornecer apoio espiritual para reduzir o estresse e a ansiedade, melhorar o senso de pertencimento, ajudar a encontrar significado, fortalecer a vontade de viver, promover a paz interior e melhorar a capacidade de enfrentamento. Entre muitos outros resultados construtivos, a incorporação da espiritualidade e da religiosidade como parte integrante no tratamento de saúde pode afetar positivamente o bem-estar espiritual e ajudar os pacientes com os desafios que enfrentam durante o tratamento e para o resto de suas vidas.⁸⁷

Quando se fala em espiritualidade, como referencial, é indispensável discutir e analisar criticamente a espiritualidade do agente da ação (por exemplo, a relação entre profissional da saúde e paciente, a espiritualidade do profissional) e do sujeito (o paciente e os familiares). Da mesma forma que se respeita a autonomia do paciente de um lado e a do médico, do outro, deve-se refletir sobre a espiritualidade dos dois. Nenhuma delas é soberana, mas, na deliberação, devem prevalecer os melhores interesses do paciente, devendo sempre ser respeitada a sua espiritualidade, do mesmo modo que deve ser também respeitada, nunca imposta, a espiritualidade do médico.⁸⁸

No entanto, apesar das evidências crescentes de que distintas práticas e atitudes espirituais/religiosas podem ter um impacto benéfico sobre os resultados de saúde, abordar essas questões geralmente não é visto como uma tarefa dos cuidados de saúde convencionais, embora haja consenso de que “cuidados de saúde genuinamente holísticos devem abordar a totalidade da existência relacional do paciente - física, psicológica, social e espiritual”⁸⁹. Este modelo de cuidado biopsicossocial-espiritual fornece uma estrutura conceitual para apoiar a saúde geral dos pacientes.

A religiosidade e a espiritualidade têm um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes; esse impacto se manifesta como habilidades aprimoradas de enfrentamento, uma

⁸⁶ MOK; WONG, 2009, p. 362.

⁸⁷ RICHARDSON, 2012, p. 151.

⁸⁸ HOSSNE; PESSINI, 2014, p. 24.

⁸⁹ BUSSING et al., 2010, p. 158.

maior compreensão do propósito da vida e uma maior vontade de viver.⁹⁰ Pesquisas sugerem que indivíduos religiosos e espirituais são mais propensos a dar um grande valor à vida e, portanto, acreditam que devem fazer todas as coisas possíveis para sustentá-la. A fé religiosa pode influenciar as decisões médicas e a intensidade das opções escolhidas e o enfrentamento religioso positivo pode estar correlacionado com pacientes que se dedicam mais ao tratamento.⁹¹

À medida que o conhecimento e a compreensão sobre a relação entre a espiritualidade e os resultados do paciente se tornam mais claramente definidos, a capacidade e a disposição dos profissionais de saúde para efetivamente fornecer um cuidado que vá além das necessidades físicas se torna fundamental. O aprimoramento das habilidades de comunicação e da competência cultural, no que se refere à espiritualidade e à religiosidade, pode ser necessário para abordar cada paciente com o respeito e a sensibilidade que essa dimensão do cuidado exige.⁹²

Reconhecer que a espiritualidade é muito diferente para cada indivíduo, que as necessidades podem surgir a qualquer momento durante o período de uma doença e que ela pode assumir muitas formas diferentes é muito importante. Evidências dessa relação indicam a importância de abordar a espiritualidade e a religiosidade como um componente essencial do cuidado. O conhecimento da associação entre religião e espiritualidade e os resultados dos pacientes é uma excelente estrutura para fornecer cuidado espiritual aos pacientes.⁹³

Fornecer cuidado espiritual relevante, significativo e de apoio ao paciente exige um processo de discernimento das suas necessidades e exploração das opções apropriadas para atender essas necessidades. A natureza sensível desta interação torna-se ainda mais importante quando se considera a ampla variedade de maneiras com que as pessoas tentam superar os eventos críticos em suas vidas, podendo desenvolver estratégias para ajudá-los a passar pelo momento. Assim, podem tentar entender o porquê da situação, se há alguma finalidade para ele e sua família e que recursos pode buscar para apoio e orientação.⁹⁴

⁹⁰ RIPPENTROP, A. E.; ALTMAIER, E. M.; BURNS, C. P. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, v. 13, n. 2, p. 31-37, 2006. p. 33.

⁹¹ BALBONI, T. A. et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, v. 25, n. 4, p. 555-560, 2007. p. 557.

⁹² RICHARDSON, 2012, p. 153.

⁹³ RICHARDSON, 2012, p. 153.

⁹⁴ BALBONI et al., 2007, p. 558.

O impacto da doença e o tratamento oferecido também podem influenciar esta experiência, podendo levar o indivíduo a sentir sua identidade ameaçada ou alterada. O diálogo interno travado pelo doente é muito particular e pessoal, por isso é essencial que o profissional compreenda o momento, a fim de oferecer um cuidado espiritual que seja útil.⁹⁵ O cuidado espiritual é compassivo, pois vai além dos procedimentos para aliviar as dores físicas, oferecendo escuta e solidariedade. Assim, o profissional de saúde é levado “a andar com as pessoas em meio a dor, sendo parceiros do paciente, em vez de especialistas, que oferecem cuidado técnico”⁹⁶.

O cuidado espiritual, portanto, dependerá do paciente e do cuidador estarem dispostos a experimentar e explorar essa interação, o que pode ser um desafio para ambos, mas especialmente para o cuidador se ele próprio não tiver explorado questões existenciais em sua própria vida. Uma das razões pelas quais os profissionais de saúde encontram dificuldades nesta área, é que esse envolvimento pode confrontá-los rapidamente com todas as áreas não resolvidas em suas próprias vidas.⁹⁷

Explorar questões relativas ao significado final e propósito na vida de outra pessoa não é um exercício filosófico, mas um potencial encontro com outra pessoa em um nível muito profundo e pessoal. Existe um sentido para o cuidado espiritual, que é distinto do cuidado religioso, no entanto, por sua própria natureza, deve ser um recurso vital para os pacientes e famílias e deve ser oferecido por todos os profissionais de saúde que atuam junto aos pacientes, através de escuta e reflexão.⁹⁸

Numa época em que há muito sendo escrito sobre o cuidado espiritual, muitos profissionais de saúde ainda o encaram como uma área a explorar. Alguns dos problemas são a dificuldade em ser claro sobre termos e conceitos do que se vai abordar ou o grau de desafio pessoal que tais conversas trazem para o cuidador.

⁹⁵ SPECK, P. W. Spiritual care in health care. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, v. 7, n. 1, p. 21-25, 2004. p. 22.

⁹⁶ PUCHALSKI et al., 2014, p. 643.

⁹⁷ SPECK, 2004, p. 23.

⁹⁸ HAMPTON et al., 2007, p. 47.

2 O CÂNCER E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DO PACIENTE

Pessoas com câncer geralmente se voltam ao seu lado espiritual quando lutam contra a doença. Isso pode incluir oração, frequentar serviços religiosos, ler passagens de um livro sagrado, buscando uma conexão com o transcendente. Embora não tenha sido provado que as atividades espirituais curem o câncer, há um consenso de que a espiritualidade pode ajudá-las a lidar melhor com a doença.

Assim, este capítulo discutirá o câncer e das suas repercussões na vida dos pacientes, traçando, primeiramente, um breve histórico da doença ao longo do tempo, seu conceito epidemiologia e tratamentos disponíveis. Em seguida, é tratado do impacto do diagnóstico e as repercussões no indivíduo até a aceitação do problema, bem como as estratégias de enfrentamento, dentre as quais a espiritualidade.

2.1 O câncer ao longo do tempo

O câncer afligiu a humanidade desde os tempos pré-históricos e sua prevalência aumentou acentuadamente nas últimas décadas. Tal fato pode ser creditado ao rápido envelhecimento das populações e, no último meio século, ao crescente comportamento de risco dos indivíduos e ao aumento da presença de agentes cancerígenos no ambiente e nos produtos de consumo.⁹⁹

A mais antiga evidência de câncer em mamíferos consiste de massas tumorais encontradas em dinossauros fossilizados e ossos humanos, desde os tempos pré-históricos. Talvez a evidência mais convincente de câncer em dinossauros venha de um estudo em grande escala que rastreou por fluoroscopia mais de 10.000 espécimes de vértebras de dinossauros para evidência de tumores e avaliou anormalidades por tomografia computadorizada (TC). Das várias espécies de dinossauros pesquisados, apenas os hadrossauros (dinossauro de bico-de-pato), que viveram há 70 milhões de anos atrás, abrigavam tumores benignos, enquanto 0,2% dos espécimes restantes exibiram doença metastática maligna.¹⁰⁰

⁹⁹ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2011. p. 16.

¹⁰⁰ ROTHSCHILD, B. M.; TANKE, D. H.; HELBLING, M. Epidemiologic study of tumors in dinosaurs. *Naturwissenschaften*, v. 90, n. 1, p. 405-500, 2003. p. 406.

O mais antigo registro escrito descrevendo o câncer humano apareceu em manuscritos egípcios, descoberto no século XIX, que descrevem tratamentos cirúrgicos, farmacológicos e mágicos, tendo sido escritos entre 1.500 e 1.600 a.C., possivelmente com base em material de milhares de anos antes. O papiro de Smith, possivelmente escrito por Imhotep, o médico-arquiteto que projetou e construiu a pirâmide de degraus em Sakkara, no século 30 a.C., contém a primeira referência ao câncer de mama, quando se referiu a tumores do tórax anterior, advertindo que, quando esses tumores fossem frios para tocar e se espalhassem sobre o seio, nenhum tratamento poderia ter sucesso.¹⁰¹

Os primeiros tumores cancerígenos em humanos foram encontrados em múmias egípcias e peruanas, que datam de 1.500 a.C. e o mais antigo caso cientificamente documentado de disseminação do câncer foi de um indivíduo com idade entre 40 a 50 anos, morador das estepes no sul da Sibéria, há 2.700 anos. Técnicas microscópicas e proteômicas modernas confirmaram a natureza cancerosa de suas lesões esqueléticas disseminadas e sua origem prostática.¹⁰²

É referido a Hipócrates (460–370 a.C.) o uso do termo carcinose e carcinoma para descrever tumores, chamando assim o câncer de "karkinos". Os termos gregos, na verdade, eram palavras usadas para descrever um caranguejo, ao qual Hipócrates achava que um tumor se parecia, supondo também que o câncer fosse causado por um desequilíbrio dos quatro humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bile negra). Ao longo da história, inúmeras outras causas foram propostas para a doença, incluindo a raiva dos deuses, irritação crônica, trauma e infecção, teorias que permaneceram incontestadas até o Renascimento, quando foram lançadas as bases para o moderno estudo científico das doenças.¹⁰³

Na Idade Média, o novo fervor religioso, especialmente na França cristã, e o sucesso inicial das cruzadas, contribuíram para a proliferação de mosteiros e centros de saúde cristãos em toda a Europa, tornando-se repositórios da medicina grega, onde monges copiavam manuscritos antigos e atendiam os doentes, dando origem a uma rede de hospitais em toda a

¹⁰¹ FAGUET, G. B. A brief history of cancer: Age-old milestones underlying our current knowledge database. *International Journal of Cancer*, v. 136, n. 2, p. 2022-2036, 2015. p. 2022.

¹⁰² SHULTZ, M. et al. Oldest known case of metastasizing prostate carcinoma diagnosed in the skeleton of a 2,700-year-old Scythian king from Arzhan (Siberia, Russia). *International Journal of Cancer*, v. 121, n. 2, p. 2591-2595, 2007. p. 2592.

¹⁰³ DE VITA JR., V.; CHU, E. A History of cancer chemotherapy. *Cancer Research*, v. 68, n. 2, p. 8643-8653, 2008. p. 8643.

Europa Ocidental. Nesse período acreditava-se que o câncer era contagioso e os doentes ficavam isolados nesses hospitais.¹⁰⁴

A teoria da linfa se desenvolveu no século XVII, substituindo a teoria de Hipócrates sobre a causa do câncer. A descoberta do sistema linfático deu uma nova visão sobre o que poderia causar a doença, acreditando-se que as anormalidades no sistema linfático eram a causa. No século XVIII, ao observarem alta incidência de câncer de mama em freiras, em comparação com mulheres não-celibatárias, cientistas levantaram os primeiros indícios de que os hormônios poderiam desempenhar um papel na doença. Diante das descrições de câncer do escroto, prevalente nos varredores de chaminés de Londres, medidas de saúde pública foram tomadas para reduzir os riscos da doença no trabalho. No mesmo período, foi publicado um livro ligando o uso do tabaco ao câncer, lançando as bases para o alerta de 1964, do Surgeon General dos EUA, de que fumar causa câncer de pulmão.¹⁰⁵

Do final de 1800 até a década de 1920, acreditou-se que o câncer fosse causado por trauma e, somente em meados do século XX, os cientistas começaram a resolver os complexos problemas da química e da biologia por trás da doença. Watson e Crick receberam o Prêmio Nobel, em 1962, pela descoberta da estrutura helicoidal do ácido desoxirribonucleico (DNA). Mais tarde, os cientistas aprenderam como os genes eram trabalhados e como poderiam ser danificados por mutações. Os cientistas identificaram que o câncer pode ser causado por substâncias químicas (carcinogênicas), radiação, vírus e herdadas de ancestrais.¹⁰⁶

Nesse contexto, a história do câncer pode ser analisada de acordo com as teorias desenvolvidas ao longo dos séculos, como apresentado no quadro abaixo.

Quadro 2 – Teorias desenvolvidas sobre o câncer¹⁰⁷

Teoria da linfa	Propunha que a formação do câncer se dava através dos fluidos. Acreditava-se que a vida consistisse em movimentos contínuos dos fluidos, como sangue e linfa no corpo. Esta teoria foi apoiada no século XVII.
Teoria de Blastema	Muller demonstrou que o câncer é composto de células, em 1838. Seu aluno, Virchow (1821-1902) determinou que todas as células, incluindo as cancerígenas, eram derivadas de outras células.

¹⁰⁴ SUDHAKAR, A. History of cancer, ancient and modern treatment methods. *Journal of Cancer Science and Therapy*, v. 1, n. 1, p. 1-4, 2009. p. 2.

¹⁰⁵ SHULTZ et al., 2007, p. 2593.

¹⁰⁶ SUDHAKAR, 2009, p. 2.

¹⁰⁷ SUDHAKAR, 2009, p. 2-3.

Teoria da irritação crônica	Virchow propôs que a irritação crônica fosse a causa do câncer. Mais tarde, Thiersch mostrou que os cânceres metastatizam através da propagação de células malignas e não através de algumas fluido não identificado.
Teoria do trauma	Do final de 1800 até a década de 1920, pensava-se que o câncer era causado por trauma.
Teoria do parasita	Até o século XVIII, os cientistas acreditavam que o câncer era contagioso e se espalhava através do parasita.
Descoberta de Oncogenes e Genes Supressores de Tumor	Em meados do século XX, os cientistas começaram a resolver os complexos problemas de química e biologia por trás do câncer. Watson e Crick receberam o Prêmio Nobel, em 1962, pela descoberta da estrutura helicoidal do DNA. Cientistas posteriores aprenderam como os genes foram trabalhados e como eles poderiam ser danificados por mutações, identificando que o câncer poderia ser causado por substâncias químicas (cancerígenas), radiação, vírus e também dos antepassados. A maioria dos agentes cancerígenos danifica o DNA, que leva ao crescimento anormal das células.

Durante a década de 1970, os cientistas descobriram duas importantes famílias de genes: Oncogenes, genes que fazem com que as células normais cresçam fora de controle e se tornem cancerígenas, sendo formadas pelas mutações de certos genes normais da célula chamados proto-oncogenes (genes que normalmente controlam a frequência com que uma célula se divide e o grau ao qual se diferencia); e os genes supressores de tumor, que controlam a divisão celular, reparam o DNA e informam as células quando morrer. Quando um supressor de tumor não funciona corretamente, as células podem crescer fora de controle, o que pode levar ao câncer. Cientistas identificaram oncogenes e genes supressores de tumor danificados por produtos químicos ou radiação, como os do câncer de mama BRCA1 e BRCA2. Outros genes foram descobertos associados a cânceres que ocorrem em famílias, como câncer de tireóide, pâncreas, reto, cólon, rim, ovário e pele. Até hoje, mais de 100 agentes cancerígenos (químicos, físicos e biológicos) foram identificados e as pesquisas continuam evoluindo, fornecendo insights sobre maneiras de evitá-lo.¹⁰⁸

2.2 Conceito, epidemiologia e tratamento

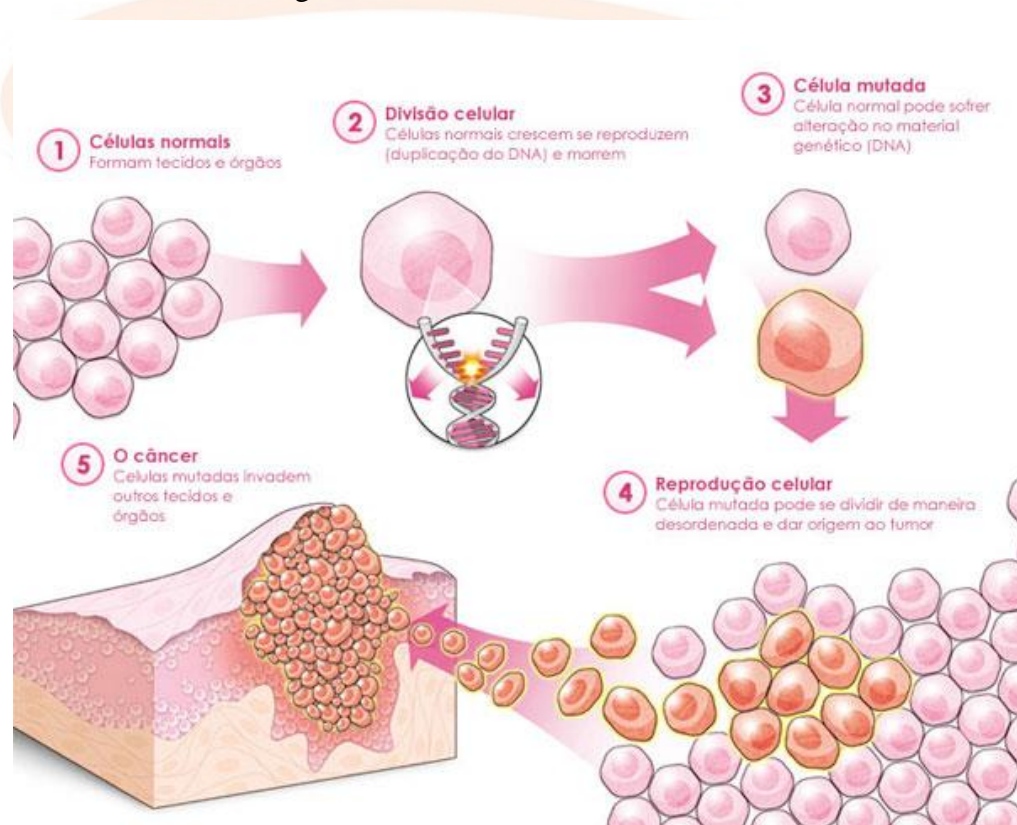
Câncer é o nome dado a uma coleção de doenças relacionadas. Em todos os tipos de câncer, algumas das células do corpo começam a se dividir sem parar e se espalhar pelos tecidos adjacentes. Pode ter início em qualquer parte do corpo humano, que é composto por trilhões de células. Normalmente, as células humanas crescem e se dividem para formar novas células, conforme o corpo precisa delas. Quando as células envelhecem ou ficam danificadas,

¹⁰⁸ SUDHAKAR, 2009, p. 3.

elas morrem e novas células tomam o seu lugar. Quando o câncer se desenvolve, no entanto, esse processo ordenado se decompõe. À medida que as células se tornam cada vez mais anormais, células velhas ou danificadas sobrevivem quando deveriam morrer, e novas células se formam quando não são necessárias. Essas células extras podem se dividir sem parar e podem formar tumores.¹⁰⁹

O câncer geralmente se forma como um tumor sólido. Alguns tipos de câncer, como a leucemia, não formam tumores. Em vez disso, as células da leucemia envolvem o sangue e os órgãos que formam o sangue e circulam através de outros tecidos, onde crescem. Nem todos os tumores são cancerígenos, alguns são benignos, não crescem e não são fatais. Diferentes tipos de células cancerosas podem se comportar de maneira diferente. O risco de desenvolver muitos tipos de câncer pode ser reduzido por mudanças no estilo de vida e se é identificado no estágio inicial, apresenta melhores chances de sobrevivência.¹¹⁰

Figura 2 – Divisão celular no câncer¹¹¹



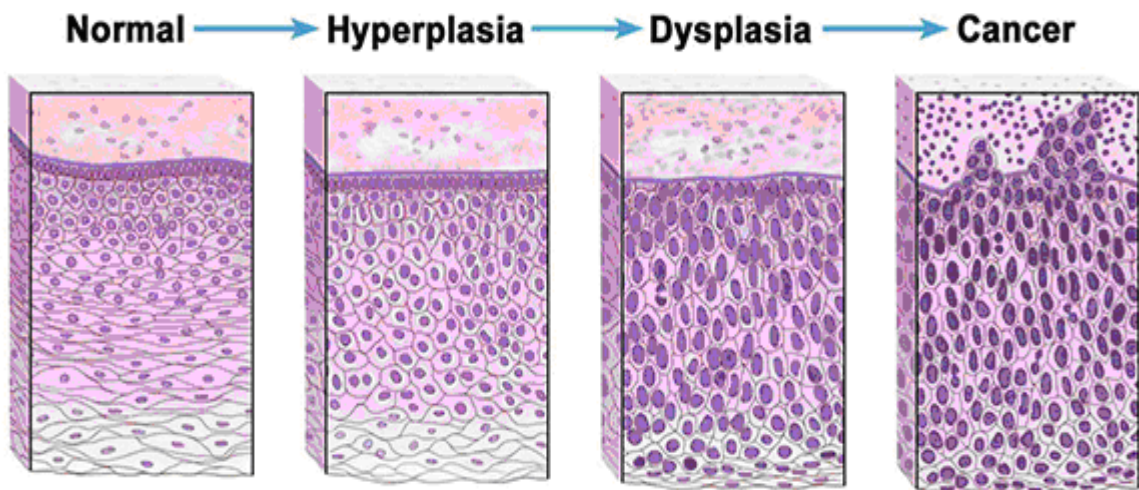
¹⁰⁹ WEINSTEIN, I. B.; CASE, E. K. The History of Cancer Research: Introducing an AACR Centennial Series. *Cancer Research*, v. 68, n. 1, p. 6861-6862, 2008. p. 6861.

¹¹⁰ SUDHAKAR, 2009, p. 1.

¹¹¹ WINSLOW, T. *Medical and scientific illustration*. Disponível em: <https://www.teresewinslow.com/>. Acesso em: 2 maio 2019.

Células normais podem se tornar células cancerígenas. Antes destas se formarem nos tecidos do corpo, as células passam por alterações anormais chamadas hiperplasia e displasia. Na hiperplasia, há um aumento no número de células em um órgão ou tecido que parecem normais sob um microscópio. Na displasia, as células parecem anormais sob um microscópio, mas não são cancerígenas. Hiperplasia e displasia podem ou não se tornar câncer, como apresentado na figura abaixo.¹¹²

Figura 3 – Apresentação microscópica das células¹¹³



Os tumores cancerosos são malignos, o que significa que eles podem se espalhar ou invadir tecidos próximos. Além disso, à medida que esses tumores crescem, algumas células cancerígenas podem se romper e viajar para lugares distantes do corpo através do sangue ou do sistema linfático e formar novos tumores, longe do tumor original. Ao contrário dos tumores malignos, os tumores benignos não se espalham ou invadem os tecidos próximos, apesar de, por vezes, ser bastante grandes. Quando removidos, geralmente não voltando a crescer, enquanto os tumores malignos às vezes o fazem. Ao contrário da maioria dos tumores benignos em outras partes do corpo, os tumores cerebrais benignos podem ser fatais.¹¹⁴

O ônus do câncer aumentou em todo o mundo. De forma alarmante, a Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que o número de novos casos de câncer deverá aumentar em aproximadamente 70% nos próximos 20 anos. Embora haja uma sobreposição considerável

¹¹² SUDHAKAR, 2009, p. 2.

¹¹³ WINSLOW, T. *Medical and scientific illustration*. Disponível em: <https://www.teresewinslow.com/>. Acesso em: 2 maio 2019.

¹¹⁴ WEINSTEIN; CASE, 2008, p. 6861.

em tipos comuns de câncer em todo o mundo, os países em desenvolvimento tendem a ter taxas mais altas de incidência e mortalidade para cânceres relacionados a infecções virais, como câncer de fígado relacionado à hepatite e câncer cervical relacionado ao papilomavírus humano (HPV).¹¹⁵

Estima-se que entre um terço e metade dos casos de câncer poderia ser evitado por escolhas saudáveis de estilo de vida: eliminar o tabagismo, manter um índice de massa corporal (IMC) saudável, moderar o consumo de álcool e manter um estilo de vida ativo. Outras áreas importantes da pesquisa epidemiológica sobre fatores de risco modificáveis e risco de câncer ou sobrevida incluem exposição a agentes infecciosos, radiação, riscos ambientais, ocupacionais e genéticos também desempenhem papéis definitivos.¹¹⁶

A sobrevivência ao câncer é uma preocupação de saúde pública cada vez mais importante, já que essa população em rápido crescimento enfrenta risco de recorrência e efeitos relacionados ao tratamento adverso a longo prazo, bem como riscos elevados de comorbidades físicas e psicossociais. No entanto, o diagnóstico de câncer é amplamente visto como um momento de aprendizado, já que os sobreviventes podem estar mais motivados a mudar comportamentos de saúde que anteriormente não eram preocupantes. Essa população pode, assim, estar mais preparada para considerar a alteração de alguns dos fatores relacionados ao estilo de vida descritos abaixo, caso se mostre que eles melhoram os resultados do câncer.¹¹⁷

De acordo com o Inca, em 2012, ocorreram cerca de 14,1 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo e 8,2 milhões de óbitos, com pequeno predomínio do sexo masculino na incidência (53%) e na mortalidade (57%). Os países desenvolvidos tiveram as maiores taxas de incidência, com predominância dos tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), enquanto nos países de baixo e médio desenvolvimentos, a ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago, fígado) é mais alta.¹¹⁸

¹¹⁵ AREM, H.; LOFTFIELD, E. Cancer Epidemiology: A Survey of Modifiable Risk Factors for Prevention and Survivorship. *American Journal of Lifestyle Medicine*, v. 12, n. 3, p. 200-210, 2018. p. 203.

¹¹⁶ AREM; LOFTFIELD, 2018, p. 203.

¹¹⁷ SONG, M.; GIOVANNUCCI, E. Preventable incidence and mortality of carcinoma associated with lifestyle factors among white adults in the united states. *JAMA Oncology*, v. 2, n. 1, p. 1154-1161, 2016. p. 1157.

¹¹⁸ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2017. p. 25.

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências foram encontradas na mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%). Em relação à distribuição da incidência por região geográfica:

As Regiões Sul e Sudeste concentram 70% da ocorrência de casos novos; sendo que, na Região Sudeste, encontra-se quase a metade dessa incidência. Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e de mama feminina, bem como os cânceres de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil os cânceres do colo do útero e de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais, a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres.¹¹⁹

Muitos procedimentos e medicamentos estão disponíveis para tratar o câncer, com muitos outros sendo estudados. Alguns tratamentos são locais, como cirurgia e radioterapia, usados para tratar um tumor ou área específica do corpo; medicamentosos (como quimioterapia, imunoterapia ou terapia direcionada), considerados sistêmicos, porque podem afetar o corpo todo.¹²⁰

A escolha da terapia é determinada pela fase do diagnóstico, sendo necessária uma detecção correta do câncer para aplicar um tratamento específico, dependendo da natureza do tumor e da fase em que ele está. A importância desse diagnóstico reside no fato de que cada tipo requer um protocolo específico que pode até envolver o uso de várias terapias ao mesmo tempo, combinando tratamentos. De fato, alguns dos cânceres mais comuns, como o de mama ou cólon, têm altas taxas de cura, se a detecção for precoce e precisa.¹²¹

Como em qualquer ambiente clínico, esses tratamentos têm como principal objetivo a cura ou, na sua falta, o prolongamento da vida do paciente ao máximo possível. Além desse objetivo, essas terapias também devem se concentrar na melhoria da qualidade de vida do

¹¹⁹ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017, p. 26.

¹²⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Controle do câncer: conhecimento em ação, diagnóstico e tratamento*. Genebra: OMS, 2008. p. 37.

¹²¹ OMS, 2008, p. 37.

paciente, o que pode ser alcançado com a oferta de cuidados paliativos, aliviando os sintomas da doença, além de apoio psicológico e social.¹²²

No início do século XX, logo após a radiação começar a ser usada para diagnóstico e terapia, descobriu-se que poderia tanto causar como curar o câncer, buscando-se, a partir de então, a dose adequada de radiação para o tratamento da doença. Desde então, avanços na física das radiações e na tecnologia da computação tornaram possível direcionar a radiação com mais precisão, mapeando com precisão a localização de um câncer. Neste tipo de tratamento, o paciente é equipado com um molde para manter a parte do corpo parada e na mesma posição e os feixes de radiação são combinados à forma do tumor e direcionados de várias direções, diminuindo a radiação que atinge o tecido normal, ao mesmo tempo em que administra uma dose alta ao câncer.¹²³

A terapia de radiação conformada com feixe de prótons utiliza uma abordagem semelhante para concentrar a radiação no câncer. Mas, em vez de usar raios-X, essa técnica usa feixes de prótons. Os prótons são partes de átomos que causam pouco dano aos tecidos pelos quais passam, mas são muito eficazes em matar células. Isso significa que a radiação com feixe de prótons pode liberar mais radiação para o câncer, enquanto possivelmente reduz os danos aos tecidos normais próximos.¹²⁴

A radiocirurgia estereotáxica e radioterapia estereotáxica são termos que descrevem várias técnicas usadas para fornecer uma dose de radiação grande e precisa a um pequeno tumor. O termo cirurgia pode ser confuso porque nenhum corte é realmente feito. O local mais comum tratado com esta técnica de radiação é o cérebro. Um acelerador linear, ou máquinas especiais podem ser usados para fornecer este tratamento.¹²⁵

A radioterapia intraoperatória (IORT) é uma forma de tratamento que fornece radiação no momento da cirurgia. A radiação pode ser administrada diretamente ao câncer ou aos tecidos próximos, após o câncer ter sido removido. É mais comumente usada em cânceres abdominais ou pélvicos e naqueles que tendem a recorrer (voltar após o tratamento). A IORT minimiza a quantidade de tecido exposto à radiação porque os tecidos normais podem ser

¹²² OMS, 2008, p. 38.

¹²³ SONG; GIOVANNUCCI, 2016, p. 1156.

¹²⁴ HUSSEIN, M. S.; REBELLO, P. Combate ao câncer ganha novas técnicas: a física nuclear e o tratamento de tumores. *Revista USP*, n. 66, p. 80-95, 2005. p. 83.

¹²⁵ MASCARENHAS, F. et al. A radiocirurgia estereotáxica em tumores benignos e malignos do sistema nervoso central. *Acta Médica Portuguesa*, v. 18, n. 1, p. 45-60, 2005. p. 46.

removidos do caminho durante a cirurgia e protegidos, permitindo uma dose maior de radiação ao câncer.¹²⁶

Modificadores químicos ou radiosensibilizadores são substâncias que tornam o câncer mais sensível à radiação. O objetivo da pesquisa desses tipos de substâncias é desenvolver agentes que tornem o tumor mais sensível sem afetar os tecidos normais. Os pesquisadores também estão procurando substâncias que possam ajudar a proteger as células normais da radiação. O tratamento do câncer depende do local afetado, do estágio e pode ser feito através de radioterapia, imunologia, quimioterapia, cirurgia, transplante de medula óssea, podendo, a critério do oncologista, haver uma combinação de mais de uma modalidade.¹²⁷

No início do século XX, apenas os cânceres pequenos e localizados o suficiente para serem completamente removidos pela cirurgia eram curáveis. Mais tarde, a radiação foi usada após a cirurgia para controlar pequenos tumores que não foram removidos cirurgicamente. Finalmente, a quimioterapia foi adicionada para destruir pequenos tumores que se espalharam além do alcance do cirurgião e da radioterapia. Quimioterapia é utilizada para destruir todas as células cancerígenas remanescentes no corpo, sendo uma terapia adjuvante.¹²⁸

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas atuando em nível celular, interferindo no processo de crescimento e divisão, contudo sem especificidade, não destruindo seletiva ou exclusivamente as células tumorais.¹²⁹

Uma descoberta importante foi a vantagem de usar múltiplas drogas quimioterápicas (conhecidas como quimioterapia de combinação) sobre agentes únicos. Alguns tipos de leucemia e linfoma de crescimento muito rápido (tumores envolvendo as células da medula óssea e dos nódulos linfáticos, respectivamente) respondem muito bem à quimioterapia combinada e os ensaios clínicos levaram à melhoria gradual das combinações de fármacos utilizados. Muitos destes tumores podem ser curados atualmente por uma quimioterapia combinada apropriada.¹³⁰

¹²⁶ BROMBERG, S. E. et al. Radioterapia intraoperatória como protocolo de tratamento do câncer de mama inicial. *Einstein*, v. 11, n. 4, p. 439-445, 2013. p. 440.

¹²⁷ NASCIMENTO, D. S. *Detecção de nêutrons rápidos devido a radiação espalhada em aceleradores lineares*. 2018. 78 f. Dissertação (Mestrado em Física) – Universidade Federal do Sergipe, São Cristovão, 2018. p. 58.

¹²⁸ SONG; GIOVANNUCCI, 2016, p. 1158.

¹²⁹ MOURA, J. W. S. et al. Enfermagem e quimioterapia: um estudo no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. *Ciências biológicas e da saúde*, v. 1, n.3, p. 11-20, 2014. p. 12.

¹³⁰ MOURA et al., 2014, p. 13.

Os medicamentos quimioterápicos sistêmicos podem ser infundidos por via intravenosa ou por via oral. Esses métodos podem expor todo o corpo a doses significativas de quimioterapia, sendo normalmente prescritos, sozinhos ou em combinação com radiação e/ou cirurgia, para atacar ou destruir o tumor de um paciente. Em geral, a quimioterapia é administrada quando um paciente precisa de uma terapia sistêmica (corpo inteiro) ou quando os riscos são menores do que os associados à radiação ou cirurgia.¹³¹

A quimioterapia é um tratamento invasivo que pode ter efeitos adversos graves durante a terapia e por algum tempo depois (náusea e vômitos, perda dos cabelos, fadiga, infecções, problemas de sangramento, anemia, mucosite, dentre outras). Isso ocorre porque os medicamentos geralmente têm como alvo células cancerígenas e células saudáveis. A dosagem da maioria dos agentes quimioterapêuticos é baseada na área da superfície corporal (metros quadrados) calculada a partir da altura e do peso e só pode ser administrada por médicos oncologistas treinados.¹³²

O tratamento precoce envolvendo quimioterapia pode às vezes alcançar uma cura completa, fazendo com que os efeitos colaterais valham a pena para muitos. Além disso, a maioria dos sintomas indesejados desaparece após o término do tratamento, cujo curso pode variar de uma dose única em um dia a algumas semanas, dependendo do tipo e estágio do câncer. Aqueles que precisam de mais de um curso de tratamento têm um período de descanso, para permitir que seu corpo se recupere. Assim, o paciente pode receber tratamento em um dia, seguido de uma semana de descanso, depois outro tratamento de um dia, seguido de um período de três semanas e assim por diante, durante seis meses ou mais.¹³³

Muitos tipos de câncer podem ser controlados com quimioterapia por longos períodos, mesmo que não sejam curados. Atualmente, várias abordagens estão disponíveis para melhorar a atividade e reduzir os efeitos colaterais da quimioterapia, que incluem novas drogas, novas combinações de drogas e novas técnicas de entrega; abordagens que visam drogas mais específicas para as células cancerígenas (como a terapia lipossomal e terapia de anticorpos monoclonais), a fim de produzir menos efeitos colaterais; drogas para reduzir efeitos colaterais, como fatores estimuladores de colônias, agentes quimioprotetores e

¹³¹ SONG; GIOVANNUCCI, 2016, p. 1158.

¹³² MOURA et al., 2014, p. 14.

¹³³ HUSSEIN; REBELLO, 2005, p. 85.

antieméticos; e agentes que superam a resistência a múltiplas drogas (quando o câncer não responde aos medicamentos usuais de tratamento).¹³⁴

Atualmente, há um papel crescente da quimioterapia no tratamento de uma ampla gama de tumores sólidos e, embora o tratamento nem sempre seja curativo para esses cânceres, houve uma melhora significativa na sobrevida livre de progressão. Além disso, vários dos esquemas quimioterápicos mais ativos, alguns dos quais são combinados com as novas terapias direcionadas, estão sendo usados no cenário neoadjuvante, para reduzir o tamanho do tumor primário, permitindo melhor resultado cirúrgico e preservando os órgãos vitais. Nos últimos 10 anos, a quimioterapia neoadjuvante tem sido amplamente utilizada para câncer anal, bexiga, mama, gastroesofágico, câncer de cabeça e pescoço retal e sarcomas osteogênicos e de tecidos moles.¹³⁵

Os regimes quimioterápicos ativos para doenças metastáticas e localmente avançadas foram ampliados para um número crescente de tumores sólidos mais comuns após ressecção cirúrgica com efeito curativo. Com o crescente e rápido desenvolvimento de agentes citotóxicos e biológicos ativos, a expectativa é de que a lista de cânceres efetivamente tratados e curados usando modalidades combinadas continue a se expandir.

Uma melhor compreensão da biologia das células cancerígenas levou ao desenvolvimento de agentes biológicos que imitam alguns dos sinais naturais que o corpo usa para controlar o crescimento celular. Ensaios clínicos demonstraram que este tratamento para o câncer, chamado de modificador da resposta biológica (BRM), terapia biológica, bioterapia ou imunoterapia, é eficaz para muitos tipos de câncer. Alguns desses agentes biológicos, que ocorrem naturalmente no corpo, podem ser produzidos em laboratório, como os interferons, interleucinas e outras citocinas. Esses agentes são ministrados aos pacientes para imitar ou influenciar a resposta imune natural, alterando o crescimento das células cancerígenas ou agindo indiretamente para ajudar as células saudáveis a controlarem o câncer.¹³⁶

Uma das aplicações mais estimulantes da terapia biológica veio da identificação de certos alvos tumorais, chamados antígenos. Este método foi usado pela primeira vez para encontrar tumores e diagnosticar o câncer e, mais recentemente, para destruir células cancerosas. Usando tecnologia que foi desenvolvida pela primeira vez durante a década de

¹³⁴ ANELI, T. F. M. Princípios gerais de quimioterapia antineoplásica. In: COELHO, F. R. G. (Ed.) *Curso básico de oncologia do Hospital A. C. Camargo*. Rio de Janeiro: Medsi, 1996, p. 119.

¹³⁵ HUSSEIN; REBELLO, 2005, p. 86.

¹³⁶ KALIKS, S. A. Avanços em oncologia para o não oncologista. *Einstein*, v. 14, n. 2, p. 294-299, 2016. p. 296.

1970, os cientistas podem produzir anticorpos monoclonais, que são especificamente direcionados para componentes químicos de células cancerígenas. Refinamentos para esses métodos, usando tecnologia de DNA recombinante, melhoraram a eficácia e diminuíram os efeitos colaterais desses tratamentos. Os primeiros anticorpos monoclonais terapêuticos, foram aprovados durante o final dos anos 1990 para tratar o linfoma e o câncer de mama, respectivamente. Os anticorpos monoclonais são usados rotineiramente para tratar certos tipos de câncer, e muitos outros estão sendo estudados.¹³⁷

Os cientistas também estão estudando vacinas que estimulam a resposta imunológica do organismo às células cancerígenas. Em 2010, a *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou uma vacina contra o câncer de próstata metastático refratário a hormônios (câncer de próstata que se espalhou e não responde mais ao tratamento hormonal). Ao contrário de uma vacina preventiva, que é dada para prevenir doenças, esta estimula a capacidade do sistema imunológico de atacar células cancerígenas no corpo. Este tratamento mostrou ajudar alguns homens com câncer de próstata a viver mais, embora não cure a doença, representando um importante passo no tratamento do câncer.¹³⁸

Até quase o final do século XX, diagnosticar o câncer frequentemente exigia uma cirurgia exploratória aberta do abdômen ou tórax, para que o cirurgião pudesse coletar amostras de tecido para o teste. A partir da década de 1970, o progresso dos exames de imagem, como ultrassonografia, TC, ressonância magnética (RM) e tomografia por emissão de pósitrons (PET) substituiu muitas operações exploratórias. Tomografias computadorizadas e ultrassonografia também podem ser usadas para orientar agulhas de biópsia em tumores.¹³⁹

Hoje, os médicos utilizam instrumentos com tecnologia de fibra ótica e câmeras de vídeo em miniatura, cirurgiões podem operar usando instrumentos cirúrgicos especiais, através de tubos estreitos colocados em pequenos cortes na pele. Esses instrumentos podem ser usados para cirurgias laparoscópicas ou cirurgias torácicas. Um instrumento semelhante, o endoscópio, pode ser usado para remover alguns tumores no cólon, no esôfago ou na bexiga, através de aberturas naturais do corpo, como a boca ou a uretra.¹⁴⁰

Formas menos invasivas de destruir tumores sem removê-las estão sendo estudadas e/ou utilizadas. A criocirurgia (também chamada crioterapia ou crioablação) usa spray de

¹³⁷ SANTOS, R. V. et al. Aplicações terapêuticas dos anticorpos monoclonais. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, v. 29, n. 2, p. 77-85, 2006. p. 78.

¹³⁸ AREM; LOFTFIELD, 2018, p. 204.

¹³⁹ SILVA, L. A. S. R. Cirurgia oncológica: um grande desafio. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 43, n. 3, p. 139-140, 2016. p. 139.

¹⁴⁰ SUDHAKAR, 2009, p. 2.

nitrogênio líquido ou uma sonda muito fria para congelar e matar células anormais. Os lasers podem ser usados para cortar o tecido (no lugar de um bisturi) ou para vaporizar (queimar e destruir) o câncer de colo do útero, laringe, fígado, reto, pele e outros órgãos. A ablação por radiofrequência transmite ondas de rádio a uma pequena antena colocada no tumor para matar células cancerígenas através do aquecimento.¹⁴¹

2.3 Do diagnóstico à aceitação da doença

Suspeita-se de câncer com base nos sintomas, nos resultados de exame físico e, por vezes, nos resultados de testes de triagem. Ocasionalmente, as radiografias obtidas por outras razões, como uma lesão, mostram anormalidades que podem levar à suspeita, mas a confirmação da doença requer testes de diagnóstico. O diagnóstico desempenha um papel fundamental em toda a jornada de câncer de cada paciente - antes, durante e após o tratamento. Durante o tratamento, é realizado o rastreamento, a fim de avaliar o tamanho do tumor, a progressão da doença e sua resposta ao tratamento.¹⁴²

Níveis altos ou baixos de certas substâncias podem ser um sinal de câncer. Assim, testes laboratoriais de sangue, urina ou outros fluidos corporais que medem essas substâncias podem ajudar os médicos a fazer um diagnóstico. Resultados anormais não são um sinal claro da doença, no entanto, exames laboratoriais são uma ferramenta importante. Normalmente, quando um médico suspeita de câncer, solicita algum tipo de estudo de imagem, como raios X, ultrassonografia ou TC. Embora esses testes possam mostrar a presença, localização e tamanho de uma massa anormal, eles não podem confirmar que o câncer é a causa.¹⁴³

A biópsia é indicada para o diagnóstico definitivo do câncer, sendo realizada através da obtenção de um pedaço do tumor através de agulha ou cirurgia, buscando-se células cancerígenas no exame microscópico de amostras da área suspeita. Normalmente, a amostra deve ser um pedaço de tecido, embora algumas vezes o exame do sangue seja adequado (como na leucemia).¹⁴⁴

Quando os resultados dos exames laboratoriais ou de imagem sugerem câncer, a medição dos níveis sanguíneos de marcadores tumorais (substâncias secretadas na corrente

¹⁴¹ SUDHAKAR, 2009, p. 3.

¹⁴² WATSON, M. et al. Reaction to a diagnosis of breast cancer. *Cancer*, v. 53, n. 1, p. 2008-2012, 1984. p. 2009.

¹⁴³ PAZ, W. A. et al. Biópsia de linfonodo sentinela: quando indicar. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 47, n. 3, p. 303-308, 2001. p. 304.

¹⁴⁴ PAZ et al., 2001, p. 304.

sanguínea por certos tumores) pode fornecer evidência adicional a favor ou contra o diagnóstico. Em pessoas que foram diagnosticadas com certos tipos de câncer, os marcadores tumorais podem ser úteis para monitorar a eficácia do tratamento e para detectar possíveis recidivas. Para alguns tipos, o nível de um marcador tumoral cai após o tratamento e aumenta se o câncer recorrer. Alguns marcadores tumorais não podem ser medidos no sangue, mas podem ser encontrados em células tumorais. Esses marcadores são encontrados examinando o tecido de uma amostra de biópsia.¹⁴⁵

Um diagnóstico de câncer tem efeitos físicos significativos em um indivíduo, que resultam da doença em si e do seu tratamento. Poucas outras doenças, no entanto, causam o impacto psicossocial adicional do câncer. As ramificações psicossociais são sérias, duradouras e amplas, afetando não apenas o indivíduo com câncer, mas também sua extensa rede de familiares, amigos e conhecidos. Assim, em todas as fases ao longo do *continuum* do câncer, os cuidados prestados devem abordar aspectos físicos da doença, além da saúde mental e forças de enfrentamento do paciente e da família.¹⁴⁶

Assim, desde o diagnóstico inicial, passando pelo tratamento, sobrevivência, recorrência e morte, a compreensão dos pacientes com câncer de sua doença e de suas vidas com a doença varia do físico, social, emocional e espiritual. Um diagnóstico levanta questões e preocupações relacionadas à espiritualidade, existenciais e religiosas. O diagnóstico de câncer muda a vida dos pacientes para sempre, muitas vezes desencadeando questões profundas de significado e propósito e, com a jornada pelo tratamento, questões profundas de esperança e realização. As incertezas e inúmeras decisões podem levantar questões relacionadas à espiritualidade com mais frequência em pessoas diagnosticadas com câncer do que em outras doenças de longo prazo.¹⁴⁷

A ansiedade e a incerteza de um diagnóstico de câncer podem criar extrema perturbação na vida de qualquer indivíduo. Um diagnóstico de câncer pode criar uma ameaça para o senso geral de segurança e ordem na vida. Embora a grande maioria dos cânceres sejam tratáveis, muitas pessoas mantêm medos profundos de que a doença é sinônimo de dor,

¹⁴⁵ OLIVEIRA, C. et al. Intervenção transtorácica pulmonar guiada por TC: punção aspirativa por agulha fina e biópsia. *Acta Radiológica Portuguesa*, v. 26, n. 101, p. 11-14, 2014. p. 12.

¹⁴⁶ GORMAN, L. M. The psychosocial impact of cancer on the individual, family, and society. In: BUSH, N. J.; GORMAN, L. M. *Psychosocial nursing care along the cancer continuum*. 3. ed. Pittsburg: Oncology Nursing Society, 2018. p. 4.

¹⁴⁷ COHEN, S. R. et al. Existential well-being is an important determinant of quality of life: evidence from the McGill quality of life questionnaire. *Cancer*, v. 77, n. 1, p. 576-586, 1996. p. 579.

sofrimento e morte, sendo uma doença que manteve ao longo do tempo um estigma altamente negativo.¹⁴⁸

Um diagnóstico de câncer leva a um conjunto complexo de problemas, incluindo lidar com os sintomas físicos da doença e tratamento, enfrentando a dimensão existencial da doença, e busca por um consolo filosófico, uma estrutura de crença espiritual ou religiosa ou valores que dão sentido à vida e à morte.¹⁴⁹ Antes do diagnóstico, o indivíduo pode estar ciente das alterações corporais que podem indicar câncer (por exemplo, um nódulo, sangramento anormal). Essa consciência cria um estado de hiperatividade que eventualmente leva à ação na maioria das pessoas. A rapidez com que essa ação ocorre depende de muitas variáveis, incluindo experiência passada com câncer em si mesmo ou na família, que pode incentivar alguns a procurar atendimento médico rápido, enquanto outros podem evitar a atenção médica por temerem o que esses sintomas poderiam significar.¹⁵⁰

A aceitação da doença e uma menor carga de ansiedade estão associadas à forma de comunicação do médico ao dar a notícia, devendo o paciente ser preparado antes do tempo para um possível diagnóstico positivo, fornecendo informações e abertamente discutindo a expectativa de vida e gravidade do problema, envolvendo o paciente nas decisões de tratamento.¹⁵¹

Alguns pacientes adultos recém-diagnosticados e seus familiares experimentam níveis severos de depressão, ansiedade e angústia. O surgimento da doença acarreta consequências a longo prazo para os pacientes, incluindo não apenas o estresse relacionado ao diagnóstico, mas também todo o processo de tratamento, a diminuição da qualidade de vida e, muitas vezes, o enfrentamento dos efeitos colaterais. Como resultado, a vida social e a capacidade de trabalho do paciente podem ser limitadas. Os sintomas físicos da doença estão frequentemente associados a vários transtornos mentais. No entanto, dependendo dos tipos individuais de comportamento, bem como da experiência anterior, a atitude em relação à doença pode variar significativamente.¹⁵²

¹⁴⁸ HOLLAND, J. C. History of psychosocial oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, v. 64, n. 1, p. 206-221, 2002. p. 211.

¹⁴⁹ DANKERT, A. et al. Fear of progression in patients with cancer, diabetes mellitus, and chronic arthritis. *Rehabilitation*, v. 42, n. 2, p. 155-163, 2003. p. 158.

¹⁵⁰ GORMAN, 2018, p. 5.

¹⁵¹ SCHOFIELD, P. E. et al. Psychological responses of patients receiving the diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, v. 14, n. 3, p. 48-56, 2003. p. 49.

¹⁵² RELIGIONI, U.; CZERW, A.; DEPTALA, A. Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iran Journal Public Health*, v. 44, n. 8, p. 1135-1142, 2015. p. 1136.

É importante ressaltar que uma atitude adotada em relação à doença pode influenciar na qualidade de vida, bem como decidir sobre o desfecho da terapia. Portanto, a aceitação da doença e a aceitação relacionada da dor, do sofrimento e do desconforto da vida são problemas sérios para os pacientes com carcinoma. É porque o câncer afeta vários aspectos da vida do paciente, ou seja, a área física, mental, social e espiritual.¹⁵³

A aceitação da doença é realizada simultaneamente em dois níveis: emocional e cognitivo-comportamental. Os pacientes aprendem a aceitar não apenas os sintomas, mas também as mudanças resultantes na qualidade de vida, a limitação da autoconfiança e independência e, portanto, a mudança de seus papéis individuais em suas famílias e na sociedade. Esta aceitação está amplamente correlacionada com a gravidade dos sintomas e o controle pessoal da dor. É percebido como um indicador emocional da forma como os pacientes atuam na doença, reduz a intensidade das emoções negativas associadas à doença e permite aceitar as limitações que induz.¹⁵⁴

Há estudos que mostram o impacto de variáveis socioeconômicas sobre problemas relacionados a aceitação e adaptação à uma doença. As variáveis que diferenciam os pacientes em termos dos aspectos acima incluem sexo, idade, educação e status socioeconômico. Não é incomum que pacientes mais jovens, com maior nível de escolaridade e alto nível socioeconômico, demonstrem maior aceitação da doença e utilizem estratégias mais eficazes de enfrentamento. Também existem relações significativas entre aceitação e manejo da dor, adaptação à doença e os efeitos da terapia administrada.¹⁵⁵

Ser diagnosticado com uma doença maligna é uma experiência traumática emocional, psicológica e física. Na melhor das hipóteses, o diagnóstico está associado a mudanças consideráveis na vida e necessidade de adaptação a novas circunstâncias. Muitos estudos comprovam que essas alterações são frequentemente negativas e estão relacionadas ao estresse causado pelo diagnóstico, medo da doença e medo da morte.¹⁵⁶

É amplamente sabido que estratégias de enfrentamento, aceitação da doença e adaptação ao câncer têm um impacto substancial no tratamento de doenças

¹⁵³ LUEBOONTHAVATCHAI, P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, v. 90, n. 10, p. 2164-2174, 2007. p. 2166.

¹⁵⁴ DIJKSTRA, A. et al. Psychological adjustment to chronic illness: The role of prototype evaluation in acceptance of illness. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, v. 12, n. 3-4, p. 119-140, 2008. p. 123.

¹⁵⁵ TURK, D. C.; MONARCH, E. S.; WILLIAMS, A. D. Cancer patients in pain: considerations for assessing the whole person. *Hematology Oncology Clinic North American*, v. 16, n. 3, p. 511-525, 2002. p. 516.

¹⁵⁶ GACCI, M. et al. Quality of life in women undergoing urinary diversion for bladder cancer: results of a multicenter study among long-term disease-free survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 11, n. 1, p. 11-43, 2013. p. 17.

malignas. Portanto, parece vital identificar os aspectos cognitivos e comportamentais que podem favorecer o funcionamento adaptativo do paciente com câncer e dor. Esses fatores podem ajudar a entender as diferenças no ajustamento entre pacientes, determinar suas forças e fraquezas cognitivas, identificando objetivos do tratamento e prevendo resultados terapêuticos.¹⁵⁷

2.3.1 Estratégias de enfrentamento do paciente oncológico

Apesar das diferenças marcantes no progresso de diferentes tipos de câncer e da crescente eficácia dos tratamentos médicos, continua a ser a doença mais amplamente temida, levando a um considerável sofrimento psicológico em pacientes, famílias, bem como nos profissionais de saúde que prestam cuidados a esses indivíduos. Além de sintomas desagradáveis, como dor, náusea, cansaço e fadiga, problemas financeiros e problemas relativos a emprego, moradia, preocupações com a família e dúvidas existenciais também ocorrem.¹⁵⁸

O enfrentamento é um processo mental complexo, por meio do qual a pessoa lida com o estresse, resolve problemas e toma decisões. É uma resposta emocional, cognitiva e comportamental de um paciente a uma doença. O processo de *coping* envolve pelo menos dois estágios: confrontar e gerenciar os diferentes aspectos da doença. Como cada paciente é uma pessoa única, uma resposta emocional, cognitiva e comportamental pode variar muito, podendo, ocasionalmente, ser bastante imprevisível no mesmo paciente.¹⁵⁹

Coping é um processo essencial que envolve os esforços cognitivos e comportamentais de um indivíduo para gerenciar um estressor. No caso do câncer, é o método no qual o paciente responde ao diagnóstico e como se lida com a doença, sendo uma habilidade que ajuda a estabilizar suas respostas ao diagnóstico, alteração da vida e suas novas repercussões.¹⁶⁰ É consenso que as estratégias de enfrentamento dos pacientes têm um efeito sobre a qualidade de vida, o bem-estar psicológico, as interações sociais e como integram com

¹⁵⁷ KRAKEWSKI, W. et al. Assessment of Pain Management, Acceptance of Illness, and Adjustment to Life with Cancer in Patients with Nonmuscle Invasive Bladder Cancer. *BioMed Research International*, v. 2018, n. 7598632, p. 1-10, 2018. p. 2.

¹⁵⁸ JENSEN, M. P. et al. Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 69, n. 4, p. 655-662, 2001. p. 657.

¹⁵⁹ YRJALA, K. L. et al. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, v. 32, n. 16, p. 1703-1711, 2014. p. 1704.

¹⁶⁰ JENSEN et al., 2001, p. 658.

a doença em sua vida. Além disso, esses esforços de enfrentamento podem persistir no pós-tratamento, permitindo maior sobrevivência e melhor qualidade de vida.¹⁶¹

Fatores psicológicos também desempenham um papel vital na seleção de estratégias de enfrentamento pelo paciente e as formas escolhidas são altamente afetadas por convicções individuais. A doença maligna afeta vários aspectos da vida e, por essa razão, a aceitação da doença é um problema grave para pacientes com câncer. De uma perspectiva mais simples, a aceitação da doença pode ser considerada uma aprovação para mudanças na vida, estando comprovado que o nível mais alto de aceitação do câncer impede a intensificação das emoções negativas, está correlacionado com a gravidade dos sintomas, facilita a aceitação das limitações induzidas pela doença e leva a uma maior motivação para combater a doença. Por outro lado, a falta de aceitação da doença é um problema maior do que a doença em si.¹⁶²

Uma estratégia comum de enfrentamento - aceitação e reinterpretação positiva - pode levar a maior sensação de significado da vida, através da reavaliação do diagnóstico como menos negatividade, sendo necessário pelo menos alguma avaliação positiva de um evento traumático para que o crescimento ocorra. Além disso, indivíduos que reavaliam um evento traumático podem achar que é uma oportunidade de crescimento pessoal.¹⁶³

Nesse sentido, a espiritualidade tem sido considerada uma forma de estratégia de enfrentamento do paciente com câncer, atribuindo significado ao seu processo saúde-doença, em busca da sobrevivência e com apego à fé, para minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança de cura durante o tratamento, enfrentamentos estes adquiridos na vida social.¹⁶⁴

O apoio social e o enfrentamento ativo - buscando outras pessoas ou desenvolvendo um plano de ação - também podem ajudar as pessoas a encontrar significado, promovendo engajamento e expressão emocional para os outros. Por sua vez, a expressão facilita o processamento adicional do evento e seu significado e permite que os indivíduos visualizem um evento de uma perspectiva mais significativa. O enfrentamento ativo também pode

¹⁶¹ CHITTEM, M. Understanding coping with cancer: How can qualitative research help? *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, v. 10, n. 1, p. 6-10, 2014. p. 8.

¹⁶² HARRISON, T. et al. Marriage, impairment, and acceptance in persons with multiple sclerosis. *Western Journal of Nursing Research*, v. 26, n. 3, p. 266-285, 2004. p. 273.

¹⁶³ JIM, H. S. et al. Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. *Health Psychology*, v. 25, n. 6, p. 753-761, 2006. p. 756.

¹⁶⁴ GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011. p. 58.

influenciar o sentido da vida, aumentando os sentimentos de autoeficácia e controle pessoal.¹⁶⁵

O enfrentamento religioso, como orar e assistir aos serviços religiosos pode ajudar a moldar o sentido de significado da vida, fornecendo uma estrutura ou sistema de crenças que responda a muitos dos problemas com os quais alguns indivíduos lutam. Os pacientes podem chegar a conceituar o diagnóstico como parte de um plano maior ou algo que tenha maior significado para a própria vida do que experimentar o câncer como um evento aleatório.¹⁶⁶

Em contraste com essas escolhas positivas, estratégias negativas, como negação e evitação, podem interferir mais, impedindo pensamentos e comportamentos adaptativos. Os pacientes que usam a evitação como estratégia de enfrentamento ou se sentem resignados com seu destino podem ter menos probabilidade de usar estratégias de enfrentamento ativas que estimulem um senso de significado, como tomada de decisão, busca de informação ou expressão emocional. A negação pode impedir a aceitação necessária para a incorporação do evento em crenças sobre o significado da vida, causando um ciclo de negação e pensamentos intrusivos.¹⁶⁷

Emoções negativas desencadeadas pelo diagnóstico de câncer podem fazer com que uma pessoa se sinta sem qualquer perspectiva. Além disso, a dor, os procedimentos terapêuticos e, em alguns casos, as hospitalizações frequentes e prolongadas, fazem com que o paciente se sinta inútil e dependente de outras pessoas.¹⁶⁸

A espiritualidade está entre os recursos aos quais muitos recorrem para lidar com um diagnóstico de câncer, podendo ser útil para lidar com o desafio físico dos sintomas, sofrimento psíquico e consciência de que a vida é limitada. A espiritualidade também pode orientar pacientes e seus entes queridos para encontrar significado, esperança e possibilidade para alegria em meio ao confronto com a realidade. Ao mesmo tempo, a angústia espiritual pode estar presente naqueles que lidam com a doença em fase avançada, impedindo o enfrentamento eficaz.¹⁶⁹

Estudos realizados nas últimas décadas têm apontado uma relação positiva entre espiritualidade/religiosidade e melhores indicadores de saúde, analisando que indivíduos

¹⁶⁵ REYNOLDS, P. et al. Use of Coping Strategies and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*, v. 152, n. 10, p. 940-949, 2000. p. 943.

¹⁶⁶ REYNOLDS et al., 2000, p. 944.

¹⁶⁷ PAULA JÚNIOR, W. et al. Estratégias de Coping de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 27, n. 4, p. 491-497, 2011. p. 494.

¹⁶⁸ PAULA JÚNIOR et al., 2011, p. 495.

¹⁶⁹ PUCHALSKI, 2012, p. 52.

religiosos costumam apresentar uma capacidade maior para enfrentar circunstâncias adversas da vida, através do enfrentamento (*Coping*) Religioso/Espiritual. Desde o diagnóstico inicial, tratamento, sobrevivência, recorrência e morte, a compreensão do paciente com câncer de sua doença e de sua vida varia de aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais. Um diagnóstico levanta questões e preocupações relacionadas à espiritualidade, tanto existenciais quanto religiosas.¹⁷⁰

Embora nem todas as pessoas sejam religiosas, todas são espirituais, principalmente aquelas que se aproximam do fim da vida. Os profissionais que lidam com esses pacientes não devem, portanto, negligenciar a espiritualidade, um componente essencial do cuidado. O diagnóstico muda a vida dos pacientes para sempre, muitas vezes provocando questões profundas de significado e propósito. Com a jornada do tratamento, surgem profundas questões de esperança e realização. As incertezas e as inúmeras decisões podem levantar questões relacionadas à espiritualidade com mais frequência em pessoas diagnosticadas com câncer do que com outras doenças de longa duração. A espiritualidade também é um componente importante da qualidade de vida de pacientes com câncer, incluindo bem-estar espiritual, físico e psicossocial.¹⁷¹

Circunstâncias adversas e eventos inesperados da vida podem iniciar uma consciência da espiritualidade. Pacientes com câncer com altos níveis de bem-estar espiritual têm menos probabilidade de ficar deprimidos e encontrar a paz interior pode ajudá-los a aproveitar melhor a vida, apesar do medo, da exaustão e da dor que podem ocorrer durante o tratamento, dando-lhes uma vontade mais forte de viver. Pessoas com altos níveis de espiritualidade podem estar menos preocupadas com a perspectiva de seu câncer se repetir ou progredir. A espiritualidade também pode atuar como um amortecedor contra o estresse do tratamento, mesmo quando estes se tornam mais agressivos e, por sua vez, debilitantes. Por sentir a aproximação da morte, o paciente com câncer pode encontrar conforto através de certos costumes ou rituais religiosos. As pessoas que se envolvem em atividades espirituais durante o tratamento podem ter maior probabilidade de sentir que a experiência de estar doente as mudou para melhor.¹⁷²

Assim, a espiritualidade possibilita aos indivíduos assimilarem um evento negativo, como o diagnóstico de um câncer, associado a um significado positivo. Por outro lado, a

¹⁷⁰ PUCHALSKI, 2012, p. 53.

¹⁷¹ GRIFFITH, J. L. *Religião que cura, religião que prejudica: um guia para a prática clínica*. Nova York: Guilford Press, 2010. p. 37.

¹⁷² GRIFFITH, 2010, p. 38.

ausência de estratégias positivas de enfrentamento parece impedir essa assimilação e pode levar a sentimento de perda. Dessa forma, os cuidados de saúde devem incluir terapia adequada e garantir o bem-estar psicológico, com base no trabalho de uma equipe multidisciplinar. Os grupos terapêuticos devem incluir indivíduos que avaliem rotineiramente o estado mental dos pacientes e a adaptação destes à sua situação de saúde.



3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, é apresentado o percurso metodológico e são analisados os resultados dos dados obtidos na pesquisa. Busca-se responder o objetivo desta pesquisa, que foi analisar a influência da espiritualidade como apoio ao enfrentamento de pacientes oncológicos em quimioterapia no Instituto do Câncer São José, integrado ao Hospital São José do Avaí, no município de Itaperuna/RJ.

3.1 Tipo de pesquisa

Quanto aos objetivos ou fins, esta pesquisa é exploratória e descritiva, uma vez que expõe características de determinado fenômeno. A pesquisa descritiva tem como uma de suas características mais significativas a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados.¹⁷³

Quanto aos procedimentos ou meios, foram utilizadas como fontes, primeiramente a pesquisa bibliográfica, a fim de se aprofundar no tema e, em seguida, levantamento através de questionário estruturado e, ao final, realizou-se a análise das informações coletadas.

A escolha dos métodos e técnicas utilizados depende “dos vários fatores relacionados com a pesquisa, ou seja, a natureza dos fenômenos, o objeto da pesquisa, os recursos financeiros, a equipe humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação”.¹⁷⁴

A abordagem da pesquisa é quali-quantitativa que, segundo Malhotra, não são contraditórias, pois ambas possuem natureza, objetivos e aplicações distintas. Enquanto a pesquisa qualitativa oferece uma melhor visão e compreensão do contexto do problema, a pesquisa quantitativa busca quantificar os dados, utilizando análise estatística.¹⁷⁵

De acordo com Gunther, é cada vez mais consensual que a complementaridade entre as duas abordagens é fundamental, tendo em vista os vários e distintos objetivos de uma

¹⁷³ GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas 2010. p. 44.

¹⁷⁴ MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 37.

¹⁷⁵ MALHOTRA, N.; ROCHA, I.; LAUDISIO, M. C. *Introdução à Pesquisa de Marketing*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010. p. 49.

pesquisa, cujos propósitos não podem ser alcançados por uma única abordagem metodológica.¹⁷⁶

3.2 Local do Estudo

O Instituto do Câncer São José, pertence ao Hospital São José do Avaí, instituição filantrópica conveniada ao Sistema Único de Saúde. O referido Instituto é referência regional em tratamento oncológico, atendendo toda a Região Noroeste do estado do Rio de Janeiro e Sul do Espírito Santo. Os pacientes chegam ao serviço com o diagnóstico e são encaminhados a um médico oncologista de acordo com a área do câncer. A partir da avaliação desse médico, são encaminhados à radioterapia, hormonioterapia ou quimioterapia.

3.3 População e Amostra

A amostra foi composta por 18 pacientes do sexo masculino, submetidos a quimioterapia. Foram considerados como critérios de inclusão indivíduos do sexo masculino, com idade acima de 18 anos e em tratamento de quimioterapia no Instituto São José. Como critérios de exclusão foram considerados pacientes do sexo feminino, pacientes do sexo masculino submetidos a outros tratamentos que não fosse a quimioterapia e menores de 18 anos.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

O instrumento para a coleta de dados consistiu em um questionário estruturado, aplicado com homens submetidos a quimioterapia, analisando primeiramente as características sociodemográficas, posteriormente buscou-se conhecer os aspectos relacionados à doença e, por fim, foi aplicada a Escala de Religiosidade da Duke (DUREL).

O questionário foi composto por 16 questões fechadas, sendo aplicado no Instituto do Câncer São José, integrado ao Hospital São José do Avaí, no município de Itaperuna/RJ. Todos os respondentes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e, após aceitação em participar, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

¹⁷⁶ GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006. p. 203.

3.5 Análise dos dados

Inicialmente, os dados coletados passaram por análise estatística utilizando o software Microsoft Office Excel 2010. A Escala de Religiosidade de Duke apresenta cinco questões, a fim de captar três dimensões da religiosidade relacionada a desfechos de saúde: organizacional (RO), religiosidade intrínseca (RI) e não-organizacional (RNO). As questões 1 e 2 abordam respectivamente os itens RO e RNO, que se referem a indicadores de saúde física, mental e suporte social, enquanto as questões 3, 4 e 5 se referem à RI, relacionadas ao suporte social e desfechos em saúde.

As opções de resposta foram apresentadas nas escalas do tipo Likert de 6 pontos (RO e RNO) e 5 pontos (RI). As subescalas foram examinadas independentemente, com pontuações mais altas indicando maior RO, RNO e RI. O item organizacional perguntou sobre a frequência de comparecimento em serviços religiosos (seis opções de resposta: 1 = nunca, 6 = mais de uma vez por semana); e o item não organizacional questionou a frequência de atividades religiosas particulares, como oração ou meditação (seis opções de resposta: 1 = raramente ou nunca, 6 = mais de uma vez por dia). Os três itens de religiosidade subjetivos ou intrínsecos indagaram sobre a experiência da presença do divino, permitindo que as crenças religiosas guiem uma abordagem da vida e transportando a religião para outras áreas da vida (cinco opções de resposta; 1 = definitivamente não é verdade, 5 = definitivamente verdade).¹⁷⁷

A soma dos pontos distribuídos nos 5 itens tem um escore final que varia de 5 a 27, correspondendo a uma medida objetiva do grau de religiosidade do indivíduo. Para analisar os dados obtidos, cada dimensão foi considerada separadamente. Nas subescalas, o índice foi invertido e somado, onde os maiores escores refletiram maior religiosidade. Para a RO e RNO a conversão resulta em: 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1 e RI: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2 ;5=1, escore mínimo de 1 e máximo de 6 para ambas. Para a RI, os três itens totalizam um escore mínimo de 3 e máximo de 15, sendo classificados de acordo com a pontuação apresentada na tabela abaixo.¹⁷⁸

¹⁷⁷ KOENIG, H. G.; PARKERSON JR, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. *The American Journal of Psychiatry*, v. 154, n. 6, p. 885-886, 1997. p. 886.

¹⁷⁸ KOENIG; PARKERSON JR; MEADOR, 1997, p. 886.

Tabela 1 – Classificação e pontuação da Escala de Duke¹⁷⁹

	Classificação	Pontuação
RO	Alta	≥ 4
	Baixa	≤ 3
RNO	Alta	≥ 4
	Baixa	≤ 3
RI	Alta	≥ 10
	Baixa	≤ 9

O estudo obedeceu às exigências contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Unida de Vitória.

3.6 Características sociodemográficas e de saúde

A amostra foi composta por uma maioria (44,4%) com idade acima de 60 anos, seguida da faixa etária de 51 a 60 anos (27,8%), 41 a 50 anos (16,7%) e 31 a 40 anos (11,1%), ou seja, o percentual foi inversamente proporcional às idades mais jovens. Em relação ao estado civil, grande parte da amostra é casada (83,3%), com baixo percentual de solteiros (11,1%) e divorciado (5,6%).

Quanto à escolaridade, 33,3% possui Ensino Fundamental incompleto, 22,2% possui o Ensino Fundamental completo, 16,7% possui o Ensino Médio incompleto, 16,7% concluiu o Ensino Médio e 11,1 possui Ensino Superior completo. Por fim, ao se buscar a renda mensal familiar, detectou-se que 27,8% possui renda acima de dois salários mínimos, 50% recebe dois salários mínimos e 22,2% tem renda de um salário mínimo. A tabela 2 apresenta o perfil sociodemográfico com as frequências absolutas (n) e relativas (%).

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico da amostra¹⁸⁰

Variável	n	%
Idade		
Entre 31 e 40 anos	2	11,1
Entre 41 e 50 anos	3	16,7
Entre 51 e 60 anos	5	27,8
Mais de 60 anos	8	44,4
Estado civil		
Solteiro	2	11,1
Casado	15	83,3

¹⁷⁹ STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, v. 15, n. 4, p. 385-393, 2013. p. 387.

¹⁸⁰ Elaborada pela pesquisadora.

Divorciado	1	5,6
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	6	33,3
Ensino Fundamental Completo	4	22,2
Ensino Médio Incompleto	3	16,7
Ensino Médio Completo	3	16,7
Ensino Superior Completo	2	11,1
Renda mensal familiar		
Acima de dois salários mínimos	5	27,8
Dois salários mínimos	9	50,0
Um salário mínimo	4	22,2

Nota: Salário mínimo no valor de R\$ 1.045,00.

Ao serem indagados sobre há quanto tempo foram diagnosticados, 5 (27,8%) participantes informaram que há menos de um ano, 12 (66,6%) afirmaram ter recebido o diagnóstico entre um e cinco anos, e um (5,6%) já foi diagnosticado há oito anos.

Um diagnóstico de câncer provoca um impacto significativo na vida dos indivíduos. Assim, ao responderem esta pergunta, a pesquisadora observou que aqueles diagnosticados há mais tempo, demonstravam maior esperança de cura, sendo mais otimistas ao afirmarem que continuam vivos e que ficarão curados “pela graça de Deus”. Aqueles que obtiveram diagnósticos há menos tempo, mostraram-se menos confiantes, além de terem alcançado escores menores na avaliação da religiosidade.

Em estudo semelhante, Fornazari e Ferreira constataram que as pessoas buscam estratégias de enfrentamento, a fim de lidarem com a doença ao longo do tratamento, dentre as quais, a religiosidade/espiritualidade, buscando, assim, um significado e explicação para a situação por que passam.¹⁸¹ Nesse sentido, “o campo da qualidade de vida pode vir a se tornar um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas/espirituais, facilitando o desenvolvimento de intervenções em saúde espiritualmente embasadas”.¹⁸²

Para Ferrel e Baird, os profissionais que atuam principalmente em centros oncológicos acabam ocupando uma posição de provedores espirituais para alguns pacientes e familiares, devendo, para tanto, possuir um entendimento básico da importância do cuidado espiritual, que trata dos pensamentos, sentimentos e experiências de ser humano.¹⁸³

Segundo Paiva, a intervenção espiritual parece ter um efeito positivo em todos os envolvidos, ocorrendo uma relação entre fé e resultados de saúde. Assim, a prática

¹⁸¹ FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010. p. 267

¹⁸² PANZINI, R. G.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007. p. 113.

¹⁸³ FERRELL, B. R.; BAIRD, P. Deriving meaning and faith in care giving. *Seminars in Oncology Nursing*, v. 28, n. 4, p. 256-261, 2012. p. 258.

religiosa/espiritual modifica a qualidade de vida dos pacientes com câncer durante a quimioterapia, onde a oração ocasiona melhoras na qualidade de vida desses indivíduos.¹⁸⁴

Perguntados sobre onde obtêm informações sobre a doença, toda a amostra (100%) informou que se informa nos serviços de saúde. No Instituto do Câncer São José, o primeiro contato do paciente, ao ser encaminhado, é com o médico que ficará responsável pelo seu tratamento. Nesta primeira consulta, são analisados todos os exames, definido o tipo de tratamento e esclarecidas todas as dúvidas que haja em relação à doença, ao prognóstico e a possíveis efeitos adversos do tratamento.

Esses médicos prestam um atendimento humanizado, buscando atender o paciente de forma holística, buscando identificar suas necessidades, instrumentalizando-o para o enfrentamento da doença. Nessa primeira consulta, que tem uma duração média de duas horas, tanto o paciente quanto a família são atendidos de forma cuidadosa, através de uma comunicação eficaz onde são levadas em conta, além das características físicas, as sociais, culturais, espirituais/religiosas e psicológicas, entendendo que estas influenciam significativamente o tratamento.

A partir do início do tratamento, são agendadas consultas regulares com o médico, a fim de continuar oferecendo informações, realizar adequações, quando necessárias, e observar como o paciente tem enfrentado o tratamento. Caso seja percebida qualquer alteração psicológica, este é encaminhado ao psicólogo da instituição.

Para Baile, na oncologia clínica, a capacidade de se comunicar efetivamente com pacientes e familiares não pode mais ser considerada uma habilidade opcional. Assim, uma comunicação eficaz inclui responder às reações emocionais dos pacientes, envolvê-lo na tomada de decisões, lidar com o estresse criado pelas suas expectativas em relação à cura, o envolvimento de vários membros da família e o dilema de como dar esperança quando a situação é sombria. Às vezes, a complexidade da interação pode criar falhas de comunicação graves, como o mal-entendido do paciente sobre o prognóstico da doença ou o objetivo do tratamento. Uma comunicação deficiente também pode impedir o objetivo de entender as expectativas do paciente em relação ao tratamento ou envolvê-lo no planejamento do tratamento.¹⁸⁵

¹⁸⁴ PAIVA, C. E. et al. Um estudo piloto abordando o impacto da prática religiosa na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama durante a quimioterapia. *Journal of Religion and Health*, v. 52, n. 1, p. 184-193, 2013. p. 189.

¹⁸⁵ BAILE, W. F. et al. A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 1, p. 302-311, 2000.

De acordo com Lind e colaboradores, explorar o conhecimento, as expectativas e as esperanças do paciente permite que o médico entenda onde o paciente está e inicie a discussão a partir desse ponto. Pedir ao paciente que descreva a história da doença geralmente revela os medos, preocupações e emoções que estão por trás das suas expectativas, que podem incluir perda de emprego, incapacidade de cuidar da família, dor e sofrimento, dificuldades para os outros ou mobilidade prejudicada. Expressar esses medos e preocupações geralmente permite que o paciente reconheça a seriedade de sua condição. Assim, entender os objetivos que o paciente tem, como controle de sintomas e garantir que eles recebam o melhor tratamento possível e a continuidade dos cuidados, permitirá ao médico criar uma esperança em termos do que é possível alcançar, o que pode ser muito reconfortante.¹⁸⁶

Questionados se têm recebido orientações sobre autocuidado e possíveis intercorrências do tratamento, toda a amostra (100%) respondeu afirmativamente, informando que essas orientações são oferecidas pela equipe multidisciplinar do centro de tratamento oncológico. Os pacientes oncológicos são atendidos regularmente por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, nutricionista, técnicos de radioterapia, farmacêutico e outros profissionais.

Friedman e colaboradores afirmam que as equipes são definidas como duas ou mais pessoas que interagem de forma dinâmica, interdependente e adaptativa para atingir um objetivo comum. Durante a fase de tratamento, uma equipe de atendimento ao câncer é geralmente identificada como uma equipe multidisciplinar de atendimento e normalmente inclui diversos profissionais com treinamento especializado em cuidados primários, oncológicos e paliativos, visando dar suporte no o atendimento de pessoas com câncer.¹⁸⁷

Assim, o cuidado e os esforços baseados em equipe para otimizar o atendimento ao paciente oncológico podem reduzir a mortalidade; melhorar a gestão hospitalar de medicamentos; e otimizar o tratamento ambulatorial de outras condições médicas concomitantes ao câncer. As informações necessárias para atender o paciente de forma individualizada variam de acordo com o tipo, estágio e local do câncer: assintomáticos ou sintomáticos, com risco aumentado devido a genética ou comportamento, diagnosticados, em tratamento, buscando palição ou no fim da vida. Cada tipo de atendimento tem uma

¹⁸⁶ LIND, S. E. et al. Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, v, 7, n. 5, p. 583-589, 1989. p. 585.

¹⁸⁷ FRIEDMAN, E. L. et al. Assessing the development of multidisciplinary care: experience of the National Cancer Institute Community Cancer Centers Program. *Journal of Oncology Practice*, v. 10, n. 2, p. 36-43, 2014. p. 39.

finalidade e requer uma base de conhecimento diferente. Assim, os profissionais envolvidos variam, podendo se expandir ou contrair ao longo do tempo.¹⁸⁸

O uso de equipes para triagem e acompanhamento resulta em melhorias no tratamento, adesão e pontualidade. Além disso, a discussão conjunta dos casos por essas equipes, afeta positivamente o planejamento e a implementação da terapia, levando a uma melhor adesão.¹⁸⁹

Ao serem perguntados se sentem bem informados sobre as mudanças físicas e psicológicas ocasionadas pela quimioterapia, todos (100%) responderam que sim. Constatou-se, portanto, que o Instituto fornece um atendimento que, na visão da amostra, os mantém informados durante todo o processo da doença, atendendo-os em suas dúvidas, dificuldades e buscando prestar um atendimento que leve o paciente a sentir-se acolhido e compreendido.

3.8 Avaliação do Índice de Religiosidade de Duke

Na avaliação do Índice de Religiosidade de Duke, obteve-se os dados relativos à religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Estes índices (RO, RNO e RI) foram classificados de acordo com parâmetros padronizados, onde a RO e a RNO é considerada baixa quando a média das respostas é < 4 e alta quando é ≥ 4 ; e a e RI é mensurada como baixa quando é < 10 e alta quando ≥ 10 .

Tabela 3 – Resultado da avaliação de religiosidade¹⁹⁰

Variáveis	Total	Média	Mínimo	Máximo
RO	84	4,6	1	6
RNO	97	5,3	1	6
RI	248	13,7	1	5

Nota: RO: Religiosidade organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca. Sendo: RO: < 4 : Baixa; ≥ 4 : Alta; RNO: < 4 : Baixa; ≥ 4 : Alta RI: < 10 : Baixa; ≥ 10 : Alta

Os índices RO e RNO, que possuem variável de 0 a 6, apresentaram escore médio de 4,6 e 5,3, respectivamente, enquanto o índice RI, que possui variação de 0 a 15, apresentou escore médio de 13,7. Observa-se, portanto, que todos os índices foram classificados como altos, entretanto, a RNO, que se refere ao tempo que os indivíduos dedicam a atividades

¹⁸⁸ TAPLIN, S. H.; RODGERS, A. B. Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 40, n. 3, p. 3-10, 2010. p. 6.

¹⁸⁹ FENNELL, N. et al. The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 40, n. 3, p. 72-80, 2010. p. 77.

¹⁹⁰ Elaborada pela pesquisadora.

religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos.

De acordo com Silva, está comprovado que o estado meditativo melhora a imunidade e proporciona tranquilidade. Assim, os indivíduos desenvolvem maior adaptabilidade ao fazerem uso da sua religiosidade/espiritualidade, buscando em Deus “amor, cuidado, ajuda, força e perdão”.¹⁹¹

A fim de apresentar uma maior especificidade dos resultados, optou-se por comparar os escores em relação a cada variável sociodemográfica. A tabela 4 apresenta os escores de acordo com a faixa etária nos três índices.

Tabela 4 – Comparação dos escores de acordo com a idade¹⁹²

Variáveis	RO	RNO	RI
Entre 31 e 40 anos	4,2	4,9	13,4
Entre 41 e 50 anos	4,1	5,1	13,8
Entre 51 e 60 anos	4,9	5,4	13,2
Mais de 60 anos	5,3	5,7	14,3
Total	4,6	5,3	13,7

Nota: RO: Religiosidade organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca. Sendo: RO: < 4: Baixa; ≥ 4: Alta; RNO: < 4: Baixa; ≥ 4: Alta RI: < 10: Baixa; ≥ 10: Alta

Houve diferença inversamente proporcional à idade nos índices de RO e RNO entre as faixas etárias, sendo possível observar que, com o avanço da idade, os indivíduos tendem a frequentar igrejas de forma mais assídua, bem como dedicar seu tempo a atividades religiosas individuais. Em relação à RI, os escores foram mais próximos, não havendo diferença significativa entre os mesmos, apesar da faixa etária com mais de 60 anos ter apresentado a maior média, ou seja, maior religiosidade subjetiva. A tabela 5 apresenta os escores de acordo com o estado civil nos três índices.

Tabela 5 – Comparação dos escores de acordo com o estado civil¹⁹³

Variáveis	RO	RNO	RI
Solteiro	5,3	5,8	15,1
Casado	5,6	5,9	14,8
Divorciado	2,8	4,2	12,3
Total	4,6	5,3	13,7

Nota: RO: Religiosidade organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca. Sendo: RO: < 4: Baixa; ≥ 4: Alta; RNO: < 4: Baixa; ≥ 4: Alta RI: < 10: Baixa; ≥ 10: Alta

¹⁹¹ SILVA, A. C. *A capelania hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico*. São Leopoldo: Oikos, 2010. p. 62.

¹⁹² Elaborada pela pesquisadora.

¹⁹³ Elaborada pela pesquisadora.

Ao se analisar o estado civil, constatou-se que os índices mais baixos de religiosidade/espiritualidade se referem ao indivíduo divorciado e os mais altos aos homens casados. Nesse sentido, Soratto e colaboradores, em estudo semelhante, afirmam que o suporte social e emocional mais próximo ao paciente vem da família, além de serem o motivo para uma melhor adaptação no decorrer do processo, estímulo para não abandonarem o tratamento e conforto nos momentos de dor, pânico ou depressão.¹⁹⁴

A tabela 6 apresenta os escores de acordo com a escolaridade nos três índices.

Tabela 6 – Comparação dos escores de acordo com a escolaridade¹⁹⁵

Variáveis	RO	RNO	RI
Ensino Fundamental incompleto	5,8	5,8	15,4
Ensino Fundamental completo	4,9	5,7	14,1
Ensino Médio incompleto	4,8	5,2	14,4
Ensino Médio completo	3,6	4,9	12,7
Ensino Superior completo	4,0	4,9	11,9
Total	4,6	5,3	13,7

Nota: RO: Religiosidade organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca. Sendo: RO: < 4: Baixa; ≥ 4: Alta; RNO: < 4: Baixa; ≥ 4: Alta RI: < 10: Baixa; ≥ 10: Alta

Quanto à escolaridade, aqueles com Ensino Fundamental incompleto tiveram escores maiores nos três índices; os indivíduos com Ensino Médio completo tiveram o menor escore na RO e na RNO; e aqueles com Ensino Superior completo obtiveram menor escore na RNO e RI.

A tabela 7 apresenta os escores de acordo com a renda nos três índices.

Tabela 7 – Comparação dos escores de acordo com a renda¹⁹⁶

Variáveis	RO	RNO	RI
Acima de dois salários mínimos	3,8	5,8	15,1
Dois salários mínimos	4,6	5,9	14,8
Um salário mínimo	5,4	4,2	12,3
Total	4,6	5,3	13,7

Nota: RO: Religiosidade organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca. Sendo: RO: < 4: Baixa; ≥ 4: Alta; RNO: < 4: Baixa; ≥ 4: Alta RI: < 10: Baixa; ≥ 10: Alta

Quando os escores foram analisados de acordo com a renda, foi observado que os indivíduos com maior renda apresentaram o menor índice de RO e maior de RI; aqueles que

¹⁹⁴ SORATTO, M. T. et al. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016. p. 57.

¹⁹⁵ Elaborada pela pesquisadora.

¹⁹⁶ Elaborada pela pesquisadora

possuem ganhos de dois salários mínimos obtiveram maior índice na RNO e os que possuem renda de um salário mínimo tiveram o maior escore na RO e menor escore na RNO e RI.

Assim, os resultados demonstraram que a amostra apresentou escores altos de RO, RNO e RI, entretanto, os indivíduos mais velhos, casados, com menor escolaridade e com renda de dois salários mínimos demonstraram maior religiosidade/espiritualidade que os demais.

É sabido que o câncer causa danos físicos significativos e problemas emocionais em seus pacientes, devido às complicações da doença e longos tratamentos, apesar dos avanços recentes no diagnóstico e nas modalidades terapêuticas que o têm tornado uma doença crônica, com resultados variáveis. Isso pode se traduzir em uma necessidade de cuidados contínuos e prolongados para os pacientes. Nesse contexto, problemas psicológicos como a ansiedade, depressão e solidão, são comumente reconhecidos, sendo necessário olhar para os demais aspectos que envolvem a doença, a fim de encontrar maneiras de melhorar o bem-estar desses indivíduos. Assim, tem sido sugerido que as crenças e práticas religiosas ou espirituais podem influenciar no bem-estar e enfrentamento da doença.¹⁹⁷

A religiosidade/espiritualidade e o enfrentamento religioso parecem desempenhar um papel importante para ajudar pacientes com câncer a lidar com o sofrimento psicológico. Assim, uma melhor compreensão desses fatores é crucial para lançar luz sobre questões não reconhecidas anteriormente que podem afetar os resultados do cuidado.

Considera-se que a religiosidade/espiritualidade serve a três propósitos para os pacientes. Primeiro, como base para encontrar um significado para a doença, depois para fornecer os recursos para lidar e, finalmente, melhorar ou dar esperança. Isso leva a um melhor enfrentamento e a evitar comportamentos destrutivos. Além disso, a fé está ligada a níveis mais baixos de ansiedade, menor incidência de depressão e menor nível de estresse e até menor número de suicídios.¹⁹⁸

A prática espiritual também tem uma influência significativa na emoção e na saúde mental, contribuindo para aumentar os níveis de autocontrole e diminuir os níveis de frustração. Em pacientes que sofrem de doenças crônicas como o câncer, pode-se esperar uma

¹⁹⁷ VISSER, A.; GARSSSEN, B.; VINGERHOETS, A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, v. 19, n. 6, p. 565-572, 2010. p. 567.

¹⁹⁸ WEAVER, A. J.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and their relevance to medicine: an update. *American Family Physician*, v. 73, n. 8, p. 1336-1337, 2006. p. 1337.

relação positiva entre qualidade de vida e espiritualidade, ou seja, o aumento do nível de espiritualidade estaria correlacionado com um maior nível de qualidade de vida.¹⁹⁹

Estratégias de enfrentamento, como a espiritualidade, podem levar a uma perspectiva diferente da situação e resultar em uma melhor adaptação à doença. Além disso, a fé pode dar aos pacientes uma sensação de paz e força interior, ajudando a dar sentido à experiência e à vida. As crenças espirituais também podem levar à diminuição do sentimento de emoções negativas, como hostilidade, alívio e conforto. Também pode ser uma fonte de esperança, otimismo e apoio aos pacientes, o que causa um melhor enfrentamento de sua doença.²⁰⁰

O efeito geralmente da espiritualidade no enfrentamento, na adaptação e em outros resultados de saúde levou ao desenvolvimento dessa pesquisa sobre a função da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento do câncer. Em uma perspectiva funcional, o enfrentamento e a religiosidade são processos centrados no significado que envolvem uma busca por significância nos eventos da vida. Esses processos podem ser complementares, ou seja, o enfrentamento pode ser influenciado por crenças religiosas/espirituais, construindo significados fundamentados em uma relação com o sagrado.

A dependência de recursos espirituais e familiares pode funcionar como fatores de proteção, aumentando a resiliência ao estresse e aumentando a probabilidade de adaptação positiva. Os métodos religiosos/espirituais de enfrentamento são entendidos como estratégias "sagradas", que são frequentemente usadas para lidar com os estressores da vida cotidiana. A palavra sagrado é usada para denotar não apenas as noções tradicionais de Deus, poderes divinos ou superiores, mas também para denotar outros aspectos da vida que se acredita serem influenciados ou associados ao divino ou um sentimento divino. Considerando isso, pode-se dizer que a alta religiosidade/espiritualidade pode estar associada ao maior uso do enfrentamento religioso em situações graves, como o câncer.²⁰¹

Para Levine e Targ, analisar o papel da espiritualidade na vida de pacientes com câncer pode ser um marcador útil para prever a sua capacidade de lidar com o estresse ocasionado pela doença e melhorar sua qualidade de vida, auxiliando os serviços de oncologia a preverem aspectos das necessidades psicossociais de forma sensível e adequada, ao

¹⁹⁹ BOELEN, P. A. et al. A randomized trial of the effect of prayer on depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 39, n. 4, p. 377-392, 2009.

²⁰⁰ VISSER; GARSSSEN; VINGERHOETS, 2010, p. 567.

²⁰¹ GROVER, S.; DUA, D. Translation and adaptation into Hindi of Central Religiosity Scale, Brief Religious Coping Scale (Brief RCOPE), and Duke University Religion Index (DUREL). *Indian Journal of Psychological Medicine*, v. 41, n. 6, p. 556-561, 2019. p. 558.

definirem aqueles que estão mais propensos a necessitar de ajuda para o enfrentamento da doença.²⁰²

Neste estudo, os pacientes com pontuações mais altas nos índices demonstraram calma e aceitação da doença no momento da entrevista. O nível educacional afetou os aspectos espirituais, e os pacientes com menor escolaridade e idade mais avançada estavam mais envolvidos com a espiritualidade, mostrando-se convencidos de que sua força vem de uma fonte espiritual, influenciando de forma positiva sua vida e o desfecho da doença. Assim, foi possível constatar que menor nível educacional foi associado a pontuações mais altas de envolvimento espiritual, ou seja, à prática religiosa convencional e não convencional.

Um achado adicional deste estudo foi que especialmente pacientes que divorciados estavam menos ligados à busca de um significado espiritual. Este resultado está de acordo com as conclusões de outro estudo, que constatou que homens casados ou em outro tipo de união, recebem mais apoio emocional e maior influência religiosa/espiritual das mulheres, que são frequentemente as principais responsáveis pela busca de um significado transcendental para a doença e o sofrimento.²⁰³

Neste estudo, cada uma das escalas foi correlacionada com variáveis sociodemográficas, sendo constatado que os índices foram significativamente influenciados pela idade, educação e renda. As pontuações não foram fortemente afetadas pela variável tempo desde o diagnóstico.

Os resultados sugerem que o índice de religiosidade de Duke pode ser um instrumento útil para avaliar várias dimensões do envolvimento religioso/espiritual em contextos oncológicos, analisando sua relação com a saúde física e emocional dos pacientes com câncer. Também pode ser útil a toda a equipe multidisciplinar, como uma ferramenta de triagem, fornecendo informações pertinentes, garantindo uma melhor assistência ao paciente e familiares e fornecendo cuidados mais abrangentes.

²⁰² LEVINE, E. G.; TARG, E. Spiritual correlates of functional wellbeing in women with breast cancer. *Integrative Cancer Therapies*, v. 1, n. 1, p. 166-174, 2002. p. 171.

²⁰³ UMBERSON, D.; WORTMAN, C. B.; KESSLER, R. C. Widowhood and depression: explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 33, n. 1, p. 10-24, 1992. p. 16.

CONCLUSÃO

O impacto da espiritualidade e religiosidade no curso da doença, nas habilidades de enfrentamento e na qualidade de vida relacionada à saúde vem sendo amplamente discutido pelos profissionais de saúde. Diante disso, este estudo analisou a influência da espiritualidade/religiosidade cristã como apoio ao enfrentamento de pacientes oncológicos em quimioterapia no Instituto do Câncer São José, integrado ao Hospital São José do Avaí, no município de Itaperuna/RJ.

Através da aplicação de um questionário sociodemográfico e do índice de religiosidade de Duke, considerado um instrumento confiável e válido para medir a busca dos pacientes por apoio significativo através da espiritualidade/religiosidade em termos de enfrentamento da doença e restauração da saúde, constatou-se altos escores entre os homens entrevistados.

Durante as entrevistas, foi possível observar que os pacientes tratados no Instituto São José recebem orientações sobre a doença, tratamento, prognóstico e são acolhidos por toda a equipe que atua naquele local. Assim, apesar de não ter feito parte do questionário, os entrevistados fizeram questão de frisar o excelente atendimento que recebem.

Dada a importância do bem-estar espiritual para doentes oncológicos, a integração de uma avaliação sistemática de tais necessidades em cuidados médicos é essencial, devido à sua associação com melhores resultados de saúde, habilidades de enfrentamento e qualidade de vida, bem como com menores índices de ansiedade e depressão.

A hipótese de que atividades e conexões religiosas/espirituais estivessem associadas a níveis mais altos de bem-estar foi confirmada. O padrão geral dos resultados mostrou que a conexão espiritual tende a estar relacionada à satisfação e bem-estar, fornecendo aos indivíduos a força necessária para o enfrentamento da doença, independentemente de condições sociais, financeiras, físicas ou mentais.

Entretanto, foi possível observar que, com o avançar da idade, parece ocorrer um aumento da espiritualidade, bem como em indivíduos que possuem companheira, levando à conclusão que o apoio, afeto e estabilidade conjugal podem aumentar a sensação de segurança, esperança e otimismo do paciente.

Assim, os médicos e demais profissionais que atuam em centros oncológicos devem se utilizar de mecanismos que possam avaliar as questões espirituais e atividades religiosas de seus pacientes, pois se constituem importantes recursos para a adesão e manutenção do tratamento, contribuindo para melhores prognósticos.

Concluindo, foi possível observar que a religiosidade/espiritualidade apresentou um impacto positivo na qualidade de vida da amostra, principalmente por representações de enfrentamento ao sofrimento e incertezas relacionadas ao tratamento oncológico. Os resultados desta pesquisa constataram que o grupo com maiores índices de religiosidade/espiritualidade na religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca (ou subjetiva), estava mais adaptado ao tratamento, com maior esperança de cura e, conseqüentemente, com melhor qualidade de vida. Nesse sentido, o índice de religiosidade de Duke se mostrou uma escala apropriada, confiável e válida, que pode ser usada em pesquisas que examinam a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde.

Sugere-se, para estudos futuros, que sejam realizadas pesquisas junto aos profissionais da oncologia sobre a percepção dos mesmos em relação à associação entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida dos pacientes atendidos. Pode ser considerada uma limitação deste estudo o tamanho da amostra, devido ao número pequeno de homens submetidos à quimioterapia na instituição pesquisada. Assim, são necessárias pesquisas com um número maior de pacientes, a fim de determinar se os resultados obtidos podem ser generalizados além dessa população. Apesar da limitação da amostra, a pesquisa realizada se torna relevante para as pesquisas que objetivam estudar a influência da espiritualidade/religiosidade no apoio aos pacientes oncológicos em quimioterapia. A aplicabilidade a pesquisa realizada pode ser utilizada nas áreas das Ciências Humanas, Ciências da Saúde e Ciências Sociais, em diálogos interdisciplinares e transdisciplinares.

REFERÊNCIAS

- ALLMON, A.L.; ALLMON, B.A.; TALLMAN, B.A.; ALTMAIER, E.M. Spiritual Growth and Decline Among Patients With Câncer. *Oncology Nursing Fórum*, v. 40, n. 6, p. 559-565, 2013.
- ANELI, T. F. M. Princípios gerais de quimioterapia antineoplásica. In: COELHO, F. R. G. (Ed.) *Curso básico de oncologia do Hospital A. C. Camargo*. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.
- AREM, H.; LOFTFIELD, E. Cancer Epidemiology: A Survey of Modifiable Risk Factors for Prevention and Survivorship. *American Journal of Lifestyle Medicine*, v. 12, n. 3, p. 200-210, 2018.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 3, p. 1-9, 2017.
- BAILE, W. F. et al. A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 1, p. 302-311, 2000.
- BALBONI, T. A. et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, v. 25, n. 4, p. 555-560, 2007.
- BARTEL, M. What is spiritual? What is spiritual suffering? *Journal of Pastoral Care and Counseling*, v. 58, n. 3, p. 187-201, 2004.
- BOCCATTO, M. A importância da Bioética. *Revista Genética na Escola/Sociedade Brasileira de Genética*, v. 4, p. 11-14, 2007.
- BOELEN, P. A. et al. A randomized trial of the effect of prayer on depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 39, n. 4, p. 377-392, 2009.
- BOFF, L. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.
- _____. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BREITBART, W. Spirituality and meaning in cancer. *Psychooncology*, v. 4, n. 4, p. 237-240, 2005.
- BRITO, R. F. *Finalidade do mundo: estudos de filosofia e teleologia naturalista*. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2012.
- BROMBERG, S. E. et al. Radioterapia intraoperatória como protocolo de tratamento do câncer de mama inicial. *Einstein*, v. 11, n. 4, p. 439-445, 2013.
- BUSSING, A.; BALZAT, H. J.; HEUSSER, P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medical Research*, v. 15, n. 1, p. 266-273, 2010.

CALDAS, C. P. Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. In: SALDANHA, L. A.; CALDAS, C. P. (Org.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CAMBOIM, A.; RIQUE, J. Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos. *Revista Brasileira de História das Religiões*, v. 3, n. 7, p. 251-263, 2010.

CASTELO-BRANCO, M.; BRITO, D.; FERNANDES-SOUSA, C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*, v. 14, n. 1, p. 100-108, 2014.

CAVALCANTI, R. O retorno do conceito do sagrado na ciência. In: TEIXEIRA, E.F.B.; MULLER, M.C.; SILVA, J.D.T. *Espiritualidade e qualidade de vida* (Orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

CHITTEM, M. Understanding coping with cancer: How can qualitative research help? *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, v. 10, n. 1, p. 6-10, 2014.

COHEN, S. R. et al. Existential well-being is an important determinant of quality of life: evidence from the McGill quality of life questionnaire. *Cancer*, v. 77, n. 1, p. 576-586, 1996.

DANKERT, A. et al. Fear of progression in patients with cancer, diabetes mellitus, and chronic arthritis. *Rehabilitation*, v. 42, n. 2, p. 155-163, 2003.

DE MARCO, M.A. *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DE VITA JR., V.; CHU, E. A History of cancer chemotherapy. *Cancer Research*, v. 68, n. 2, p. 8643-8653, 2008.

DIJKSTRA, A. et al. Psychological adjustment to chronic illness: The role of prototype evaluation in acceptance of illness. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, v. 12, n. 3-4, p. 119-140, 2008.

FAGUET, G. B. A brief history of cancer: Age-old milestones underlying our current knowledge database. *International Journal of Cancer*, v. 136, n. 2, p. 2022-2036, 2015.

FENNELL, N. et al. The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 40, n. 3, p. 72-80, 2010.

FERRELL, B. R.; BAIRD, P. Deriving meaning and faith in care giving. *Seminars in Oncology Nursing*, v. 28, n. 4, p. 256-261, 2012.

FLANNELLY, K. J.; ELLISON, C. G.; STROCK, A. L. Methodologic issues in research on religion and health. *Southern Medical Journal*, v. 97, n. 3, p. 1231-1241, 2004.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010.

FRIEDMAN, E. L. et al. Assessing the development of multidisciplinary care: experience of the National Cancer Institute Community Cancer Centers Program. *Journal of Oncology Practice*, v. 10, n. 2, p. 36-43, 2014.

GACCI, M. et al. Quality of life in women undergoing urinary diversion for bladder cancer: results of a multicenter study among long-term disease-free survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 11, n. 1, p. 11-43, 2013.

GALIAN, D.M.C.; REGINATO, V. Relação assistencial e sua humanização. In: RAMOS, D.L.P. (Org.). *Bioética: pessoa e vida*. São Caetano do Sul: Difusão, 2009.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas 2010.

GORMAN, L. M. The psychosocial impact of cancer on the individual, family, and society. In: BUSH, N. J.; GORMAN, L. M. *Psychosocial nursing care along the cancer continuum*. 3. ed. Pittsburg: Oncology Nursing Society, 2018.

GRIFFITH, J. L. *Religião que cura, religião que prejudica: um guia para a prática clínica*. Nova York: Guilford Press, 2010.

GROVER, S.; DUA, D. Translation and adaptation into Hindi of Central Religiosity Scale, Brief Religious Coping Scale (Brief RCOPE), and Duke University Religion Index (DUREL). *Indian Journal of Psychological Medicine*, v. 41, n. 6, p. 556-561, 2019.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

HAMPTON, D. M. et al. Spiritual needs of persons with advanced cancer. *American Journal of Hospice Palliative Care*, v. 24, n. 2, p. 42-48, 2007.

HARRISON, T. et al. Marriage, impairment, and acceptance in persons with multiple sclerosis. *Western Journal of Nursing Research*, v. 26, n. 3, p. 266-285, 2004.

HOLLAND, J. C. History of psychosocial oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, v. 64, n. 1, p. 206-221, 2002.

HOSSNE, W. S.; PESSINI, L. Dos referenciais da Bioética – a espiritualidade. *Revista BioEthikos*, v. 8, n. 1, p. 1-30, 2014.

HOWREN, M.B. et al. Psychological factors associated with head and neck cancer treatment and survivorship: Evidence and opportunities for behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 81, n. 1, p. 299-317, 2013.

HUSSEIN, M. S.; REBELLO, P. Combate ao câncer ganha novas técnicas: a física nuclear e o tratamento de tumores. *Revista USP*, n. 66, p. 80-95, 2005.

IMBASSAHY, Mabel. O cuidado em uma relação muito delicada. *Revista UnATi*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 1-46, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

_____. *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

JENSEN, M. P. et al. Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 69, n. 4, p. 655-662, 2001.

JIM, H. S. et al. Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. *Health Psychology*, v. 25, n. 6, p. 753-761, 2006.

_____. et al. Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Cancer*, v. 121, n. 21, p. 3760-3768, 2015.

KALIKS, S. A. Avanços em oncologia para o não oncologista. *Einstein*, v. 14, n. 2, p. 294-299, 2016.

KOENIG, H. G.; PARKERSON JR, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. *The American Journal of Psychiatry*, v. 154, n. 6, p. 885-886, 1997.

KRAKEWSKI, W. et al. Assessment of Pain Management, Acceptance of Illness, and Adjustment to Life with Cancer in Patients with Nonmuscle Invasive Bladder Cancer. *BioMed Research International*, v. 2018, n. 7598632, p. 1-10, 2018.

LEVINE, E. G.; TARG, E. Spiritual correlates of functional wellbeing in women with breast cancer. *Integrative Cancer Therapies*, v. 1, n. 1, p. 166-174, 2002.

LIND, S. E. et al. Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, v. 7, n. 5, p. 583-589, 1989.

LUEBOONTHAVATCHAI, P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, v. 90, n. 10, p. 2164-2174, 2007.

MACINNES, E. *Zen contemplation for Christians*. Lanham: Sheed & Ward, 2003.

MALHOTRA, N.; ROCHA, I.; LAUDISIO, M. C. *Introdução à Pesquisa de Marketing*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MASCARENHAS, F. et al. A radiocirurgia estereotáxica em tumores benignos e malignos do sistema nervoso central. *Acta Médica Portuguesa*, v. 18, n. 1, p. 45-60, 2005.

- MASLOV, A. H. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review.*, v. 50, n. 2, p. 370-396, 1943.
- MCCORMICK TR, H. F. et al. Ethical and spiritual concerns near the end of life. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, v. 24, n. 4, p. 301-313, 2012.
- MCNEIL, S.B. Spirituality in Adolescents and Young Adults With Cancer: A Review of Literature. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, v. 33, n. 1, p. 55-63, 2016.
- MEISSNER, W. W. *Life and faith: psychology perspectives on religious experiences*. Washington: Georgetown University Press, 1987.
- MIARELLI, A. V. T. C. *Adaptação Transcultural da “Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality 1999” à Realidade Brasileira*. 2011. 162 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2011.
- MOK, E.; WONG, F.; WONG, D. (2009). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*, v. 66, n. 1, p. 360-70, 2009.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.
- MOURA, J. W. S. et al. Enfermagem e quimioterapia: um estudo no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. *Ciências biológicas e da saúde*, v. 1, n.3, p. 11-20, 2014.
- MULDOON, M.; KING, N. Spirituality, Health Care, and Bioethics. *Journal of Religion and Health*, v. 34, n. 4, p. 329-349, 1995.
- MURAKAMI, R.; CAMPOS C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012.
- MURRAY, S. A. et. al. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, v. 18, n. 1, p. 39-45, 2004.
- NARAYANASAMY, A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing*, v. 15, n. 2, p. 840-851, 2006.
- _____. Responses to the Spiritual Needs of Older People. *Journal of Advanced Nursing*, v. 48, n. 1, p. 6-16, 2004.
- NASCIMENTO, D. S. *Detecção de nêutrons rápidos devido a radiação espalhada em aceleradores lineares*. 2018. 78 f. Dissertação (Mestrado em Física) – Universidade Federal do Sergipe, São Cristovão, 2018.
- NASCIMENTO, L. C. et al. Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*, v. 16, n. 2, p. 179-192, 2016.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Distress management. Clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, v. 1, n. 1, p. 344-374, 2003.

NELSON, J. M. *Psychology, Religion, and Spirituality*. Valparaíso: Springer, 2009.

NIXON, A. V.; NARAYANASAMY, A.; PENNY, V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nursing*, v. 12, n. 2, p. 1-11, 2013.

OLIVEIRA, C. et al. Intervenção transtorácica pulmonar guiada por TC: punção aspirativa por agulha fina e biópsia. *Acta Radiológica Portuguesa*, v. 26, n. 101, p. 11-14, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Controle do câncer: conhecimento em ação, diagnóstico e tratamento*. Genebra: OMS, 2008.

PAIVA, C. E. et al. Um estudo piloto abordando o impacto da prática religiosa na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama durante a quimioterapia. *Journal of Religion and Health*, v. 52, n. 1, p. 184-193, 2013.

PANZINI, R. G.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007.

PARK, C.; EDMONDSON, D.; HALE-SMITH, A.; BLANK, T. Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: does faith promote a healthier lifestyle? *Journal of Behavioral Medicine*, v. 32, n. 1, p. 582-591, 2009.

PAULA JÚNIOR, W. et al. Estratégias de Coping de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 27, n. 4, p. 491-497, 2011.

PAZ, W. A. et al. Biópsia de linfonodo sentinela: quando indicar. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 47, n. 3, p. 303-308, 2001.

PIDERMAN, K.M. et al. Respecting the Spiritual Side of Advanced Cancer Care: a Systematic Review. *Current Oncology Report*, v. 17, n. 6, p. 1-9, 2015.

PINTO, S. M. O. *A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica: estudo numa população de doentes em quimioterapia*. 2011. 127 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade do Porto, Porto, 2011.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal Palliative Medicine*, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.

_____. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 6, p. 642-56, 2014.

_____. Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, v. 23, Suppl. 3, p. 49-55, 2012.

RAMONDETTA, L. et al. Surprising results regarding MASCC members' beliefs about spiritual care. *Support Care Cancer*, v. 21, n. 3, p. 2991-2998, 2013.

REBLIN, M. et al. Strategies to Support Spirituality in Health Care Communication. A Home Hospice Cancer Caregiver Case Study. *Journal of Holistic Nursing*, v. 32, n. 4, p. 269-277, 2014.

RELIGIONI, U.; CZERW, A.; DEPTALA, A. Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iran Journal Public Health*, v. 44, n. 8, p. 1135-1142, 2015.

REYNOLDS, P. et al. Use of Coping Strategies and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*, v. 152, n. 10, p. 940-949, 2000.

RICHARDSON, P. Assessment and Implementation of Spirituality and Religiosity in Cancer Care: Effects on Patient Outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, v. 16, n. 4, p. 150-155, 2012.

RIPPENTROP, A. E.; ALTMAIER, E. M.; BURNS, C. P. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, v. 13, n. 2, p. 31-37, 2006.

RIZZUTO, A. M. Religious development beyond the modern paradigm discussion: The psychoanalytic point of view. *The International Journal for the Psychology of Religion*, v. 11, n. 3, p. 201-214, 2001.

ROBERTO, G.L. Espiritualidade e saúde. In: TEIXEIRA, E.F.B.; MULLER, M.C.; SILVA, J.D.T. *Espiritualidade e qualidade de vida* (Orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

ROTHSCHILD, B. M.; TANKE, D. H.; HELBLING, M. Epidemiologic study of tumors in dinosaurs. *Naturwissenschaften*, v. 90, n. 1, p. 405-500, 2003.

SANTOS, R. V. et al. Aplicações terapêuticas dos anticorpos monoclonais. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, v. 29, n. 2, p. 77-85, 2006.

SCHOFIELD, P. E. et al. Psychological responses of patients receiving the diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, v. 14, n. 3, p. 48-56, 2003.

SELLI, L.; ALVES, J. S. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Bioethikos*, v. 1, n. 1, p. 43-51, 2007.

SHULTZ, M. et al. Oldest known case of metastasizing prostate carcinoma diagnosed in the skeleton of a 2,700-year-old Scythian king from Arzhan (Siberia, Russia). *International Journal of Cancer*, v. 121, n. 2, p. 2591-2595, 2007.

SILVA, A. C. *A capelania hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico*. São Leopoldo: Oikos, 2010.

SILVA, L. A. S. R. Cirurgia oncológica: um grande desafio. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 43, n. 3, p. 139-140, 2016.

SINGH, A. R.; SINGH, S. A. Bioethical and other philosophical considerations in positive psychiatry. *Mens Sana Monographs*, v. 14, n. 1, p. 46-107, 2016.

SOLOMON, R.C. *Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SONG, M.; GIOVANNUCCI, E. Preventable incidence and mortality of carcinoma associated with lifestyle factors among white adults in the united states. *JAMA Oncology*, v. 2, n. 1, p. 1154-1161, 2016.

SORATTO, M. T. et al. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016.

SOUSA, P. L.R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a Medicina, a Psicologia e a Educação: o estado da arte. In: TEIXEIRA, E.F.B.; MULLER, M.C.; SILVA, J.D.T. *Espiritualidade e qualidade de vida* (Orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SOUZA, C. F. B. Espiritualidade e Bioética. *Revista Pistis Práxis: Teologia e Pastoral*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 123-145, 2013.

SPECK, P. W. Spiritual care in health care. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, v. 7, n. 1, p. 21-25, 2004.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, v. 15, n. 4, p. 385-393, 2013.

SUDHAKAR, A. History of cancer, ancient and modern treatment methods. *Journal of Cancer Science and Therapy*, v. 1, n. 1, p. 1-4, 2009.

TAKAHASHI, M.; IDE, S. Implicit theories of spirituality across three generations: A crosscultural comparison in the U.S. and Japan. *Journal of Religious Gerontology*, v. 15, n. 4, p. 15-38, 2003.

TAPLIN, S. H.; RODGERS, A. B. Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 40, n. 3, p. 3-10, 2010.

TAYLOR, E. J. Prevalence and Associated Factors of Spiritual Needs Among Patients With Câncer and Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum*, v. 33, n. 4, p. 729-735, 2006.

TURK, D. C.; MONARCH, E. S.; WILLIAMS, A. D. Cancer patients in pain: considerations for assessing the whole person. *Hematology Oncology Clinic North American*, v. 16, n. 3, p. 511-525, 2002.

UMBERSON, D.; WORTMAN, C. B.; KESSLER, R. C. Widowhood and depression: explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 33, n. 1, p. 10-24, 1992.

UNDERWOOD, L. G.; TERESI, J. A. The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 24, n. 1, p. 22-33, 2002.

VISSER, A.; GARSSSEN, B.; VINGERHOETS, A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, v. 19, n. 6, p. 565-572, 2010.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

VONARX, N.; HYPOLITE, S.R. Religion, Spirituality, and Cancer: The Question of Individual Empowerment. *Integrative Cancer Therapies*, v. 12, n. 1, p. 69-80, 2013.

WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde: as relações entre o outro, o eu e o cosmos*. Petrópolis: Vozes, 2004.

WATSON, M. et al. Reaction to a diagnosis of breast cancer. *Cancer*, v. 53, n. 1, p. 2008-2012, 1984.

WEAVER, A. J.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and their relevance to medicine: an update. *American Family Physician*, v. 73, n. 8, p. 1336-1337, 2006.

WEINSTEIN, I. B.; CASE, E. K. The History of Cancer Research: Introducing an AACR Centennial Series. *Cancer Research*, v. 68, n. 1, p. 6861-6862, 2008.

WINSLOW, T. *Medical and scientific illustration*. Disponível em: <https://www.teresewinslow.com/>. Acesso em: 2 maio 2019.

YAWAR, A. Spirituality in medicine: what is to be done? *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 94, n. 1, p. 529-533, 2001.

YRJALA, K. L. et al. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, v. 32, n. 16, p. 1703-1711, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário do projeto de pesquisa “A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO APOIO AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM QUIMIOTERAPIA”, sob a responsabilidade da pesquisadora Jéssica de Abreu Arruda.

Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. O trabalho tem por objetivo analisar a influência da espiritualidade no processo do tratamento de pacientes oncológicos em quimioterapia.
2. A minha participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário padronizado, composto por 16 perguntas.
3. Ao participar desse trabalho estarei contribuindo para uma análise mais aprofundada dos fatores que podem contribuir para um maior esclarecimento sobre a espiritualidade em pacientes oncológicos em quimioterapia.
4. A minha participação neste projeto deverá ter a duração de cerca de 15 minutos.
5. Não terei nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderei deixar de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerei qualquer prejuízo.
6. Fui informado e estou ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, no entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, serei ressarcido.
7. Meu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a minha privacidade, e se eu desejar terei livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

9. Fui informado que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados poderão ser publicados.

10. Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Jéssica de Abreu Arruda, pesquisadora responsável pela pesquisa, e-mail: jessicafarma@gmail.com, e/ou com Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Unida de Vitória, localizado na Rua Engenheiro Fábio Rushi, 161, Bento Ferreira, Vitória/ES, telefone: (27) 3325-2071 ou 0800 770 2071.

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Itaperuna, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante

PPGCR
Faculdade Unida de Vitória

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

I – PERFIL SOCIOECONÔMICO

1. Idade:

- De 18 a 30 anos
- De 31 a 40 anos
- De 41 a 50 anos
- De 51 a 60 anos
- Mais de 60 anos

2. Sexo:

- masculino
- feminino

3. Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo
- Vive em união estável

4. Nível de escolaridade:

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo

5. Renda mensal da família:

- Menos de um salário mínimo
- Um salário mínimo
- Dois salários mínimos
- Acima de dois salários mínimos

II – ASPECTOS RELACIONADOS À DOENÇA

6. Tipo de neoplasia: _____

7. Há quanto tempo foi diagnosticado(a):

() Há menos de 1 ano

() De 1 a 5 anos

8. Como você obtém informações sobre sua doença?

() nos serviços de saúde

() de familiares

() de amigos

() outra forma: _____

9. Você tem recebido orientações sobre autocuidado e possíveis intercorrências do tratamento?

() sim

() não

10. Em caso afirmativo, qual o profissional que oferece estas orientações?

() médico

() enfermeiro

() Outro

11. Você se sente bem informado(a) sobre as mudanças físicas e psicológicas ocasionadas pela quimioterapia?

() sim

() não

III – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE 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/espirituais. 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/espirituais 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/espiritualidade 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

