

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**ESPIRITUALIDADE, COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL
E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO SERVIÇO
DE ONCOLOGIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE
REFERÊNCIA NO NORDESTE DO BRASIL**

**SPIRITUALITY, SPIRITUAL RELIGIOUS COPING AND
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS OF THE ONCOLOGY
SERVICE IN A REFERENCE PUBLIC HOSPITAL IN
NORTHEAST BRAZIL**

Autora: Eloysa Almeida de Souza

Coautoras: Bianca Dantas dos Santos Ramos

Lucivana Quézia Mergulhão da Silva

Orientador: Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Co-orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Eloysa Almeida de Souza

Graduanda do quinto período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde RG: 9.465.758 CPF: 119.082.434-57 Endereço: Rua princesa Isabel, 36, Cajueiro Seco, Jaboatão dos Guararapes (PE) Telefone: (81) 997583164 E-mail: eloyסהermano@hotmail.com

Bianca Dantas dos Santos Ramos

Graduanda do quinto período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde RG: 9.287.733 CPF: 113.050.954- 05 Endereço: Rua Coronel Alfredo Duarte, 357, Afogados, Recife (PE) Telefone: (81) 997628675 E-mail: biancadantas10_@hotmail.com

Lucivana Quézia Mergulhão da Silva

Graduanda do quinto período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde RG: 9.267.910 CPF: 112.693.444-55 Endereço: Rua Coronel Anízio Rodrigues Coelho, 660, Boa Viagem, Recife (PE) Telefone: (81) 99924-1441 E-mail: queziamergulhao@gmail.com

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Médico formado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com residência médica em Medicina de Família e Comunidade pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP; Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde; Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde; Coordenador Geral das Residências em Saúde do

Recife. RG:5074058 CPF: 02636491481 Endereço: Rua Aviador Severiano Lins, 105, apt. 501, Boa Viagem, Recife – PE Telefone: (81) 99971-2961. E-mail:arturojor@yahoo.com.br

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Tutor do curso de Psicologia e da pós-graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde; Coordenador da especialização em Neuropsicologia e do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde. Endereço: Rua Jean Emile Favre, 422. Imbiribeira, Recife (PE) - Telefone: (81) 99245-1890. E-mail: leopoldopsi@gmail.com

RESUMO

Introdução: O câncer impõe grande impacto emocional, desconfortos físicos e psicossociais. Nesse contexto, observa-se que espiritualidade/religiosidade podem exercer efeitos benéficos na qualidade de vida desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar o grau de espiritualidade e qualidade de vida dos pacientes atendidos no serviço de quimioterapia do IMIP. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, com metodologia quantitativa, e aplicadas a Escala de Coping Religioso Espiritual breve, o WHOQOL-BREF e a Escala de DUKE. O estudo foi aprovado pelo CEP do IMIP sob o parecer de número 3.095.803, seguindo os preceitos das resoluções 466/12 e 510/16 do CONEP. **Resultados e Discussão:** A amostra foi composta predominantemente por mulheres, de cor parda, casados e maior percentual de protestantes. Observou-se que 80,2% dos pacientes apresentaram um CRE Total de média alta. No WHOQOL-BREF as médias apresentadas foram de 59,46; 74,24; 73,93 e 63,06. A escala de DUKE apresentou média de 4,43 (RO), 4,98 (RNO) e 13,66 (RI). Foi observado uma relação positiva e direta entre o CRE Total e DUKE e entre a dimensão RNO desta com o domínio psíquico do WHOQOL-BREF. **Conclusão:** Pôde-se inferir que a dimensão religiosa e espiritual dos pacientes em quimioterapia auxilia no enfrentamento das situações estressantes que o tratamento impõe, com repercussão positiva em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Espiritualidade; Neoplasias; Qualidade de vida

ABSTRACT

Introduction: Cancer imposes great emotional impact, physical and psychosocial discomfort. In this context, it is observed that spirituality / religiosity may have beneficial effects on the quality of life of these patients. **Objective:** To evaluate the degree of spirituality and quality of life of patients treated at the IMIP chemotherapy service.

Methods: A cross-sectional study with quantitative methodology was performed and the Short Spiritual Religious Coping Scale, the WHOQOL-BREF and the DUKE Scale were applied. The study was approved by the IMIP CEP under opinion number 3,095,803, following the precepts of CONEP resolutions 466/12 and 510/16. **Results and**

Discussion: The sample consisted predominantly of women, brown, married and higher percentage of Protestants. It was observed that 80.2% of the patients presented a high average total CRE. In the WHOQOL-BREF the averages presented were 59.46; 74.24; 73.93 and 63.06. The DUKE scale presented an average of 4.43 (RO), 4.98 (RNO) and 13.66 (RI). A positive and direct relationship was observed between CRE Total and DUKE and between its RNO dimension and the WHOQOL-BREF psychic domain.

Conclusion: It can be inferred that the religious and spiritual dimension of chemotherapy patients help in coping with the stressful situations that treatment imposes, with positive repercussions on their quality of life.

Keywords: Spirituality; Neoplasms; Quality of Life

INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública. Estudos desenvolvidos revelam expectativas para 2020 de seis milhões de novos casos em países mais desenvolvidos e de 9,3 milhões em países menos desenvolvidos.¹

Seu diagnóstico impõe grande impacto emocional, além de desconfortos físicos e psicossociais. O paciente com câncer avançado experimenta uma gama de sintomas que são persistentes, desconfortantes, limitantes e que agridem intensamente o seu bem-estar, com impacto negativo em sua qualidade de vida, à medida que eleva seus níveis de estresse.^{2,3}

O termo estresse denota o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina, produzindo diversas manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológicos e psicológicos.⁴ Entre as respostas corporais à liberação desse hormônio estão: palpitações, hipertensão, dispneia, hiperglicemia, ansiedade, má digestão, insônia, entre outros sintomas variados, afetando, assim, a qualidade de vida do indivíduo.

Dentre as formas de se melhorar a qualidade de vida de um paciente através do controle do estresse, está a relação positiva com espiritualidade e religiosidade.⁵

A espiritualidade está alicerçada na concepção de que os indivíduos são seres espirituais e possuem, transitoriamente, um corpo físico. O corpo físico é apenas um reflexo do espírito. Assim, a espiritualidade é algo inerente ao ser humano. Constitui campo de elaboração subjetiva no qual a pessoa constrói de forma simbólica o sentido de sua vida e busca compreender a vulnerabilidade desencadeada por situações que apontam para a fragilidade da vida humana.^{6,7}

Já a religião pode ser definida como uma expressão parcial da espiritualidade, praticada por meio de tradições sagradas, transmitida pelo patrimônio cultural, acompanhada de dogmas e doutrinas.⁸

Quando o paciente utiliza recursos religiosos para enfrentar situações de estresse, ele está utilizando o *Coping* Religioso Espiritual (CRE).⁹ *Coping*, ou enfrentamento, refere-se a um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas. Sendo assim, o indivíduo adepto a alguma religião apresenta maior capacidade para lidar com tais situações, visto que, através de sua fé ele alcança conforto, segurança e esperança.^{10,11}

Calvetti, Muller e Nunes (2007) destacam que, no Brasil, são escassos os estudos sobre o uso do *Coping* Religioso Espiritual no enfrentamento de eventos estressores. Os estudos já realizados, em sua maioria, são de referência bibliográfica ou de validação de instrumentos desenvolvidos fora do país. Eles colocam que as pesquisas revelam que a espiritualidade está diretamente ligada à melhora da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas, como câncer, HIV/AIDS, hipertensão, diabetes, dentre outras.¹²

Um estudo desenvolvido nos Estados Unidos com 64 pacientes portadores de HIV/AIDS revelou que aqueles que apresentavam escores mais elevados de espiritualidade tendiam a ser mais esperançosos, a significar a experiência da doença e enfrentar de forma mais positiva o estresse. Além disso, os mesmos autores destacam que os participantes dessa pesquisa mostraram uma variedade de benefícios advindos da religiosidade e espiritualidade, como o conforto das emoções e dos sentimentos, força e controle, suporte emocional e senso de pertencimento, encontro de significado e aceitação da doença, com redução da culpa.¹²

Koenig (2007) apresentou um estudo, realizado na Índia, com 386 pacientes ambulatoriais com esquizofrenia, em que os pacientes que relataram diminuição nas

atividades religiosas no início do estudo experimentaram uma deterioração mais rápida dos neurotransmissores e das vias neuronais cerebrais com o passar do tempo.¹³

Outro estudo, realizado com 158 pacientes com câncer avançado, mostrou que altos níveis de desesperança, imagem corporal prejudicada e sofrimento emocional foram os principais fatores associados ao estresse psicológico.¹⁴ A Qualidade de vida apresentou associação positiva nos indivíduos de religião católica, dado esse que leva a considerar o efeito benéfico que a religião tem na percepção de qualidade de vida desses pacientes, em um momento tão difícil.¹⁵

Na última década, atenção maior tem sido dispensada à espiritualidade e seu papel como estratégia de enfrentamento utilizada por pacientes com câncer. Afinal, a espiritualidade e a religião se mostram importantes no confronto de tal doença, ao desempenhar papel protetor contra a morbidade psicológica, pois têm impacto importante sobre a maneira como a pessoa lida com a enfermidade.^{16,17}

Cada indivíduo expressa a espiritualidade à sua maneira, relacionando-a à esperança de sobreviver ao câncer, visto que a doença amedronta e a espiritualidade renova,¹⁸ o que demonstra a importância do estudo da relação entre CRE e a qualidade de vida dos pacientes do serviço de oncologia.

MÉTODO

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, transversal, com metodologia quantitativa e amostra por conveniência, composto por pacientes com o diagnóstico de câncer atendidos no serviço de quimioterapia, em Pernambuco-Brasil, no período de fevereiro de 2019 a abril de 2019.

Foram incluídos pacientes com diagnósticos de câncer confirmado, que estivessem realizando o tratamento de quimioterapia no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e maiores de 18 anos. Todos os participantes, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), passaram a responder os seguintes questionários: Questionário sociodemográfico, Escala de *Coping* Religioso Espiritual abreviada (CRE-BREVE), Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) e o Índice de religiosidade da universidade Duke (DUREL).

A Escala de *Coping* Religioso Espiritual abreviada (CRE-BREVE) trata-se da forma reduzida da Escala de *Coping* Religioso Espiritual, servindo como instrumento para avaliar o quanto o paciente utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. Apresenta correlação positiva relacionado ao estresse, crescimento espiritual e cooperatividade e está associada com aperfeiçoamento do *Coping* ou enfrentamento com menor índice de desordens emocionais, maior suporte social e menor índice de comportamentos que possam afetar adversamente a saúde e relacionamentos humanos. A escala contém 49 itens divididos em duas dimensões, uma positiva com 34 itens, 7 fatores (P1- transformação de si e/ou sua vida, P2- ações em busca de ajuda espiritual, P3- oferta de ajuda a outro, P4- posição positiva frente a Deus, P5- busca de outro institucional, P6- afastamento através de Deus/Religião/Espiritualidade, P7- busca de conhecimento espiritual) e outra negativa com 15 itens, 4 fatores (N1- reavaliação negativa de Deus,

N2- posição negativa frente a Deus, N3- insatisfação com o outro institucional, N4- reavaliação negativa do significado). Além dessas variáveis é possível analisar de maneira geral o CRE Positivo e o CRE Negativo, a razão CREN/CREP, além do CRE Total, que indica o total de estratégias de CRE mobilizadas pelas pessoas para o enfrentamento de estímulos estressores.^{19,20}

O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) destina-se à avaliação da qualidade de vida, tendo sido desenvolvido em coerência com a definição assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), isto é, como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respectivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual. O WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo as perguntas de números 1 e 2 sobre a qualidade de vida global) e as respostas seguem uma escala de *Likert* (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Neste instrumento terá que aparecer o resultado somente em média (1 a 5) por domínio e por faceta, os resultados posteriormente serão convertidos para uma escala de 0 a 100 e depois analisados.²¹

O Índice de religiosidade da universidade Duke (DUREL) é uma escala de cinco itens, que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas aos desfechos em saúde, descritos abaixo.^{22,23,24}

- Religiosidade Organizacional (RO): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.);
- Religiosidade Não Organizacional (RNO): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.);
- Religiosidade Intrínseca (RI): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos.

Foram utilizados para análise dos dados os Softwares *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 13.0 para Windows e o Excel 2010. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, e os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas foram utilizados o Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher. Para as variáveis quantitativas foi utilizado o Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($n \geq 30$). Na comparação com dois grupos foram utilizados o Teste t Student (distribuição normal) e Mann-Whitney (não normal). E na comparação com mais de 2 grupos, foram utilizados o ANOVA (distribuição normal) e o Kruskal-Wallis (não normal). O Coeficiente de Correlação usado foi o de Spearman's (não normal).

O presente estudo foi realizado seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde propostas pelas resoluções 466/12 e 510/16 iniciado somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o parecer 3.095.803.

RESULTADOS

Foram entrevistados 86 pacientes atendidos no setor de quimioterapia do IMIP. O perfil sociodemográfico dos entrevistados é composto predominantemente por 68 (79,1%) de mulheres, 47 (54,7%) de cor parda, 42 (48,8%) de casados, 42 (48,8%) de residentes em Recife, 27 (31,4%) com grau de escolaridade ensino médio completo, 29 (33,7%) do lar, 63 (73,3%) possuem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 77 (89,5%) possuem filhos e 37 (43,0%) são protestantes. (Tabela 1)

A escala de *Coping* Religioso Espiritual, CRE-BREVE, contém 49 itens divididos em duas dimensões, uma positiva com 34 itens e 7 fatores, e outra negativa com 15 itens e 4 fatores. As respostas foram dadas em escala tipo *Likert* de cinco pontos (que variam de 1- nem um pouco, 2- um pouco, 3- mais ou menos, 4- bastante a 5- muitíssimo). Na análise dos resultados apresentados pela escala de *Coping* Religioso Espiritual, notou-se uma média acentuada nos fatores P4 (4,8605) e P6 (4,6744) entre os fatores positivos, que dizem respeito, respectivamente, aos comportamentos de CRE que visam olhar ao estímulo estressor de maneira benéfica e estabelece uma conexão com a espiritualidade/religião visando maior aproximação e apoio com Deus; e aos comportamentos de CRE que visam afastar o estímulo estressor presente, sem negar a existência do mesmo, por meio da conexão com Deus, religião e/ou espiritualidade. Já dentre os fatores negativos, aquele com maior média foi o N2 (3,5116), que se refere aos comportamentos de CRE em que o indivíduo transfere toda responsabilidade da cura do estímulo estressor para Deus, sem que haja nenhum esforço próprio.

O CRE Positivo, relativo ao nível de *Coping* Religioso Espiritual positivo exercitado pela pessoa, é obtido pela média das 34 questões da dimensão CRE positivo. Os valores variam entre 1,0 e 5,0 e quanto mais elevado, maior é o uso do CRE positivo da pessoa avaliada. A média da amostra foi de 3,7510. (Tabela 2)

O CRE Negativo, relativo ao nível de *Coping* Religioso Espiritual negativo praticado pela pessoa, é obtido pela média das 15 questões da dimensão CRE negativo. Os valores variam entre 1,0 e 5,0 e quanto mais elevado, maior é o uso do CRE negativo da pessoa avaliada. A média da amostra foi de 2,0333. (Tabela 2)

A Razão CREN/CREP é um índice inversamente proporcional, pois é esperado que a pessoa mobilize mais o CRE positivo em relação ao CRE negativo. A razão pode variar entre 0,20 e 5,0 e quanto maior for a razão, maior é a utilização do CRE negativo em relação ao CRE positivo. A razão obtida foi de 0,5498, que demonstra uma maior utilização por parte dos pacientes do CRE Positivo em relação ao CRE Negativo. (Tabela 2)

O CRE Total indica o total de estratégias de *Coping* Religioso Espiritual mobilizadas pela pessoa para enfrentamento de estímulos estressores, obtido pela média entre o índice CRE Positivo, e a média da inversão das respostas aos 15 itens do CRE Negativo. São mantidos valores entre 1,0 e 5,0, representando o conjunto do nível do CRE exercido pela pessoa avaliada. Para interpretação dos escores, os parâmetros adotados para a análise das médias do CRE quanto à sua utilização podem ser: nenhuma ou irrisória (1,0 a 1,50); baixa (1,51 a 2,50); média (2,51 a 3,50); alta (3,51 a 4,50); e altíssima (4,51 a 5,0). 69 pacientes, 80,2% da amostra, obteve um CRE Total de média Alta. (Tabela 3)

No Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) as respostas também seguem uma escala de *Likert* (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). O instrumento tem 24 facetas que compõem 4 domínios. Neste instrumento os resultados aparecem somente em média (1 a 5) por domínio e por faceta, e são posteriormente convertidos para uma escala de 0 a 100 para serem analisados. As médias obtidas foram de 59,4684 no domínio físico, 74,2442 no domínio psicológico, 73,9341 no domínio de relações sociais e de 63,0658 no domínio de meio ambiente. (Tabela 4)

No Índice de religiosidade da universidade Duke (DUREL), são consideradas três dimensões, com os seguintes resultados esperados: Religiosidade Organizacional (1-6), Religiosidade Não Organizacional (1-6) e Religiosidade Intrínseca (1-15). Quanto maior o valor, maior o grau de espiritualidade/religiosidade na dimensão. Foram obtidas as médias de 4,4302 para a Religiosidade Organizacional, 4,9884 para a Religiosidade Não Organizacional e 13,6628 para a Religiosidade Intrínseca. (Tabela 5)

Na correlação entre a religião e o CRE Total, observou-se que os protestantes se destacaram com 94,6% da sua amostra apresentando CRE Total de média Alta, com p-valor de 0,001.

Quando comparados os resultados do CRE Total (Média, Alta, Altíssima) com as três dimensões do Índice de religiosidade da universidade Duke (DUREL)- Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional, Religiosidade Intrínseca- foi observado que em todas as dimensões do Duke, a média foi maior quanto maior foi o resultado do CRE Total. O que demonstra uma relação direta e positiva entre o envolvimento religioso do indivíduo e seu enfrentamento, através da espiritualidade/religiosidade, de eventos estressores. Os respectivos p-valor para as dimensões do Duke foram de 0,040; 0,000; e 0,001.

Quando comparados os resultados do CRE Total (Média, Alta, Altíssima) com os domínios do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF), observa-se que tanto no domínio psíquico, como no de relação social a média da qualidade de vida foi maior (75,6280 e 75,7246 respectivamente) quando o resultado do CRE Total foi de média Alta, com p-valor de 0,254 e 0,187 respectivamente. Já no domínio de meio ambiente, a média foi maior (71,8750) quando o resultado do CRE Total foi altíssima, com p-valor de 0,584.

Quando foram comparados os resultados das dimensões do Índice de religiosidade da universidade Duke (DUREL) com a religião dos pacientes, observou-se que a média do Duke dos protestantes foi maior, em detrimento das outras religiões, tanto na Religiosidade Organizacional, como na Religiosidade Não Organizacional (5,2432 e 5,4054 respectivamente). P-valor de 0,000 e 0,057 respectivamente.

Na correlação entre o Índice de religiosidade da universidade Duke (DUREL) e o Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) observou-se uma correlação de 0,341, diretamente proporcional, entre a dimensão de Religiosidade Não Organizacional e o domínio psíquico da qualidade de vida dos pacientes, com p-valor igual a 0,001. Infere-se, assim, que quanto maior é a frequência do paciente em atividades religiosas privadas como orações, meditação, leitura de textos religiosos, melhor será sua qualidade de vida no domínio psíquico.

Entre as variáveis sexo e renda, notou-se que comparados ao domínio de meio ambiente do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF), o sexo masculino apresentou maior média na qualidade de vida, 70,6597, com p-valor igual a 0,027. Já quando comparado a renda, aqueles que apresentaram 4 a 7 salários mínimos, obtiveram maior média, 73,2143, com p-valor igual a 0,006.

DISCUSSÃO

No que diz respeito à religiosidade, os resultados do presente estudo estão em consonância com dados da literatura que descreveram o envolvimento religioso na população brasileira e sua relação com variáveis sociodemográficas. Os autores revelaram que o nível de religiosidade entre os brasileiros é alto, variando de acordo com a região, a idade e o sexo. Mostraram, ainda, que 83% dos indivíduos consideraram a religião muito importante em suas vidas.²⁵ No presente estudo, houve uma incidência significativa sobretudo das religiões católica (39.53%) e protestante (43.02%).

O perfil sociodemográfico da amostra estudada, cuja renda familiar predominante foi de um a três salários mínimos (75.0 %), está em conformidade com os dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que aponta uma relação entre condições socioeconômicas baixas e a incidência dos cânceres do colo do útero e de estômago.²⁶

No que concerne ao perfil racial dos entrevistados, a amostra revelou maior porcentagem de pardos (54.7%). Os valores de um estudo realizado para verificar a prevalência e fatores associados ao *distress* de pacientes oncológicos em um hospital de referência do Norte-Nordeste brasileiro, o qual também obteve maior quantidade de pardos (45,7%) corrobora com esse resultado.²⁷

No que concerne à religião, o estudo mostrou valores percentuais predominantes entre protestantes (43,0%). Possivelmente, a explicação desse fenômeno está relacionada ao perfil socioeconômico dos entrevistados, visto que em uma pesquisa traçando o perfil de evangélicos no Brasil foi encontrada forte associação entre essa religião cristã e precárias condições socioeconômicas.²⁸ Todavia, segundo dados do IBGE, o catolicismo é a religião mais presente no país, apesar do recente aumento de adeptos ao protestantismo.²⁹

Nota-se que de acordo com a renda familiar é possível analisar a qualidade de vida do paciente. Como visto nos resultados, aqueles que possuíam renda de 4 a 7 salários mínimos, obtiveram maior média (73,2143) no domínio de meio ambiente do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF). Segundo o Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada (IPEA), existem componentes essenciais para o bem-estar familiar que dependem diretamente da renda mensal, o que implica na capacidade de comprar produtos e serviços, proporcionando melhor saúde, condições sanitárias, transporte e lazer.³⁰

Notou-se, no presente estudo, que os participantes que possuem religião católica ou protestante apresentaram uma maior porcentagem de CRE Total de média Alta em comparação aos que declararam ser "sem religião, mas acredito em Deus". Isso pode ser explicado pela literatura, a qual afirma que os indivíduos com práticas religiosas buscam apoio nessas atividades para lidar com as dificuldades.³¹ Assim, indivíduos sem religião, mesmo que acreditem na existência de um ser superior, apresentam maior utilização do CRE Negativo, já que a ausência de crenças e práticas espirituais não permite que os mesmos sintam a esperança, equilíbrio e fortalecimento oferecidos pela religiosidade/espiritualidade, propiciando vontade de lutar pela vida e serenidade para aceitar e enfrentar a doença³²

Diversos estudos, como o realizado em ambulatórios públicos de Minas Gerais (Brasil), apontam para a relação positiva entre religiosidade/espiritualidade e melhores indicadores de saúde, pois pessoas religiosas apresentam maior capacidade para lidar com as circunstâncias adversas da vida.³² No presente estudo, observou-se uma correlação de 0,341, diretamente proporcional, entre a dimensão de Religiosidade Não Organizacional e o domínio psíquico da qualidade de vida dos pacientes, demonstrando, que quanto maior

é a frequência do paciente a atividades religiosas privadas como orações, meditação, leitura de textos religiosos, melhor será sua qualidade de vida no domínio psíquico.

No presente estudo foram obtidas as médias de 59,4684 no domínio físico, 74,2442 no domínio psicológico, 73,9341 no domínio de relações sociais e de 63,0658 no domínio de meio ambiente em uma escala de 0-100 no Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF), demonstrando que apesar da condição debilitante imposta pela doença e tratamento, a qualidade de vida geral dos pacientes se mostrou boa. Já um estudo prospectivo, no qual se avaliou a qualidade de vida de 105 pacientes com câncer, atendidos em ambulatório de hospital terciário, mostrou comprometimento do bem-estar global e baixa qualidade de vida geral.³³

Em um estudo transversal realizado em mulheres com diagnóstico de câncer de mama a média da razão CREN/CREP que revela a percentagem de CRE Negativo utilizado em relação ao CRE Positivo foi de 0,56.³⁴ No presente estudo foi obtido um pequeno aumento na utilização do CRE Positivo sobre o CRE Negativo, com resultado de 0,5498 em uma escala de 0,20-5,0, visto que esse índice é inversamente proporcional, pois é esperado que a pessoa mobilize mais o CRE positivo em relação ao CRE negativo, e que quanto maior for a razão, maior é a utilização do CRE negativo em relação ao CRE positivo.

Neste estudo, foi observado que os domínios do WHOQOL-BREF mais comprometidos foram o físico e meio ambiente, e os domínios psíquicos e sociais, foram os que apresentaram maior média de qualidade de vida. Em trabalho semelhante, com pacientes acometidos por câncer colorretal, o domínio mais comprometido foi o meio ambiente, e o menos comprometido, o psíquico, em pacientes sem estomias. Nos estomizados, o mais comprometido foi o domínio físico, e o menos comprometido, o social. No presente estudo, a maior média da qualidade de vida dos pacientes no domínio psíquico pode ser explicada pela correlação diretamente proporcional encontrada entre este domínio e a

dimensão de Religiosidade Não Organizacional do Índice de religiosidade da universidade Duke (DUREL). Mostrando, assim, que quanto maior é a frequência do indivíduo em atividades religiosas privadas como orações, leitura de textos religiosos, melhor será sua qualidade de vida no domínio psíquico.³⁵

Na perspectiva científica, é evidente a necessidade de mais pesquisas sobre o tema, tendo em vista a complexidade da expressão espiritual e religiosa na qualidade de vida do paciente e diante do contexto sociodemográfico brasileiro, é indubitável o valor de futuras contribuições para o campo da saúde.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de câncer impõe grande impacto emocional, desconfortos físicos e psicossociais, aumentando o nível de estresse. Da mesma forma, as alterações provocadas pelo tratamento quimioterápico podem ser traumáticas para o paciente, dificultando o manejo da situação vivida e podem levar a um comprometimento emocional, potencializando o momento de fragilidade enfrentado. Isso pode desencadear depressão e ansiedade, que podem acompanhar o paciente durante todas as fases do tratamento, e até mesmo propiciar o surgimento de patologias concomitantes.

Com esse estudo observou-se que o *Coping* Religioso Espiritual foi utilizado de forma significativa e positiva pelos pacientes. Foi observado que no CRE Total, que indica o total de estratégias mobilizadas para enfrentamento de estímulos estressores, 80,2% da amostra, obteve uma média Alta, e que na razão CREN/CREP a média obtida demonstrou uma maior utilização do CRE Positivo em relação ao CRE Negativo. Além disso, os participantes que possuíam religião católica ou protestante apresentaram uma maior porcentagem de CRE Total de média Alta em comparação aos que declararam ser “sem religião, mas acredito em Deus”, o que ratifica a importância das práticas religiosas para enfrentamento de eventos estressores. Assim, indivíduos sem religião, mesmo que acreditem na existência de um ser superior, apresentaram maior utilização do CRE Negativo. Notou-se também, quando comparados os resultados do CRE Total com o Índice de religiosidade da universidade Duke (DUREL), que em todas as suas dimensões, a média foi maior quanto maior foi o resultado do CRE Total, o que demonstra uma relação direta e positiva entre o envolvimento religioso do indivíduo e seu enfrentamento, através da espiritualidade/religiosidade, de eventos estressores.

A religiosidade/espiritualidade desempenharam um papel importante no enfrentamento da doença e de seu tratamento, visto que os participantes a vivenciaram não somente com a frequência a encontros religiosos (RO), mas também com a realização de atividades religiosas privadas (RNO) e através da busca de internalização e vivência plena da religiosidade como seu principal objetivo (RI). A religiosidade desses indivíduos não somente lhes serve como alicerce em um momento tão difícil, como possui uma relação diretamente proporcional com sua qualidade de vida. Quanto maior foi a prática de orações, meditação e leitura de textos sagrados (RNO) por parte desses indivíduos, melhor foi sua qualidade de vida no domínio psíquico. Mesmo aqueles pacientes que dizem ser "sem religião, mas acredito em Deus", não tiveram uma repercussão tão significativa em sua qualidade de vida, já que a ausência de práticas espirituais não permite que os mesmos sintam a esperança, equilíbrio e fortalecimento oferecidos pela religiosidade/espiritualidade, propiciando vontade de lutar pela vida e serenidade para aceitar e enfrentar a doença.

Diante dos achados deste estudo, pôde-se inferir que a dimensão religiosa e espiritual dos pacientes em quimioterapia na amostra utilizada auxiliou no enfrentamento das situações estressantes que o tratamento impõe em suas vidas. Os achados ainda auxiliaram a ratificar a importância da valorização destas dimensões pelos profissionais de saúde, para que, assim, o cuidado possa ser realizado de forma integral, com respeito e valorização das crenças e culturas.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de externar nossa gratidão a nossos orientadores, Dr Arturo de Pádua Walfrido Jordán e Dr Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa, por todo suporte oferecido para construção deste projeto, bem como no fomento da discussão de um tema tão importante dentro da atuação em saúde, mas tão pouco explorado.

Nossa gratidão também, à Dra Jurema Telles, por nos conceder autorização para ter acesso aos pacientes, visto a debilidade emocional em que se encontram no momento de tratamento. Da mesma forma, agradecemos a equipe de enfermagem do setor de quimioterapia do IMIP por toda prestatividade que tiveram para conosco.

Em especial, agradecemos a cada um dos pacientes que se propuseram a participar da pesquisa. Todos os instrumentos foram preenchidos com nossa ajuda, o que nos permitiu ter uma vivência plena das fragilidades e dificuldades que cada um estava enfrentando, visto que foi construída uma relação dialógica e que muitos pacientes encontraram no ato da entrevista um momento de desabafo e alívio de suas cargas. Nestes momentos a escuta transcendeu o objetivo da pesquisa e muito mais do que coletar dados, o processo oportunizou o desempenho de uma atividade humana ímpar, que nos trouxe uma visão mais empática e holística no atendimento ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. World Health Organization(WHO). National Cancer Control Programme. Manuals for Training in Cancer Control [Internet]. 2005 [Cited 2013 Feb 13]. Available from: <http://www.who.int/cancer/en/index.html>
2. Green CR, Montague L, Hart-Johnson TA. Consistent and breakthrough pain in diverse advanced cancer patients: a longitudinal examination. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37(5):831-47.
3. Hagen NA, Stiles C, Nekolaichuk C, Biondo P, Carlson LE, Fisher K, et al. The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for cancer patients: a validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews. *J Pain Symptom Manage.* 2008;35(2):136-52
4. Houaia A, Villar MS, Franco FM. Dicionário de Língua Portuguesa, Rio de Janeiro, 1º edição, 2001, p 1264
5. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e Saúde. In: Salgado MI, Freire G. Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte (MG): Inede; 2008. p. 427-43.
6. Caldeira S, Gomes AC, Frederico M. De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros – a espiritualidade no local de trabalho. [cited 2018 Jun 2]; Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a03.pdf>
7. Selli L, Alves JS. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Bioethikos.* [Internet]. 2007 [cited 2018 Jun 2];1(1):43–52. Available from: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/O_cuidado_espiritual.pdf

8. Como J. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic Nurs Pract*. 2007;21(5):224–36.
9. Mellagi AG. Religious coping in HIV/SIDA patients: a psychosocial study among Catholic and Pentecostal men [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2009. 84 p.
10. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual Spiritual/religious coping. *Psiquiatria Clínica* [Internet]. 2007 [cited 2018 Jun 5];34(1):126–35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a16v34s1.pdf>
11. Mellagi AG. Religious coping in HIV/SIDA patients: a psychosocial study among Catholic and Pentecostal men [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2009. 84 p.
12. Calvetti PÜ, Muller MC, Nunes MLT. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. 2007 [cited 2018 Jun 5];27(4):706–17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n4/v27n4a11.pdf>
13. Koenig H. Religion, spirituality and psychotic disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2007 [cited 2018 Jun 5];34(1):95–104. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a13v34s1.pdf>
14. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, García-Foncillas J, López-Castroman J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. *Eur J Cancer Care*. [Internet] 2016 [cited Sept 15, 2016];25(4):608-15. Available from: Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12521> /pdf. doi: 10.1111/ecc.12521.

15. Matos TD de S, Meneguim S, Ferreira M de L da S, Miot HA. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 5];25. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
16. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007;25(5):555-60.
17. Travado L, Grassi L, Gil F, Martins C, Ventura C, Bairradas J et al. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliative Supportive Care*. 2010;8(4):405–413.
18. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relationship between spirituality and cancer: patient's perspective. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):53-9.
19. Garanito MP, Cury MRG. A espiritualidade na prática pediátrica. *Revista Bioética*. 2016 Janeiro;24(1):49 – 53.
20. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *São Paulo Medical Journal*. 2013 Janeiro;131(2):112 – 122.
21. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. 2010 Janeiro;2(1):31 – 36.
22. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28:242-50.
23. Koenig HG, Parkerson Jr GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. 1997;154:885-6.

24. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010;1:78-85.
25. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(1):12-5.
26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
27. de Albuquerque KA, de Mattos Pimenta CA. Distress do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014;67(5):744 – 751.
28. Bohn SR. Evangélicos no Brasil. Perfil socioeconômico, afinidades ideológicas e determinantes do comportamento eleitoral. *Opinião Pública*. 2004 Outubro;10(2):288 – 338.
29. Alves JE, Cavenaghi S, Barros LF, de Carvalho AA. Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. *Revista de Sociologia da USP*. 2016;29(2):215 – 242.
30. Campos MO, Rodrigues Neto JF. Qualidade de Vida: Um Instrumento para Promoção de Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2008 Maio;32(2):232 – 240.
31. Brasileiro TOZ, Souza VHS, de Oliveira Prado AA, Lima RS, Nogueira DA, de Cassia Lopes Chaves E. Bem-estar espiritual e coping religioso/ espiritual em pessoas com insuficiência renal crônica. *Avances en Enfermería*. 2017;35(2):159 – 170.
32. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, de Carvalho EC. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes

- com câncer em tratamento quimioterápico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2013 Abril;21(2):539 – 545.
33. Thomas S, Walsh D, Shrotriya S, Aktas A, Hullihen B, Estfan B, et al. Symptoms, quality of life, and daily activities in people with newly diagnosed solid tumors presenting to a medical oncologist. *Am J Hosp Palliat Care*. [Internet] 2016 [cited Sept 05, 2019];pii:1049909116649948. Available from: <http://ajh.sagepub.com/content/early/2016/05/20/1049909116649948.full>. doi:10.1177/1049909116649948.
34. Veit Carina Maria, Castro Elisa Kern de. Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. *Arq. bras. psicol.* [Internet]. 2013 [citado 2019 Set 05]; 65(3): 421-435. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000300008&lng=pt.
35. Michelone APC; Santos VLCG. Quality of life of cancer patients with and without an ostomy. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 Nov-Dec; 12(6):34-47

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos pacientes em quimioterapia maiores de 18 anos no IMIP

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Sexo		
Feminino	68	79,1
Masculino	18	20,9
Raça/Cor		
Branca	30	34,9
Preta	7	8,1
Amarela	1	1,2
Parda	47	54,7
Cidade		
Recife	42	48,8
Região Metropolitana do Recife	11	12,8
Interior do estado	32	37,2
Outros estados	1	1,2
Grau de Instrução		
Fundamental incompleto	24	27,9
Fundamental completo	11	12,8
Médio incompleto	10	11,6
Médio completo	27	31,4
Superior incompleto	4	4,7
Superior completo	8	9,3
Pós-graduação	2	2,3
Profissão		
Do lar	29	33,7
Autônomo	7	8,1
Aposentado	6	7,0
Professor	6	7,0
Outro	35	40,7
Renda		
Menos que 1 salário mínimo	14	16,3
1 a 3 salários mínimos	63	73,3
4 a 7 salários mínimos	7	8,1
Estado civil		
Solteiro	24	27,9
Casado	42	48,8
Separado	5	5,8
Viúvo	11	12,8
Relação estável	4	4,7
Filhos		

Sim	77	89,5
Não	9	10,5
Religião		
Católico	34	39,5
Protestante	37	43,0
Espiritismo	4	4,7
Outra	1	1,2
Sem religião, mas acredito em Deus	10	11,6

Tabela 2- Média do CRE Positivo, CRE Negativo e da razão CREN/CREP

VARIÁVEIS	MÉDIA	D.P
CRE Positivo	3,7510	0,52930
CRE Negativo	2,0333	0,66895
Razão CREN/CREP	0,5498	0,18794

Tabela 3- Distribuição de frequência dos parâmetros para análise do CRE Total

VARIÁVEIS	N	%
Média	15	17,4
Alta	69	80,2
Altíssima	2	2,3

Tabela 4- Média dos domínios do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF)

VARIÁVEIS	MÉDIA	D.P
PHYS	59,4684	18,12627
PSYCH	74,2442	15,55174
SOCIAL	73,9341	18,55906
ENVIR	63,0658	16,43017

Tabela 5- Média das dimensões do Índice de religiosidade da universidade Duke (DUREL)

VARIÁVEIS	MÉDIA	D.P
Religiosidade Organizacional	4,4302	1,53040
Religiosidade Não Organizacional	4,9884	1,21262
Religiosidade Intrínseca	13,6628	2,27317