

**RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA
EM FAMILIARES DE PACIENTES DA PEDIATRIA ONCOLÓGICA
DO IMIP**

(RELIGIOSITY, SPIRITUALITY AND QUALITY OF LIFE IN FAMILY
OF ONCOLOGICAL PEDIATRIC PATIENTS OF IMIP)

Amanda Rebeca Torres Furtado de Mendonça¹, Rodolpho Omena Cabral¹, Arturo de Padua Walfrido Jordan¹, Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira¹, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa¹

¹Faculdade Pernambucana de Saúde. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife-PE. CEP: 51.150-000

Reconhecimento de apoio no estudo: CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)

Autor correspondente: Amanda Rebeca Torres Furtado de Mendonça

Telefone pessoal: (81) 99704-1514

E-mail: amandarebeca@hotmail.com

Os autores negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento dessa pesquisa.

RESUMO

Introdução: as dimensões religiosas e espirituais são importantes fatores que estruturam os valores, os comportamentos e os padrões de adoecimento humano e, assim, constituem uma das principais táticas de enfrentamento diante das adversidades, influenciando na qualidade de vida dos envolvidos. A espiritualidade é o conjunto de emoções e convicções de natureza não material, já religião refere-se ao aspecto institucional e doutrinário de determinada forma de vivência religiosa. As crenças espirituais e religiosas são admiráveis fontes de conforto e suporte para muitos pacientes oncológicos e seus familiares, principalmente quando os pacientes são pediátricos. **Objetivos:** caracterizar o perfil sociodemográfico e analisar a associação entre religiosidade, espiritualidade, como elementos de enfrentamento da doença, e qualidade de vida em familiares de pacientes pediátricos oncológicos do IMIP. **Método:** Estudo descritivo tipo coorte transversal com metodologia mista quantitativa e qualitativa, realizado no período de 2017 a 2018 no IMIP. Os dados foram coletados através do Whoqol brief para qualidade de vida e a Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada. O programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o *software* R versão 3.3.1. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética vide parecer 2.457.381. **Resultados:** Foram entrevistados 47 familiares de pacientes internados na enfermaria do IMIP, o que corresponde a quantidade total de leitos disponíveis para pacientes pediátricos oncológicos. O perfil sociodemográfico dos entrevistados é composto predominantemente por mulheres, familiares com idade entre 30-39 anos, de cor parda, casados, residentes do interior de Pernambuco, com grau de escolaridade fundamental incompleto, renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Mais ainda, a maioria é de mães com mais de 1 filho e o maior percentual é de protestantes. Observou-se que idosos e quem precisou abandonar seu lar em busca de melhores recursos de tratamento tiveram piores índices de qualidade de vida, enquanto que as pessoas casadas

e os jovens tiveram as melhores. Os indivíduos que alegaram ter religião/espiritualidade se mostraram mais capazes de enfrentar as adversidades da vida, como também aqueles cuja frequência religiosa apresenta-se de maneira regular. Notou-se ainda que 85,1% afirmam que a religiosidade e a espiritualidade são muito importantes, mas poucos foram abordados espiritualmente durante os atendimentos médicos. **Conclusão:** é necessária estimada atenção não só à criança e ao diagnóstico, mas também às mudanças que ocorrem no elo familiar, assim como nos sentimentos dos cuidadores, como enfrentam e lidam com a situação que lhes foi imposta, sendo a R/E a forma de *coping* mais utilizada.

Palavras-chave: Familiares, Oncologia Pediátrica, Qualidade de Vida, Religiosidade, Espiritualidade, Coping.

ABSTRACT

Introduction: Religious and spiritual dimensions are important factors that structure values, behaviors and patterns of human illness, thus they are between the main tactics of coping with adversity and may influence the quality of life of those involved. Spirituality is the set of emotions and convictions of non-material nature, while religion refers to the institutional and doctrinal aspect of certain form of religious experience. Spiritual and religious beliefs are admirable sources of comfort and support for many oncology patients and their families, especially when patients are pediatric. **Objectives:** To characterize the sociodemographic profile and to verify the association between spirituality, religiosity and quality of life in family members of pediatric oncology patients at IMIP. **Methods:** a cross-sectional cohort study with a quantitative and qualitative methodology, carried out from 2017 to 2018 at IMIP. Data were collected by using the Whoqol bref for quality of life and the Brief Spiritual/Religious Coping Scale. The software used to obtain the statistical calculations was the R version 3.3.1. Data collection only began after the approval of the Ethics Committee, under the number 2.457.381. **Results:** We interviewed

47 relatives of patients hospitalized in the IMIP ward, which corresponds to the total number of beds available for pediatric oncology patients. The sociodemographic profile of the interviewees is predominantly composed of women, family members aged 30-39 years, with dark skin, married, residents of the interior of Pernambuco, with incomplete primary schooling and family income of 1 to 3 minimum wages. Moreover, the majority are mothers with more than 1 child and, in relation to religion, the highest percentage is composed by Protestants. It was observed that elderly people and those who needed to leave their homes in search of better treatment resources had worse quality of life, while married and young people had the best. Individuals who claim to have religion / spirituality have been more able to cope with the adversities of life, as also those whose religious attendance was regularly. It was also noted that 85.1% affirm that religiosity and spirituality are very important, but few were approached spiritually during medical consultations. **Conclusion:** It is necessary to pay attention not only to the child and to the diagnosis, but also to the changes that occur in the family link, as well as in the feelings of the caregivers, as they face and deal with that terrible situation that has been imposed on them.

Keywords: Family, Pediatric Oncology, Quality of Life, Religion, Spirituality, Coping

INTRODUÇÃO

O tema religiosidade/espiritualidade (R/E) vem ganhando cada vez mais destaque na área da medicina tradicional. As experiências autotranscendentes são aspectos tão frequentes e inspiradores da vida do ser humano que seria impensável compreender bem sua natureza sem investigar esses fenômenos^{1,2}. Dessa forma, hoje em dia, há pouco espaço para questionamentos sobre a importância da R/E no cuidado do paciente, embora ainda haja dúvidas sobre como deve ser esse apoio espiritual²⁻⁷.

Entre as diversas condições médicas que podem estar intimamente vinculadas à temática da R/E, está o câncer infantil^{8,9}. Apesar do amplo progresso no tratamento das neoplasias, a doença envolve um tratamento prolongado, que demanda cuidados e necessidades especiais, os quais podem levar a um estado de depressão, isolamento, e, até mesmo, desesperança¹⁰. Para lidar com essa situação, o paciente com câncer e seus familiares utilizam diferentes estratégias de enfrentamento, sendo a R/E uma delas⁹⁻¹¹.

O enfrentamento define-se como esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de demandas, avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais. Assim, muitos optam por estratégias de enfrentamento para lidar com adversidades da vida, como diagnóstico e tratamento de câncer^{8,12}.

Na prática oncológica pediátrica, o bem estar espiritual do paciente e seus familiares deve ocupar relevante espaço na relação médico-paciente/família. Nesse aspecto, destaca-se a dimensão espiritual e religiosa como parte integrante do cuidado¹³.

Há inúmeras definições na literatura sobre religiosidade e espiritualidade. A religião é um sistema organizado que possui relação com a força divina ou sobrenatural; está ligada ao sagrado e a uma doutrina; serve como veículo pelo qual o indivíduo expressa sua espiritualidade^{2,4,5,14-18}. A religiosidade, por sua vez, é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião^{5,8,15,16}.

Já a espiritualidade é descrita como sendo um conceito mais amplo do que religião, está relacionada a questões pessoais sobre o significado e o propósito da vida, aquilo além da existência humana, ou seja, tenta relacionar-se com o sagrado ou transcendente, podendo ou não levar à prática religiosa^{2,4-6,13,14,16}.

Dentro desse contexto, torna-se interessante, também, compreender saúde e qualidade de vida (QV), já que essa última é uma importante medida de impacto na promoção da primeira. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde abrange não apenas ausência de doenças ou enfermidades, mas compreende uma situação de completo bem-estar físico, mental e social. Quando atrelada à qualidade de vida, envolve a percepção do ser acerca de sua posição no mundo de acordo com o contexto cultural. É o sistema de valores com os quais o ser convive em relação aos seus objetivos, padrões, preocupações e expectativas^{18,19}.

Em relação ao paciente pediátrico oncológico e seus familiares, estudos indicam que a qualidade de vida relacionada à saúde percebida pelos pais é pior do que a percebida pelas crianças. Dessa forma, como elementos-chave da equipe de saúde na recuperação do paciente, os pais devem ser alvo de intervenções de redução da ansiedade para a sua efetiva e eficaz participação nos cuidados^{8,9,20}.

Um campo importante da estratégia de enfrentamento utilizadas pelas pessoas para se adaptar a circunstâncias adversas ou estressantes da vida é o *coping* religioso/espiritual (CRE). O CRE pode ser positivo ou negativo, conforme estiver associado a indicadores de melhor ou pior saúde. Quando positivo (CREP) está relacionado a efeitos benéficos ao ser humano, como buscar amor e proteção de divindades. Já o CRE negativo (CREN) abrange consequências prejudiciais ao indivíduo, por exemplo, redefinir o estressor como punição divina^{2,4,12}.

Recentemente, estudos em R/E tem demonstrado associações favoráveis relacionados à saúde, incluindo melhor saúde mental e qualidade de vida, maior sobrevida, redução da dor e prevalência de doenças em pacientes com câncer^{2,4,5,7,9,14-17,21}. Menos frequentemente, alguns estudos apontam também existência de piores

desfechos, principalmente associados a pensamentos punitivos, culpa, intolerância e abandono de tratamentos médicos^{2,4,7,15-17,22}.

No entanto, embora todos os aspectos elencados acima sejam merecedores de atenção, ainda há escassez de publicações que concatenam a influência da religiosidade e espiritualidade no cuidado dos familiares de pacientes oncológicos pediátricos, o que torna essa pesquisa pertinente na medida em que pode contribuir com a melhora da qualidade de vida dos envolvidos, assim como da assistência oferecida.

Além disso, estudos indicam que os familiares, principalmente os pais, são os mais afetados com o diagnóstico de câncer da criança, tornando-os, portanto, componentes determinantes de intervenções da equipe de saúde para redução da ansiedade, com intuito de reduzir ansiedade e efetivar a participação nos cuidados, visando sempre a recuperação e bem-estar do paciente.

Nesta perspectiva, esse estudo tem como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e analisar a associação entre religiosidade, espiritualidade, como elementos de enfrentamento da doença, e qualidade de vida em familiares de pacientes pediátricos oncológicos do IMIP.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, tipo corte transversal com metodologia mista quantitativa e qualitativa. A população de estudo foi composta por 47 familiares de pacientes pediátricos oncológicos internados no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), esse número representa a quantidade total de leitos existentes na enfermaria.

Foram incluídos na amostra, acompanhantes que possuíam algum grau de parentesco com o paciente oncológico de até 13 anos de idade em tratamento na enfermaria do IMIP.

A coleta de dados ocorreu durante os meses Janeiro a abril de 2018, período em que os familiares foram convidados a participarem da entrevista após serem informados sobre os objetivos da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a pesquisa quantitativa, o questionário foi composto por perguntas fechadas sobre características sociodemográficas, acadêmicas e profissionais. Além disso, foram anexados ao questionário, a Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada e o Whoqol-bref da Organização Mundial de Saúde. Para a pesquisa qualitativa foram formuladas perguntas norteadoras a respeito da abordagem da R/E no âmbito da saúde.

O estudo qualitativo é importante pois corresponde a um procedimento intuitivo, maleável e adaptável a índices não previstos. Interpretado pela análise do discurso, apresenta método proposto não hermético, acessível, operatório e produtivo, tendo elementos da Linguística, Psicanálise e Ciências Sociais^{23,24}.

A Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada trata-se da forma reduzida da Escala de Coping Religioso/Espiritual, servindo como instrumento para entender como a R/E pode atuar no enfrentamento de adversidades. 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^{13,25}.

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 analisados²⁶.

Os dados coletados foram armazenados e organizados em planilha Excel. O programa utilizado para a análise estatística foi o *software* R versão 3.3.1. Foram feitas análises descritivas das variáveis do estudo, apresentadas em distribuição de frequência, bem como análises que utilizaram os testes t e f para avaliar a relação entre variáveis qualitativas e quantitativas, teste de qui-quadrado para variáveis qualitativas e o teste de correlação para variáveis quantitativas. O nível de significância adotado foi de $p < 5\%$ ($p < 0,05$).

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), sob número de parecer 2.457.381.

RESULTADOS

Foram entrevistados 47 familiares de pacientes internados na enfermaria do IMIP, o que corresponde a quantidade total de leitos disponíveis para pacientes pediátricos oncológicos.

Como demonstrado, o perfil sociodemográfico dos entrevistados é composto predominantemente por 85,1% de mulheres, 44,7% de familiares com idade entre 30-39 anos, 59,6% de cor parda, 44,7% de casados, 42,6% de residentes no interior de Pernambuco, 40,4% com grau de escolaridade fundamental incompleto, 70,2% trabalham, 72,3% possuem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 70,2% são mães dos pacientes internados, 74,4% dos pais possuem outros filhos, 80,9% alegam ter religião e 42,6% são protestantes, 72,3% não se interessam por mais de uma religião, 63,8% se dedicam uma vez ou mais a religião por semana, 85,1% afirmam que a religiosidade e a espiritualidade são muito importante (tabela 1).

Percebeu-se também que 55,3% das crianças haviam sido diagnosticadas com câncer há menos de 6 meses, 63,9% dos familiares acreditam que o maior fator estressante durante todo o período foi a aceitação/diagnóstico da doença, 67,4% declararam nunca ter sido abordada a sua própria R/E pelos profissionais de saúde durante os períodos de consulta e internamento, 63% atestam que a R/E do paciente também não foi abordada por parte dos mesmo profissionais e 82,2% dos entrevistados asseguram que a abordagem da R/E durante esses momentos é muito importante (tabela 1).

Ao fazer a correlação entre as variáveis de qualidade de vida, foi encontrada relevância (valores de p menores que 0,05) nos domínios físico, psicológico, relações sociais meio ambiente e percepção da qualidade de vida respectivamente nas seguintes:

domínio físico com cidade, renda familiar; psicológico com frequência religiosa, grau de parentesco com o paciente em tratamento; relações sociais com grau de parentesco, maior fator estressante; meio ambiente com possuir trabalho, e, por último, percepção da qualidade e idade (tabela 2).

Ao comparar cada domínio de qualidade de vida e também a percepção da qualidade de vida dos participantes da pesquisa com as variáveis que apresentaram valores relevantes, notou-se que o domínio físico revelou melhores médias de qualidade de vida para quem reside em Recife (64,6) e também para os que possuem renda familiar de 4 a 7 salários mínimos (78,5), enquanto os que vivem em outro estado (47,2) e dispõem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (55,1) obtiveram as piores médias. Já para o domínio psicológico, as médias mais altas foram de quem raramente se dedica a religião (84,1) e também dos irmãos/irmãs dos pacientes (81,2), ao mesmo tempo que as piores permaneceram para quem detém frequência religiosa de algumas vezes ao ano (45,8) e para os avôs/avós (45,8). Para o domínio de relações sociais, as médias mais altas apresentadas foram dos pais (83,3) e de quem considerou a recidiva do câncer como o maior fator estressante (100,0). Em contrapartida, os avôs/avós (22,2) e as pessoas cujo maior estresse foi o internamento (52,1) indicaram as piores médias. Em relação ao domínio de meio ambiente, os melhores resultados foram observados em quem trabalha (58,2). Todos esses domínios influenciam na percepção da qualidade de vida, de modo que a melhor média se encontra em jovens de 17 a 29 anos (73,2), ao passo que pessoas com idade superior ou igual a 50 anos (50,0) evidenciaram a pior média.

Em relação ao CREP e suas dimensões, para a variável escolaridade foi significativo (valores de p menores que 0,05) a dimensão P5 (busca do outro institucional). Já no âmbito da renda familiar, destacou-se P2 (ações em busca de ajuda

espiritual), enquanto para a análise dos pais que possuem outros filhos foi relevante P6 (afastamento através de Deus/religião/espiritualidade). Em relação à religião, houve significância para P2, ao passo que Para o maior fator estressante durante todo o processo da doença foram relevantes P1 (transformação de si e/ou da sua vida) e P2 (tabela 3).

Quando confrontado o CREP e suas dimensões, foi constatado que os sujeitos com escolaridade superior incompleto obtiveram a maior média (4,1) para P5, enquanto os de escolaridade fundamental incompleto tiveram pior resultado (2,4). A dimensão renda familiar revelou melhor média (2,5) de P2 para aqueles cuja renda é menor do que 1 salário mínimo. Em contrapartida, o menor resultado (1,4) foi para os que possuem renda de 4 a 7 salários mínimos. No que diz respeito aos pais dos pacientes, quando não há outros filhos, a média de P6 é maior (4,7). Já para religião, o melhor resultado na dimensão P2 foi encontrado entre os católicos (2,2) e a pior média foi entre os protestantes (1,6). Por último, o internamento obteve as maiores médias em P1 (4,3) e P2 (2,4) para o maior fator estressante durante todo o processo da doença, ao passo que a recidiva do câncer e tratamento atingiram as piores médias, para P1 (3,3) e P2 (1,3) respectivamente (tabela 3).

Ao correlacionar o CREN e suas dimensões com as características sociodemográficas e pessoais dos familiares, verificou-se que para a variável idade foi significativo a dimensão N2 (posição negativa frente a Deus). Já no âmbito da cidade onde moram os participantes, destacou-se N1 (reavaliação negativa de Deus), enquanto que para a análise da escolaridade foi relevante N4 (reavaliação negativa do significado). Em relação ao estado civil, houve significância para N4. No caso da religião foi relevante o CREN (tabela 4).

Notou-se ainda que os indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos obtiveram a maior média (4,5) para N2, enquanto os que estão inseridos no grupo de 17 a 29 anos tiveram pior resultado (2,9). A dimensão cidade revelou melhor média (1,8) de N1 para aqueles que vivem em Recife. Em contrapartida, o menor resultado (1,0) foi para os que vivem em outros estados. No que diz respeito à escolaridade, os entrevistados com ensino médio incompleto apresentaram a maior média de N4 (3,5) e a menor média foi para quem possuía escolaridade superior completa. Já para estado civil, o melhor resultado na dimensão N4 foi encontrado entre os separados (2,9) e a pior média foi entre os solteiros (1,9). Por último, as pessoas sem religião, mas que acreditam em Deus obtiveram a maior média em CREN (2,3) para a variável religião, ao passo que a menor média (1,7) foi atingida pelos católicos (tabela 4).

Foi evidenciado também a ligação do CREN/CREP e CRE TOTAL com os dados sociodemográficos e pessoais dos entrevistados, verificando-se que para as variáveis escolaridade, pais que possuem outros filhos e religião foram relevantes o CREN/CREP e o CRE TOTAL (tabela 5).

Ademais, constatou-se que os sujeitos com escolaridade fundamental incompleto detiveram a melhor média (0,78) para CREN/CREP e os com ensino superior incompleto, superior completo e pós-graduação obtiveram a maior média (3,8) para CRE TOTAL. No entanto, os indivíduos que possuem pós-graduação tiveram menor resultado (0,48) para CREN/CREP e os com escolaridade fundamental incompleto apresentaram as piores médias (3,3) de CRE TOTAL. No que diz respeito aos pais dos pacientes, quando há outros filhos, a média de CREN/CREP recebeu destaque (0,70), já para os que não possuem outros filhos, a média de CRE TOTAL foi a maior (3,7). Por último, as pessoas sem religião, mas que acreditam em Deus obtiveram a melhor média em CREN/CREP (0,81) para a variável religião, ao passo que os católicos atingiram os

menores resultados (0,58). Ao analisar a mesma variável com CRE TOTAL, observou-se maior repercussão para católicos (3,6) e pior resultado (3,3) para quem não tem religião, mas acredita em Deus (tabela 5).

Além disso, ao realizar o cruzamento entre o maior fator estressante e o tempo de diagnóstico, foi verificado que 71,8% dos familiares, cujas crianças foram diagnosticadas com câncer faz no máximo 2 anos, relataram que o momento mais intenso de estresse durante todo esse processo da doença foi ao receber e aceitar a notícia da doença. Contudo, para os pacientes com tempo mais prolongado desde o diagnóstico (mais de 2 anos), 50% dos familiares consideraram o tratamento como maior fator estressante.

Mais ainda, ao correlacionar os domínios de qualidade de vida com as variáveis da escala CRE Breve, descobriu-se uma relação direta entre P3 e o domínio 2 ($p=0,028$), domínio 3 ($p=0,006$), domínio 4 ($p<0,001$) e domínio 5 ($p=0,007$); entre P4 e o domínio 4 ($p=0,029$); entre P5 e o domínio 3 ($p=0,004$) e o domínio 4 ($p=0,003$); entre P7 e o domínio 3 ($p=0,003$), domínio 4 ($p=0,007$), domínio 5 ($p=0,020$); entre CREP e o domínio 2 ($p=0,029$), domínio 3 ($p=0,003$) e domínio 4 ($p=0,002$) e por último entre CRE TOTAL e o domínio 3 ($p=0,009$) e domínio 4 ($p=0,004$). Houve também uma relação inversa entre CREN/CREP e o domínio 3 ($p=0,009$) e domínio 4 ($p=0,019$).

DISCUSSÃO

Avaliar a qualidade de vida dos familiares de pacientes oncológicos pediátricos, bem como a sua religiosidade e espiritualidade como base de enfrentamento da situação estressante, é essencial para melhor entender como esses aspectos interferem no processo de bem-estar, tratamento e recuperação da doença²⁷. Diversos estudos, como o realizado em ambulatórios públicos de Minas Gerais (Brasil), apontam para a relação positiva entre R/E e melhores indicadores de saúde, pois pessoas espiritualizadas apresentam maior capacidade para lidar com as circunstâncias adversas da vida¹². Além disso, será possível fornecer melhores subsídios para que os profissionais de saúde desenvolvam um novo olhar da importância da abordagem em R/E, já que, quando bem-feita, traz inúmeros benefícios para a saúde e QV dos familiares e pacientes²⁸.

No presente estudo, observou-se o predomínio do sexo feminino no cuidado do filho enfermo (85,1%). Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas realizadas no Brasil, em São Paulo, Rio Grande do Sul e Ceará, cujas respectivas porcentagens foram 84%, 84,4% e 90%. Isso pode ser explicado pelo fato de competir às mulheres, histórica e culturalmente, a implementação do cuidado em todas as etapas do ciclo vital dos filhos, cabendo às mesmas o papel de cuidadoras da família e da casa^{9,27,29,30,31}. Em consonância com esses resultados, verificou-se que as mães foram preponderantes no cuidado dos filhos (70,2%), como também constatado em um estudo em Coimbra - Portugal (78,7%) e Cidade do México - México (91%). A atribuição da maternidade concede às mulheres a função de cuidadora aos que necessitam de sua atenção, seja no plano físico ou psíquico, sendo um dos componentes principais da identidade feminina. Ainda que elas estejam conquistando novos papéis fora do âmbito familiar, a relação emocional com os filhos continua forte, de modo que a abnegação

maternal regula muitas vezes a vida da mulher. Em relação ao papel do pai, ainda que a sociedade atual vivencie grandes transformações nas funções sociais do sexo masculino e feminino, o homem continua sendo o principal provedor da família, dificultando sua participação no cuidado do filho enfermo^{20,27,31}.

Um estudo realizado em Recife, com dominância de idade entre os intervalos de 22 a 39 anos, foi corroborante com os resultados obtidos na pesquisa, cuja faixa etária mais prevalente foi de 30-39 anos. Outro dado importante a ser analisado é a média de idade dos entrevistados. Na pesquisa em questão, evidenciou-se uma média de 35 anos, sendo a mesma constatada em estudo feito na Cidade do México. Essa igualdade de médias pode ser explicada pela semelhança sociodemográfica dos dois países³¹. Os dados obtidos remetem ainda ao perfil de sujeitos em idade produtiva, sendo a maioria casados/em relação estável (74,5%), fato também visível em outros estudos com familiares de pacientes pediátricos oncológicos, sendo um no Recife (80%) e outro realizado no Canadá (74%). Em relação a corrente pesquisa, esse número crescido de pessoas casadas ou em união estável pode ser explicado ainda pela faixa etária predominante, que é superior à idade média para se casar no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{9,18,31,32,33}.

É importante reforçar que uma família com base estrutural sólida tem mais facilidade em desenvolver ações de união, cuidado, amor e enfrentamento. É por esse motivo que pessoas separadas exibiram pior *coping* ao avaliar o estímulo estressor como forças malévolas e punitivas, como visto neste trabalho, já que elas sentem mais dificuldade em dividir anseios e obrigações com os ex-cônjuges^{34,35}.

Ao analisar a variável “idade”, a pesquisa demonstrou que quanto mais velho, pior a QV, de modo que as pessoas com mais de 50 anos obtiveram a pior média. De acordo com uma pesquisa em relação a percepção dos idosos sobre a vida e a morte, o

resultado anterior pode ser explicado pelas perdas e experiências inerentes ao processo de envelhecimento, como mudanças no próprio corpo, morte real de entes e amigos, fim das relações de trabalho e alterações no relacionamento social e familiar. Todos esses fatores contribuem para o declínio da QV³⁶. Em consonância com essas explicações, foi visto também que no que se refere ao grau de parentesco, os avós apresentaram as piores médias, principalmente relacionadas a fatores psicológicos e de relacionamentos. Foi observado ainda que os irmãos/irmãs mostraram os melhores níveis de domínios emocionais, fato, provavelmente, explicado pela pouca exposição a vivências de luto³⁷. Também foi encontrado que os pais são detentores dos maiores índices de relações sociais na QV, visto que os mesmos ocupam preponderantemente a função de provedor, não participando tão ativamente no cuidado dos filhos e, assim, não prejudicando tanto suas relações pessoais^{20,29,31,33}.

Contraopondo-se aos resultados sobre QV e idade, outro estudo realizado no México aponta que os jovens possuem as piores médias. Isso foi explicado pelo fato deles apresentarem mais problemas financeiros e maiores dificuldades em manejar a dor do paciente e continuar com suas atividades sociais³⁸.

Estudos também indicam relação íntima entre os conceitos estresse e *coping* com idade, de maneira que idosos enfrentam as situações adversas diferentemente das pessoas em outras faixas etárias. Foi visto que indivíduos de mais idade já sofreram tantas perdas físicas e emocionais que acabam por recorrer como base de enfrentamento a busca por suporte, principalmente religioso/espiritual. No entanto, essa busca é tão intensa que muitas vezes eles acabam por entregar toda a resolução ao poder do divino, já que se encontram tão exaustos devido ao próprio processo de envelhecimento e suas consequências. Assim, ao avaliar o enfrentamento R/E através do *coping* da presente pesquisa, percebeu-se que as pessoas com mais de 50 anos apresentaram maior posição

negativa frente a Deus, transferindo toda a responsabilidade da cura da doença, sem que haja nenhum esforço próprio^{36,37}.

Como dito anteriormente, os participantes dessa pesquisa estão predominantemente em idade produtiva, sendo, portanto, esperado que a maioria possua algum trabalho (70,2%). Semelhante a esses dados, em uma pesquisa realizada no estado brasileiro do Rio Grande do Sul, a maioria dos familiares também se encontrava em idade produtiva, de modo que 61,7% trabalhavam. Em contrapartida, um estudo em Granada (Espanha) evidenciou prevalência de participantes que não trabalham (68,2%). Contudo, no estudo espanhol, a média de idade é de 51,8 anos, o que mostra um predomínio de pessoas que já estão na fase final da idade produtiva ou já são aposentadas^{27,39}.

Foi constatado nessa pesquisa que os cuidadores que trabalham possuem melhor QV, em especial, referente ao sentimento de segurança física, ambiental e financeira. O motivo para isso pode ser encontrado no fato das pessoas que possuem emprego apresentarem melhor estabilidade financeira e, assim, conseguirem suprir melhor suas necessidades em comparação com as pessoas que não estão trabalhando⁴⁰.

Não obstante a maioria dos familiares da nossa pesquisa possuir trabalho, foi observado que 72,3% possuem baixa renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Isso é reflexo do perfil sociodemográfico dos indivíduos que usufruem do serviço de saúde pública no Brasil, cuja parte majoritária (85,1%) é composta por pessoas com renda mensal de até 3 salários mínimos, segundo um estudo realizado em 2015 caracterizando o perfil socioeconômico dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Em adição, esse estudo anterior também demonstrou o perfil de usuários do Nordeste, mesma região onde aconteceu a coleta de dados do presente trabalho, no qual 95% das pessoas

integravam o conjunto de até 3 salários, o que foi coerente com os resultados obtidos nessa pesquisa de 2015 (95%)⁴¹.

Nota-se que de acordo com a renda familiar é possível analisar a QV do cuidador. Como visto nos resultados, aqueles que possuem os maiores recursos financeiros consequentemente possuem melhor QV. 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. Além disso, foi verificado também que as pessoas que vivem com menos de um salário mínimo possuem melhor QV em relação aos entrevistados com renda salarial entre 1 a 3. Isso pode ser justificado, em parte, pelos integrantes do grupo “menos de 1 salário mínimo” possuírem expectativas que conseguem suprir de acordo com sua condição de vida, diferente dos que se encontram entre 1 a 3 salários. Esses últimos, provavelmente, possuem outros anseios como a realização de desejos e status social muitas vezes ainda não alcançados, resultando na diminuição da satisfação de vida⁴².

É possível perceber ainda a influência das questões financeiras no modelo de enfrentamento religioso/espiritual adotado. A renda familiar baixa resultou em maior utilização do CREP, sobretudo no que diz respeito à procura pelo apoio espiritual, representando forte fonte de força e esperança frente às dificuldades. Em oposição a esses dados, um estudo realizado em um ambulatório público de Minas Gerais constatou que rendimentos mensais desfavorecidos geram maior uso de CREN, pois, segundo os dados dessa pesquisa mineira, a renda está fortemente associada ao ajustamento psicológico da família como um todo, de modo que além dos aspectos humanos envolvidos no processo saúde/doença, as variáveis ligadas ao contexto financeiro

material da vida das pessoas também oferecem substrato para suporte emocional e enfrentamento do câncer¹².

Em consonância com o perfil socioeconômico dos entrevistados, verificou-se a existência de baixa escolaridade entre os familiares, com predominância de pessoas com grau de instrução fundamental incompleto (40,4%), seguido de ensino médio completo (31,9%). Essa constatação também ocorreu no estudo do Rio Grande do Sul, no qual a maioria das pessoas possuíam escolaridade fundamental incompleto, seguido por ensino médio completo, e quase $\frac{2}{3}$ dos entrevistados tinham renda mensal de até 3 salários mínimos. Contrariamente, foi evidenciado no artigo canadense que 60% dos familiares dos pacientes da pediatria oncológica haviam concluído o ensino superior. Isso se deve ao fato do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Canadá (0,920) ser superior ao do Brasil (0,754), de acordo com dados de 2016, de modo que os canadenses têm mais acesso aos serviços básicos, como educação^{18,27,43}.

Autores declaram que um bom nível de escolaridade garante maiores possibilidades em aprender diferentes formas de lidar com os problemas. Ademais, esses indivíduos desenvolvem mais facilidade em utilizar estratégias cognitivas e comportamentais, o que lhes permite a capacidade de descentralização dos problemas emocionais e o envolvimento em atividades produtivas, incluindo a procura de suporte social e espiritual. Em congruência com esses dados, foi observado nos resultados da presente pesquisa que quanto maior a escolaridade melhor é o CRE^{44,45}.

No que concerne ao perfil racial dos entrevistados, a amostra revelou maior porcentagem de pardos (59,6%). Os valores de um estudo realizado em um hospital de referência do Norte-Nordeste brasileiro, o qual também obteve maior quantidade de pardos (45,7%) corrobora com esse resultado. No entanto, a pesquisa de São Paulo

evidenciou prevalência de pessoas brancas (64,4%), o que contradiz os dados da amostra da presente pesquisa. Isso pode ser explicado ao se analisar os censos do IBGE, cujos dados demonstram maior predominância de pardos no Norte-Nordeste do país, enquanto o Sul-Sudeste apresenta maior quantidade de pessoas declaradas brancas^{35,46,47}.

Quanto ao local de residência dos participantes da entrevista, 42,6% moram no interior do estado, correspondendo ao maior achado percentual. Esse dado faz alusão ao perfil socioeconômico dos moradores dessas regiões, onde há concentração de habitantes com rendas familiares mais baixas, sendo esses os maiores usuários do serviço público de saúde, de modo que o contingente de renda superior a 3 salários mínimos reside, de forma concentrada, na capital ou Região Metropolitana do Recife (RMR)⁴⁸. Além disso, o IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do país, o que o torna centro de referência assistencial em oncologia, recebendo pacientes da capital, da RMR, do interior de Pernambuco e até de outros estados⁴⁹.

Associando QV e local de residência, é perceptível a melhor média para os moradores da capital em comparação com os que residiam mais distante, como no interior ou outros estados. Isso foi notado também em uma pesquisa realizada em Recife e outra no Sudeste do Brasil, as quais demonstraram consequências negativas para a rotina familiar dos participantes que moravam em outros estados, com impacto direto em diversos aspectos psicossociais fazendo com que a família se afastasse do seu ambiente de convívio em busca de melhores recursos de tratamento^{33,50}.

Foi notado ainda que os entrevistados que vivem na capital apresentam maiores sentimentos negativos em relação a si mesmo, como culpa, revolta e desamparo divino,

o que caracteriza um CREN. Isso pode ser entendido como uma consequência dos problemas da vida urbana, como estresse, ansiedade, irritabilidade, intolerância e insegurança. No entanto, não foram encontrados estudos que avaliassem essa variável, o que dificultou a comparação do resultado obtido⁵¹.

Em relação ao perfil da família brasileira, embora a taxa de fecundidade venha decaindo nos últimos anos, o valor ainda é de quase dois filhos por mulher. Isso condiz com os resultados encontrados na pesquisa em questão, em que 74,4% possuem outro filho. Ratificando os dados anteriores, duas pesquisas brasileiras, uma no estado do Rio grande do Sul e outra em São Paulo, constataram que 57,1% e 87,9% dos entrevistados tinham outro filho, respectivamente^{27,4752}.

Observou-se também relação entre possuir mais de um filho e o *coping* positivo. Os pais que possuem apenas um filho conseguem afastar o estímulo estressor de maneira mais eficiente, sem negar a existência do mesmo, por meio da conexão com a R/E, apresentando, dessa forma, melhor CRE. Isso também foi encontrado no estudo realizado em um centro de referência nacional para o tratamento de câncer infanto-juvenil, o qual afirmou que o fato de haver outros filhos envolvidos aumenta o peso da culpa sentida pelos pais por centralizar os cuidados, distanciando-se dos filhos saudáveis³³.

No que concerne à religião, o estudo mostrou semelhantes valores percentuais entre católicos (38,3%) e protestantes (42,6%). É perceptível, no entanto, que a quantidade de adeptos ao protestantismo é maior. 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 encontrado forte associação entre essa religião cristã e precárias condições socioeconômicas⁵³. Todavia, segundo

dados do IBGE, o catolicismo é a religião mais presente no país, apesar do recente aumento de adeptos ao protestantismo, fato visto no estudo de São Paulo e no estudo do hospital de referência Norte-Nordeste, cujos valores para catolicismo foram de 61% e 57,1%^{35,47,54}. Além disso, os dados dessa pesquisa demonstraram que 63,8% das pessoas se dedicam à R/E pelo menos uma vez na semana e 85,1% as consideram muito importante. Isso também foi notabilizado em uma pesquisa que avaliou o envolvimento religioso da população brasileira, constatando que 35,1% dos entrevistados se dedicam à R/E uma vez ou mais durante a semana e 73,3% consideram as duas muito importantes²¹.

Notou-se no presente estudo que os participantes que possuem religião apresentam um melhor CRE em comparação aos que declararam não possuir religião. Isso pode ser explicado pela literatura, a qual afirma que os indivíduos com práticas religiosas buscam apoio nessas atividades para lidar com as dificuldades⁵⁵. Assim, indivíduos sem religião, mesmo que espiritualizados, apresentam maior utilização do CREN, já que ausência de crenças e práticas espirituais não permite que os mesmos sintam a esperança, equilíbrio e fortalecimento oferecidos pela R/E, propiciando vontade de lutar pela vida e serenidade para aceitar a doença, como também foi visto nos resultados da nossa pesquisa¹².

De acordo com a literatura, existe associação favorável entre R/E, saúde e QV, pois as práticas espirituais evocam emoções edificantes²⁷. Inclusive, o estudo de Minas Gerais abordou a contribuição do CRE como fator amenizante das complicações. Nele, 53% das pessoas frequentavam a instituição religiosa/espiritual uma ou mais vezes por semana e consideraram esses momentos essenciais para alcançar a plenitude. Essas últimas apresentaram bons níveis de QV. Ainda nessa pesquisa, 12% dos entrevistados

relataram rara frequência à igreja e outras instituições espirituais, apresentando os piores índices de QV¹². No entanto, ao analisar os dados obtidos na nossa pesquisa, percebeu-se que as melhores médias de QV foram para as pessoas cuja frequência religiosa/espiritual era rara, cabendo ao grupo com regularidade de 1 ou mais vezes na semana a segunda posição. Essa divergência de resultados pode ser explicada pelo número reduzido do conjunto “raramente frequento a igreja”, composto por apenas 5 pessoas, o que pode ter prejudicado a análise.

É possível observar diferentes níveis de QV de acordo com o maior fator de estresse durante o processo da doença. Os familiares que consideraram a recidiva do câncer e aceitação do diagnóstico como o pior momento a ser enfrentado, obtiveram uma melhor QV, o que pode ser explicado porque é nesses momentos inesperados que há maior mobilização socioafetiva por parte de familiares, amigos e conhecidos^{33,56}. Já os que afirmaram ser o internamento o maior estresse vivenciado, apresentaram QV mais baixa pelo fato da hospitalização da criança interferir diretamente na vida do cuidador, causando maior isolamento social e alterações na rotina conjugal e familiar^{57,58}. Estudos realizados na região sudeste do Brasil e na Cidade do México indicaram o mesmo, o que colabora com os nossos achados^{31,50}.

Nesse contexto de fatores estressantes, a perspectiva sobre o CREP pode ser analisada de diferentes formas a depender de qual momento de tensão foi considerado mais relevante pelos familiares. Os participantes que julgaram o internamento como pior fator, tiveram mais oportunidade para reflexões sobre espiritualidade, vida e suas próprias atitudes, devido a interrupção da rotina. Para melhor conviver com a hospitalização, as pessoas tendem a reorganizar os aspectos da vida intra e extra-hospitalar, recorrendo muitas vezes a R/E, o que possibilita o desenvolvimento de

estratégias adaptativas para manter o equilíbrio emocional. Por esses motivos, a presente pesquisa indicou, para familiares incluídos nesse grupo, os melhores *copings* de R/E relacionados à transformação de si mesmo e à busca por ajuda espiritual^{18,34,59}.

Mais ainda, a variável “falta de apoio” indicou os piores valores de *coping*, contrapondo-se a um estudo de Minas Gerais, o qual revelou ser nesses momentos conflituosos, com escassa ajuda de outras pessoas no cuidado do filho enfermo, o maior fortalecimento da crença e espiritualidade como estratégia de apoio. Entretanto, essa diferença de resultado pode ser devido a apenas uma pessoa ter referido falta de apoio como fator estressante na corrente pesquisa, o que pode ter prejudicado a análise³⁴.

Em adição, ao analisar esses fatores estressantes durante o processo da doença, verificou-se que existe uma associação importante com o tempo desde o diagnóstico do câncer. Em concordância com essa análise, estudos indicam que sintomas de desespero, desesperança e inutilidade foram mais intensos na vivência de pais de crianças com diagnóstico recente do que naquelas que realizavam o tratamento havia pelo menos seis meses, o que é explicado pela perplexidade inicial diante da notícia de doença e toda a carga negativa advinda da palavra câncer, muitas vezes encarada como sinônimo de morte. Da mesma forma, perceber o sofrimento do filho ao longo do tratamento, principalmente após 6 meses desde a descoberta da enfermidade, pareceu suscitar nos familiares sentimentos conflituosos em relação aos riscos envolvidos, transferindo o estresse do diagnóstico para o tratamento^{50,60,61}.

Reforçando esses dados, uma revisão sistemática com foco na influência da espiritualidade no câncer pediátrico atestou que os momentos mais estressantes para os familiares durante a enfermidade do paciente foram justamente a aceitação do diagnóstico e o tratamento, dependendo da etapa no processo da doença⁸. Além disso,

houve ainda uma revisão de literatura na área da psiconcologia pediátrica, como também um estudo realizado em Portugal e outro em Barcelona (Espanha), os quais mostraram o sofrimento do familiar com maior intensidade durante a fase inicial da doença, exatamente por dificuldade em aceitar e conseguir se adaptar à nova fase em sua vida. Já os familiares de pacientes com mais tempo de diagnóstico tiveram progressiva adaptação da situação e, portanto, se encontram em sofrimento menor, mesmo que ainda ansiosos e angustiados com o tratamento ou preocupados com o futuro. O relacionamento estabelecido com outros pacientes e seus familiares ao longo da convivência hospitalar pareceu constituir também outra fonte de apoio social significativa, serenando a mente nos momentos difíceis^{20,50,62,63}.

Assim como o presente estudo, a revisão de literatura e revisão sistemática supracitadas também demonstraram relação significativa e direta entre o enfrentamento religioso/espiritual e a QV dos entrevistados. Foi observado que os familiares e os pacientes utilizam preponderantemente a R/E como forma de enfrentamento da doença e isso repercute positivamente na QV, resultando em sentimentos de otimismo e amparo, melhor saúde mental, mais tranquilidade durante os momentos de adversidade e maior aceitação dos seus próprios limites^{1,8,18,62}.

No estudo mineiro sobre a utilização do CRE na luta contra tumores malignos, 93% dos familiares dos pacientes consideram a R/E importante como forma de auxiliar no enfrentamento da doença, fato semelhante ocorreu em nossa pesquisa¹². Mais ainda, a literatura indica que pais espiritualizados acreditam na energia das práticas religiosas para ajudar não apenas a lidar com os problemas advindos do diagnóstico do câncer, como também para fortalecer o processo de cura dos filhos⁸. Em adição, a maioria dos sujeitos, tanto do presente estudo como do mineiro, informou que gostaria de receber

algum tipo de cuidado espiritual durante o tempo de tratamento. Inclusive, esse dado é reiterado na fala de um dos familiares entrevistados na nossa pesquisa:

“Acho que ter essa abordagem é muito importante. Algumas vezes a pessoa está muito desesperada e aí uma palavra ou um conforto já melhora muita coisa. Isso aqui é uma vida mudada do dia para a noite e eu acho que falar de Deus, independente da religião que a pessoa seja, é muito bom e a gente se sente bem” (FAMILIAR 5).

Em contrapartida, uma quantidade mínima de pessoas discordou da importância da R/E, como visto na citação de outro entrevistado:

“Às vezes eu não acho bom, porque se mete na vida dos outros, então não é bom. Não deveria ter essa abordagem”. (FAMILIAR 6)

Ainda dentro desse grupo, algumas pessoas afirmaram não ser papel dos profissionais a abordagem da R/E:

“Não acho importante, os profissionais de saúde já têm muito trabalho, por isso existem voluntários e outras pessoas para isso” (FAMILIAR 7)

No entanto, a OMS, em 1988, incluiu a abordagem espiritual no conceito multidimensional do cuidado do paciente, tornando-a mais uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões físicas, psíquicas e sociais, sendo dever de todo profissional atentar as necessidades religiosas/espirituais dos pacientes⁶⁴.

Foi observado também que no estudo de Minas Gerais apenas 16% informaram já ter conversado com algum profissional de saúde sobre o tema, seja direcionado para a espiritualidade do paciente ou do próprio familiar, o que também está de acordo com nossos resultados, já que a maior parte dos entrevistados alegaram nunca ter sido abordado questões ligadas a religião por nenhum profissional do recinto¹², o que pode ser percebido nas falas abaixo:

“Ninguém perguntou sobre minha religião, ninguém chegou a oferecer conforto através da religião, para mim não foi abordado” (FAMILIAR 2)

“Não foi abordado. Inclusive uma vez minha filha estava louvando e uma enfermeira mandou ela calar a boca, e isso eu não achei bom”. (FAMILIAR 4)

A explicação dessa deficiência na abordagem encontra-se muitas vezes na falta de formação profissional e carência teórica para exercer o cuidado espiritual⁶⁵. Existe ainda a prerrogativa de que alguns profissionais se preocupam apenas com diagnosticar e tratar o câncer, esquecendo de respeitar e apoiar as crenças religiosas praticadas pelos cuidadores e pacientes^{8,9}.

Contudo, existe uma parcela mínima de familiares que confirmam o recebimento de apoio espiritual tanto para si mesmo como para o paciente:

“Toda a equipe já falou bastante. Sempre abordam o tema da religiosidade e espiritualidade para confortar, ajudar, dar apoio. Acho isso muito legal” (FAMILIAR 1)

“Falam com ela, porque ela fala muito de Deus também e adora as historinhas sobre Deus. Aí quando os profissionais vão conversar com ela, falam sobre ter conforto em Deus e que Ele está no comando”. (FAMILIAR 3)

Isso é muito importante, pois a família é a principal fonte de apoio do paciente oncológico e, face à hospitalização, vivencia muitas situações estressoras. Nessa ótica, a criança e a família são indissociáveis, o cuidado à criança necessita do cuidado à família, e vice-versa. Atentar às necessidades mentais, físicas e espirituais dos familiares resulta em melhor cuidado ao paciente, bem como cuidadores mais compreensivos, bem preparados e confiantes.

Há ainda os que pensam que crianças não possuem entendimento o suficiente para ser abordado a R/E:

“Com ele eu não vejo essa abordagem. Deve ser porque ele é criança e não deve entender muito isso”. (FAMILIAR 1)

No entanto, estudos indicam que crianças, embora não consigam distinguir espiritualidade de religião, possuem senso de espiritualidade ou engajamento em alguma comunidade religiosa que podem promover um enfrentamento estratégico positivo da doença⁶⁶.

Nessa perspectiva, é importante salientar que o cotidiano do cuidador é diretamente influenciado pela demanda de cuidados determinados pelo câncer e pelas necessidades de saúde do paciente, o que, conseqüentemente, pode alterar sua QV²⁷. O desgaste e sofrimento emocional, bem como a preocupação em atender às ansias e expectativas do paciente em detrimento de suas próprias, fazem com que os familiares projetem seu estresse no enfermo, fundindo sua percepção de QV ao do paciente^{28,29,65}.

Conforme mencionado anteriormente, identificam-se muitos trabalhos que consideram a religiosidade e a espiritualidade como fatores relevantes para o enfrentamento das adversidades às quais estão expostos pacientes e familiares, vinculando-as ao suprimento de suporte emocional, instrumental e informativo. Verificou-se ainda que a busca da religião se mostrou presente desde as etapas iniciais por ocasião dos exames diagnósticos, perpassando o desenvolvimento da doença até se atingir a condição de sobrevivente, de modo a ressignificar experiências com a enfermidade e o tratamento. Especificamente em Oncologia Pediátrica, estudos indicam que a R/E auxiliam as crianças e seus familiares a elaborarem explicações e darem sentido para a doença, representando a principal estratégia utilizada por eles.

Do ponto de vista das práxis médicas, é fundamental que o profissional especialista em Oncologia pediátrica considere os diversos benefícios proporcionados pela utilização de estratégias positivas de CRE, como por exemplo: maior adesão ao

tratamento, facilitação do acesso a redes de suporte e integração social, produção de sentido/propósito da vida, esperança e redução de sintomas depressivos. Sem dúvida, o uso de estratégias negativas de CRE também deve ser identificado e limitado desde as etapas iniciais do atendimento. Todavia, para que essas metas possam ser incluídas no acompanhamento, é preciso assegurar uma formação que familiarize os profissionais com o domínio religioso e/ou espiritual, adotando-se um modelo de saúde integrativo das dimensões biopsicossociais e espirituais do paciente.

Do ponto de vista científico, é evidente a necessidade de mais pesquisas sobre a temática e, em especial, estudos que envolvam também crianças, adolescentes e profissionais de saúde. Tendo em vista a complexidade da expressão espiritual e religiosa na sociedade brasileira, é indubitável o valor de futuras contribuições para o campo da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2014 Setembro; 36(2):176 – 182.
2. Moreira-Almeida A, Stroppa A. Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram? *Revista Debates em Psiquiatria*. 2012 Novembro;2(6);34 – 41.
3. De Souza Alves J, Junges JR, López LC. A dimensão religiosa dos usuários na prática de atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*. 2010 Agosto;34(4):430 – 436.
4. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*. 2016 Janeiro;68(1):54 – 57.
5. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, da Ponte Nacif AS. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2010 Janeiro;8(2):154 – 158.
6. Cloninger CR. A importância da consciência ternária para superar as inadequações da psiquiatria contemporânea. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2013 Abril; 40(3):110-113.
7. Almeida AM. Religion and health: the more we know the more we need to know. *World Psychiatry*. 2013 Fevereiro;12(1): 37 – 38.
8. Meireles CB, Maia LC, Miná VAL, Novais MSMC, Peixoto JAC, Cartaxo MABS, de Lima JMF, dos Santos FAV, Cassiano CJM, Pinheiro PG, Neto MLR. Influence Of Spirituality In Pediatric Cancer Management: A Systematic Review. *International Archives of Medicine*. 2015 Maio;8(35):1 – 13.

9. De Araújo Alves D, da Silva LG, de Araújo Delmondes G, Lemos ICS, Kerntopf MR, Albuquerque GA. Cuidador de Criança com Câncer: Religiosidade e Espiritualidade como Mecanismos de Enfrentamento. *Revista Cuidarte*. 2016 Maio;7(2):1318 – 1324.
10. Angelo M. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre o sofrimento e espiritualidade. *O mundo da Saúde*. 2010 Agosto;34(4):437 – 443.
11. Fornazari SA, Ferreira RER. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010 Abril;26(2):265 – 272.
12. 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.
13. Garanito MP, Cury MRG. A espiritualidade na prática pediátrica. *Revista Bioética*. 2016 Janeiro;24(1):49 – 53.
14. De Bernardin Gonçalves JP, Lucchetti G, Leão FC, Menezes PR, Vallada H. Avaliação da prática de terapia complementar espiritual/religiosa em saúde mental. *Revista Debates em Psiquiatria*. 2015 Novembro; 5(6):21 – 27.
15. Damiano RF, Costa LA, Viana MTSA, Moreira-Almeida A, Lucchetti ALG, Lucchetti G. Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2016 Setembro;43(1):11 – 16.
16. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*. 2015 Maio; 45(14):2937 – 2949.

17. Netto SM, Moreira-Almeida A. 11. In: Metodologia de Pesquisa para Estudos em Espiritualidade e Saúde. Editora Comenius; 2010. P. 182 – 196.
18. Nicholas DB, Barrera M, Granek L, D’Agostino NM, Shaheed J, Beaune L, et al. Parental spirituality in life-threatening pediatric cancer. *Journal of psychosocial oncology*. 2017 Fevereiro;p.1 – 12.
19. 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.
20. Batalha LMC, Fernandes AM, de Campos C. Qualidade de vida em crianças com câncer: concordância entre crianças e pais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2015 Abril;19(2):292 – 296.
21. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2010 Fevereiro;37(1):18 – 21.
22. Tostes JSRM, de Rezende Pinto A, Moreira-Almeida A. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: O que o psiquiatra pode fazer? *Revista Debates em Psiquiatria*. 2013 Março;3(2):20 – 26.
23. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70 – Brasil; 2016.
24. Ramos RCSS, Salvi RF. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso em Educação Matemática – Um Olhar sobre a Produção em Periódicos Qualis A1 E A2. In: *IV Seminário Internacional de Pesquisa em Educação Matemática*; 2009. P.1 – 20.
25. 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.

26. 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.
27. De Moura Fetsch CF, Portella MP, Kirchner RM, Gomes JS, Benetti ERR, Stumm EMF. Estratégias de Coping entre Familiares de Pacientes Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2016 Março;62(1):17 – 25.
28. De Negreiros RV, de Sá Furtado I, Vasconcelos CRP, de Souza LSB, Vilar MMG, Alves RF. A Importância do Apoio Familiar para a Efetividade no Tratamento do Câncer Infantil: Uma Vivência Hospitalar. *Revista Saude & Ciencia online*. 2017 Agosto;6(1):57 – 64.
29. Borges EL, Franceschini J, Costa LHD, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Sobrecarga do cuidador familiar: a sobrecarga de cuidar de pacientes com câncer de pulmão, de acordo com o estágio do câncer e a qualidade de vida do paciente. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2017;43(1):18 – 23.
30. Wegner W, Pedro ENR. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 2010 Junho;31(2):335 – 341.
31. Pardo XM, Cárdenas SJ, Venegas JM. Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*. 2015;12(1):67 – 86.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas do Registro Cível 2015* - IBGE. Brasil; 2015.
33. Beltrão MRLR, Vasconcelos MGL, Pontes CM, Albuquerque MC. Câncer Infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. *Jornal de Pediatria*. 2007;83(6):562 – 566.

34. Figueiredo T, da Silva AP, Silva RMR, de Jesus Silva J, de Oliveira e Silva CS, Alcântara DDF, et al. Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2017;42(1):34 – 39.
35. 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.
36. Cocentino JMB, de Camargo Viana T. A Velhice e a Morte: reflexões sobre o processo de luto. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2011;14(3):591 – 600.
37. dos Santos Ribeiro M, da Silva Borges M, de Araújo TCCF, dos Santos Souza MC. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017;20(6):880 – 888
38. Vázquez OG, Castillo ER, Huertas LA, García AM, Ponce JLA, Manzanilla EO, et al. Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 2015;12(1):87 – 104.
39. Romero V, Cruzado JA. Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de La Pérdida. *Psicooncología*. 2016;13(1):23 – 37.
40. Campara JP, Vieira KM, Potrich ACG. Satisfação Global de Vida e Bem-estar Financeiro: desvendando a percepção de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Revista de Administração Pública*. 2017 Março;51(2):182 – 200.

41. Guibu IA, de Moraes JC, Guerra Junior AA, Costa EA, de Assis Acurcio F, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2017;51:1 – 13.
42. Brasil - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Planejamento e Políticas Públicas*. 2017;p. 1 – 433.
43. United Nations Development Programme (UNDP). *Human Development Report. Human Development for Everyone*. 2016;p. 1 – 270.
44. de Sousa Certal Martins C. Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. *Psicologia.compt: o portal dos psicólogos*. 2007;p. 1 – 20.
45. Noriega JAV, de Albuquerque FJB, Alvarez JFL, Pimentel CE. Coping em uma população do nordeste brasileiro. *Avaliação Psicológica*. 2003;2(1):17 – 27.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estudos & Análises - Informações Demográfica Socioeconômica. Características Étnico-Raciais da População - Classificações e Identidades*. 2013;p. 1 – 208.
47. Boldrini E. *Percepção dos sintomas e sofrimento no fim da vida das crianças com câncer e repercussões nos cuidadores [Oncologia]*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2014.
48. Abramo FP. Primeira Parte. In: *Situação demográfica: características da população*. Fundação Perseu Abramo; 2014.
49. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. IMIP - Quem Somos;. Available from:
<http://www1.imip.org.br/imip/conheca/quemsomos/quemsomos.html>.

50. De Arruda-Colli MNF, de Lima RAG, Perina EM, dos Santos MA. A recidiva do câncer pediátrico: um estudo sobre a experiência materna. *Psicologia USP*. 2016;27(2):307 – 314.
51. Ribeiro H, Vargas HC. Urbanização, globalização e saúde. *Revista USP*. 2015;(107):13 – 26.
52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 2000 a 2015;. Available from:
<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>.
53. Bohn SR. Evangélicos no Brasil. Perfil socioeconômico, afinidades ideológicas e determinantes do comportamento eleitoral. *Opinião Pública*. 2004 Outubro;10(2):288 – 338.
54. 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.
55. 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.
56. De Arruda-Colli MNF, dos Santos MA. Aspectos psicológicos da recidiva em Oncologia Pediátrica: uma revisão integrativa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2015;67(3):75 – 93.
57. Sales CA, de Matos PCB, de Mendonça DPR, Marcon SS. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010;12(4):616 – 621.

58. Mensorio MS, Kohlsdorf M, Costa Junior AL. Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. *Psicologia em Revista*. 2009;15(1):158 – 176.
59. Peres GM, Lopes AMP. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. *Psicologia Hospitalar*. 2012;10(1):17 – 41.
60. Malta JDS, Schall VT, Modena CM. O Momento do Diagnóstico e as Dificuldades Encontradas pelos Oncologistas Pediátricos no Tratamento do Câncer em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2009;55(1):33 – 39.
61. Lima RM. Análise da satisfação familiar quanto ao atendimento prestado ao paciente com doença oncológica e tomada de decisão em unidade de terapia intensiva pediátrica [Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos, Florianópolis]. Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
62. Kohlsdorf M, da Costa Junior AL. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*. 2008;25(3):417 – 429.
63. Castro MR. Las Necesidades Espirituales como Elementos en El Bienestar del Paciente Paliativo [Psicologia]. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
64. World Health Organization. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes - Palliative Care. 2007;p. 51.
65. de Melo Cezar Alves K, Comassetto I, de Almeida TG, Trezza MCSF, de Oliveira e Silva JM, de Magalhães APN. A vivência dos pais da criança com câncer na condição de impossibilidade terapêutica. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2016;25(2):1 – 9.

66. Garanito MP, Cury MRG. A espiritualidade na prática pediátrica. *Revista de Bioética*. 2016;24(1):49 – 53.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Características sociodemográficas e pessoais dos familiares dos pacientes internados na enfermaria da pediatria oncológica do IMIP.

		N	%
Sexo	Masculino	7	14,9
	Feminino	40	85,1
Idade	17-29 anos	14	29,8
	30-39 anos	21	44,7
	40-49 anos	08	17,0
	≥ 50 anos	04	8,5
Raça	Branca	7	14,9
	Negra	7	14,9
	Amarela	4	8,5
	Parada	28	59,6
	Indígena	1	2,1
Cidade	Recife	10	21,3
	Região Metropolitana do Recife	12	25,5
	Interior de Pernambuco	20	42,6
	Outros estados	5	10,6
Escolaridade	Fundamental Incompleto	19	40,4
	Fundamental Completo	4	8,5
	Médio Incompleto	2	4,3
	Médio Completo	15	31,9
	Superior Incompleto	2	4,3
	Superior Completo	4	8,5
	Pós-Graduação	1	2,1
Trabalha	Sim	33	70,2
	Não	14	29,8
Renda Familiar	Menos de 1 salário mínimo	11	23,4
	1 a 3 salários mínimos	34	72,3
	4 a 7 salários mínimos	2	4,3
Estado civil	Solteiro	5	10,6
	Casado	21	44,7
	Separado	7	14,9
	Relação Estável	14	29,8
Relação com o paciente em tratamento	Pai	6	12,8
	Mãe	33	70,2
	Tio/Tia	3	6,4
	Irmão/Irmã	2	4,2
	Avô/Avó	3	6,4
Caso seja pai/mãe possui outros filhos	Sim	29	74,4
	Não	10	25,6
Religião	Católico	18	38,3
	Protestante	20	42,6
	Sem religião, mas acredito em Deus	9	19,1
Interesse por mais de uma religião	Sim	13	27,7
	Não	34	72,3
Frequência que se dedica a religião	≥ 1 vez por semana	30	63,8

1 a 2 vezes por mês	9	19,1
Algumas vezes no ano	3	6,4
Raramente	5	10,6
Importância da Religiosidade/Espiritualidade		
Muito importante	40	85,1
Moderadamente importante	6	12,8
Pouco importante	1	2,1
Tempo que a criança foi diagnosticada com câncer		
0 a 6 meses	26	55,3
> 6 meses a 1 ano	5	10,7
> 1 ano a 1 ano e 6 meses	4	8,5
> 1 ano e 6 meses a 2 anos	4	8,5
> 2 anos	8	17,0
Maior fator estressante durante todo o processo da doença		
Aceitação/diagnóstico	30	63,9
Internamento	4	8,5
Tratamento	11	23,4
Recidiva do câncer	1	2,1
Falta de apoio	1	2,1
Abordagem do profissional de saúde em relação a R/E do familiar		
Foi abordado	15	32,6
Não foi abordado	31	67,4
Abordagem do profissional de saúde em relação a R/E do paciente		
Foi abordado	17	37,0
Não foi abordado	29	63,0
Percepção da abordagem da R/E durante as consultas		
Muito importante	37	82,2
Não é importante	8	17,8

Tabela 2: Associação entre os domínios de qualidade de vida e as características sociodemográficas e pessoais dos familiares dos pacientes internados na enfermaria da pediatria oncológica do IMIP.

Variáveis	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio de Relações Sociais		Domínio de Meio Ambiente		Percepção da Qualidade de Vida	
	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor
Idade										
17 a 29 anos	59,2	0,256	74,7	0,205	74,4	0,204	56,5	0,917	73,2	0,008*
30 a 39 anos	55,1		67,4		82,9		54,5		71,4	
40 a 49 anos	57,5		63,5		65,6		50,4		54,7	
≥ 50 anos	67,0		60,4		64,6		56,2		50	
Cidade										
Recife	64,6	0,032*	75,8	0,206	84,2	0,093	61,5	0,163	70,0	0,075
Região Metropolitana de Pernambuco	56,2		64,6		66,0		44,3		64,6	
Interior de Pernambuco	57,8		68,7		81,2		57,4		68,1	
Outros Estados	47,2		60,8		61,7		53,7		65,0	
Renda familiar										
< 1 salário mínimo	62,0	0,003*	75,4	0,163	84,8	0,195	57,4	0,100	63,6	0,707
1 a 3 salários mínimos	55,1		65,8		72,0		52,0		68,0	
4 a 7 salários mínimos	78,5		73,0		91,6		81,2		75,0	
Possui trabalho										
Sim	58,3	0,597	67,7	0,638	77,4	0,804	58,2	0,047*	68,1	0,493
Não	56,4		70,0		72,6		46,0		62,0	
Frequência Religiosa										
≥ 1 vez por semana	56,6	0,555	69,3	0,001*	78,9	0,229	56,7	0,630	70,0	0,550
1 a 2 vezes por mês	60,7		63,8		73,1		49,0		61,1	
Algumas vezes no ano	53,5		45,8		61,1		45,8		62,5	
Raramente	62,1		84,1		71,6		57,0		65,0	
Grau de parentesco com o paciente em tratamento										
Pai	57,7	0,589	64,6	0,046*	83,3	0,041*	50,7	0,174	75,0	0,213
Mãe	58,7		70,1		80,0		57,0		67,8	

Tio/Tia	53,6		70,8		66,6		47,9		58,3	
Irmão/Irmã	62,5		81,2		79,1		70,3		62,5	
Avô/Avó	48,8		45,8		22,2		32,3		58,3	
Maior fator estressante										
Aceitação/ diagnóstico	60,0	0,125	69,2	0,334	81,6	0,039*	57,2	0,423	68,3	0,508
Internamento	50,0		58,3		52,1		53,9		53,1	
Tratamento	52,6		67,0		66,6		46,6		69,3	
Recidiva do câncer	67,8		75,0		100,0		46,9		62,5	
Falta de apoio	67,8		91,7		75,0		78,1		75,0	

Tabela 3 - Associação entre o CREP e suas dimensões com as características sociodemográficas e pessoais dos familiares dos pacientes internados na enfermaria da pediatria oncológica do IMIP.

Variáveis	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7		CREP	
	Méd.	P(v)	Méd.	P(v)	Méd.	P(v)	Méd.	P(v)	Méd.	P(v)	Méd.	P(v)	Méd.	P(v)	Méd.	P(v)
Escolaridade		0,483		0,709		0,440		0,619		0,001		0,861		0,430		0,537
Fund. Incomp.	3,5		1,9		2,7		2,5		2,4		4,2		2,3		2,9	
Fund. Comp.	4,0		2,3		2,9		3		3,7		4,6		1,8		3,3	
Médio Incomp.	4,5		2,1		3,2		2,5		2,5		4,5		1,5		3,2	
Médio Compl.	3,5		1,7		3,0		2,5		2,5		4,2		2,7		2,9	
Sup. Incomp.	3,7		1,7		2,9		2,7		4,1		4,2		2,2		3,1	
Sup. Comp.	3,8		1,6		3,9		2,8		3,5		4,5		2,9		3,3	
Pós-graduação	3		2,6		2,8		2,4		3,3		5		3		3,0	
Renda Familiar		0,894		0,009		0,329		0,425		0,797		0,827		0,440		0,727
< 1 salário mínimo	3,6		2,5		2,9		2,8		2,7		4,3		2,1		3,0	
1 a 3 salários mínimos	3,6		1,7		2,9		2,6		2,7		4,3		2,5		2,9	
4 a 7 salários mínimos	3,9		1,4		3,9		2,5		3,1		4,5		2,2		3,1	
Caso seja pai/mãe possui outros filhos		0,969		0,304		0,068		0,813		0,363		0,026		0,120		0,271
Sim	3,7		2,0		2,8		2,6		2,8		4,1		2,3		3,0	
Não	3,7		1,8		3,4		2,6		3,0		4,7		2,8		3,2	
Religião		0,589		0,029		0,383		0,655		0,093		0,248		0,680		0,602
Católico	3,6		2,2		3,2		2,8		2,9		4,0		2,1		3,0	
Protestante	3,7		1,6		2,9		2,5		2,9		4,5		2,7		3,0	
Sem religião, mas acredito em Deus	3,6		2,0		2,7		2,4		2,2		4,4		2,4		2,8	
Maior fator estressante durante todo o processo da doença		0,012		0,026		0,815		0,782		0,482		0,946		0,718		0,151
Aceitação/diagnóstico	3,7		2,0		3,0		2,6		2,7		4,3		2,5		3,0	
Internamento	4,3		2,4		2,9		2,9		3,3		4,3		2,3		3,3	
Tratamento	3,6		1,3		2,8		2,6		2,7		4,3		2,2		2,8	
Recidiva do câncer	3,3		1,4		3,4		2,6		3,3		4		2,3		2,9	
Falta de apoio	1,4		1,4		2,6		2,6		1,5		4,3		1,3		2	

Tabela 4 - Associação entre o CREN e suas dimensões com as características sociodemográficas e pessoais dos familiares dos pacientes internados na enfermaria da pediatria oncológica do IMIP.

Variáveis	N1		N2		N3		N4		CREN	
	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor
Idade		0,946		0,036*		0,855		0,898		0,434
17 a 29 anos	1,4		2,9		1,5		2,3		1,9	
30 a 39 anos	1,4		3,9		1,4		2,6		2,1	
40 a 49 anos	1,4		3,4		1,3		2,5		2,0	
≥ 50 anos	1,5		4,5		1,8		2,7		2,4	
Cidade		0,010*		0,714		0,476		0,096		0,769
Recife	1,8		3,9		1,6		3,0		2,4	
Região Metropolitana de Pernambuco	1,3		3,3		1,4		2,5		2,0	
Interior de Pernambuco	1,4		3,6		1,5		2,0		1,9	
Outros Estados	1		3,5		1,5		2,2		1,9	
Escolaridade		0,162		0,280		0,984		0,041*		0,061
Fund. Incomp.	1,6		3,8		1,5		2,7		2,2	
Fund. Comp.	1,7		4,5		4,0		2,7		2,5	
Médio Incomp.	1,0		3,7		1,6		3,5		2,2	
Médio Comp.	1,3		3,2		1,4		2,2		1,9	
Sup. Incomp.	1,2		2,2		1,1		2,0		1,5	
Sup. Comp.	1,1		3,4		1,4		1,0		1,6	
Pós-graduação	1,0		3,0		1,0		1,3		1,5	
Estado Civil		0,887		0,458		0,287		0,046*		0,085
Solteiro	1,2		3,1		1,7		1,9		1,9	
Casado	1,4		3,4		1,2		2,0		1,9	
Separado	1,3		4,1		1,5		2,9		2,2	
Relação Estável	1,5		3,7		1,7		2,7		2,2	
Religião		0,473		0,267		0,476		0,971		0,010*
Católico	1,2		3,2		1,4		1,6		1,7	
Protestante	1,5		3,7		1,4		2,8		2,2	
Sem religião, mas acredita em Deus	1,4		3,9		1,8		2,8		2,3	

Tabela 5 - Associação entre o CREN/CREP e CRE Total com as características sociodemográficas e pessoais dos familiares dos pacientes internados na enfermaria da pediatria oncológica do IMIP.

Variáveis	CREN / CREP		CRE TOTAL	
	Média	p-valor	Média	p-valor
Escolaridade		0,015*		0,015*
Fund. Incomp.	0,78		3,3	
Fund. Comp.	0,76		3,4	
Médio Incomp.	0,69		3,5	
Médio Comp.	0,65		3,5	
Sup. Incomp.	0,50		3,8	
Sup. Comp.	0,49		3,8	
Pós-graduação	0,48		3,8	
Caso seja pai/mãe possui outros filhos		0,048*		0,040*
Sim	0,70		3,4	
Não	0,58		3,7	
Religião		0,001*		0,002*
Católico	0,58		3,6	
Protestante	0,74		3,4	
Sem religião, mas acredito em Deus	0,81		3,3	