Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA

INFLUENCE OF SPIRITUALITY, RELIGIOSITY AND PERSONAL BELIEFS IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Denise Soares de Oliveira[1]
Laura Nascimento Silva Furtado[2]
Flávia Barbosa de Azevedo[3]
Salvador Bocalletti Ramos[4]
Cléria Maria Lobo Bittar[5]

RESUMO - O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pacientes em quimioterapia. Trata-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo, transversal, realizado com 101 participantes em tratamento de quimioterapia em um município paulista. Os participantes responderam a três instrumentos; um questionário com perguntas abertas e fechadas com dados relativos à caracterização sociodemográfica e clínica, além do Questionário WHOQOL-Bref e SRPB – Módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Para a análise dos dados estatísticos utilizou-se a análise de covariância (ANCOVA) e o teste de Tukey. O conteúdo da fala dos participantes foi analisado segundo o Método de Interpretação dos Sentidos. Os resultados demonstraram predomínio do sexo feminino, faixa etária entre 30-60 anos, baixa escolaridade, profissionalmente ativos, e 95% eram atendidos pelo SUS. Houve uma prevalência do câncer de mama, seguido de colón e reto, considerando que 42% apresentavam metástases à distância, prevaleceu a quimioterapia paliativa e a adjuvante em 40,59% em ambos os casos. Quanto às variáveis sociodemográfica e clínica em relação aos domínios do WHOQOL-Bref, de maneira geral, houve uma prevalência maior no domínio social e menor para o domínio físico, os homens apresentaram maiores escores em todos os

[1]Enfermeira oncologista e mestranda do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca, SP, Brasil. E-mail: denise.s.oliveira@hotmail.com.
[2] Psicóloga e pesquisadora participante. E-mail: laurinha_nssilva@yahoo.com.br.
[3] Enfermeira oncologista e pesquisadora participante. email: flaviabaz86@hotmail.com.
[4] Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca, SP, Brasil. E-mail: salvador.ramos@unifran.edu.br.
[5] Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca, SP, Brasil. E-mail: cleria.bittar@unifran.edu.br

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

domínios em relação às mulheres. O resultado do WHOQOL-SRPB não demonstrou diferença significativa nas variáveis '*conexões com ser' ou 'força espiritual e fé'*. Todavia na parte qualitativa do estudo, em que foram encontradas duas categorias: "*Conhecendo o meu diagnóstico" e "Enfrentando a Doença", os* resultados demostraram outro sentido concernente a espiritualidade e religiosidade, em que foi possível observar que a fala predominante é que a fé em Deus é o que dá condições de enfrentamento da doença. Os resultados do presente estudo demonstraram à importância de se considerar a magnitude da dimensão espiritual para o paciente oncológico no enfrentamento da doença, o que pode beneficiá-los durante o tempo de adoecimento e convalescença.

Palavras chave: espiritualidade, qualidade de vida, câncer, coping.

ABSTRACT - The purpose of this study is to evaluate the influence of spirituality, religiosity and personal beliefs on the quality of life with patients being treated with chemotherapy. It´s a transversal, qualitative and quantitative, study made with 101 participants who received chemotherapy treatment, on a hospital in a city in the interior of São Paulo. The participants had to go through three kinds of assessment: a questionarie with closed and opened ended questions with data related to a sociodemographic and clinical profile and, in addition, the Questionaries WHOQOL-Bref and WHOQOL-SRPB Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs Module. To analyse the statistic data, The covariance analysis was used as well as the Tukey test. The content of what they said was analyed according to the Method of Interpretation of Senses. The results showed the predominance of women, age 30-60 years old, low level of education, professionally active. About 95% were assisted by the national system of health in Brazil- SUS. There was the prevalence of breast cancer followed by colon and rectal cancer.Considering that 42% presented metastasis, the palliative and adjuvant chemotherapy were used in 40,59% in both cases. As for demographic and clinical variables in relation to the dominions of WHOQOL-Bref, there was a bigger prevalence on the social domain and a smaller prevalence for the physical domain. Men presented the highest scores in all domains in comparison to women. The result of WHOQOL-SRPB has not shown a meaningful difference on the variables: " *Connection of being" or " Spiritual Strength and Faith".* However on the qualiative part of the study on what two categories were found: "*Getting to Know my Diagnostic" and "Facing the disease*", the results demonstrated another sense concerning spirituality and religiosity in which was possible to observe that, the main discourse was the faith in God, which allow them the strength to face the diase. The

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

results of the current study have shown the importance of considering the magnitude of the spiritual dimension for the oncology patient, somehow benefits them during the period of sickness and convalescence.

Keywords: spirituality, personal beliefs, quality of life, cancer, coping.

INTRODUÇÃO

De acordo com as estimativas mundiais do projeto da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, em 2012 foi registrado o total de 14,1 milhões de casos novos e de 8,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo. O câncer apresenta enorme impacto econômico e social, o que o torna um grande problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento, no qual é esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (IARC, 2012).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8milhão), mama (1,7milhão), intestino (1,4milhão) e próstata (1,1milhão) (FERLAY et al., 2015). A estimativa para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer para cada ano. Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes (INCA, 2017). Contudo, entre 30-50% dos cânceres atualmente podem ser prevenidos, implementando estratégias de prevenção e evitando fatores de risco. O câncer também pode ser reduzido através de detecção precoce e no manejo de pacientes que desenvolvem câncer. Muitos cânceres têm alta chance de cura se diagnosticado cedo e tratado adequadamente (WHO, 2017).

O impacto gerado pelo diagnóstico e as implicações dos tratamentos causam fortes transtornos nos indivíduos, mesmo com o desenvolvimento científico e dos grandes avanços tecnológicos, a doença ainda é considerada incurável, evidenciando a proximidade da morte (SORATTO et al., 2016).

As alternativas terapêuticas para o tratamento do câncer constituem-se basicamente em: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e a bioterapia. A quimioterapia antineoplásica é uma das terapias mais utilizadas em oncologia e baseia-se no emprego de substâncias químicas, isoladas ou associadas, com o objetivo de destruir as células neoplásias (INCA, 2008). As diversas toxicidades frequentemente provocadas pela ação dos quimioterápicos são: hematológicas, gastrointestinais, pulmonares, cardíacas, hepáticas, neurológicas, renais, vesicais, dermatológicas, disfunções reprodutivas,

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

hipersensibilidade, fadiga entre outras (BONASSA; MOLINA, 2012).

Neste contexto, entre os efeitos colaterais mais temidos pelos pacientes destacam-se as náuseas e vômitos, alopécia, insônia, mutilações, alterações da própria imagem, o que ocasiona especificamente sentimentos de baixa autoestima, ansiedade, depressão, angústia, insegurança e medo, no qual pode influenciar significativamente sua qualidade de vida e comprometendo a eficácia do tratamento.

A introdução do conceito de QV como avaliação de resultado na área da saúde surgiu a partir da década de 1970, com o avanço da medicina, e, por conseguinte houve um aumento da expectativa de vida, visto que algumas doenças se apresentam com maior perspectiva de cura, e tratamentos mais eficazes para as doenças crônicas (PANZINI et al., 2017). O interesse pelo conceito de qualidade de vida no setor saúde é de certa forma recente e desenrola-se no contexto de novos paradigmas inspirando as políticas e práticas desse setor (SEIDL; ZANNON, 2004).

Fleck et al. (1999, p. 20) relatam que:

> [...] a oncologia foi à especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos propostos, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos.

O grupo de qualidade de vida da OMS, em um conceito genérico define QV, como: [...] a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Conceito multifatorial engloba fatores como: saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e crenças pessoais (WHO,1996, p. 354).

O câncer e seu tratamento podem influenciar negativamente a percepção de QV, contudo essa mensuração torna-se essencial (MATOS et al., 2017). Por meio do Grupo de Qualidade de Vida da OMS, foi incluída a dimensão "religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais" no seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o *World Health Organization Quality of Life Instrument* 100 itens: WHOQOL-100 (FLECK et al., 2003). Porém testes de campos mostraram que essa dimensão era insuficiente para medir tal dimensão, desse modo a OMS desenvolveu o módulo "espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais" (WHOQOL-SRPB), numa perspectiva transcultural, que já foi validado no Brasil (PANZINI et al., 2011).

Moreira-Almeida (2009) aponta que a maioria dos estudos destaca que indicadores

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

de bem-estar psicológico, como felicidade, satisfação com a vida, bom desempenho na saúde física e mental, entre outros, estão associados positivamente com maiores níveis de envolvimento religioso.

Fleck et al. (2003, p. 448), considera espiritualidade, religiosidade, religião e crenças pessoais como:

> [...] a espiritualidade coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver não limitando-se a alguns tipos de crenças ou práticas. A religião é definida como a "crença na existência de uma poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo". Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de seu comportamento.

Um artigo de revisão demonstrou em pesquisas recentes que 59% das escolas de medicina no Reino Unido, 90% nos Estados Unidos e 40% no Brasil possuíam algum tipo de curso contendo religiosidade/espiritualidade em seus currículos médicos. O estudo também concluiu que maioria das intervenções espirituais tem resultados positivos, quando incorpora a espiritualidade/espiritualidade no tratamento de saúde mental, sendo imensamente favorável para os pacientes religiosos (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Sendo a espiritualidade considerada uma importante estratégia de enfrentamento (*coping*), aliada a outras formas de apoio e redes sociais, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pacientes em quimioterapia.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza quali-quantitativa, descritivo, transversal, desenvolvido em um hospital de referência, sendo um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizado em um município da região nordeste do Estado de São Paulo.

A amostra do estudo foi composta por 101 participantes, que atenderam os seguintes

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos; com diagnóstico de câncer independente do estadimento; estar em tratamento de quimioterapia (neo-adjuvante, adjuvante, curativa e paliativa) isolada ou associada a outro tipo de tratamento (radioterapia, hormoniterapia, bioterapia); e apresentar condições cognitivas para compreender e responder as questões.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2017. Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados: um formulário de entrevista elaborado pela pesquisadora contendo perguntas fechadas e abertas, para a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, situação atual de trabalho, religião) e clínica (diagnóstico da doença, estadiamento, tratamento), complementado com perguntas abertas sobre crença em algo superior e se isso influência sua vida neste momento, reação inicial ao diagnóstico, dificuldades enfrentadas e apoio social).

Os outros instrumentos referentes à qualidade de vida e espiritualidade foram WHOQOL-Bref e WHOQOL-SRPB módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (sigla em inglês). O instrumento WHOQOL-SRPB foi aplicado concomitantemente com o WHOQOL-Bref, conforme recomendação do grupo WHOQOL. Ambos os instrumentos foram desenvolvidos, validados e traduzidos para o português por Panzini et al. (2011) e Fleck et al. (2000). O WHOQOL-SRPB contém 32 itens, dividido em oito facetas: conexão com ser ou força espiritual, sentido na vida, admiração, totalidade/integração, força interior, paz interior/serenidade/harmonia, esperança/otimismo, fé. Esse instrumento apresenta consistência interna $\alpha = 0,91$ e entre 0,77 e 0,95 para as facetas, resultado do teste piloto multicêntrico. O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100, distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, possui consistência interna $\alpha = 0,91$ e entre 0,69 e 0,84 para os domínios. As respostas dos instrumentos seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor qualidade de vida), segundo Panzini et al. (2011).

Os dados do presente estudo foram descritos através de frequências absolutas e percentuais (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo (variáveis quantitativas). Para as comparações entre os grupos de interesse (sexo, religião, tipo de câncer e finalidade da quimioterapia) foi proposta a análise de covariância (ANCOVA), que além de comparar grupos, permite o ajuste de covariáveis referentes ao WHOQOL-SRPB (MONTGOMERY, 2000). Para as comparações envolvendo mais de dois grupos foi utilizado o ajuste de comparações múltiplas de Tukey. Todas as análises e gráficos apresentados foram feitos com o auxílio

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

do software R, versão 3.4.1. Para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5%. Todo conteúdo referente às falas dos participantes extraído das questões abertas do formulário de entrevista, foi trabalhado segundo o Método de Interpretação dos Sentidos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Esse método baseia-se em princípios hermenêutico-dialético que visa interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e interrelações entre grupos e instituições. Na trajetória analítico-interpretativa foram percorridas as seguintes etapas: (a) leitura compreensiva do material; (b) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas no texto; (c) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes atribuídos às ideias; (d) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos e referencial teórico; (e) elaboração da síntese interpretativa articulando o objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos (GOMES et al., 2012).

O projeto recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente (nº parecer 1.954.863 em 08/03/2017), e da Instituição co-participante (nº parecer 1.978.213 em 22/03/2017). Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A maioria dos participantes era do sexo feminino (75,25%), com predomínio na faixa etária de 30-60 anos (63,0%), casados (55,0%), com primeiro grau incompleto (35%), profissionalmente ativos (48,50%). Em relação à atividade religiosa, declararam-se católicos (58,41%), evangélicos (24,75%), espíritas (6,93%), católico/espírita (3,96%), nenhuma religião (5,95%) (tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes com diagnóstico de câncer em tratamento de quimioterapia

Características	**Pacientes**	
	N	**%**
Sexo		
Feminino	76	75,25
Masculino	25	24,75

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Idade		
<30	07	7,00
30-60	64	63,00
>60	30	30,00
Estado Civil		
Casado	56	55,00
Solteiro	16	16,00
Divorciado	09	9,00
Amasiado	07	7,00
Viúvo	11	11,00
Separado	02	2,00
Escolaridade		
1º grau completo	16	16,00
1º grau incompleto	36	35,00
2º grau completo	27	27,00
2º grau incompleto	13	13,00
Analfabeto	01	1,00
Pós-Graduação – Especialização	01	1,00
Superior Completo	05	5,00
Superior Incompleto	02	2,00
Religião		
Católico	59	58,41
Católico/ Espírita	04	3,96
Espírita	07	6,93
Evangélico	25	24,75
Nenhum	06	5,95

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Profissão		
Afastado	22	21,78
Aposentado	28	27,72
Ativo	49	48,50
Desempregado	02	2,00

Dos 101 participantes, (38,61%) tinham câncer de mama, cólon e reto (26,73%), ginecológico (10,89%), gástrico (4,95%), pulmão (3,96%) e com outros tipos de cânceres (14,85%), considerando 42 participantes (41,58%) apresentavam metástase à distância. Quanto à finalidade do tratamento foram submetidos à quimioterapia adjuvante (40,59%), paliativa (40,59%), neoadjuvante (7,92%), curativa (5,94%) e neoadjuvante associado à radioterapia (4,95%). Do total, (95%) foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas e terapêuticas dos participantes de acordo com o tipo de câncer e finalidade da quimioterapia.

Tipos de câncer	**(n)**	**(%)**
mama	39	38,00
cólon e reto	27	26,00
ginecológico	11	10,89
Gástrico	05	5,00
Pulmão	04	5,00
Outros tipos de câncer*	15	15,00
Presença de metástase à distância	**(n)**	**(%)**
Sim	42	41,60
Não	59	58,40
Finalidade da Quimioterapia	**(n)**	**(%)**
Adjuvante	41	40,59

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Paliativa	41	40,59
Neoadjuvante	08	7,92
Curativa	06	5,94
Neoadjuvante + RXT	05	4,95
Plano de Saúde	**(n)**	**(%)**
SUS	96	95,00
Convênios	05	5,00

*Outros tipos de câncer: cabeça/pescoço; tumor primário oculto; bexiga; próstata; sarcoma de membro superior; melanoma, sistema linfático.

Na tabela 3 verifica-se a descrição dos domínios do WHOQOL-Bref de acordo com as características sociodemográficas e clínicas. Constata-se pelos resultados obtidos na variável *sexo*, que os homens apresentaram maiores escores em todos os domínios em relação às mulheres, com predomínio do domínio social para ambos os sexos. De modo geral, observa-se que houve uma prevalência do domínio social na maioria das variáveis, exceto para as variáveis *religião*, no qual a *espírita* apresentou maior escore no domínio psicológico e os *sem religião,*com maiores escores no dominínio psicológico e ambiental, e na variável *outros tipos de câncer*, com maior escore no domínio psicológico. Todas as variáveis apresentaram menores escores no domínio físico.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Tabela 3 - Descrição dos domínios do WHOQOL - Bref de acordo com as características sociodemográficas e clínicas

Variáveis	n (%)	WHOQOL–bref			
		Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Sexo					
Feminino	76 (75,3%)	58,8 (12,93)	63,73 (14,02)	69,96 (20,95)	65,71 (13,26)
Masculino	25 (24,7%)	62,43 (14,25)	68,67 (10,7)	75,67 (12,48)	69,38 (9,38)
Religião					
Católico	59 (58,4%)	59,71 (13,21)	64,86 (13,31)	71,61 (17,65)	66,37 (12,12)
Católico/ Espírita	4 (4%)	54,46 (26,47)	63,54 (20,8)	77,08 (20,83)	62,5 (10,83)
Espírita	7 (6,9%)	56,63 (10,99)	64,88 (11,25)	58,33 (25,91)	62,5 (15,63)
Evangélico	25 (24,8%)	61 (12,28)	65 (14,13)	75,33 (21,04)	69 (13,53)
Nenhum	6 (5,9%)	61,31 (13,06)	66,67 (12,64)	63,89 (15,52)	66,67 (9,82)
Tipos de câncer					
Outros tipos de *câncer*	15 (14,8%)	62,86 (12,58)	70 (12,72)	69,44 (13,24)	70,63 (11,98)

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

***Câncer* de cólon e reto**	27 (26,7%)	60,45 (14,79)	66 (12,78)	71,3 (20,72)	66,9 (11,41)
***Câncer* de mama**	39 (38,6%)	56,99 (12,43)	60,94 (14,29)	70,09 (20,83)	64,34 (13,02)
***Câncer* de pulmão**	4 (4%)	57,14 (14,58)	60,42 (13,82)	72,92 (27,53)	61,72 (11,23)
***Câncer* gástrico**	5 (5%)	64,29 (15,36)	71,67 (10,79)	75 (11,79)	69,38 (15,05)
***Câncer* ginecológico**	11 (10,9%)	62,01 (12,9)	67,8 (10,88)	76,52 (19,66)	69,03 (13,36)
Finalidade da Quimioterapia		**Físico**	**Psicológico**	**Social**	**Ambiental**
Adjuvante	41 (40,6%)	62,72 (13,15)	67,17 (11,94)	75,2 (20,45)	66,92 (11,88)
Curativa	6 (5,9%)	56,55 (13,82)	65,28 (11,69)	68,06(9,74)	66,15 (14,71)
Neoadjuvante	8 (7,9%)	49,7 (16,66)	55,42 (21,95)	71,87 (15,39)	63,67 (17,83)
Neoadjuvante + RXT	5 (5%)	73,57 (5,98)	69,17 (11,26)	85 (13,69)	73,75 (12,81)
Paliativa	41 (40,6%)	57,4 (11,5)	64,02 (12,87)	66,26 (19,36)	66,08 (11,83)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

As tabelas 4 e 5 referem-se às análises de covariância das variáveis facetas do WHOQOL-SRBP, sexo, religião, tipos de câncer e finalidade da quimioterapia com os domínios físico, psicológico, social e ambiental do WHOQOL-Bref. As variáveis *sentido na vida e admiração* são referentes às facetas do WHOQOL-SRPB, no qual apresentaram diferenças significativas no domínio físico ($p<0,01$) e (p 0,04) respectivamente, houve também diferença significativa na variável "*finalidade da quimioterapia"* (p 0,01), a quimioterapia neo-adjuvante associado à radioterapia (neoadjuvante + RXT) apresentou escore físico em média de 16 pontos maior que o grupo da quimioterapia paliativa (Tabela-4). A variável *sexo* mostrou diferença significativa no domínio social (p 0,02), os homens têm um escore social maior que as mulheres, sendo a diferença média de 12,8 (Tabela- 5).

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Tabela 4 - Análise de covariância das variáveis facetas do WHOQOL-SRBP, sexo, religião, tipos de câncer e finalidade da quimioterapia com o domínio físico do WHOQOL-Bref.

	Físico			
Variáveis	**Estimativa**	**IC 95%**		**Valor p**
Conexão com o ser ou força espiritual	1,28	-3,61	6,17	0,60
Sentido na vida	-8,83	-15,46	-2,20	<0,01
Admiração	6,79	0,22	13,36	0,04
Totalidade e integração	0,35	-6,88	7,58	0,92
Força espiritual	1,63	-6,74	10,00	0,70
Paz interior	1,38	-4,01	6,77	0,61
Esperança e otimismo	7,01	-0,22	14,25	0,06
Fé	-3,36	-12,96	6,24	0,49
Sexo (Fem - Masc)	-3,55	-10,85	3,74	0,34
Religião				0,82
Tipos de câncer				0,40
Finalidade da Quimio				0,01

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Tabela 5 - Análise de covariância das variáveis facetas do WHOQOL-SRBP, sexo, religião, tipos de câncer e finalidade da quimioterapia com o domínio social do WHOQOL-Bref.

	Social			
Variáveis	**Estimativa**	**IC 95%**		**Valor p**
Conexão com o ser ou força espiritual	-1,66	-9,14	5,82	0,66
Sentido na vida	-2,25	-12,39	7,89	0,66
Admiração	9,72	-0,33	19,77	0,06
Totalidade e integração	2,22	-8,84	13,28	0,69
Força espiritual	2,54	-10,26	15,34	0,69
Paz interior	1,27	-6,97	9,51	0,76
Esperança e otimismo	-1,88	-12,94	9,19	0,74
Fé	7,35	-7,33	22,03	0,32
Sexo (Fem - Masc)	-12,83	-23,99	-1,67	0,02
Religião				0,31
Tipos de câncer				0,97
Finalidade da Quimio				0,17

Considerando os objetivos do estudo, selecionaram-se algumas falas dos participantes, que deram origem a dois eixos temáticos (categorias): *conhecendo meu diagnóstico* (quadro 2) e *enfrentando a doença* (quadro 3). Em cada uma delas, foram reagrupados em 02 subcategorias segundo a interpretação dos sentidos: *reação ao diagnóstico e dificuldades enfrentadas* e o *papel da espiritualidade, apoio e rede social*. No primeiro eixo temático concentra-se o conjunto de concepções provenientes dos sentimentos e emoções dos participantes, com seus sentidos e significado são receber o diagnóstico de câncer e suas principais dificuldades e preocupações frente a esse cenário. No segundo, destaca-se o papel da espiritualidade e do apoio social, enfaticamente presente nos depoimentos dos participantes.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

DISCUSSÃO

Constatamos neste estudo uma prevalência de casos de câncer no sexo feminino, na faixa etária entre 30 a 60 anos. Quanto à escolaridade e ocupação, prevaleceu o primeiro grau incompleto, eram profissionalmente ativos, dados comuns quando comparados a outros estudos (SORATTO et al., 2016; MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015; SANTANA; ZANIN; MANIGLIA, 2008).

Em relação à religião o estudo mostrou que a maioria dos participantes seguem a religião católica, seguido de evangélicos, espírita, católico e espírita, e uma pequena parcela declararam-se sem religião. Em 2010, o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou a seguinte composição religiosa no Brasil: 64,6% dos brasileiros (cerca de 123 milhões) declaram-se católicos; 22,2% (cerca de 42,3 milhões) declaram-se protestantes (evangélicos tradicionais, pentecostais e neopentecostais); 8,0% (cerca de 15,3 milhões) declaram-se sem religião. Recentemente uma pesquisa demonstrou que 40% daqueles que dizem ser católicos, frequentam religiões espíritas, ainda segundo o IBGE. Diante disso, o resultado corrobora com vários estudos da literatura nacional, nos quais apontam para a prevalência da religião católica, seguida de evangélicos (SORATTO et al., 2016; CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014; CARVALHO et al., 2014; MESQUITA et al., 2013).

Quanto às características clínicas houve uma prevalência do câncer de mama, seguido pelo câncer de cólon e reto nas mulheres, acompanhando a estimativa nacional e do mundo, com exceção do câncer de pele não melanoma para homens e mulheres (INCA, 2017). Em relação aos homens, as maiores incidências foram câncer de cólon e reto, seguido de outros tipos de câncer (cabeça/pescoço; tumor primário oculto; bexiga; próstata; sarcoma de membro superior; melanoma, sistema linfático). Ressalta-se que o câncer cólon e reto é a terceira causa de câncer em homens no Brasil e no mundo, sendo o câncer de pulmão o mais frequente no mundo e o de próstata o de maior incidência no Brasil (INCA, 2017).

A maioria dos participantes (96%) foi atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhando a tendência nacional de acordo com o Ministério da Saúde (MS). Segundo o MS, no ano de 2014 o SUS registrou 4,1 bilhões de atendimento ambulatorial, 1,4 bilhões de consultas médicas, 11,5 milhões de internações e 3,1 milhões de procedimentos de quimioterapia (BRASIL, 2015).

Quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas em relação aos domínios do WHOQOL-Bref, de maneira geral houve uma prevalência maior no domínio social e menor para o domínio físico. O domínio social refere-se às relações sociais, e envolve três

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

aspectos: as relações sociais, o suporte (apoio) social e a atividade sexual. Considerando que apesar do paciente se deparar com uma doença complexa, estigmatizada, permeada de mitos e preconceitos, além de um prognóstico desfavorável, eles ainda alcançaram um adequado convívio social. Nesse contexto, observam-se que um dos sentidos atribuídos ao *enfrentamento da doença* na fala dos participantes, está vinculado ao *apoio social*, tendo a família, amigos e a própria comunidade religiosa como estratégia de enfrentamento, o que pode proporcionar conforto e bem-estar o convívio com outras pessoas:

Penso muito na minha família, especialmente minha mãe e sobrinha (afilhada) que a considero como filha [...] (P72, fem,45a).

Tiro forças de Deus e dos amigos para enfrentar a doença e o tratamento [...] (P12,fem,59a).

[...] dos amigos, do namorado, da família (P32,fem, 40a).

Observa-se neste universo que a família é um dos alicerces fundamentais, seja na relação entre pais e filhos, irmãos, cônjuges, reforçando laços de amor, confiança, empatia e muitas vezes de reconciliação. Percebe-se ainda que o ambiente familiar e social proporcionou momentos de relaxamento, aconselhamentos, prazer ou ainda podem minimizar sentimentos angustiantes e de desânimo perante as limitações físicas e emocionais.

Pode-se acreditar que a busca das relações sociais é uma maneira de superação frente à problemática da doença e as consequências do tratamento vivenciado pelo paciente. Buetto e Zago (2015) observaram que uma prática utilizada para superação das limitações, é diminuir o valor da doença e os efeitos colaterais da terapia antineoplásica, acreditar na possibilidade de cura, sem levar em consideração o fator enfermidade.

Contudo em uma pesquisa de abordagem quantitativa conduzida por Mansano-Schlosser e Ceolim (2012) revelou-se que o câncer e seu tratamento podem ocasionar mudanças expressivas relacionadas à comunicação e interação social dos pacientes.

Devido ao estigma que ainda cerca a enfermidade, não é incomum que alguns pacientes se sintam muitas vezes, em uma situação humilhante, o que consequentemente incita sentimentos de tristeza, angústia, depressão, ou até mesmo de revolta com a vida, e com Deus.

Em um depoimento, a participante relatou que sentiu certo preconceito por parte de seus familiares bem próximos, pois os mesmos achavam que o câncer era uma doença contagiosa, fato que a deixou extremamente entristecida, pela falta de apoio, carinho e solidão.

[...] não tenho apoio da minha família, por que eles acham que o câncer é uma

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

doença que passa de uma pessoa para outra. Acho isso um preconceito, a minha tristeza é ficar sozinha, tem momentos que sofro por que vem a tristeza, falta de apoio da família [...] (P35, fem,48 a).

No presente estudo os homens apresentaram maiores escores em todos os domínios em relação às mulheres. Diante disso, acredita-se que os homens apresentam melhor qualidade de vida, quando comparados às mulheres. Uma explicação plausível pode se relacionar ao fato de que, além da ansiedade e desgaste emocional provocados pela doença e tratamento, os múltiplos afazeres e obrigações sociais desempenhados pela mulher na sociedade, como esposa, mãe, dona de casa, além de sua carreira profissional, interferem em sua QV.

Um estudo qualitativo realizado com jovens mulheres diagnosticadas com câncer de mama constatou que a mulher valoriza o trabalho fora de casa, bem como seu papel de 'cuidadora' do lar, e diante da limitação na manutenção destes papeis frente a esse cenário do adoecimento, mais sofrimento foi ocasionado com impactos negativos na QV dessas mulheres (GONTIJO; FERREIRA, 2014).

Quanto aos resultados concernentes ao domínio físico do WHOQOL-Bref, apresentaram baixos escores, o que colabora para o comprometimento na qualidade de vida, uma vez que este domínio envolve aspectos quanto à dor, desconforto, sono e repouso, falta de energia, mobilidade, dependência de medicamentos, capacidade de trabalho. A ação da quimioterapia pode gerar efeitos colaterais indesejáveis aos pacientes, nos quais se destacam entre os mais comuns as náuseas, vômitos, diarréia, constipação, dor abdominal, falta de apetite, mialgias, mucosites, fadiga, provocando sensação de mal estar geral, desconforto, comprometendo efetivamente as condições clínicas do paciente, sem contar, outras limitações físicas ocasionadas pela própria doença ou ainda, quando submetido a outros tipos de tratamento como, por exemplo, uma cirurgia.

Observa-se que um dos grandes temores em relação às toxicidades da quimioterapia, constantemente relatadas pelos participantes de nosso estudo, foi referente às náuseas e vômitos, especialmente no momento da aplicação da quimioterapia.

Esses resultados corroboram como estudo de Machado e Sawada (2008) que demonstraram que sintomas de náuseas, vômitos, fadiga, em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia adjuvante tiveram maior impacto do domínio físico em sua qualidade de vida.

Muitas vezes esses aspectos físicos atrelados aos aspectos emocionais levam os pacientes à impossibilidade de trabalhar, a dependência de outras pessoas, associado a outras perturbações na sua vida diária que sem dúvida deprecia sua qualidade de vida. Rusa et al. (2014) mostraram em um estudo com doentes renais crônicos, que estes

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

apresentaram menores escores no domínio físico do WHOQOL-Bref, portanto com maior comprometimento físico e baixa qualidade de vida neste domínio.

Terra et al. (2013) enfatizam que o paciente oncológico sofre com sintomas físicos, como cansaço crônico especialmente naqueles com a doença em fase avançada e limitações funcionais importantes, contudo não observaram uma relação entre o domínio físico e o tratamento.

Vários estudos na literatura nacional e internacional têm evidenciado que vários fatores como idade, estágio da doença e os protocolos de quimioterapia, influenciam de forma danosa na QV de pacientes em tratamento com drogas antineoplásicas (SAWADA et al., 2016).

A análise de covariância desta amostra encontrou diferença significativa entre os escores do domínio físico para cada tipo de quimioterapia (p 0,01), ocorrendo uma diferença de aproximadamente 16 pontos maior entre a paliativa e a neoadjuvante concomitante a radioterapia. Isso pode significar que o paciente em quimioterapia paliativa apresenta menor qualidade de vida que o paciente em quimioterapia neoadjuvante, no qual se encontra em início do tratamento quimioterápico.

A quimioterapia paliativa tem por finalidade o controle e alívio dos sintomas, a redução do volume tumoral, sem intervir na sobrevida, enquanto a neoajuvante associada à radioterapia visa a redução do volume tumoral para melhor resultado quando administrada antes do tratamento cirúrgico (SILVA, 2007).

Cabe enfatizar que o paciente em quimioterapia paliativa se apresenta em condições clínicas e fisiológicas mais comprometidas, visto que a doença se encontra em fase avançada, geralmente vinculada a presença de metástases à distância. O presente estudo revelou que 42 (41,58%) dos participantes em quimioterapia paliativa, apresentavam metástases à distância.

As facetas "sentido na vida" e "admiração" apresentaram um p <0,05 no domínio físico, evidenciando uma influência significativa na qualidade de vida dos participantes. "A faceta "*sentido na vida*" refere-se ao grau que o indivíduo percebe um sentido em sua vida, enquanto *"admiração*" aborda a maneira de admirar as coisas ao seu redor, no qual estimula a viver (PEDROSO; GUTIERRES; PICININ, 2012). Em relação à faceta "sentido na vida" percebe-se em vários relatos dos participantes que eles enfrentavam essa situação de adoecimento, em razão das pessoas nos quais tinham laços afetivos importantes, especialmente pelos filhos, cônjuges ou pelo fato de ter alguém sob sua responsabilidade ou cuidados como crianças ou idosos.

As demais facetas do WHOQOL-SRPB não evidenciaram influências significativas em nenhum domínio do WHOQOL-Bref.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Diferentemente dos resultados deste estudo, Rocha e Fleck (2011), demonstraram a importância da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, para pacientes com e sem doenças crônicas. Segundo os autores, houve uma relação positiva entre os domínios psicológicos, relações sociais e ambiental, com a qualidade de vida, resultado que demonstra estar em concordância com a literatura em geral.

De Camargos (2014) mostrou em sua pesquisa sobre a avaliação da espiritualidade/religiosidade e associação com qualidade de vida de pacientes com câncer e profissionais de saúde de um hospital oncológico, que houve correlações moderadas entre a maioria das facetas do WHOQOL-SRPB e os domínios psicológico, ambiental e global do WHOQOL-Bref, revelando que é espiritualidade/religiosidade pode influenciar positivamente em alguns domínios de qualidade de vida de pacientes com câncer.

Rusa et at. (2014) em estudo com pacientes renais crônicos, revelaram que as facetas "fé" e "admiração" apresentaram maiores escores na aplicação do WHOQOL-SRPB, sendo o resultado da faceta "admiração" semelhante aos resultados do presente estudo.

Sobre a variável "conexão com o ser ou força espiritual", não houve diferença significativa em nenhum domínio do WHOQOL-Bref. Semelhante a esse resultado, o estudo de Costa (2012) verificou que apenas o domínio "conexão com ser ou força espiritual" não apresentou significância.

Apesar de ser um instrumento com uma perspectiva transcultural, devidamente validado no Brasil, acredita-se que devido ao baixo nível de escolaridade da população do presente estudo, não houve entendimento satisfatório em relação ao instrumento do WHOQOL-SRBP, cito como exemplo, que alguns pacientes confundiram a faceta "conexão com ser ou força espiritual" com espiritismo, relato observado durante a coleta de dados.

Embora os resultados das facetas "conexão com ser ou força espiritual" e "fé" não apresentem diferença significativa sobre os domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref, ao se analisar os depoimentos dos participantes percebe-se o surgimento outro sentido concernente ao papel da espiritualidade, evidenciando-a como fortes estratégias de *coping* da doença e tratamento, aliado a outras formas de apoio social, ressalta-se também que a espiritualidade é um instrumento de resiliência na vivência do câncer.

A fala predominante é que a fé em Deus é o que dá condições de enfrentamento da doença, sendo que a religião, a oração e a participação em atividades de cunho religioso foram mencionadas como sendo gratificantes, uma vez que contribui na formação de vínculos de apoio, o que se mostra uma prática eficaz para muitos participantes, assegurando-lhes momentos de paz, tranqüilidade, serenidade e força no enfrentamento da

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

doença. Comportamento observado em vários participantes que demonstraram forte ligação espiritual e religiosa, nos quais se apresentaram mais serenos durante o tratamento de quimioterapia, independente da religião.

A espiritualidade, a fé e a religião, geram emoções positivas, sensação de bem-estar e conforto, diminuindo o estresse provocado pela doença.

Observa-se a intensa presença da espiritualidade nas falas a seguir:

[...] acredito em Deus, e isso me dá forças. (P05,fem,56a).

Deus, né! Se não tiver fé em Deus você não consegue fazer nada[...], a gente não consegue continuar. (P06,fem,50a).

[...] de Deus. Na palavra de Deus, na igreja e na irmandade. (P53,fem, 56a).

[...] em Deus, só existe Deus para cuidar de nós. Tem que ter fé, Ele dá coragem, vontade de viver, até o dia que merecer. (P24,fem,60a).

[...] Peço pra Deus e pra Chico Xavier. (P55,fem 59a).

[...] Deus e Nossa Senhora é tudo pra mim, não faço nada sem eles. (P28, fem, 57a).

Da igreja, faço parte do grupo neo-catecumenal e isso ajuda muito. A palavra de Deus e a Eucaristia me sustentam a cada dia [...] (*P36,fem,71a*).

Os relatos estão de acordo com o que se encontra na literatura, que menciona a espiritualidade, a religião ou mesmo as crenças pessoais como estratégias relevantes no enfrentamento do câncer.

Com o objetivo de investigar as inter-relações entre bem-estar espiritual, depressão e qualidade de vida durante o enfrentamento do câncer, um estudo de abordagem quanti-qualitativo, apresentou bem-estar espiritual e religioso como escores moderados, o que alude a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento do sofrimento para pacientes oncológicos, além de um sentindo existencial para sua vida. As correlações apontaram para uma busca significativa do paciente câncer por espiritualidade e melhora em sua qualidade de vida (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015). Ainda os referidos autores, apontaram para a importância de inter-relacionar os dados quantitativos e qualitativos para favorecer o esclarecimento da temática espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer.

De Aquino et al. (2009) objetivaram estudar a relação entre o sentido da vida e a atitude religiosa, revelaram que a religião é uma fonte protetora contra a desesperança, minimizando o vazio existencial das pessoas, e evidenciaram também, sobretudo, que as pessoas idosas estão mais conectadas ao sagrado em sua maneira de viver.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Rohde et al. (2017) identificaram em um estudo com pacientes com câncer colorretal metastático em quimioterapia paliativa que estes pareciam mudar seus objetivos na tentativa de aumentar o bem-estar espiritual, revendo suas relações com os outros e com Deus e alçando as que eram importantes antes de adoecerem.

Vários estudos da literatura nacional e internacional identificaram a importância da espiritualidade, religiosidade como estratégias positivas para o enfrentamento da enfermidade e as consequências do tratamento (SOUSA et al., 2017; CORREIA et al., 2016; SILVA, 2007; BALBONI, 2007; TSAI et al., 2016; KALIAMPOS, ROUSSI, 2017).

A espiritualidade e a religião são estratégias importantes para enfrentar todo o estresse causado pelo câncer, pois contribui para o alívio do sofrimento, e melhora da qualidade de vida para muitos pacientes, recomendados, portanto, como estratégias de enfrentamento, inclusive em pacientes sob cuidados paliativos, segundo Matos et al. (2017).

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram a importância de se considerar a magnitude da religiosidade, crenças pessoais e espiritualidade no tratamento de pacientes com câncer. O diagnóstico de câncer ainda é uma enfermidade que causam fortes transtornos ao paciente, por se tratar de uma doença complexa, de prognóstico reservado e com tipos de tratamentos agressivos, extremamente temidos pelos pacientes, uma vez que pode afetar todas as dimensões da vida do indivíduo.

Neste contexto, conhecer quais aspectos influenciam a qualidade de vida do paciente oncológico implica no reconhecimento de que outras dimensões como a espiritualidade/religiosidade, por serem inerentes a condição humana, podem ter significados importantes para estas pessoas, auxiliando-as na transição que todo processo saúde-doença implica.

Os dados do presente estudo revelaram que a espiritualidade, a religião são estratégias importantes no enfrentamento da doença, tendo um significado relevante, no qual foi evidenciado extraordinariamente nos depoimentos dos participantes. Portanto, nesta perspectiva, cabe aos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, enfatizar a devida importância dessa dimensão tão valorizada pelos pacientes e planejar ações voltadas para uma assistência mais integral, zelando pelo cuidado espiritual.

Ressalta-se ainda a dificuldade em encontrar outras pesquisas que tenham utilizado o instrumento WHOQOL-Bref e SRPB em pacientes com câncer, sendo mais comumente

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

aplicados em pacientes diagnosticados com outros tipos de doenças crônicas.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para o aumento do conhecimento sobre a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Entretanto, faz-se necessário o investimento de novas pesquisas a respeito dessa temática tão valorizada pelos pacientes, na certeza de aperfeiçoar progressivamente a assistência prestada pelos profissionais de saúde aos pacientes com câncer.

REFERÊNCIAS

BALBONI, T. A. et al. Spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. **Journal of Clinical Oncology**, v. 25, n. 5, p. 555-60, 2007.

BONASSA, E. M. A.; MOLINA, P. Reações adversas dos agentes antineoplásicos. In: BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Ateneu, 2012. cap. 6, p. 305-460.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Bases do tratamento. In: _____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional de Câncer. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. cap.7, p. 371-556.

_____. Instituto Nacional de Câncer - Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Grande números do SUS**. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/ saude/ 2015/06/ grandes-numeros-do-sus/view.>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. Significados da qualidade de vida no contexto da quimioterapia pelo paciente com câncer colorretal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 427-34, 2015.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Entre o bem espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1-7, 2014.

CARVALHO, C. C. et al. A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 683-9, 2014.

COSTA, F. B. **Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos.** 2012. 70 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia e Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DE AQUINO, T. A. A. et al. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 228-243, 2009.

DE CAMARGOS, M. G. **Avaliação da espiritualidade/religiosidade e associação com a qualidade de vida de pacientes com câncer e de profissionais de saúde de um hospital oncológico.** 2014. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII/Hospital de Câncer de Barretos, Barretos.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. 359-3, 2015.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública,** v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública,** v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. D. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, modulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública,** v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

GOMES, R. et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, 2012.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

GONTIJO, I. B. R.; FERREIRA, C. B. Sentimentos de mulheres jovens frente ao diagnóstico de câncer de mama feminino. **Revista de Ciência & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 2-10, 2014.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER - IARC. **Pharmaceuticals:** a review of human carcinogens. Lyon: IARC, 2012.

KALIAMPOS, A.; ROUSSI, P. Religious beliefs, coping, and psychological well-being among Greek cancer patients. **Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 6, p. 754-764, 2017.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-7, 2008.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 600-7, 2012.

MATOS, T. D. S. et al. Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e 2910, 2017.

MESQUITA, A. C. et al. A utilização do enfrentamento religioso/ espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico**. Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2013.

MIRANDA, S. L.; LANNA, M. A. L.; FELIPPE, W. C. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. **Psicologia: Ciência e Profissão.** Brasília, v. 35, n. 3, p. 870-885, 2015.

MONTGOMERY, D. C. **Design and analysis of experiments**. 5. ed. Nova York: John Wiley & Sons, 2000.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade & Saúde Mental: o desafio de reconhecer e

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review.** p. 1-6, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G., LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.36, n. 2, p. 176-82, 2014.

PANZINI, R. G. et al. Quality-of-life and spirituality. **International Review of Psychiatry,** v. 29, n. 3, p. 263-82, 2017.

_____. Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública,** v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.

PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L.; PICININ, C. T. Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais: análise do instrumento WHOQOL-SRPB. **Revista Eletrônica Fafit/Facic**, v. 3, n. 1, p. 1-2, 2012.

ROCHA, N. S. da; FLECK, M. P. da. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica,** v.38, n. 1, p. 19-23, 2011.

ROHDE, G. et al. Spiritual Well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving on chemotherapy: a qualitative study. **Cancer Nursing**, v. 40, n. 3, p. 209-216, 2017.

RUSA, S. G. et al. Qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise**. Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 911-7, 2014.

SANTANA, J. J. R. A.; ZANIN. C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia,** v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008.

SAWADA, N. O. et al. Quality of life of brazilian and spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 24, p. 2688, 2016.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, L. M G. Quimioterapia. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem Oncológica**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 61-91.

SORATTO, M. T. et al. Espiritualidade e Resiliência em Pacientes Oncológicos. **Revista Saúde e Pesquisa,** v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016.

SOUSA, F. F. P. et al. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Droga**, v. 13, n. 1, p. 45-51, 2017.

TERRA, F. S. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica,** v. 11, n. 2, p. 112-7, 2013.

TSAI, T. J.et al. Influence of regilious beliefs on health of cancer patients. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 17, n. 4, p. 2315-2320, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What quality of life?** World Health Forum. Geneva: WHO,1996.

_____. **Cancer.** Geneva: WHO, 2017.