



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ FACULDADE DE MEDICINA
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

VIVIANE CRISTINA BIANCHI GARCIA

**ESPIRITUALIDADE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE
PESSOAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

São José do Rio Preto

2021

VIVIANE CRISTINA BIANCHI GARCIA

**ESPIRITUALIDADE E ESTRATÉGIAS DE ENFRETEAMENTO DE
PESSOAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio
COORIENTADOR: Prof. Dr. Randolpho dos Santos Júnior

São José do Rio Preto

2021

Garcia, Viviane Cristina Bianchi

Espiritualidade e estratégias de enfrentamento de pessoas em tratamento oncológico / Viviane Cristina Bianchi Garcia
59p

São José do Rio Preto-SP, 2021.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.
Eixo Temático: Psicologia e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio

Coorientador: Prof. Dr. Randolfo dos Santos Júnior

1. Espiritualidade; 2. Estratégia de Enfrentamento; 3. Oncologia

VIVIANE CRISTINA BIANCHI GARCIA

**ESPIRITUALIDADE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE
PESSOAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio/

Coorientador: Prof. Dr. Randolfo dos Santos Júnior

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1ª Examinadora: Prof^a. Dr^a. Lilian Castiglioni

Instituição: Faculdade de Medicina de São José Rio Preto

2ª Examinadora: Prof^a Dr^a. Neide Aparecida Micelli Domingos

Instituição: Faculdade de Medicina de São José Rio Preto

São José do Rio Preto, 31/03/2021

SUMÁRIO

Dedicatória.....	IV
Agradecimentos.....	V
Lista de anexos.....	VII
Lista de Apêndices.....	VIII
Lista de Tabelas.....	IX
Epígrafe.....	X
Resumo	XI
Abstract.....	XIII
Introdução	1
Objetivos	10
Método	11
Participantes	11
Instrumentos	12
Procedimentos/ Aspectos Éticos	14
Análise de Dados	14
Resultados e Discussão.....	16
Conclusão.....	33
Referências	37

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha família, aos meus pais, pilares da minha formação como ser humano, em especial, ao Sr. Félix (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir a realização deste sonho.

Quando um trabalho é concluído, nele constam a contribuição, participação, empenho, dedicação e direcionamento de muitos. A todos que possibilitaram a realização deste, presto minhas devidas e sinceras homenagens.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação Mestrado em Psicologia e Saúde - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, pela abertura das vagas e por fundamentar uma Especialização engajada em integrar competências e conhecimentos, fornecendo-nos assim a titulação de mestres.

Assim como também, estendo meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, que por atuar na expansão e consolidação da pós-graduação scrito sensu, possibilita-nos oportunidades e reconhecimento.

Agradeço, ao Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio, meu orientador, especialmente, por ter aceitado sem reservas o tema de minha dissertação e pela condução que deu ao trabalho, pois assim, pude dispor de imensa honra por agregar seus conhecimentos.

Agradeço também, Prof. Dr. Randolpho dos Santos Júnior, meu coorientador, desde a etapa do aprimoramento profissional, a qual tive supervisão, até a estruturação e imensa colaboração para a atual pesquisa.

Neste momento agradeço de forma geral a todos os docentes que tive o privilégio de conhecer e que diretamente impactaram em meu aprendizado em especial à Dr^a Neide Aparecida Micelli Domingos, não apenas por compor a presente banca e ter me acompanhado durante o primeiro ano do mestrado, mas por toda fonte de inspiração desde o aprimoramento.

Agradeço de forma particular à Dr^a Lilian Castiglioni, que sem ao menos me conhecer e em meio a um início de pandemia (era março/2020), ouviu meu socorro por WhatsApp e

de imediato agendou horário para falarmos sobre a estatística do trabalho. Então com toda a humildade e competência, ela sentou comigo e estabeleceu todas as correlações, me explicando uma a uma e ainda se colocou à disposição futuramente.

Sem dúvidas, pude contar com excelentes profissionais no decorrer deste caminho. Sempre serão lembrados como muito carinho e respeito.

Gostaria de agradecer e também expressar minha estima pelos participantes, que de pronto aceitaram o convite e assim por meios de suas vivências enriqueceram e edificaram este estudo, vocês foram fundamentais.

Demonstro minha gratidão também ao complexo do Hospital de Base de São José do Rio Preto por receber e aceitar a coleta de dados de braços abertos e assim possibilitar este trabalho.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Escala de ansiedade e depressão - HAD.....	44
Anexo B. Escala de esperança de Herth – EEH	46
Anexo C. Escala breve de enfrentamento religioso.....	47
Anexo D. Parecer Consubstanciado do CEP.....	55

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A. Ficha de identificação do aluno	48
Apêndice B. Termo de consentimento livre e esclarecido	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos na amostra estudada (N = 259).....	17
Tabela 2. Dados clínicos da amostra estudada (N = 259).....	19
Tabela 3. Dados psicossociais da amostra estudada (N = 259).....	21
Tabela 4. Análise comparativa entre CREP e ansiedade e depressão.....	23
Tabela 5. Análise comparativa entre CREN e ansiedade e depressão.....	24
Tabela 6. Análise comparativa entre CREP e aspectos sociodemográficos.....	26
Tabela 7. Análise comparativa entre CREN e aspectos sociodemográficos.....	27
Tabela 8. Análise comparativa entre CREP e aspectos clínicos.....	29
Tabela 9. Análise comparativa entre CREN e aspectos clínicos.....	30
Tabela 10. Análise entre CREP/CREN e esperança.....	31

EPÍGRAFE

*“Os grandes feitos são conseguidos não
pela força, mas pela perseverança”.*

Samuel Johnson

Garcia, V. C. B. (2021). *Espiritualidade e estratégias de enfrentamento de pessoas em tratamento oncológico*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação Mestrado em Psicologia e Saúde. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. São José do Rio Preto, SP.

RESUMO

O suporte religioso/espiritual tem sido uma relevante estratégia de enfrentamento utilizada pelos pacientes para melhor se ajustarem a nova situação de adoecimento. Alguns efeitos benéficos da utilização de estratégias de *coping* religioso espiritual (CRE) estão relacionados com maior adesão ao tratamento, mais facilidade ao acesso de redes de suporte social, geração de sentido e propósito de vida, otimismo e redução de sintomas depressivos e ansiosos. **Objetivos:** avaliar e comparar a dimensão espiritual de pacientes em tratamento oncológico. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo transversal, com pesquisa descritiva correlacional. Foi elegível, por conveniência, uma amostra composta por 259 pacientes adultos dos sexos masculino e feminino, em tratamento, internados na enfermaria oncológica e no setor de quimioterapia de um hospital escola de grande porte do interior do Estado de São Paulo. Os instrumentos utilizados foram: questionários de dados sócio-demográficos; escala hospitalar de ansiedade e depressão – HAD; escala de esperança de Herth - EEH; e escala breve de enfrentamento religioso. Os pacientes foram abordados durante hospitalização e sessões de quimioterapia e após convite, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a coleta foi realizada individualmente em caráter de entrevista. Na análise estatística inferencial das variáveis quantitativas, foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados, e o teste de Kruskal-Wallis para comparação de dados não-paramétricos. As análises de correlação foram realizadas a partir dos testes de correlação de Pearson e Spearman. **Resultados:** os principais achados apontaram correlação

positiva entre o coping religioso espiritual positivo (CREP) e os aspectos sociodemográficos: sexo ($r=0,143$ $p<0,05$) e frequência em cerimônias religiosas ($r=0,2032$ $p<0,05$), correlação positiva fraca entre o coping religioso espiritual negativo (CREN) e o aspecto clínico: tempo de diagnóstico ($r=0,1251$ $p<0,05$); relação negativa entre o *coping* religioso espiritual positivo (CREP) e os indicadores de ansiedade ($r=-0,2726$; $p<0,0001$) e de depressão ($r=-0,3493$; $p<0,0001$); correlação positiva entre o *coping* religioso espiritual negativo (CREN) e os indicadores de ansiedade ($r=0,339$; $p<0,0001$) e depressão ($r=0,332$; $p<0,0001$); correlação positiva moderada entre indicadores de esperança e CREP ($r=0,455$; $p<0,0001$) e correlação negativa entre indicadores de esperança e CREN ($r= -0,289$; $p<0,0001$). **Conclusão:** este trabalho estabeleceu correlações significativas quanto ao CREP e o CREN, com dados sociodemográficos (sexo; frequência em cerimônias religiosas), com variáveis clínicas (tempo de diagnóstico) e psicossociais (ansiedade; depressão) e com indicadores de esperança. Os resultados das análises indicam que a R/E é uma dimensão praticada e presente no cotidiano das pessoas avaliadas como uma manifestação da espiritualidade, independente da religião ou crença. Estudos embasados na atual temática discorrem que a prática do CREP impacta diretamente no processo saúde-doença, sendo considerada como crucial no contexto da doença grave ou terminal. Além disso, age como facilitadora em promover uma ressignificação de uma experiência difícil. Torna-se evidente como complementaridade e enriquecimento dos dados, a necessidade de investigações qualitativas acerca da percepção dos indivíduos que estão em tratamento oncológico sobre possíveis benefícios e dificuldades que acarretem a utilização do CRE.

Palavras Chaves: Espiritualidade; Estratégias de Enfrentamento; Oncologia.

Garcia, V. C. B. (2020). Spirituality and coping strategies of people undergoing oncologic treatment. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação Mestrado em Psicologia e Saúde. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. São José do Rio Preto, SP.

ABSTRACT

Religious/spiritual support has been a relevant coping strategy used by patients to better adjust to the new illness situation. Some beneficial effects of using Spiritual-Religious coping (SRC) strategies are related to greater adherence to treatment, easier access to social support networks, generation of meaning and purpose in life, optimism and reduction of depressive and anxious symptoms. **Objectives:** to evaluate and compare the spiritual dimension of patients undergoing cancer treatment. **Method:** this is a cross-sectional quantitative study, with descriptive correlational research. A sample composed of 259 adult male and female patients undergoing treatment, admitted to the oncology ward and chemotherapy sector of a large teaching hospital in the interior of the state of São Paulo, was eligible for convenience. The instruments used were: socio-demographic data questionnaires; hospital anxiety and depression scale - HADS; Herth Hope Scale - HHS; and short scale of religious confrontation. Patients were approached during hospitalization and chemotherapy sessions and after invitation, reading and signing the Informed Consent Form, the collection was carried out individually as an interview. In the inferential statistical analysis of the quantitative variables, the Kolmogorov-Smirnov test was used to verify the normality of the data, and the Kruskal-Wallis test to compare non-parametric data. Correlation analyzes were performed using Pearson and Spearman correlation tests. **Results:** the main findings pointed to a positive correlation between the Positive Spiritual-Religious coping (PSRC) and the sociodemographic aspects: sex ($r=0.143$; $p<0.05$) and frequency in religious ceremonies ($r=0.2032$; $p<0.05$), weak positive correlation between the Negative Spiritual-Religious coping (NSRC) and the clinical aspect:

time of diagnosis ($r=0.1251$; $p<0.05$); negative relationship between positive spiritual religious coping (PSRC) and indicators of anxiety ($r=-0.2726$; $p<0.0001$) and depression ($r=-0.3493$; $p<0.0001$); positive correlation between negative spiritual religious coping (NSRC) and indicators of anxiety ($r=0.339$; $p<0.0001$) and depression ($r=0.332$; $p<0.0001$); moderate positive correlation between hope indicators and PSRC ($r=0.455$; $p<0.0001$) and negative correlation between hope indicators and NSRC ($r=-0.289$; $p<0.0001$). **Conclusion:** this paper established significant correlations regarding PSRC and NSRC, with sociodemographic data (sex; frequency in religious ceremonies), clinical (time of diagnosis) and psychosocial (anxiety; depression) variables and with hope indicators. The results of the analyzes indicate that R/S is a dimension practiced and present in the daily lives of people evaluated as a manifestation of spirituality, regardless of religion or belief. Studies based on the current theme argue that the practice of PSRC directly impacts the health-disease process, being considered as crucial in the context of serious or terminal illness. In addition, it acts as a facilitator in promoting a reframing of a difficult experience. The need for qualitative research on the perception of individuals who are undergoing cancer treatment about possible benefits and difficulties that lead to the use of SRC becomes evident as complementarity and enrichment of data.

Key words: Spirituality; Coping Strategies; Oncology.

INTRODUÇÃO

Câncer

Câncer é a denominação a um conjunto de mais de 100 doenças que comumente acarretam um crescimento desordenado de células que acometem tecidos e órgãos. Dividindo-se de forma acelerada, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, estabelecem a formação de tumores que podem espalhar-se por outras partes do corpo (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA, 2019). Assim, pode-se considerar que as neoplasias se relacionam a essa forma não controlada de crescimento celular, passando a serem denominadas de tumores.

As neoplasias benignas têm seu crescimento de forma organizada, de caráter lento e expansivo, e apresentam limites bem nítidos, não invadem os tecidos vizinhos, porém podem comprimir órgão e os tecidos adjacentes, como exemplos destas neoplasias podem ser apontados os lipomas, os miomas, e os adenomas. Já as neoplasias malignas se manifestam em larga escala e têm como diferença o poder de invadir tecidos vizinhos. Como exemplos destas têm-se os carcinomas, os sarcomas, e os linfomas. Além disso, o câncer pode ser classificado como não invasivo “*in situ*” ou invasivo, o não invasivo é o primeiro estágio da doença, no qual as células cancerosas ainda não se espalharam para outras camadas do órgão de origem ficando somente no tecido que se desenvolveram, com probabilidade de cura. O câncer invasivo ocorre quando as células cancerosas já invadiram outras camadas celulares do órgão, indo para a corrente sanguínea ou linfática, podendo até disseminar para outras partes do corpo, e ocasionar tumores a partir de um já existente, sendo essa formação chamada de metástase (INCA, 2020).

Estimativas apontam que a doença oncológica permanece como uma das maiores causas de morte. Em países desenvolvidos e ricos, o câncer ocupa o primeiro lugar, no Brasil fica na segunda posição e perde apenas para as doenças cardiovasculares.

Pesquisas atuais e dados sugeridos pelo INCA (órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e na coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil) estimam a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer por ano, no triênio 2020-2022. O câncer de pele não melanoma, seguido por mama, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago, são considerados os mais incidentes.

No entanto, essa distribuição pode sofrer influências da região do país, como nas do Sul e Sudeste, onde o padrão da incidência do câncer caracteriza predominância para próstata, mama feminina, pulmão e intestino; para região Centro-Oeste, colo do útero e estômago; e para as regiões Norte e Nordeste, colo do útero e de estômago, com câncer de mama feminina e próstata, também recorrentes.

Por essa situação que o enfrentamento ao câncer é assunto de saúde pública e de estudos científicos atuais. Assim, merece ações voltadas à prevenção da doença, como a conscientização da importância de hábitos saudáveis, por meio de estratégias de reforço e destaque no que concerne à promoção da saúde, como políticas, planos e programas governamentais direcionados em evitar que as pessoas se exponham a fatores determinantes ao adoecimento (Marques, 2020).

- Tratamento oncológico

As finalidades primordiais do acompanhamento oncológico se referem à cura, ao prolongamento e ao aumento da qualidade de vida. Há três modalidades principais de tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que podem e geralmente são administradas em conjunto.

Os médicos especialistas responsáveis pelas prescrições dos tratamentos são o cirurgião oncologista no que concerne à cirurgia oncológica, o oncologista clínico referente à quimioterapia e o radioterapeuta quanto à radioterapia. No entanto, a abordagem multidisciplinar é fundamental no processo e conta com equipes de enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psiquiatria.

É imprescindível destacar que a efetividade do tratamento depende de forma significativa do tempo de diagnóstico, estadiamento da doença (avaliação do grau de disseminação) e fatores sociais (INCA, 2020).

- Ajustamento emocional

Quanto ao diagnóstico, no momento inicial em que o paciente é informado sobre o estágio da doença e exposto aos recursos disponíveis para seu tratamento, os sintomas de ansiedade e depressão se tornam frequentes, entretanto tendem ao declínio quando é estabelecido um ajustamento emocional por meio da integração de novas informações referentes à sua realidade, isto é, quando a progressão do tratamento é eficaz contra a doença (Simão et al., 2017).

O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido utilizado para designar tanto um estado afetivo normal, a tristeza, quanto uma doença. A tristeza consiste em uma resposta humana universal às circunstâncias de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades; enquanto doença, a depressão tem sido classificada como um distúrbio mental caracterizado por depressão persistente ou perda de interesse em atividades, e prejudica significativamente o dia a dia das pessoas (Araújo & Lotufo, 2013).

Ainda acerca do período de ajustamento emocional, conforme Del Porto (1999) e Fernandes et al. (2017), a ansiedade é uma reação normal ao estresse, que pode ser representada

por diferentes características como por exemplo, inquietação, dificuldade de concentração, distúrbios de sono, fadiga e tremores. Entretanto, quando ocorre uma sensação desagradável de medo e/ou tensão, passando a ser reconhecida como disfuncional, ocasiona desconforto emocional intenso, e prejudica diretamente a qualidade de vida do indivíduo e indiretamente de quem convive com ele em seu cotidiano, interfere desta forma, nas atividades diárias e constitui-se em um problema de saúde mental significativo.

- Esperança

De acordo com Wakiuchi et al. (2015), a esperança pode ser definida como uma probabilidade subjetiva de bons resultados, um sentimento de um futuro otimista e a idealização de metas em longo prazo. Ainda complementam que pela relevância da esperança no processo de enfrentamento dos pacientes adoecidos, seus níveis vêm sendo explorados em indivíduos que vivenciam doenças crônicas, com o propósito de averiguar o impacto desse sentimento em momentos de dificuldades e provações. Pode-se estabelecer uma relação entre o ajustamento emocional e a esperança.

Com objetivo de mensurar o nível de esperança de vida em pacientes oncológicos durante o início e o final do tratamento quimioterápico, os autores verificaram que a esperança aumentou ao final do tratamento, porém não de forma significativa. Alguns fatores impactaram diretamente neste aumento como maior escolaridade, ausência de metástase, tratamento curativo e inexistência de dor moderada e forte (Wakiuchi et al., 2015).

Na pesquisa de Fernandes et al. (2019), com objetivo de identificar e descrever as repercussões do diagnóstico de câncer para homens e mulheres, os resultados apontaram que o diagnóstico de doença oncológica desencadeou sentimentos negativos, como angústia, raiva, ansiedade, tristeza, medo da morte e questionamentos referentes ao trabalho e à identidade

pessoal, os quais foram superados e enfrentados por meio da religiosidade/espiritualidade e com suporte social de pessoas próximas.

- Espiritualidade

A religiosidade/espiritualidade R/E é um fenômeno complexo e de natureza multidimensional, assim, uma única definição é suscetível de limitação (Hill et al., 2000). Nessa vertente, como mencionado por Curcio e Moreira - Almeida (2019), apesar de evidências importantes, não há no meio científico um consenso acerca dos conceitos da R/E.

Apesar de controvérsia quanto à definição da R/E, Moreira - Almeida et al. (2006), conceituam religião como um sistema organizado de crenças, rituais, práticas e simbolismos projetados para favorecer a proximidade entre o sagrado e o transcendental, representado por Deus, verdade suprema. A espiritualidade, por sua vez, é conceituada como a busca pessoal para compreender as respostas fundamentais e essenciais sobre a vida, o significado e a relação com o sagrado e o transcendental, o que pode ou não estar relacionado com rituais religiosos e com a formação de uma comunidade.

Curcio e Moreira - Almeida (2019) investigaram em um estudo com a finalidade de explorar qualitativamente o que uma amostra clínica e não clínica do contexto brasileiro (pacientes e acompanhantes de dois hospitais gerais que foram sorteados a partir de uma amostra prévia), entendia por religião, religiosidade e espiritualidade e concluíram que a fé se destacou como elemento central em meio às entrevistas qualitativas, tanto para a definição de religiosidade como de espiritualidade.

Quanto aos seus benefícios, Koenig (2004) considerou que crenças e práticas da R/E estão associadas com taxas de suicídios mais baixas, menor ansiedade, abuso de substâncias moderado ou inexistente, menos depressão e recuperação mais rápida da mesma, maior bem-

estar, esperança, otimismo e propósito na vida, apoio social superior, satisfação conjugal e estabilidade elevadas.

Estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas consolidam uma relação entre R/E com melhores indicadores de saúde, assim evidenciam hábitos de vida saudáveis, suporte emocional e capacidade de *coping* entre os benefícios relacionados (Stroppa & Moreira-Almeida, 2008).

Almeida et al. (2017), em estudo que analisou a qualidade da alimentação de universitários como fator de risco para câncer de intestino, concluíram que quando há nos hábitos um elevado consumo de alimentos industrializados com alto teor de açúcares e gorduras, em conjunto com uma baixa ingestão de grãos, associado a um estilo de vida sedentário, constituem fatores de risco para o surgimento da doença oncológica.

Segundo Pinheiro et al. (2019), a doença oncológica tem um impacto significativo no funcionamento psíquico, emocional, físico e na qualidade de vida do paciente, ocasiona prejuízos ao bem-estar geral. Nesse contexto, a espiritualidade emerge como um aspecto de enfrentamento.

Stroppa e Moreira-Almeida (2008) referem que, quanto aos hábitos de vida, crenças e vivências religiosas/espirituais proporcionam que as pessoas se tornem menos expostas a aventuras em situações de agravo à saúde como uso de tabaco, de álcool e de outras drogas, comportamento sexual de risco e envolvimento em situações de violência física. Com relação ao suporte social, a R/E favorece o compartilhamento de aflições e de emoções, prega uma vida social caracterizada por vínculos, ajuda mútua e maior suporte social em situações de estresse e adoecimento.

Aquino e Zago (2007) discorreram que a religião produz alívio ao sofrimento, visto que permite mudanças na perspectiva subjetiva pela qual o paciente e a comunidade percebem o contexto da doença grave. Nesse processo, quando em tratamento ou controle de uma doença

oncológica, o paciente redireciona e atribui novo significado a essa experiência, podendo percebê-la sob uma nova ótica.

De acordo com Figueiredo et al. (2018), a crença no sagrado, em algo superior, a fé, práticas religiosas e a manifestação da espiritualidade fazem parte do manejo no processo saúde/doença e, logo, são estratégias de enfrentamento, contribui para que o paciente reorganize e ressignifique uma experiência difícil, promovendo suporte, amparo e mecanismos para lidar com situações adversas que envolvem o processo de adoecimento.

-Estratégias de enfrentamento

A conceitualização do *coping* religioso/espiritual (CRE) está difundida nas áreas da psicologia cognitivo-comportamental, psicologia da religião e psicologia da saúde, sendo arquitetada a partir do estudo cognitivista do estresse e do *coping* (Panzini & Bandeira, 2007).

Folkman et al. (1986) classificam estratégias de *coping*, ou enfrentamento, como o vigor deliberado tanto cognitivo, quanto comportamental do indivíduo para lidar com as demandas da relação pessoa-ambiente, interpretadas como excedentes aos seus recursos internos, que envolvem situações de danos, de ameaça e desafio. As estratégias de *coping* possuem duas funções cruciais: a) regular emoções (*coping* focado na emoção) e b) lidar com o problema que está causando o estresse (*coping* focado no problema).

O *coping* focado na emoção tem como finalidade amenizar a sensação física desagradável de um estado de estresse, em uma tentativa de aliviar a tensão. Por outro lado, o *coping* focado no problema proporciona mobilização para alterar uma situação, e atuar diretamente na resolução de problemas (Folkman et al.,1986). Pargament e Raiya (2007) destacam que o CRE pode ser útil ou prejudicial, salientando que estratégias de CRE estão integradas às necessidades do indivíduo, objetivos, situações e contexto.

Complementando, Panzini e Bandeira (2007) sugerem o *coping* religioso/espiritual positivo (CREP) atrelado às estratégias que promovam efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor e proteção de Deus, buscar conforto em literaturas religiosas, perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de si e dos outros, podendo assim reavaliar o estressor como benéfico. Por outro lado, o *coping* religioso espiritual negativo (CREN), está relacionado às estratégias que acarretam em consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar a existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução exclusiva de seus problemas e sentir insatisfação em relação a Deus e membros de instituições religiosas, desta forma, faz uma avaliação do estressor como punição divina ou um castigo.

Partindo da premissa de que a R/E influencia na saúde física e mental das pessoas, uma vez que constitui um importante recurso de enfrentamento para situações estressantes, é relevante estudar e levar em conta a relação existente entre religiosidade, saúde mental e a prática clínica da Psicologia. Essa conduta não se refere a favorecer a mistificação de questões teóricas e técnicas, nem de tornar a fé como uma ciência, mas de edificar um caminho pelo qual ambas as áreas possam fluir com objetivos comuns, embora com saberes e práticas diferentes e, assim, prover saúde, qualidade de vida e bem-estar (Henning & Geronasso, 2009).

Ademais, aspectos protetivos do desenvolvimento humano como a R/E merecem maior investigação e realce, sendo ainda pouco explorados. Nessa perspectiva, é importante salientar que Miranda et al. (2015) apontam a necessidade de novas pesquisas no que se refere às estratégias de enfrentamento do câncer utilizadas pelos pacientes, inclusive novos estudos considerando a inter-relação espiritualidade, depressão e qualidade de vida do paciente oncológico.

Torna-se evidente a necessidade de legitimação e integração da dimensão espiritual no processo saúde-doença, e assim, contribuir para o manejo e adaptação ao tratamento, especialmente quando se refere a doenças ameaçadoras à vida. É necessário que o paciente seja

concebido sob uma perspectiva biopsicossocioespiritual, assim, considerando as repercussões das crenças religiosas na forma em que situações adversas serão avaliadas e administradas (Moraes Filho & Khoury, 2018).

Sustenta-se que por longo período a Psicologia se concentrou em entender e estudar as doenças, e com isso obteve êxito e benefícios, uma vez que transtornos vieram a ser descobertos, diagnosticados e tratados; instrumentos de medidas e avaliações confiáveis foram desenvolvidos; doenças foram expostas a intervenções psicológicas e farmacológicas de forma eficaz, além de tratamentos clínicos e terapias, elaborados e aperfeiçoados (Paludo & Koller, 2007). Entretanto, é imprescindível para fomentar o avanço científico, mobilizar esforços para compreender o funcionamento humano, no que tange às experiências e vivências positivas. A Psicologia Positiva inclui o estudo das potencialidades e virtudes humanas (Machado et al., 2017).

[...] a Psicologia Positiva pretende trazer a compreensão das virtudes, forças pessoais, habilidades promovidas nos contextos de resiliência, averiguar o papel das experiências positivas, e delinear a função das relações positivas com os outros. Além disso, visa esclarecer como todos esses fatores podem contribuir para a saúde física, o bem-estar subjetivo, o funcionamento dos grupos e o florescimento das instituições (Paludo & Koller, 2007, p. 17).

Tomando por base as considerações anteriores, foram formulados os objetivos do presente estudo, conforme indicados.

Objetivos

Geral:

Avaliar e comparar a dimensão espiritual de pacientes em tratamento oncológico.

Específicos:

Caracterizar aspectos sociodemográficos (idade, sexo, procedência, escolaridade, estado civil, religião e frequência em cerimônias religiosas) e clínicos (tempo de diagnóstico e presença de metástase);

Identificar e analisar sintomas de ansiedade e depressão;

Identificar e analisar indicadores de esperança;

Identificar e analisar o CREP e o CREN;

Comparar e correlacionar as variáveis entre si e com dados sociodemográficos e clínicos da amostra.

MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um estudo quantitativo transversal, com pesquisa do tipo descritiva correlacional.

Participantes

Foi elegível, por conveniência, uma amostra composta por 259 pacientes internados nos Setores de enfermagem e quimioterapia do Hospital de Base de São José do Rio Preto (FUNFARME), para pacientes adultos oncológicos em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Critério de inclusão: pacientes atendidos pela clínica de especialidade em oncologia, adultos (idade superior a 18 anos), dos sexos masculino e feminino, em tratamento há pelo menos três meses - período mínimo para ajustamento psicossocial.

Critério de exclusão: pacientes com comorbidades psiquiátricas graves e com déficit cognitivo, que pudessem comprometer a compreensão e os resultados dos questionários.

- Sobre o contexto do estudo

O município de José do Rio Preto localiza-se a noroeste do Estado de São Paulo e é considerado referência em saúde, inclusive em escala internacional. Sob a administração da Delegacia Regional de Saúde XV (DRS XV), conta com o Hospital de Base de Rio Preto (HB) que em sua abrangência compreende 102 municípios e mais de dois milhões de habitantes. Esta instituição é considerada referência em alta complexidade para todos os Estados brasileiros, recebendo constantemente pacientes de todas as regiões do Brasil. O HB é um dos maiores e mais importantes complexos hospitalares do Estado, funciona também como Hospital-Escola, vinculado à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

O complexo dispõe de uma Unidade do Instituto de Câncer (ICA), desenvolvido em 2002 para proporcionar atendimento diferenciado e priorizado para pacientes oncológicos. O

espaço oferta consultas ambulatoriais, tratamento cirúrgico com equipe especializada e também conta com um setor de quimioterapia, o qual proporciona tratamento adequado e conforto ao paciente durante o procedimento. Além disso, é oferecida aos pacientes uma equipe multidisciplinar engajada em favorecer e facilitar o acompanhamento, atuando como rede de suporte durante todo o período de tratamento, composta por: enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionista e assistentes sociais (Hospital de Base, 2021).

Instrumentos

Para a coleta das informações foram utilizados:

1. **Questionário Inicial de Dados Sociodemográficos** (Apêndice A): instrumento de autoria dos pesquisadores construído com finalidade de caracterizar os participantes quanto aos aspectos demográficos e clínicos. Em sua primeira parte, foram investigados por meio de uma pesquisa ao prontuário do paciente, o diagnóstico, tempo de diagnóstico e presença de metástase. Na segunda parte, indagando ao próprio paciente, idade, sexo, endereço, escolaridade, estado civil, quantidade de filhos, raça, atividade profissional e religião.
2. **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD** (Anexo A) - escala para avaliar ansiedade e depressão em adultos no contexto hospitalar. Possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade e sete para a depressão. Inclina-se a detectar níveis de transtornos afetivos e de ansiedade em ambientes não psiquiátricos. A escala é curta, podendo ser rapidamente aplicada e preenchida. Ao paciente, solicita-se e é recomendado que responda baseando-se em como se sentiu durante a última semana. Foram adotados os pontos de corte recomendados para ambas as situações: de 0-7: improvável, 8-11: possível (questionável ou duvidoso) e 12-21: provável (Botega et al., 1995).

3. **Escala de Esperança de Herth – EEH** (Anexo B): a escala originou-se do instrumento americano *Hert Hope Index* e possibilitou a existência de um material específico para mensuração da esperança, antes inexistente no Brasil, chamada de Escala de Esperança de Herth (EEH). Esta é uma escala de autorrelato que quantifica a esperança de vida. Possui 12 afirmativas e graduação dos itens tipo Likert de quatro pontos, variando de “concordo completamente” a “discordo completamente” onde 1 indica “discordo completamente” e 4 corresponde a “concordo completamente”. Os itens 3 e 6 apresentam escores invertidos. O escore total varia de 12 a 48 e quanto maior, mais alto o nível de esperança de vida. É uma escala considerada breve e de fácil compreensão (Sartore & Grossi, 2008).

4. **Escala Breve de Enfrentamento Religioso** (Anexo C): baseada na escala original BriefRCOPE (14 itens, 2 fatores, alphas de 0,87 a 0,69), desenvolvida por Pargament, Koenig e Perez (2000). A versão brasileira é composta de dois fatores: (1) enfrentamento religioso de padrão positivo (7 itens, $\alpha = 0,87$; 27,64% de variância explicada): religiosidade como fonte de amor, cuidado, força, ajuda, purificação e ressignificação positiva do estressor; (2) enfrentamento religioso de padrão negativo (7 itens, $\alpha = 0,71$; 15,45% de variância explicada): religiosidade como fonte de conflito intra e/ou interpessoal, sentimentos de culpa e punição, insegurança e ressignificação negativa do estressor. Trata-se de instrumento autoaplicável para verificação dos padrões positivo e negativo do enfrentamento religioso, com o objetivo de avaliar a utilização e o papel da religiosidade no processo de enfrentamento. A escala breve de enfrentamento religioso consiste de sete itens de enfrentamento religioso positivo e sete de enfrentamento religioso negativo (14 no total). As respostas são dadas em graduação dos itens tipo Likert de quatro pontos (1 = nunca; 4 = quase sempre). Dois escores são obtidos mediante o cálculo da média aritmética dos itens do fator padrão de enfrentamento positivo (soma dos escores dos sete primeiros itens e divisão por sete, podendo variar de um a

quatro) e do padrão negativo (soma dos escores dos sete últimos itens e divisão por sete, podendo variar de um a quatro) (Faria & Seidl, 2006).

Procedimentos de Coleta e Aspectos Éticos da Pesquisa

Por ocasião do período da pesquisa, os pacientes que estavam em tratamento oncológico no Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB) foram abordados durante hospitalização e sessões de quimioterapia, e convidados a participarem do estudo conforme normatizações indicadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Após o aceite, foram orientados quanto ao tema e objetivos da pesquisa, não obrigatoriedade de participação, anonimato, aspectos éticos, possibilidade de interrupção por parte do paciente, e utilização acadêmica e científica dos dados. Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, contendo dados de identificação dos pesquisadores e dos participantes, objetivos e procedimentos da pesquisa (Apêndice B). Posteriormente a tal formalidade, foi realizada individualmente a aplicação dos questionários e escalas, conforme indicados no tópico de instrumentos. Para os pacientes que apresentaram demandas emocionais foram ofertados atendimentos especializados na própria rotina do Serviço.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP (No. CAAE 36793814.1.0000.5415) (Anexo D).

Análise dos Dados

Após coletadas, as informações foram inseridas em planilhas Excel, que serviram de referência para tabulação e tratamento estatístico das variáveis. Para todas as análises foi con-

siderado o nível de significância de 0,05 (valor de $P \leq 0,05$), considerando a dispersão do fenômeno estudado, e os programas utilizados foram o SPSS (IBM, versão 23, 2014) e o PRISMA (versão 6.10, 2015).

A análise descritiva foi realizada a partir dos cálculos das medidas de tendência central, dispersão e contagens de frequências. Na análise inferencial das variáveis quantitativas, foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade, e o teste de Kruskal-Wallis para comparação de dados não-paramétricos. E, as análises de correlação foram realizadas a partir dos testes de correlação de Pearson e Spearman.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo foram organizados em três sessões de acordo com os objetivos específicos: perfil sociodemográfico, clínico e psicossocial; identificação do CREP e CREN; correlações e comparações das variáveis entre si (CREP, CREN, ansiedade, depressão e esperança) e do CRE com os dados sociodemográficos (idade, sexo, procedência, escolaridade, estado civil, religião e frequências em cerimônias religiosas) e clínicos (tempo de diagnóstico e presença de metástase).

Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos. A média de idade da amostra total foi de 57,01, variando de 19 e 89 anos. Entre os participantes, 55,6% eram mulheres, sendo 77,6% residentes em cidades da região e 22,4% em São José do Rio Preto, SP. Uma parte expressiva (52,9%) não concluiu o 1º grau do ensino fundamental e 9,7% finalizaram o ensino superior. Dentre os avaliados 57,5% eram casados e 7,3% estavam em uma união estável, uma menor parte era de divorciados (12,0%), viúvos (11,6%) e solteiros (11,6%). Quanto à variável religiosidade, 58,7% dos entrevistados se declararam católicos, 25,9% evangélicos, 3,9% espíritas, 1,2% budistas e ateístas, respectivamente, 0,8% testemunhas de Jeová e 4,2% não informaram sua religião ou não se enquadraram em nenhuma das opções. Referente à frequência em cerimônias religiosas, 28,6% proferiram frequentar uma vez por semana, 22,8% duas ou mais vezes na semana, 18,9% menos que uma vez por mês, 14,7% nunca, 14,3% de uma a duas vezes no mês e 0,8% frequentar diariamente.

Tabela 1

Dados sociodemográficos na amostra estudada (N = 259)

VARIÁVEIS	f	< >	\bar{x}	M_d	σ	%
Idade		19/89	57,01	58	13,74	
Sexo						
Feminino	144					55,60
Masculino	115					44,40
Procedência						
Residentes em São José do Rio Preto	58					22,4
Residentes na região	201					77,6
Escolaridade						
Nunca frequentou a escola	3					1,2
1º grau incompleto	137					52,9
1º grau completo	19					7,3
2º grau incompleto	12					4,6
2º grau completo	56					21,6
Universitário incompleto	4					1,5
Universitário completo	25					9,7
Outro	3					1,2
Estado civil (N = 259)						
Casado	149					57,5
União estável	19					7,3
Divorciado	31					12,0
Viúvo	30					11,6
Solteiro	30					11,6
Religião						
Ateísta	3					1,2
Acredito em Deus, mas não sigo Nenhuma religião	11					4,2
Católico	152					58,7
Testemunha de Jeová	2					0,8
Evangélico	67					25,9
Espírita	10					3,9
Budista	3					1,2
Outro	11					4,2
Frequência		1/6	3,2		1,4	
Nunca	38					14,7
Menos que uma vez por mês	49					18,9
Uma/duas vezes por mês	37					14,3
Uma vez por semana	74					28,6
Duas ou mais vezes por semana	59					22,8
Diariamente	2					0,8

< > = menor, maior; \bar{x} = média aritmética; M_d = mediana; σ = desvio padrão; % = porcentagem.

No estudo de Portella et al. (2017) os autores evidenciaram que pacientes oncológicos são predominantemente pessoas do sexo masculino e idosos, em controvérsia ao atual estudo que apresentou maior parte, mesmo que sutil, de componentes do sexo feminino com média de idade de 57,01 anos.

Entretanto, resultados de uma pesquisa que investigou a estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil demonstram que a média de idade foi de 51,9 anos para o primeiro

diagnóstico (Oliveira et al., 2015). Os autores ainda concluíram que estes dados são cruciais para o acesso e planejamento dos serviços de saúde e a possibilidade de identificação e tratamento precoces, resultando em maior sobrevida aos pacientes.

Levando em consideração que em segundo lugar, a maior incidência no presente trabalho, quanto ao diagnóstico foi de câncer de mama, destaca-se que os dados se aproximam da literatura, como no estudo de Tacani et al. (2014) que se propôs a caracterizar o perfil clínico de pacientes atendidos em um ambulatório de fisioterapia em oncologia. Com relação às características da amostra no citado estudo, as mulheres prevaleceram, podendo possivelmente indicar que estas procuram mais os serviços de saúde do que os homens e, conseqüentemente, são mais comprometidas com a adesão ao tratamento e acompanhamento adequados.

Pesquisa de Portella et al. (2017) também sinaliza o nível de escolaridade quanto ao ensino fundamental incompleto em maior percentual, indo ao encontro dos dados do presente trabalho onde parcela expressiva da amostra (52,9%) não concluiu o primeiro grau. Os autores relacionaram a baixa escolaridade com comportamentos de risco como, por exemplo, o tabagismo, que impacta direta e negativamente na saúde das pessoas.

Corroborando esses achados, pesquisa que investigou a qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos apontou a baixa escolaridade como uma variável que retarda a identificação do câncer e início imediato do tratamento, prejudicando o acesso e compreensão das informações sobre medidas preventivas, detecção de diagnóstico e necessidade de controle e tratamento efetivos (Figueiredo et al., 2018).

Os dados do presente estudo destacam a predominância de pessoas com religião católica seguida da evangélica, respectivamente. De acordo com o último censo (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, sobre a distribuição da população brasileira referente ao quesito religião, 123.280.172 pessoas se declararam católicas (católica apostólica romana),

560.781 (católica apostólica brasileira) e 131.571 (católica ortodoxa); 42.275.440 se definiram como evangélicos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010).

No que concerne ao estado civil casado ou em união estável, que corresponde a mais da metade da amostra do presente estudo, de acordo com o IBGE no tocante a estatísticas do registro civil, se o Brasil tivesse 100 pessoas, com 10 anos ou mais, 50 destas viveriam em união estável (considerando que uma parte da população vive em união, mas sem registro), 55 seriam solteiras, 35 seriam casadas, cinco, viúvas, três divorciadas e duas separadas, considerando que uma parcela se casa novamente após o divórcio (IBGE, 2021).

Tabela 2

Dados clínicos da amostra estudada (N = 259)

VARIÁVEIS	f	< >	\bar{x}	M_d	σ	%
Diagnóstico						
Neoplasias do sistema gastrointestinal	81					31,27
Neoplasias do sistema endócrino	3					1,16
Carcinoma pouco diferenciado	1					0,39
Neoplasias do sistema reprodutor feminino	25					9,65
Neoplasias do sistema reprodutor masculino	19					7,34
Neoplasias do sistema urinário	5					1,93
Neoplasias do sistema respiratório	22					8,49
Mama	52					20,08
Neoplasias da medula óssea (leucemias)	5					1,93
Neoplasias do sistema linfático (linfomas)	13					5,02
Neoplasias do sistema imunológico (mielomas)	7					2,70
Neoplasias de pele	6					2,32
Sarcoma de tecidos moles	1					0,39
Neoplasias do sistema nervoso central	1					0,39
Não especificado	18					6,95
Tempo de diagnóstico		3/300	26,6	12		39,8
Não especificado	11					
Presença de metástase						
Com metástase	112					43,2
Sem metástase	72					27,8
Não especificado	75					29

< > = menor, maior; \bar{x} = média aritmética; M_d = mediana; σ = desvio padrão; % = porcentagem.

Quanto aos tipos de doença oncológica relacionados ao diagnóstico, a maior frequência foi de neoplasias do sistema gastrointestinal (31,27%), seguida de câncer de mama (20,8%). E, a menor foi para carcinoma pouco diferenciado, sarcoma de tecidos moles e neoplasias do sistema nervoso, com 0,39%, cada. O tempo de diagnóstico foi consideravelmente variável nesta amostra, indo de três a 300 (média 26,6) meses. No que se refere à presença de metástase, 43,2% responderam que sua enfermidade era metastática e 29% não souberam precisar se havia ou não a presença desta em suas avaliações (Tabela 2).

Foi evidenciado que a maior parte da amostra declarou que seu diagnóstico se tratava de neoplasias gastrointestinais. Vieira e Fortes (2015), embasados na literatura, consideram que o câncer gástrico é o terceiro tipo de neoplasia maligna mais incidente na população brasileira masculina e o quinto na feminina. Esse tipo de doença pode afetar o esôfago, o intestino delgado, a vesícula biliar, o fígado, o estômago, o pâncreas, o cólon e o reto. Pode-se levar em consideração uma extensa gama de órgãos que se enquadram na tipologia neoplasia gastrointestinal e, assim, sugerir uma elevada classificação nesta categoria para aos participantes da pesquisa.

Na amostra do presente estudo destaca-se ainda a ocorrência do câncer de mama, em segundo lugar, no topo das indicações. De acordo com informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2019, câncer de mama é considerado um relevante problema de saúde pública, sendo eleita a neoplasia maligna mais incidente em mulheres. Entretanto, há notícias positivas que embasam que, atualmente, o diagnóstico e o tratamento para esta doença estão sendo aprimorados de forma rápida, efetiva e constante (INCA, 2020).

Tabela 3

Dados psicossociais da amostra estudada (N = 259)

VARIÁVEIS	Escore Total	< >	\bar{x}	M _d	Σ
CRE					
Positivo	791,88		3,68	4	1,51
Negativo	312,39		1,34	1	0,68
Ansiedade	1352	19/0	5,22	4	3,98
Depressão	1465	19/0	5,65	5	3,98
Esperança	10112	48/19	39,04	40	5,80

< > = menor, maior; \bar{x} = média aritmética; M_d = mediana; σ = desvio padrão.

Informações da Tabela 3 demonstram que o escore total no CREP foi de 791,88 com média de 3,68 (mediana = 4), no CREN, por sua vez, foi de 312,39, com média de 1,34 (mediana = 1). Os dados psicossociais também indicam 1.352 (média = 5,22 e mediana = 4) pontos para ansiedade; 1.465 (média = 5,65 e mediana = 5) para depressão e 10.112 (média 39,04 e mediana = 40) para esperança, resultados que serão discutidos nas correlações estabelecidas.

Conforme as médias verificadas, pode-se considerar que a amostra apresentou resultados improváveis no que tange aos indicadores para ansiedade (média = 5,22) e para depressão (média = 5,65), respectivamente. De acordo com informações mencionadas na descrição do instrumento Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD, são adotados os pontos de corte recomendados para ambas as situações: de 0-7: improvável, 8-11: possível (questionável ou duvidoso) e 12-21: provável (Botega et al., 1995).

Quanto à esperança, é destacado na descrição da escala EEH, que o escore total varia de 12 a 48, sendo que, quanto maior a pontuação atingida, mais alto o nível de esperança de vida do sujeito avaliado. No presente estudo, a média obtida foi de 39,04 pelos participantes, assim, pode-se evidenciar por este resultado, que o nível atingido é considerado elevado.

Para identificar a prevalência do *coping* religioso/espiritual, levou-se em consideração a existência de duas dimensões, *coping* religioso-espiritual positivo (CREP) e *coping* religioso-espiritual negativo (CREN), as quais foram avaliadas por meio de índices obtidos pela soma dos pontos na escala de resposta aos itens de cada dimensão. Com isso, pode-se considerar que os escores tanto para o CREP, quanto para o CREN podem resultar em uma pontuação em comum. Na Tabela 3 destaca-se que a pontuação total referente ao CREP é mais expressiva (média 3,68) e consistente que a pontuação do CREN (média 1,34), sinalizando, assim, que a maior parte da amostra do atual estudo apresentou o CREP como estratégia de enfrentamento.

Entretanto, para se manter uma melhor precisão dos resultados, com relação a estas variáveis investigadas, há a necessidade de se estabelecer quantos dos participantes podem ser enquadrados em cada uma das classificações indicadas pelos respectivos instrumentos, aspecto não mensurado na tabulação do presente estudo.

A análise dos dados apresentados na Tabela 4 e Figura 1 aponta correlação negativa entre CREP e os indicadores de ansiedade ($r=-0,2726$; $p<0,0001$) e depressão ($r=-0,3493$; $p<0,0001$). Tais achados demonstram que participantes que utilizam do CREP (busca de apoio/suporte espiritual, resolução de problemas em colaboração com Deus, redefinição do estressor de forma benevolente, conforto na literatura religiosa, perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar dos outros, ajuda do clero e membros da instituição religiosa, entre outras), apresentam menores sintomatologias para indícios de ansiedade e de depressão.

Tabela 4:

Análise comparativa entre CREP e ansiedade e depressão

Variáveis	CPEP X Ansiedade	CPEP X Depressão
f	259	259
r	-0,2726	-0,3493
p	p<0,0001	p<0,0001
Significativo 0,05	sim	sim

O coeficiente de Pearson (r) ou coeficiente de correlação produto-momento ou o r de Pearson (mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, é um índice adimensional com valores situados ente -1,0 e 1.0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados); e o p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância, é a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula).

Foch et al. (2017) discorrem que a religiosidade e espiritualidade R/E auxiliam diretamente e de forma positiva a aquisição de comportamentos mais adaptativos no contexto da saúde, especificamente na promoção de estratégias de enfrentamento para doenças crônicas, graves e terminais.

Adicionalmente, em um estudo que investigou o CRE e a angústia espiritual em pessoas com câncer, a R/E se mostrou uma estratégia de *coping* intensamente utilizada por quantidade expressiva dos participantes. Os resultados ainda evidenciam a R/E como um recurso para lidar com o sofrimento e o estresse decorrentes da enfermidade (Silva et al., 2019).

As pesquisas também demonstram consequências positivas diretamente no que tange ao tratamento. Moraes Filho e Khoury (2018) investigaram a relação entre o uso de CRE e as respostas orgânicas às toxicidades da quimioterapia, no qual considerou-se que pacientes que fazem uso de estratégias de CREP dispõem de mais um recurso como auxílio para lidar com eventos estressores advindos do tratamento. E, Fornazari e Ferreira (2010), avaliaram o CRE em 10 pacientes oncológicos com idades entre 25 e 55 anos, constataram que o CRE pode expressar componente de cooperação para adesão ao tratamento na redução do estresse e ansiedade, no enfrentamento da problemática e na atribuição de significado para atual e nova condição.

A Análise dos dados apresentados na Tabela 5 e Figura 2 aponta correlação positiva entre CREN e os indicadores de ansiedade ($r=0,339$; $p<0,0001$) e depressão ($r=0,332$; $p<0,0001$). Os resultados demonstram que participantes que utilizam do CREN (estratégias que acarretam em consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo como pôr em questionamento a existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução exclusiva de seus problemas, sentir insatisfação em relação a Deus e membros de instituições religiosas, reavaliar o estressor como punição divina, castigo ou forças do mal), apresentaram mais indícios de sintomatologia para ansiedade e depressão.

Tabela 5:

Análise comparativa entre CREN e ansiedade e depressão (N = 259)

VARIÁVEIS	CPEN X Ansiedade	CPN X Depressão
f	259	259
r	0,3391	0,332
p	$p<0,0001$	$p<0,0001$
Significativo 0,05	sim	sim

O coeficiente de Pearson (r) ou coeficiente de correlação produto-momento ou o r de Pearson (mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, é um índice adimensional com valores situados ente -1,0 e 1.0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados); e o p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância, é a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula).

Corroborando esses achados, Jaramillo et al. (2019) investigando o estilo de CRE utilizado entre familiares de crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico, concluíram que, quando um familiar dá ênfase à atribuições características da utilização do CREN, como, por exemplo, doença relacionada a um castigo, acarreta efeitos imediatos e duradouros que podem ofertar riscos para o equilíbrio e harmonia da unidade familiar, impactando diretamente no bem-estar, na qualidade de vida e na adesão ao tratamento do paciente.

Silva et al. (2019), em um estudo que investigou a relação da angústia espiritual e o uso do CRE com variáveis sociodemográficas, clínicas e de aspectos espirituais em pacientes oncológicos, apresentaram em seus resultados uma correlação positiva entre a angústia

espiritual e o CREN, destacando que esta é um fenômeno presente na vida de pessoas com câncer e mantém uma relação com enfrentamento religioso espiritual em seu caráter negativo.

A análise das informações apresentadas na Tabela 6 aponta correlação positiva entre CREP e os aspectos sociodemográficos sexo ($r=0,143$; $p<0,05$) e frequência em cerimônias religiosas ($r=0,2032$; $p<0,05$), no entanto não foi estabelecida uma relação entre o CREP e os aspectos sociodemográficos: procedência, escolaridade, estado civil e religião.

Os dados sugerem que participantes que utilizam CREP comumente são pessoas do sexo feminino e que frequentam cerimônias religiosas; que estão intimamente relacionadas à religiosidade; e que abrangem à prática e vivência de uma crença, independentes de uma religião específica. Porém, é fundamental ressaltar que não houve correlação entre o CREP com o aspecto religião, que de acordo com o presente estudo foi categorizada como o agrupamento dos participantes em religiões específicas, por exemplo, católicos, evangélicos, espíritas, conforme consta na Tabela 1.

Pesquisa que avaliou o CRE em pacientes com DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) verificou que pessoas do sexo feminino utilizam mais o CREP do que indivíduos do sexo masculino. Os autores referiram que culturalmente as mulheres são mais resilientes e desta forma praticam, desde tempos remotos, estratégias positivas para lidarem com o enfrentamento do estresse e adversidades (Nascimento et al., 2020).

Bonomo et al. (2015), em estudo acerca do CRE em pacientes com câncer, consideram que a maioria dos participantes que utilizaram do CREP foi de mulheres, também acrescentam que dentre essas, estavam indivíduos com uma religião definida. O aspecto sociodemográfico religião não manteve correção significativa com o CREP no presente trabalho, diferentemente do estudo supra citado, entretanto a maior parte da amostra declarou possuir uma religião, como já mencionado.

TABELA 6**Análise comparativa entre o CREP e aspectos sociodemográficos (N = 259)**

CREP X Aspectos sociodemográficos			
	r	p	Significativo 0,05
Idade	0,07906	0,2047	Não
Sexo	0,143	0,0214	Sim
Procedência	0,0368	0,5554	Não
Escolaridade	-0,0267	0,6689	Não
Estado civil	-0,07198	0,2484	Não
Religião	0,02725	0,6624	Não
Frequência	0,2032	0,001	Sim

O coeficiente de Pearson (r) ou coeficiente de correlação produto-momento ou o r de Pearson (mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, é um índice adimensional com valores situados ente -1,0 e 1.0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados); e o p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância, é a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula).

Gobatto e Araújo (2013) conceituam religião como um sistema organizado de crenças, rituais, práticas e simbolismos projetados para favorecer a proximidade entre o sagrado e o transcendental. E, segundo os autores, a religiosidade pode ser compreendida como um conjunto e a expressão de práticas religiosas que um indivíduo acredita e segue. No entender de Moreira - Almeida et al. (2006), os cultos, reuniões, palestras, missas, e outros, ou seja, as cerimônias religiosas em suas mais diversas expressividades estão intimamente relacionadas à manifestação da religiosidade.

Pinho et al. (2017), em um estudo sobre o CRE em pessoas vivendo com HIV-Aids, observaram acentuada correlação entre o CRE e a religiosidade intrínseca, assim os autores concluíram que quanto mais o indivíduo vivencia integralmente a religiosidade, com atributos mais positivos pode melhor encarar o processo de adoecimento. E, Teston et al. (2018) consideram que uma rede de apoio social, o contato e convivência com outras pessoas na mesma

condição de adoecimento e a religiosidade constituem fontes de força e motivação para o enfrentamento dessa jornada e tratamento.

Miranda et al. (2015), em uma investigação que avaliou a inter-relação entre bem-estar espiritual, depressão e qualidade de vida durante o enfrentamento ao câncer, constataram que o apoio e o suporte familiar, amigos, grupo religioso e do cônjuge constituem uma rede social de apoio ao paciente oncológico, enfatizando que os vínculos sociais e afetivos podem colaborar para o enfrentamento da doença e de situações adversas. Porém, no presente trabalho a correção entre o CREP e estado civil não foi significativa.

Vitorino e Vianna (2012) avaliaram o CRE de idosos institucionalizados e concluíram que os mais velhos com baixa escolaridade e com religião manifestam estratégias do CREP mais elevadas para as adversidades vivenciadas no processo de institucionalização. Entretanto, no presente trabalho não foi identificada correlação entre o CREP e a idade, possivelmente, devido a variabilidade e dispersão da amostra quanto a esta característica, sendo que participaram pacientes de 19 a 89 anos.

Na Tabela 7 são apresentadas as correlações entre CREN e os aspectos sociodemográficos (idade, sexo, procedência, escolaridade, estado civil, religião e frequência em cerimônias religiosas), sendo que para nenhuma das variáveis avaliadas foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Tais dados podem estar relacionados a uma alta utilização da estratégia de CREP pelos participantes, ficando o fator positivo em destaque.

TABELA 7

Análise comparativa entre o CREN e aspectos sociodemográficos (N = 259)

CREN X Aspectos sociodemográficos			
	r	p	Significativo 0,05
Idade	-0,02469	0,6925	Não

Sexo	0,04701	0,4512	Não
Procedência	0,07438	0,2329	Não
Escolaridade	-0,08253	0,1855	Não
Estado civil	0,1043	0,094	Não
Religião	0,04976	0,4252	Não
Frequência	0,02957	0,6357	Não

O coeficiente de Pearson (r) ou coeficiente de correlação produto-momento ou o r de Pearson (mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, é um índice adimensional com valores situados ente -1,0 e 1.0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados); e o p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância, é a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula).

Esses resultados também podem estar refletindo o que foi explanado na Tabela 1 acerca das variáveis sociodemográficas da amostra, como por exemplo, maior percentual de pessoas casadas e em união estável perfazendo a população avaliada, assim como pertencentes a religiões específicas e conseqüentemente praticantes assíduos (ao menos uma vez por semana) às cerimônias religiosas. Com isso, pode-se considerar que os participantes em quantidade expressiva dispõem de apoio conjugal, espiritual e social, contribuindo para utilização de estratégias de CREP.

Matos et al. (2017), em um estudo que investigou a qualidade de vida e o CRE em pacientes sob cuidados paliativos e oncológicos, concluíram que a prática do CRE foi elevada e o aspecto positivo predominante como estratégia. O aspecto negativo foi mais utilizado por pacientes em cuidados paliativos, em contrapartida pacientes com melhor prognóstico obtiveram escores de CRE mais positivos e melhor qualidade de vida. Pinho et al. (2017), obtiveram em seus achados que indivíduos com menor escolaridade foram os que mais utilizaram o CRE em seu caráter negativo.

No que se refere às correlações entre CREP com aspectos clínicos (tempo de diagnóstico e presença de metástase), dados da Tabela 8 demonstram que não foram identificados resultados

estatisticamente significantes. Não foi observada correlação entre CREP e tempo de diagnóstico ($r=0,06697$), e entre CREP e presença de metástase ($r= -0,03481$).

TABELA 8

Análise comparativa entre o CREP e aspectos clínicos (N = 259)

CREP X Aspectos clínicos		
	Tempo de diagnóstico	Presença de metástase
r	0,06697	-0,03481
p	0,2935	0,639
Significativo 0,05	Não	Não

O coeficiente de Pearson (r) ou coeficiente de correlação produto-momento ou o r de Pearson (mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, é um índice adimensional com valores situados ente -1,0 e 1.0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados); e o p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância, é a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula).

Esses resultados sugerem que adversidades, como o diagnóstico e tratamento oncológico podem favorecer a procura pelo CREP, mas não fica conclusivo no presente estudo, se variáveis como o tempo de diagnóstico (de três meses) ou mesmo período prolongado de acompanhamento (de 300 meses), assim como se a presença de metástases, são impactantes para uma correlação positiva referente ao CREP.

Entretanto, análise dos dados indicados na Tabela 9, para comparações entre CREN com o aspecto clínico (tempo de diagnóstico e metástase), demonstra que o tempo diagnóstico prolongado foi considerado estatisticamente significativo, sendo observada correlação positiva fraca entre estas variáveis ($r=0,1251$; $p=0,0492$), indicando que um período de tratamento de longa duração pode favorecer a utilização do enfrentamento religioso/espiritual no padrão negativo. Tais resultados são compatíveis com a literatura pertinente.

TABELA 9

Análise comparativa entre o CREN e aspectos clínicos (N = 259)

CREN X Aspectos clínicos		
	Tempo de diagnóstico	Presença de metástase
R	0,1251	-0,02234
P	0,0492	0,7634
Significativo 0,05	Sim	Não

O coeficiente de Pearson (r) ou coeficiente de correlação produto-momento ou o r de Pearson (mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, é um índice adimensional com valores situados ente -1,0 e 1.0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados); e o p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância, é a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula.

Teston et al. (2018), buscaram compreender os sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes com câncer frente aos itinerários diagnóstico e terapêutico. Os autores destacaram em seus resultados que durante este percurso de adoecimento e tratamento os pacientes experimentam sentimentos negativos e adversidades. Evidenciaram que desde a notícia do diagnóstico de câncer até as diversas etapas do tratamento proposto, o desgaste proveniente do deslocamento para a realização do tratamento; a espera para passar por consultas ambulatoriais e de retorno a seus lares; necessidade de alimentação durante o período que estão fora de casa e falta de condições financeiras; mudanças frequentes na rotina por conta da necessidade de comparecimento aos serviços de saúde; além de se submeterem de forma contínua a procedimentos invasivos e a manifestação dos efeitos colaterais, constituem fatores relevantes na vida destes indivíduos.

Na Tabela 10 e Figuras 3 e 4, são apresentados dados comparativos entre CREP versus esperança e CREN versus esperança. Os resultados demonstram uma correlação positiva moderada entre indicadores de esperança e CREP ($r=0,455$; $p<0,0001$), e correlação negativa entre indicadores de esperança e CREN ($r= -0,289$; $p<0,0001$).

TABELA 10:

Análise entre o CREP/CREN e esperança (N = 259)

Variáveis	CREP X Esperança	CPEN X Esperança
	259	259
r	0,455	-0,289
p	< 0.0001	< 0.0001
Significativo 0,05	sim	sim

O coeficiente de Pearson (r) ou coeficiente de correlação produto-momento ou o r de Pearson (mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, é um índice adimensional com valores situados entre -1,0 e 1,0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados); e o p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância, é a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula).

Tais achados demonstram que indivíduos que apresentaram estratégias de *coping* positivas (CREP) também demonstraram altos níveis de esperança, enquanto que aqueles que foram avaliados com maiores práticas de *coping* negativo (CREN), tenderam a menores índices.

Pode-se verificar, a partir dos achados do presente trabalho e informações embasadas pela literatura, que o CREP é uma variável que está correlacionada positivamente com a esperança, enfatizando benefícios da utilização deste com aceitação ao diagnóstico e manejo eficaz do tratamento.

Miranda et al. (2015) sugerem que o contexto da doença grave como a oncológica favorece a procura pela R/E como mecanismo de enfrentamento e alívio ao sofrimento, ressaltando a esperança de possibilidade de cura como ressignificação do sentido da vida e contato com reflexões acerca da morte.

Costa et al. (2019), em uma pesquisa que avaliou o CRE e o nível de esperança em pacientes em tratamento oncológico, evidenciaram que uma parcela relevante destes utilizou o CREP como estratégia de enfrentamento, com alto índice de esperança durante o tratamento quimioterápico.

Balsanelli e Grossi (2016), em estudo que investigou fatores preditores da esperança entre mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico ressaltaram que a literatura relaciona a esperança como um importante recurso, uma estratégia de *coping*. Os autores concluíram em seus resultados, que o nível de esperança de mulheres em tratamento quimioterápico, na população investigada, foi avaliado positivamente no início do tratamento e melhorou significativamente ao final. Consideraram, entretanto, que a presença da variável dor apresentou-se como fator preditor para diminuir a esperança.

Mendes, et al. (2020) em um estudo que objetivou identificar o uso de práticas integrativas, espirituais e avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer, concluíram que essas práticas podem favorecer o controle e elevar a qualidade de vida de pacientes oncológicos. Assim, promover benefícios em sintomas de ordem física, e auxiliar no bem-estar emocional, social e espiritual, impacta de forma positiva no enfrentamento da doença.

Conforme evidenciaram Foch et al. (2017), por meio de uma revisão sistematizada da literatura dentre o período de 2003 a 2013, houve um aumento de publicações com a temática CRE no contexto da saúde, principalmente a partir de 2010. Os autores acrescentam que estudos com essa focalização, no Brasil, ganham espaço e magnitude por ser um país que abrange diversas tradições religiosas, estando a R/E presente no sistema de valores e crenças de milhões de pessoas. Entretanto, de acordo com os mesmos, ainda há poucos trabalhos nacionais em uma comparação com pesquisas sobre o CRE, publicadas em escala internacional.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivos identificar variáveis e verificar a relação da R/E com características sociodemográficas, clínicas e psicossocial de uma amostra de pacientes oncológicos em tratamento em unidades especializadas de uma instituição de ensino do interior do Estado de São Paulo.

Quanto aos *aspectos sociodemográficos*, evidencia-se que a média de idade dos avaliados esteve entre 50 e 60 anos, mais da metade é proveniente da região circunvizinha ao local do estudo, do sexo feminino, não concluiu o 1º grau do ensino fundamental, indicou ser casada ou com união estável, se declarou católica seguida por evangélica, e mais da metade proferiu assiduidade uma, duas ou mais vezes por semana em cerimônias religiosas.

Para os *aspectos clínicos* o tempo de diagnóstico foi consideravelmente variável nesta amostra, indo de três a trezentos meses, sendo que parcela significativa esteve relacionada com metástase. Quanto aos tipos de doença oncológica, a maior frequência foi de neoplasias do sistema gastrointestinal, seguida de câncer de mama. E, a menor foi para carcinoma pouco diferenciado, sarcoma de tecidos moles e neoplasias do sistema nervoso, com menos de meio por cento cada.

No que concerne aos *dados psicossociais*, o escore total de CREP com 791,88 pontos, bem como média e mediana foram significativamente superiores aos resultados do CREN, com total de 312,39, ficando evidente uma acentuada utilização do CREP em relação ao CREN, pelos participantes.

De acordo com os resultados das médias obtidas e condizentes com a pontuação de corte da escala utilizada, estima-se que parte da população avaliada apresentou resultados improváveis para ansiedade e para depressão. Por outro lado, o nível de esperança de vida alcançado pela amostra foi considerado alto.

Esses dados sugerem, apesar de não ter sido o foco da presente pesquisa, o acesso dos pacientes a uma equipe interdisciplinar de qualidade e engajada em seu trabalho, visto que parcela expressiva dos respondentes estava orientada e esclarecida quanto ao seu diagnóstico. Entretanto, ressalta-se a necessidade de estudos priorizando a temática.

Foram realizadas análises estatísticas entre o CREP e CREN com dados sociodemográficos (idade, sexo, procedência, escolaridade, estado civil, religião e frequência em cerimônias religiosas), com variáveis clínicas (tempo de diagnóstico e presença de metástase), e psicossociais (sintomas de ansiedade e depressão, e de esperança).

Os resultados indicam correlações positivas entre o CREP e os *aspectos sociodemográficos* sexo (feminino) e frequência em cerimônias religiosas, porém não foi estabelecida correlação com as variáveis procedência, escolaridade, estado civil e religião. Para CREN, não foram encontradas correlações significativas com nenhuma das variáveis sociodemográficas avaliadas. Tais achados estão em conformidade com parcela expressiva da literatura e podem sugerir uma alta utilização da estratégia de CREP pelos participantes, permanecendo o fator positivo em destaque.

Quanto aos *dados clínicos*, não foram identificadas correlações estatisticamente significativas, entre CREP com tempo de diagnóstico e com presença de metástase. Entretanto, para o CREN e o aspecto tempo de diagnóstico foi observada correlação significativa fraca, demonstrando que a utilização do CREN aumenta conforme período prolongado de tratamento. Estes resultados coincidem com a literatura, quando esta discorre acerca da angústia espiritual relacionada à árdua trajetória do diagnóstico e tratamento, e suas dificuldades.

Para os *aspectos psicossociais*, foi verificado que os participantes que utilizavam do CREP apresentaram menores sintomatologias para indícios de ansiedade e de depressão. Ao contrário, aqueles que utilizavam do CREN demonstraram mais sintomatologias para estes

constructos. Para a análise entre o CREP e esperança os resultados apontam correlação positiva moderada, já na avaliação entre CREN e esperança foi evidenciada uma correlação negativa.

Portanto, no que se refere às comparações e correlações das variáveis, CREP e CREN com indicativos de ansiedade e depressão e com o nível de esperança, os resultados estão em conformidade com as tendências de pesquisas apontadas na literatura sobre o tema, assim como com as hipóteses deste estudo. As análises indicam ainda que a R/E, com manifestação da espiritualidade, é uma dimensão praticada e presente no cotidiano da maior parte das pessoas avaliadas, independente da religião ou crença indicada.

Pode-se verificar, a partir dos achados do presente trabalho, embasados pela literatura, que o CREP é uma variável que está correlacionada positivamente com a esperança, enfatizando benefícios da utilização deste com aceitação ao diagnóstico e manejo eficaz do tratamento. O CREP mantém uma correlação negativa com indicadores de ansiedade e depressão no contexto hospitalar, sugerindo sua utilização como favorável a promoção do bem-estar biopsicossocial. Por outro lado, as pessoas que utilizaram o CREN apresentaram maior incidência de indicativos para sintomas destes transtornos, estabelecendo estratégias que acarretam em consequências prejudiciais / negativas.

Estudos embasados na atual temática discorrem que a prática do CREP impacta diretamente no processo saúde-doença, sendo considerada como positivamente crucial no contexto da doença grave ou terminal. Além disso, age como facilitadora em promover uma ressignificação de uma experiência difícil.

Esses resultados indicam que a utilização do CREP pode atuar como uma estratégia de enfrentamento e promover comportamentos mais assertivos e resilientes no manejo do acompanhamento oncológico, uma vez que este é caracterizado como um tratamento invasivo, longo e de difícil adesão. Entretanto, pesquisas que estabeleçam relações causais entre estas variáveis são sugeridas para uma melhor convicção sobre estas formulações.

Limitações do Estudo

Torna-se necessário discorrer acerca de possíveis limitações metodológicas da presente pesquisa. Referente à coleta de dados, esta foi realizada por meio de uma amostra de conveniência, e não apenas por um único pesquisador, sistematização que pode ter interferido nos resultados. Entretanto, com propósito de reduzir a dispersão, todos os investigadores foram previamente e igualmente instruídos quanto à coleta, na tentativa de padronizar ao máximo possível este procedimento.

Além disso, os dados foram coletados exclusivamente no Hospital de Base de São José do Rio Preto, o que pode implicar em uma regionalização, com tendências culturais dos pacientes diante uma visão de mundo, vida e enfrentamento da doença / tratamentos, sendo que os mesmos poderiam ser comparados de forma mais ampla e abrangente, em termos populacionais.

Ainda acerca de possíveis limitações, a amostra pode ser considerada heterogênea relacionada à doença oncológica, ou seja, não foram selecionados pacientes que se enquadravam dentro de uma tipologia específica de câncer, fato que pode explicar a variedade de diagnóstico contida na Tabela 2, para a amostra estudada e ter interferido nas associações entre as variáveis correlacionadas.

Como complementaridade e enriquecimento dos dados, faz-se relevante a necessidade de estudos qualitativos acerca da percepção dos indivíduos que estão em tratamento oncológico sobre possíveis benefícios e dificuldades que acarretem a utilização do CRE.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L., Santos, B. T., Prates, R. P., Leão, L. L., Pereira, E. J., Silva, V. S., & Farias, P. K. S. (2017). Alimentação como fator de risco para câncer de intestino em universitários. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 30 (1), 72-78. doi: 10.5020/18061230.2017.p72.
- Aquino, V. V., & Zago, M. M. F. (2007). O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-am. Enfermagem*, 15 (1), 42-47. doi: 10.1590/S0104-11692007000100007.
- Araújo, A. C., & Lotufo, N. F. (2013.). A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DMS-5. *Jornal de Psicanálise*, 46 (85), 99-116. Recuperado de <http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/jp/v46n85/v46n85a11.pdf>.
- Balsanelli, A. C. S., & Grossi, S. A. A. (2016). Fatores preditores da esperança entre mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (6), 898-904. doi: 10.1590/s0080-623420160000700004.
- Bonomo, A. A., Gragefe, C. K., Garbasi, A. R. V., Carvalho, M. D. B., & Fontes, K. B. (2015). Coping religioso / espiritual em pacientes com câncer em tratamento. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9 (3), 7539 – 46. doi: 10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201506.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*, 29 (5), 355 – 363. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004.
- Costa, D. T., Silva, D. M. R., Cavalcanti, I. D. L., Gomes, E. T., Vasconcelos, J. L. A., & Carvalho, M. V. G. (2019). Coping religioso/espiritual e nível de esperança em pacientes com câncer em quimioterapia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (3), 640-645. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0358.

- Curcio, C. S. S., & Moreira - Almeida, A. (2019). Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: uma análise qualitativa. *Interação em Psicologia*, 23 (2), 281-292. doi: 10.5380/psi.v23i02.65434.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21 (1), 06-11. doi: 10.1590/S1516-44461999000500003.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), 155 – 164. doi: 10.1590/S1413-73722006000100018.
- Fernandes, M. J. M., Carvalho, G. B., & Ferreira, C. B. (2019). Repercussões do diagnóstico de câncer para homens e mulheres: um estudo comparativo. *Revista da SPAGESP*, 20 (2), 68-83. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000200006.
- Fernandes, M. A., Meneses, R. T., Franco, S. L. G., Silva, J. S., & Feitosa, C. D. A. (2017). Transtornos de ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. *Revista de Enfermagem, UFPE*, 11 (10), 3836-44. doi: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201718.
- Figueiredo, J. F., Souza, V. M., Coelho, H. V., & Souza, R. S. (2018). Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8 (2638). doi: 10.19175/recom.v8i0.2638.
- Foch, G. F. L., Silva, A. M. B., & Enumo, S. R. F. (2017). Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003 – 2013). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69 (2), 53 – 71. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200005.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571 –

579. doi: <http://psych415.class.uic.edu/Readings/Folkman,%20Coping%20&%20%20health%20status,%20JPSP,%201986.pdf>.
- Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/ Espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 265 – 272. doi: 10.1590/S0102-37722010000200008.
- Henning, M. C., & Geronasso, T. D. (2009). A influência da religiosidade do cliente na saúde mental e na prática clínica da psicologia. *Ágora. Rev. de Divulgação Científica*, 16 (1). 2237 – 9010. doi: <https://doi.org/10.24302/agora.v16i1.20>.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: Concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 24 (1), 11-34. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v24n1/v24n1a02.pdf>.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., Mccullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30 (1), 0021-8308. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1468-5914.00119>.
- Quimioterapia/Serviço de Oncologia Clínica. Disponível em: <https://www.hospitaldebase.com.br/servicos/quimioterapia-servico-de-oncologia-clinica>. Acesso em: 24/03/2021.
- Hospital de base. O Hospital. Disponível em: <https://www.hospitaldebase.com.br/servicos/quimioterapia-servico-de-oncologia-clinica>. Acesso em: 24/03/2021.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). Censo Amostra – Religião. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>. Acesso em: 09/02/2021.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2021). CONCLA – Comissão Nacional de Classificação. Disponível em <https://cnae.ibge.gov.br/en/component/content/article/95-7a12/7a12-vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/1470-familias-e-domicilios.html>. Acesso em: 09/02/2021.

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2019). O que causa o câncer? *Instituto Nacional do Câncer*, 03 de abril de 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-caoa-cancer>>. Acesso em: 25/01/2020.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2020). ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer. *Revista Atual*, 6 ed.
- Jaramillo, R. G., Monteiro, P. S., & Borges, M. S. (2019). *Coping* religioso/espiritual: um estudo com familiares de crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico. *Cogitare Enfermagem*, 24 (e62297). doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.62297>.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97, (12), 1194 – 1200. Recuperado de <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/09/Religion-Spirituality-and-Medicine.pdf>.
- Machado, F. A., Gurgel, L. G., & Reppold, C. T. (2017). Intervenções em Psicologia Positiva na reabilitação de adultos e idosos: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34 (1), 119-130. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000100012>
- Matos, T. D. S., Meneguim, S., Ferreira, M. L. S., & Miot, H. A. (2017). Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25 (e2910). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>.
- Marques, C. (2020). Estimativas 2020 – 2022. Disponível em: <https://ibcc.org.br/cancer/estimativas-2020-2022>. Acesso em: 22/03/2021.
- Mendes, A. S., Arantes, T. C., Martins, V. E., & Nicolussi, A. C. (2020). Práticas integrativas, espirituais e qualidade de vida do paciente com cancer durante o tratamento. *Revista*

- Eletrônica de enfermagem*, 22 (57987), 1-8. Recuperado de <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/57987/35387>.
- Miranda, S. L., Lanna, M. A. L., & Felipe, W. C. (2015). Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35 (3), 870-885. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002342013>.
- Moraes Filho, L. S., & Khoury, H. T. T. (2018). Uso do *coping* religioso/espiritual diante das toxicidades da quimioterapia do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64 (1), 27-33. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.112>.
- Moreira - Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 242-250. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>.
- Nascimento, F. A. B., Silva, G. P. F., Prudente, G. F. G., Mesquita, R., & Pereira, E. D. B. (2020). Avaliação do coping religioso em pacientes com DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 46 (1). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20180150>.
- Oliveira, M. M., Malta, D. C., Guauche, H., Moura, L., & Silva, G. A. (2015). Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18 (2), 146-157. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060013>.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17 (36), 9 – 20. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a02.pdf>.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 126 – 135. doi: 10.1590/S0101-60832007000700016.

- Pargament, K. I., & Raiya, H. A. (2007). A decade of research the psychology of religion an coping: Things we assumed and lessons we learned. *Psyke & Logos*, 28, 742 – 766. Recuperado de <https://tidsskrift.dk/psyke/article/view/8398/6958>.
- Pinheiro, I. C. M., Silva, D. C., Alves, D. S., Brito, P. E. T., & Cayana, E. G. (2019). Morte e vida: qual o papel da espiritualidade no enfrentamento do câncer? *Atas CIAIQ - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 60-69. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2004/1940>.
- Pinho, C. M., Dâmaso, B. F. R., Gomes, E. T., Trajano, M. F. C., Andrade, M. S., & Valença, M. P. (2017). Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (2), 410 – 7. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0170>.
- Portella, M. P., Siqueira, F. D., Benetti, E. R. R., Stube, M., Cruz, C. T., & Stumm. E. M. F. (2017). Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes de pacientes oncológicos. *Saúde Santa Maria*, 43 (3), 1 – 18. doi: 10.5902/2236583421195.
- Sartore, A. A., & Grossi, S. A. A. (2008). Escala de esperança de Herth – Instrumento validado e adaptado para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enferm*, 42 (2), 227 – 232. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a02.pdf>.
- Silva, G. C. N., Reis, D. C., Miranda, T. P. S., Melo, R. N. R., Coutinho, M. A. P., Paschoal, G. S., & Chaves, É. C. L. (2019). Coping religioso/espiritual e a angústia espiritual em pessoas com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (6), 1534-1540. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>.
- Simão, D. A. S., Aguiar, A. N. A., Souza, R. S. S., Captein, K. M., Manzo, B. F., & Teixeira, A. L. (2017). Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. *Enfermagem em Foco*, 8 (2), 82-86. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.874>.

- Tacani, P. M., Kasawara, K. T., Tacano, R. E., Machado, A. F. P., Montezello, D., & Goés, J. C. G. S. (2014). Perfil clínico dos pacientes atendidos em um ambulatório de fisioterapia em oncologia do município de São Paulo. *O Mundo da Saúde*, 38 (4), 439-447. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A09.pdf.
- Teston, E. F., Fukumori, E. F. C., Benedetti, G. M. S., Spigolon, D. N., Costa, M. A. R., & Marcon, S. S. (2018). Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. *Escola Anna Nery*, 22 (4), 1-8. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0017.
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e Saúde. In M. I. Salgado & G. Freire (Orgs.). *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*, 427-443. Belo Horizonte: Inede. Recuperado de http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MO-REIRA-ALMEIDA_Alexander_et STROPPA_Andre_tit_Religiosidade_e_Saude.pdf.
- Vieira, A. R., & Fortes, R. C. (2015). Qualidade de vida de pacientes com câncer gastrointestinal. *Com. Ciências Saúde*, 26 (1/2), 45 – 56. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2015_qualidade_vida_pacientes.pdf.
- Vitorino, L. M., & Vianna, L. A. C. (2012). Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm*, 25 (1), 136-42. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_21.pdf.
- Wakiuchi, J., Marchi, J. A., Norvila, L. S., Marcon, S. S., & Sales, C. A. (2015). Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28 (3), 202-208. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500035>.

ANEXO A – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

Este questionário ajudará o seu médico, a saber, como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta

A – Eu me sinto tenso ou contraído

3 () a maior parte do tempo

2 () boa parte do tempo

1 () de vez em quando

0 () nunca

D – Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas

de antes

0 () sim, do mesmo jeito que antes

1 () não tanto quanto antes

2 () só um pouco

3 () já não sinto mais prazer em nada

A – Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

3 () sim, e de um jeito muito forte

2 () sim, mas não tão forte

1 () um pouco, mas isso não me preocupa

0 () não sinto nada disso

D – Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

0 () do mesmo jeito que antes

1 () atualmente um pouco menos

2 () atualmente bem menos

3 () não consigo mais

A – Estou com a cabeça cheia de preocupações

3 () a maior parte do tempo

2 () boa parte do tempo

1 () de vez em quando

0 () raramente

D – Eu me sinto alegre

3 () nunca

2 () poucas vezes

1 () muitas vezes

0 () a maior parte do tempo

A – Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado

0 () sim, quase sempre

1 () muitas vezes

2 () poucas vezes

3 () nunca

D – Eu estou lento para pensar e fazer as coisas

3 () quase sempre

2 () muitas vezes

1 () de vez em quando

0 () nunca

A – Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago

0 () nunca

1 () de vez em quando

2 () muitas vezes

3 () quase sempre

D – Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

- 3 () completamente
2 () não estou mais me cuidando como eu deveria
1 () talvez não tanto quanto antes
0 () me cuido do mesmo jeito que antes

A – Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum

- 3 () sim, demais
2 () bastante
1 () um pouco
0 () não me sinto assim

D – Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir

- 0 () do mesmo jeito que antes
1 () um pouco menos do que antes

- 2 () bem menos do que antes
3 () quase nunca

A – De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

- 3 () a quase todo momento
2 () várias vezes
1 () de vez em quando
0 () não sinto isso

D – Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa

- 0 () quase sempre
1 () várias vezes
2 () poucas vezes
3 () quase nunca

ANEXO B – ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH)

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Eu estou otimista quanto à vida				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos				
3. Eu me sinto muito sozinho(a)				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio as dificuldades				
5. Eu tenho uma fé que me conforta				
6. Eu tenho medo do meu futuro				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor				
10. Eu sei onde eu quero ir				
11. Eu acredito no valor de cada dia				
12. Eu sinto que minha vida tem valor utilidade				

ANEXO C – ESCALA BREVE DE ENFRENTAMENTO RELIGIOSO

	Nunca	Um pouco	Algumas vezes	Quase sempre
Procuo uma ligação mais forte com Deus	1	2	3	4
Busco o amor e o cuidado de Deus	1	2	3	4
Procuo a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva ou rancor	1	2	3	4
Tento colocar meus planos em ação juntamente com Deus	1	2	3	4
Tento perceber como Deus estaria tentando me fortalecer com essa situação	1	2	3	4
Peço perdão pelos meus pecados	1	2	3	4
Me concentro na religião para parar de me preocupar com os meus problemas	1	2	3	4
Pergunto a mim mesmo se Deus me abandonou	1	2	3	4
Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção	1	2	3	4
Me pergunto o que fiz para ser punido por Deus	1	2	3	4
Questiono o amor que Deus tem por mim	1	2	3	4
Me pergunto se minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou	1	2	3	4
Chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer	1	2	3	4
Coloco em dúvida o poder de Deus	1	2	3	4

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO INICIAL

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____

Iniciais do nome do paciente: _____

Número de registro no prontuário: _____

Este questionário tem o intuito de obter informações como idade, endereço, escolaridade, estado civil, raça, religião, renda etc., para que o pesquisador possa conhecer melhor o(a) senhor (a).

Dados clínicos:

1. **Diagnóstico de neoplasia primária:** _____
2. **Qual o tempo de diagnóstico:** _____
3. **Presença de metástase:** (1) Sim (2) Não _____
4. **Se sim, qual (s) local (is):** _____

Dados sociodemográficos

5. **Data de nascimento:** _____
6. **Idade:** _____
7. **Sexo:** (1) Masculino (2) Feminino _____
8. **Endereço** _____ **Nº** _____ **Bairro:** _____
Cidade/Estado: _____ **Telefone:** _____
 _____ **Nº** _____
9. **O(a) Senhor(a) já foi à escola?** (1) Sim (2) Não _____

(Se resposta for não, vá para a questão 12, se sim, continue)

10. **Qual o nível educacional mais alto que o senhor já alcançou:** _____
 (1) 1º grau incompleto (não finalizou a 8ª série do Ensino fundamental)
 (2) 1º grau completo (1ª a 8ª série do Ensino fundamental)
 (3) 2º grau incompleto
 (4) 2º grau completo
 (5) Universitário incompleto
 (6) Universitário completo
 (7) Outro _____

12. **Atualmente o senhor (a):** _____
 (1) É casado(a) (no civil e/ou religioso)

(2) Tem companheiro(a)*

(3) É divorciado(a)

(4) É viúvo(a)

(5) É solteiro(a)

***Relacionamento por pelo menos seis meses, sem contrato legal ou religioso, residindo ou não na mesma casa.**

13.O(a) senhor(a) tem filhos? (1) Sim (Não)_____

Quantos?

14.Qual é a sua raça ou cor:_____

(1) Branca

(2) Preta

(3) Parda

(4) Amarela

(5) Indígena

(6) Outra_____

15. Qual a sua atividade profissional? _____

16. Em relação à religião, o(a) senhor(a) diria que é:_____

(1) Ateísta

(2) Acredito em Deus, mas não sigo nenhuma religião

(3) Católico

(4) Testemunha de Jeová

(5) Evangélico

(6) Espírita

(7) Budista

(8) Outro

17. Com que frequência o(a) senhor(a) vai à igreja/cerimônias religiosas (missas, cultos, etc.)?_____

(1) Nunca

(2) Menos que uma vez por mês

(3) Uma/duas vezes por mês

(4) Uma vez por semana

(5) Duas ou mais vezes por semana

(6) Diariamente

18. Com quem o (a) senhor (a) mora atualmente? _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo:

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque realizou acompanhamento no Instituto do Câncer (ICA) e Hospital de Base de SJRP (HB), devido ao diagnóstico e tratamento de neoplasia maligna. Considerando a importância da prática baseada em evidências na área da saúde, obter dados sobre o enfrentamento religioso/espiritual de pacientes em tratamento oncológico e suas correlações com indicadores de ansiedade, depressão, esperança, dados sociodemográficos e clínicos, permitem



aprimorar os cuidados aos pacientes e desenvolver conhecimentos científicos.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e obter melhor compreensão sobre aspectos protetivos de paciente em tratamento oncológico.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

Enfrentamento, ou *Coping*, é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas que possam surgir em situações de estresse. O diagnóstico e tratamento de neoplasia maligna também envolve inúmeros desafios e, conseqüentemente, a aquisição de estratégias de enfrentamento adaptativas.

O objetivo desse estudo é avaliar a dimensão espiritual de pacientes em tratamento oncológico e correlacionar com indicadores de ansiedade, depressão, esperança, dados sócio-demográficos e clínicos de paciente em acompanhamento e tratamento de neoplasia maligna durante hospitalização, sessões de quimioterapia e consulta ambulatorial, realizadas no Instituto de Câncer (ICA) e Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB).

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado, pessoalmente, pelo próprio pesquisador, a participar do estudo.

O estudo será realizado da seguinte maneira: serão respondidas quatro escalas: com objetivo de avaliar indicadores de sintomatologia ansiosa e depressiva; outra sobre indicadores de esperança; e outra para verificar o enfrentamento religioso/espiritual; além disso, um Questionário: sobre dados sociodemográficos e clínicos. Se você aceitar participar do estudo, você assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderá as escalas e questionário em momento propício.



Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas ou aportes científicos apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: trazer material psicológico indesejado à tona, como ansiedade e depressão, por exemplo. É possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para descobrir a relação entre estratégias de enfrentamento religioso/espiritual, indicadores ansiedade, depressão, esperança, dados sócio-demográficos e clínicos, mostrando a importância dessa relação na adaptação de pacientes em tratamento oncológico. É importante ressaltar que para qualquer demanda detectada será disponibilizado suporte emocional e acolhimento.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar os **pesquisadores responsáveis**: Dr. Nelson Iguimar Valerio; Dr. Randolph dos Santos Júnior e Viviane Cristina Bianchi Garcia, pelos e-mails nelsonvalerio@famerp.br; randolfojr@yahoo.com.br ou vivi_garcia90@hotmail.com ou pelo telefone: (17).

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.



Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável
Viviane Cristina Bianchi Garcia

Orientador
Nelson Iguimar Valerio

Coorientador
Randolfo dos Santos Junior

Participante da Pesquisa
(Nome e Assinatura)

RG: _____

Responsável da Participante da Pesquisa
(Nome e Assinatura)

RG: _____



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSE DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Espiritualidade e ajustamento psicológico de pessoas em tratamento oncológico

Pesquisador: Viviane Cristina Bianchi

Garcia **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 36793814.1.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.882.297

Apresentação do Projeto:

O "enfrentamento religioso/espiritual" refere-se à utilização da religiosidade/espiritualidade no manejo de situações estressoras, dentre as quais se destaca o surgimento de graves doenças. O objetivo deste estudo é avaliar a dimensão espiritual de pacientes em tratamento oncológico. Serão elegíveis 100 pacientes em tratamento oncológico no Hospital de Base (HB), Instituto do Câncer (ICA) e Unidade de Quimioterapia. Participarão da pesquisa pacientes atendidos pela clínica de especialidade em oncologia, adultos (idade superior a 18 anos), de ambos os sexos, em tratamento há pelo menos 3 (três) meses - período mínimo para ajustamento psicossocial. Para o processo de avaliação psicológica, o paciente responderá aos seguintes instrumentos: questionário inicial de dados sócio-demográfico; 2. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD (Escala para avaliar ansiedade e depressão em adultos; 3. Escala de esperança de Herth : versão brasileira de Herth Hope Index; Escala de Auto-eficácia Geral Percebida (The General Self-Efficacy Scale); Escala Breve de Enfrentamento Religioso; Escala de desempenho Funcional de Karnofsky. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritivo-exploratória. Os pacientes que estarão em tratamento oncológico no Instituto do Câncer (ICA), e Hospital de

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br



Base de São José do Rio Preto (HB), serão abordados durante hospitalização, sessões de quimioterapia, e consulta ambulatorial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente trabalho tem como objetivo avaliar a dimensão espiritual de pacientes em tratamento oncológico.

Objetivo Secundário:

- Identificar o coping religioso/espiritual total (CRET); o coping religioso/espiritual positivo (CREP) e o coping religioso/espiritual negativo (CRN);
- Identificar os estilos de coping religioso/espiritual (CRE): autodireção; delegação; co-laborativo; súplica e renúncia;
- Correlacionar as variáveis: coping religioso espiritual (CRE) com indicadores de ansiedade e depressão;
- Correlacionar as variáveis: coping religioso/espiritual (CRE) com a percepção de auto-eficácia;
- Correlacionar as variáveis: coping religioso/espiritual (CRE) com dados sócio-demográficos (idade, sexo, religião e renda familiar);
- Correlacionar as variáveis: coping religioso/espiritual (CRE) e clínica (tempo de diagnóstico). Correlacionar as variáveis: coping religioso/espiritual (CRE) com indicadores de esperança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados pelo Pesquisador:

Riscos:

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: trazer material psicológico indesejado à tona, como ansiedade e depressão, por exemplo.

É importante ressaltar que para qualquer demanda detectada será disponibilizado suporte emocional e acolhimento.

Benefícios:

contribuir para investigação da relação entre estratégias de enfrentamento religioso/espiritual, indicadores ansiedade, depressão, esperança, percepção de auto-eficácia, dados sócio-demográficos e clínicos, mostrando a importância dessa relação na adaptação de pacientes em tratamento oncológico.

Os resultados desse estudo poderão favorecer uma visão mais integrada em futuras intervenções

com pacientes em tratamento oncológico.

Endereço:	BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416		
Bairro:	VILA SAO PEDRO	CEP:	15.090-000
UF:	SP	Município:	SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone:	(17)3201-5813	Fax:	(17)3201-5813
		E-mail:	cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSE DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 2.882.297

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda ao protocolo apresentada pelo pesquisador com a seguinte justificativa:

O projeto foi retomado com prazo atualizado. Pesquisador encaminhou cronograma atualizado e relatório de andamento das atividades.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Recomenda-se inserir os meses no cronograma para desenvolvimento, os números são genéricos e não podem ser precisados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP está ciente do cronograma de execução atualizado e relatório parcial de andamento, referentes ao estudo CAAE: 36793814.1.0000.5415 sob a responsabilidade de Viviane Cristina Bianchi Garcia com o título: "Espiritualidade e ajustamento psicológico de pessoas em tratamento oncológico"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1138220_E1.pdf	03/09/2018 14:13:41		Aceito
Outros	r.pdf	03/09/2018 14:09:19	Viviane Cristina Bianchi Garcia	Aceito
Cronograma	c.docx	31/08/2018 13:45:56	Viviane Cristina Bianchi Garcia	Aceito
Outros	declaração Viviane.pdf	29/09/2014 14:46:02		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto Viviane.pdf	29/09/2014 14:45:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.doc	26/09/2014 12:36:18		Aceito

Página 03 de

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSE DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 2.882.297

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Cópia de TCC destaques para aula.docx	26/09/2014 12:32:56		Aceito
---	---------------------------------------	------------------------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 10 de Setembro de 2018

Assinado por:
GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSE DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 2.882.297

Endereço: BRL
GADEIRO
FARIA
LIMA,
5416
Bairro:
VILA SAO
PE-
DRO
CEP: 15.
090-000
UF:
SP
Município: SAO
JOSE DO
RIO
PRETO
Telefone: (17)
)3201-
5813
Fax: (17)
3201-
5813
E-mail: cep
famerp
@famer
p.br