

AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL E DA RELIGIOSIDADE EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA E PRÓSTATA

CAROLINA DA CUNHA FERNANDES

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do título de Mestre em
Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

**Orientadora: Dr^a. Andréa Yamaguchi Kurashima
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Miako Kimura**

São Paulo

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Fernandes, Carolina da Cunha

Avaliação do bem-estar espiritual e da religiosidade em pacientes com câncer de mama e próstata / Carolina da Cunha Fernandes – São Paulo, 2012.

131p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Andréa Yamaguchi Kurashima

Descritores: 1. NEOPLASIAS DA MAMA. 2. NEOPLASIAS DA PRÓSTATA. 3. RELIGIÃO. 4. ESPIRITUALIDADE.

“Eu gostaria de compartilhar com vocês o que eu aprendi ao longo dos anos sobre o que é provavelmente a coisa mais importante sobre espiritualidade na área da saúde. É que ela vem do amor. É compaixão. É servir aos outros. É chamado.”

Puchalski C. “Spirituality: An Essential Element of Patient-Centered Care”. [Palestra: mar 2011]

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Waldir e Mirna, por investirem em minha educação desde criança e proporcionarem-me sempre o melhor que podiam para minha formação pessoal e profissional. Obrigada pela forte presença e intenso incentivo em cada fase de desenvolvimento deste trabalho. Obrigada por serem pais presentes e amorosos. Obrigada por serem pessoas realmente batalhadoras, as quais eu sempre terei como exemplo a seguir.

Aos meus irmãos, Camila e Caio, por serem amigos-irmãos infalíveis, por darem bons conselhos e excelentes exemplos de vida, e por me incentivarem e acreditarem em mim durante a realização desta dissertação, e sempre.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, pela oportunidade de realizar o Mestrado na Área de Oncologia, e por me capacitar diariamente para a conclusão do curso.

À querida orientadora deste estudo, Enf^a. Dr^a. Andréa Yamaguchi Kurashima, que estimulou a realização deste trabalho desde quando era apenas uma ideia, um desejo particular, e de forma muito tranquila, humana, estimulante e ao mesmo tempo muito sábia, auxiliou-me a transformar aquele embrião de projeto nesta dissertação de mestrado. Receba meu muito obrigada por se mostrar sempre tão disposta a ajudar, a ensinar, e por acreditar tanto em mim! Obrigada também pelo seu empenho no ensino na área de oncologia, o que faz enorme diferença na vidas dos estudantes.

À estimada coorientadora Enf^a. Prof^a. Dr^a. Miako Kimura que, pela experiência no tema Espiritualidade, contribuiu com sugestões muito importantes durante o desenvolvimento deste estudo. Obrigada por constantemente citar a importância da pesquisa científica deste assunto nos pacientes oncológicos.

Ao querido Rodrigo Maracajá Vaz de Lima, que contribuiu muito de perto para a concretização deste trabalho. Você me acompanhou na caminhada diária, nos momentos de alegria e de preocupação, indicando-me leituras relacionadas, apoiando-me com os recursos tecnológicos, encorajando-me, acreditando em mim e incentivando-me. Obrigada pela sua presença e por tanto carinho e dedicação!

Às mulheres e aos homens que apresentam câncer de mama e próstata e que participaram deste estudo. Despenderam certo tempo do seu dia para ler e responder aos questionários. Na maioria das vezes, receberam-nos tão calorosamente, demonstrando um interesse todo especial pelo tema pesquisado. Vocês contribuíram para que pudéssemos conhecer uma pequena parcela de como se apresenta a espiritualidade e a religiosidade em pacientes com câncer no Brasil. A vocês, meus agradecimentos!

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente, em especial, a Ana Maria Rodrigues Kuninari, pelo serviço e pela dedicação aos alunos.

À Enf^a. Dr^a. Érika Maria Monteiro Santos e à Dr^a. Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço, pelas sugestões e contribuições como membros da banca de qualificação.

À Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário Latorre, pela orientação na avaliação estatística deste trabalho.

Aos tão responsáveis e brilhantes professores das disciplinas cursadas para a conclusão do mestrado no Curso de Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente, que nos inspiram tanto a cada aula ministrada ou a cada conversa informal, e que contribuem notavelmente para que essa Instituição seja uma das mais reconhecidas no mundo na área de pesquisa em oncologia.

À Biblioteca da Fundação Antônio Prudente, em especial, à bibliotecária Suely Francisco, pela paciência, orientação e disposição no atendimento aos alunos.

Minha gratidão aos funcionários dos Ambulatórios do Núcleo de Mastologia e do Núcleo de Urologia do Hospital A.C. Camargo que cruzaram comigo pelos corredores, cederam-me seus espaços e auxiliaram-me sempre. Não posso deixar de citar a Enf^a. Thais S. Giulliangelis, a Enf^a. Rita de Cássia Freitas Bandeira, e a assistente administrativo Priscila Brische Vargas, pessoas cujas contribuições tornaram-se fundamentais na fase de coleta de dados.

À minha linda e querida afilhada Isabelle. Obrigada por vir ao mundo, durante o período de desenvolvimento deste trabalho para alegrar nosso coração.

Aos meus queridos amigos, pela paciência e pelo incentivo contínuo, mesmo nos meus momentos de ausência durante a preparação desta dissertação: Daniele Soares Carlin, Heloísa Garcia Claro, Julia de Moura Godoy, Bárbara Barrionuevo Bonini, Maiky Carneiro da Silva Prata, Luana Conceição Fortes Assis, Rodolfo Rebelo da Cunha, Carlos Eduardo Quinteiro, Thalita Real Escanhola, Michel Real Escanhola. Adoro-os muito e espelho-me muito em vocês!

RESUMO

Fernandes CC. **Avaliação do bem-estar espiritual e da religiosidade em pacientes com câncer de mama e próstata**. São Paulo; 2012. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

INTRODUÇÃO: Crenças religiosas e/ou espirituais podem desempenhar importante papel de apoio e conforto a pacientes com doenças crônicas, graves ou terminais, como o câncer. Relações significativas entre variáveis religiosas/espirituais e saúde física e mental têm sido demonstradas em diversos estudos. No entanto, aspectos da espiritualidade e religiosidade de pacientes oncológicos têm sido ainda pouco investigados em nosso meio.

OBJETIVOS: Avaliar o bem-estar espiritual e a religiosidade em pacientes com câncer de mama e câncer de próstata e compará-los com pessoas sem câncer (controles). Identificar as associações entre o bem-estar espiritual e a religiosidade com as variáveis sexo e diagnóstico de câncer. Identificar se a abordagem dos assuntos espirituais/religiosos tem ocorrido na prática clínica dos profissionais de saúde com os pacientes oncológicos e quais são as opiniões dos doentes em relação a estes temas. **MÉTODO:** Estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa. Incluídos 75 pacientes com câncer de mama, 75 com câncer de próstata e, como controles, 75 mulheres e 75 homens sem câncer, pareados por idade. Foram utilizados três instrumentos: uma ficha para caracterização dos participantes, o Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well Being (FACIT-Sp), e o Duke Religious Index (DUREL). O domínio de bem-estar espiritual do FACIT-Sp é composto por duas subescalas: uma para medida do senso de significado/paz e outra para avaliação do papel da fé na doença. O DUREL avalia a religiosidade organizacional (RO), não organizacional (RNO) e intrínseca (RI). A confiabilidade dos instrumentos foi analisada pelo coeficiente Alfa de Cronbach. Utilizou-se a estatística descritiva para a caracterização dos sujeitos e o teste do qui-quadrado para a associação

entre as variáveis categóricas do estudo. Para a comparação dos escores médios dos instrumentos FACIT-Sp e DUREL utilizou-se o teste de Kruskal Wallis, adotando-se o valor de $p < 0,05$ como nível de significância estatística.

RESULTADOS: Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pacientes e controles em relação ao domínio de bem-estar espiritual nas subescalas significado/paz ($p=0,421$) e fé ($p=0,891$). Ambos grupos apresentaram elevados escores neste domínio. Entre os sexos, homens apresentaram médias mais elevadas de escores em relação às mulheres na sub-escala Significado/Paz ($p=0,013$), e na subescala Fé não houve diferença entre os sexos ($p=0,829$). Em relação à religiosidade organizacional, não houve diferença significativa entre o grupo de pacientes e controle ($p=0,124$), e as mulheres apresentaram maiores níveis quando comparadas aos homens ($p=0,013$). Para a religiosidade não organizacional, não houve diferença estatisticamente significativa entre pacientes e controles ($p=0,195$), assim como em relação ao sexo ($p=0,604$). A religiosidade intrínseca não diferiu entre o grupo de pacientes oncológicos e controles, porém nas mulheres apresentou-se mais elevada em relação aos homens nos itens: “crenças religiosas estarem por trás de suas maneiras de viverem” ($p=0,022$), e “esforço para viver a religião em todos os aspectos de suas vidas” ($p=0,012$). Os instrumentos apresentaram boa consistência interna FACIT-Sp – domínio de bem-estar espiritual (Alfa de Cronbach = 0,787 para pacientes, e 0,777 para controles), e DUREL – domínio de religiosidade intrínseca (Alfa de Cronbach = 0,752 para pacientes e 0,631 para controles). Abordagem dos profissionais de saúde em relação à espiritualidade e à religiosidade dos pacientes com câncer durante o tratamento: a maioria dos pacientes (97,3% dos homens e 86,7% das mulheres) não havia conversado sobre suas crenças espirituais ou religiosas com algum profissional de saúde. Dos que não conversaram, a maioria gostaria que esta conversa tivesse ocorrido (57,5% dos homens e 54,0% das mulheres). Mais de 81,0% dos homens e 76,0% das mulheres consideram importante que o profissional de saúde tenha interesse pelos assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes. Grande parte dos

pacientes (93,3% dos homens e 73,3% das mulheres) não havia recebido algum tipo de cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde. Dos que não haviam recebido algum cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde (60,0% dos homens e 62,0% das mulheres) referiram que poderiam ter sentido-se melhor caso os tivessem recebido. Portanto, este estudo identificou que o bem-estar espiritual e a religiosidade não diferiram entre pacientes com câncer e grupo-controle, contudo, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre o grupo de homens e mulheres. Pacientes com câncer revelaram, em sua maioria, não terem suas crenças religiosas/espirituais abordadas durante o tratamento para o câncer, apesar de desejarem que tal abordagem tivesse ocorrido. Novas pesquisas poderão contribuir para um avanço na identificação de necessidades dos pacientes oncológicos relacionadas à religiosidade e à espiritualidade, e dessa forma, na proposição de intervenções que possam assisti-los de forma integral.

SUMMARY

Fernandes CC. **[Assessment of spiritual well-being and religiosity in breast and prostate cancer patients]**. São Paulo, 2012. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

INTRODUCTION: Religious and/or spiritual beliefs may play an important role in bringing support and comfort to patients with chronic, severe or terminal diseases, such as cancer. Studies have described significant relationships between religious/spiritual variables and both physical and mental health outcomes. However, aspects of spirituality and religiosity of cancer patients have been yet poorly investigated in our country.

OBJECTIVES: To assess the spiritual well-being and religiosity in women with breast cancer, men with prostate cancer. To compare them with people with no cancer. To identify associations among the spiritual well-being and the subjects' religiosity with genders and cancer diagnosis. To identify if a spiritual/religious approach has occurred during the health care professional intervention to patients with cancer and the patients' opinions on regards of these themes. **METHOD:** In this cross-sectional study, with quantitative approach, we included 75 patients with breast cancer and 75 with prostate cancer. We also included 75 women and 75 men, as healthy controls matched on the basis of age. The participants completed the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well Being (FACIT-Sp) and the Duke Religious Index (DUREL). The spiritual well-being dimension comprises two sub-scales: one measuring a sense of meaning and peace and the other, the role of faith in illness. The DUREL measures religiosity in three dimensions: organizational (OR), non-organizational (NOR) and intrinsic (IR). Descriptive statistics was used to characterize the subjects and the chi-square test for the association between categorical variables. The mean scores of the FACIT-Sp and DUREL were compared using the Kruskal-Wallis test. The level of statistical significance adopted was $p < 0.05$.

RESULTS: It was identified no significant difference between cancer patients and control group in relation to the spiritual well-being subscales: meaning/peace ($p=0.421$) and faith ($p = 0.891$), both groups scored high in this domain. In the Meaning/Peace subscale, male group presented higher mean scores than the female group ($p=0.013$). In the Faith subscale, there was no significant difference between the groups ($p=0.829$). In regards to the organizational religiosity, there was no statistically significant difference between the groups (patients vs controls $p=0.124$), and women reported higher levels when compared to men ($p=0.013$). On the non-organizational religiosity, there was no statistically significant difference between the groups (patients vs controls $p=0.195$) nor with gender ($p=0.604$). The intrinsic religiosity did not differ between the group of cancer patients and controls, but women showed higher levels on it than men on the following items: “religious beliefs are what really lie behind their whole approach to life” ($p=0.022$), and “hard try to carry their religion over into all other dealings in life” ($p=0.012$). Reliability analysis showed good internal consistency in the FACIT-Sp – spiritual well-being subscale (Cronbach’s Alpha = 0.787 to patients and 0.777 to controls), and in the DUREL – intrinsic religiosity (Cronbach's Alpha = 0.752 to patients and 0.631 to controls), coefficients for the patient group (0.752). Health professionals’ approach in relation to spirituality and religiosity of cancer patients during treatment: the majority (97.3% men and 86.7% women) had not talked about their spiritual or religious beliefs with some health professional. Of those who did not talk, most would like this conversation had occurred (57.5% men and 54.0% women). Over 81.0% of men and 76.0% of women consider as important that health professionals have an interest in their patients’ spiritual/religious issues. Most cancer patients (93.3% of men and 73.3% of women) had not received some kind of religious/spiritual care from health professionals. Of those who had received no religious/spiritual care from health professional (60.0% of men and 62.0% of women) indicated that they could have felt better for the treatment if they had received it. Cancer patients revealed, in most cases, not having their religious/spiritual beliefs addressed during the

treatment, despite expressing desire for this kind of approach. Therefore, this study have found that spiritual well-being and religiosity did not differ between cancer patients and control group, however, there was a significant difference between men and women. New researches may contribute to a development in identifying the needs of cancer patients related to religiosity and spirituality aspects, and thus, propose interventions that can aid these patients integrally.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos pacientes segundo religião referida e prática religiosa. São Paulo, 2011.....	63
Figura 2	Distribuição dos controles segundo religião referida e prática religiosa. São Paulo, 2011.....	63
Figura 3	Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: Algum profissional de saúde (médico, enfermeiro) que atendeu o(a) sr(a) conversou a respeito das suas crenças espirituais ou religiosas? São Paulo, 2011.....	84
Figura 4	Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: Caso não tenha conversado, o(a) sr(a) gostaria que essa conversa tivesse acontecido? São Paulo, 2011.....	85
Figura 5	Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: O(a) sr(a) acha importante que o profissional de saúde se interesse pelos assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes? São Paulo, 2011.....	86
Figura 6	Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: O(a) sr(a) já recebeu algum cuidado espiritual/religioso de algum profissional de saúde durante o seu tratamento para o câncer? São Paulo, 2011.....	87
Figura 7	Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: O(a) sr(a) gostaria de receber algum cuidado espiritual/religioso do profissional de saúde durante os próximos passos de seu tratamento? São Paulo, 2011.....	87

Figura 8 Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: Em algum momento do seu tratamento, o(a) sr(a) acha que se tivesse recebido um cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde, teria se sentido melhor, mais confiante ou mais disposto para o tratamento? São Paulo, 2011..... 88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estatística descritiva da idade dos pacientes e controles. São Paulo, 2011.....	59
Tabela 2	Distribuição dos pacientes e controles segundo nível educacional e estado civil. São Paulo, 2011.....	60
Tabela 3	Distribuição dos pacientes e controles segundo situação de trabalho e classificação social (Critério Brasil). São Paulo, 2011.....	61
Tabela 4	Distribuição dos pacientes e controles segundo religião referida e prática religiosa. São Paulo, 2011.....	62
Tabela 5	Estatística descritiva da idade à época do diagnóstico e tempo de tratamento dos pacientes. São Paulo, 2011.....	64
Tabela 6	Distribuição dos pacientes segundo estadiamento do câncer e tratamento realizado. São Paulo, 2011.....	65
Tabela 7	Distribuição dos pacientes e controles segundo comorbidades apresentadas. São Paulo, 2011.....	66
Tabela 8	Coeficientes Alfa de Cronbach das subescalas de bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional do Instrumento FACIT-Sp. São Paulo, 2011.....	67
Tabela 9	Coeficientes Alfa de Cronbach da subescala de bem-estar espiritual do FACIT-Sp e da subescala de religiosidade intrínseca do DUREL. São Paulo, 2011.....	68

Tabela 10	Comparação dos escores obtidos nas subescalas bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional do FACIT-Sp aplicado aos pacientes (homens e mulheres). São Paulo, 2011.....	70
Tabela 11	Comparação dos escores obtidos nas subescalas de bem-estar espiritual (significado/paz e fé) do FACIT-Sp aplicado aos pacientes e aos controles. São Paulo, 2011.....	71
Tabela 12	Comparação dos escores obtidos na subescala de bem-estar espiritual (significado/paz e fé) do FACIT-Sp aplicado aos pacientes e aos controles, agrupados por sexo. São Paulo, 2011.....	71
Tabela 13	Comparação dos escores obtidos na subescala de bem-estar espiritual (significado/paz e fé) do FACIT-Sp aplicado aos pacientes, agrupados por sexo. São Paulo, 2011.....	72
Tabela 14	Comparação dos escores obtidos na subescala de bem-estar espiritual (significado/paz e fé) do FACIT-Sp aplicado aos controles, agrupados por sexo. São Paulo, 2011.....	73
Tabela 15	Distribuição dos pacientes e controles segundo respostas às questões do DUREL – 1ª questão. São Paulo, 2011.....	74
Tabela 16	Distribuição dos pacientes e controles segundo respostas às questões do DUREL – 2ª questão. São Paulo, 2011.....	75
Tabela 17	Distribuição dos pacientes e controles segundo respostas às questões do DUREL – 3ª, 4ª e 5ª questões. São Paulo, 2011...	76

Tabela 18	Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 1ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.....	77
Tabela 19	Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 2ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.....	78
Tabela 20	Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 3ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.....	79
Tabela 21	Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 4ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.....	81
Tabela 22	Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 5ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Sistema de pontos para cálculo de cortes de classificação econômica do Critério Brasil.....	44
Quadro 2	Sistema de pontos para definição de classificação econômica do Critério Brasil.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACE-27	<i>Adult Comorbidity Evaluation Index</i>
APS	<i>Adapted Prayer Scale</i>
CAM	Terapia Alternativa ou Complementar
CERIS	Centro de Estatísticas Religiosas e Investigações Sociais
DUREL	<i>Duke Religious Index</i>
EUA	Estados Unidos da América
FACT	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy</i>
FACT-G	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy – General</i>
FACIT	<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy</i>
FACIT- Sp	<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being</i>
GIS	<i>God Image Scale</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LAP-R	<i>Life Attitude Profile-Revised</i>
MEC	Ministério da Educação do Brasil
Mín	Mínimo
Máx	Máximo
NANDA	<i>North American Nursing Diagnoses Association</i>
NCI	<i>National Cancer Institute</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBI-15R	<i>Systems of Belief Inventory - 15 Revised</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TNM	Tumor, Linfonodo, Metástase
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	6
2.1	Objetivos Gerais	7
2.2	Objetivos Específicos	7
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	8
3.1	Definições de espiritualidade e religiosidade.....	11
3.2	Espiritualidade, religiosidade e saúde	14
3.2.1	Espiritualidade, religiosidade e câncer no mundo	17
3.2.2	Espiritualidade, religiosidade e câncer no Brasil	19
3.2.3	Espiritualidade, religiosidade e câncer de mama	22
3.2.4	Espiritualidade, religiosidade e câncer de próstata	27
3.2.5	Espiritualidade, religiosidade e profissionais de saúde	30
4	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	37
4.1	Tipo de estudo.....	38
4.2	Casuística.....	38
4.2.1	Crítérios de inclusão	39
4.2.2	Crítérios de exclusão	40
4.3	Cálculo do tamanho da amostra.....	40
4.4	Método.....	41
4.4.1	Recrutamento dos sujeitos de pesquisa	41
4.4.2	Instrumentos utilizados.....	43
4.4.3	Estratégia de armazenagem e processamento de dados	55
4.4.4	Aspectos éticos	56
5	RESULTADOS.....	57
5.1	Caracterização da amostra.....	58

5.1.1	Dados sociodemográficos	58
5.1.2	Dados clínicos	64
5.2	Bem-estar espiritual e religiosidade.....	67
5.2.1	Confiabilidade dos instrumentos utilizados.....	67
5.2.2	Bem-estar espiritual.....	69
5.2.3	Religiosidade	73
5.3	Abordagem de questões religiosas/espirituais durante o tratamento antineoplásico.....	84
5.3.1	Abordagem de questões religiosas/espirituais por profissionais de saúde.....	84
5.3.2	Visão dos pacientes em relação ao interesse dos profissionais de saúde sobre assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes.....	86
5.3.3	O cuidado espiritual/religioso durante o tratamento para o câncer.....	87
6	DISCUSSÃO	89
7	CONCLUSÃO	112
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

APÊNDICES

Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Caso (paciente)

Apêndice 2 Instrumento de coleta de dados - Caso (paciente)

Apêndice 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Controle (indivíduo sem câncer)

Apêndice 4 Instrumento de coleta de dados - Controle (indivíduo sem câncer)

ANEXOS

Anexo 1 Instrumento *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp)

- Anexo 2** Instrumento *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) - Subescala bem-estar espiritual - adaptado
- Anexo 3** Instrumento Índice de Religiosidade da Universidade de Duke - Versão em português (DUREL)
- Anexo 4** Correspondência pessoal: solicitação de autorização para utilização do Instrumento FACIT-Sp
- Anexo 5** Correspondência pessoal: autorização concedida pelo autor para utilização do Instrumento FACIT-Sp
- Anexo 6** Correspondência pessoal: sugestão de adaptação do Instrumento FACIT-Sp para indivíduos não doentes
- Anexo 7** Correspondência pessoal: autorização do FACIT para utilização do instrumento FACIT-Sp adaptado para não doentes
- Anexo 8** Correspondência pessoal: solicitação de autorização para utilização do Instrumento DUREL – versão língua portuguesa
- Anexo 9** Correspondência pessoal: autorização concedida pelo autor para utilização do Instrumento DUREL – versão língua portuguesa
- Anexo 10** Autorização concedida pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital A. C. Camargo
- Anexo 11** Orientação do cálculo dos escores obtidos no instrumento FACIT-Sp

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O câncer apresenta alta incidência na população brasileira. A estimativa para o ano de 2008 foi de 466.730 novos casos. As etiologias mais prevalentes em cada sexo, exceto tumores de pele não melanoma, foram de mama e próstata (Ministério da Saúde 2009).

Após o impacto do diagnóstico de câncer, situações de estresse, ansiedade, depressão e sofrimento podem assolar pacientes e seus familiares. Decorrente desses eventos, é frequente que surjam novas reflexões, questionamentos relacionados à espiritualidade (PUCHALSKI 2005; RIPPENTROP et al. 2006) e busca por conforto e força emocional nas tradições religiosas ou crenças espirituais (KOENIG 2005a; SMELTZER e BARE 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu, em 1998, aspectos espirituais, religiosos e de crenças pessoais no seu instrumento de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-100. Dessa forma, a dimensão religiosa/espiritual é considerada pela OMS como um dos componentes da qualidade de vida (WHOQOL GROUP 1998).

O Brasil tem se apresentado ao mundo como um país religioso. Segundo o Censo Brasileiro de 2000, 92,6% de sua população relata ter alguma religião e a grande parte (73,8%) é católica (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE 2003). Dados mais atuais, da pesquisa de orçamentos familiares do IBGE de 2009, analisados pelo Centro de Políticas

Sociais da Fundação Getúlio Vargas, demonstram que 89% da população brasileira concorda que religião é importante e a grande parte (68,4%) é católica (NERI 2011).

A despeito do grande envolvimento religioso da população geral brasileira, a produção científica sobre religiosidade e espiritualidade em amostras específicas, como pacientes com cancer, é ainda escassa no Brasil (MOREIRA-ALMEIDA 2007; FERNANDES 2008). Em recente revisão de literatura sobre espiritualidade e pacientes com câncer de mama e próstata, FERNANDES (2010) identificou um pequeno número de estudos publicados (seis que avaliaram pacientes com câncer de mama e 4 com câncer de próstata), a maioria deles proveniente dos Estados Unidos. Consequentemente, pouco é conhecido sobre esses temas em outras partes do mundo e em diferentes contextos culturais.

Pesquisas demonstraram que elevados níveis de bem-estar espiritual em pacientes com câncer estão relacionados diretamente com melhor qualidade de vida (BRADY et al. 1999; BECKER et al. 2006; LEAK et al. 2008), estados positivos de humor, religiosidade intrínseca e esperança (FEHRING et al. 1997), melhor bem-estar físico e funcional (LEVINE e TARG 2002) e menores demandas impostas pela doença (FERNSLER et al. 1999).

Outras pesquisas identificaram que níveis mais baixos de bem-estar espiritual estão relacionados com maior intensidade e frequência dos efeitos adversos relacionados ao tratamento antineoplásico (BECKER et al. 2006), maior desejo de acelerar a morte, desesperança e idéias suicidas (MCCLAIN

et al. 2003), angústia psicológica, depressão, raiva e desesperança (LEVINE e TARG 2002), ansiedade (KACZOROWSKI 1989; LEVINE e TARG 2002) e depressão em pacientes com câncer e com AIDS (NELSON et al. 2002).

Os autores BALBONI et al. (2008) identificaram em sua pesquisa que preocupações espirituais surgiram durante a terapia para a maioria dos pacientes com câncer avançado. Grande parte referiu que essas preocupações deveriam ser debatidas pelos profissionais de oncologia como parte do tratamento, porém, 91% informaram nunca terem recebido esse tipo de assistência por esses profissionais.

Na prática clínica da Enfermagem Oncológica no Brasil, é comum observar que as avaliações e intervenções de enfermagem atualmente aplicadas aos pacientes, inclusive por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - que embasa o planejamento dos cuidados de enfermagem - não contemplam domínios relacionados à espiritualidade e à religiosidade (CHAVES 2008). Apesar disso, existem recursos validados para incluir a espiritualidade e religiosidade em um dos principais métodos de diagnósticos de enfermagem, o da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA 2010).

Muitos pesquisadores já recomendam que profissionais de saúde estejam sensíveis às questões espirituais e religiosas dos pacientes oncológicos, para que possam ser reconhecidas e tratadas do ponto de vista de cada profissional (GALL 2004; GIBSON e HENDRICKS 2006; CHOUMANOVA et al. 2006; MORGAN et al. 2006; MERAVIGLIA 2006; SIMON et al. 2007).

Nesse contexto, o presente estudo visa explorar aspectos da espiritualidade e da religiosidade em pacientes oncológicos, na perspectiva de aprofundar o conhecimento sobre as necessidades e recursos de enfrentamento desses pacientes e, dessa forma, contribuir para a pesquisa e a prática clínica da Enfermagem em Oncologia.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- a) Avaliar o bem-estar espiritual em pacientes com câncer de mama e pacientes com câncer de próstata;
- b) Avaliar a religiosidade em pacientes com câncer de mama e pacientes com câncer de próstata;
- c) Comparar o bem-estar espiritual e a religiosidade de pacientes com câncer de mama e próstata e com pessoas sem câncer.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as associações entre o bem-estar espiritual e a religiosidade, com as variáveis sexo e diagnóstico de câncer dos sujeitos de pesquisa (pacientes e grupo-controle);
- b) Identificar se a abordagem dos assuntos espirituais/religiosos tem ocorrido na prática clínica dos profissionais de saúde com os pacientes oncológicos e quais são as opiniões dos doentes em relação a estes temas.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

O sofrimento que pode ser causado pelo câncer pode ser considerado uma das experiências mais chocantes e desafiadoras da vida. Com o progresso da doença, pacientes sofrem vários tipos de estresse e transtornos mentais, como ansiedade e depressão (HOLLAND e LEWIS 2000; MURATA 2003).

PUCHALSKI (2005) afirma que a doença crônica, como o câncer, pode causar nos pacientes sofrimento físico, emocional, social e espiritual. A autora afirma que mesmo com os avanços no tratamento de doenças que permitem aumento na expectativa de vida, ainda é deficitária, por parte dos profissionais de saúde, a proposição de apoio quando pacientes estiverem lidando com sofrimento espiritual.

O câncer pode provocar uma perda de fé ou significado na vida e gerar certa crise espiritual, evidenciando sentimentos de desespero, desânimo, ambivalência, indiferença, raiva, indignação ou medo, questionamentos sobre o significado do sofrimento, da vida e da morte, e expressão de vazio (SMELTZER e BARE 2006).

PUCHALSKI (2005) afirma que pacientes portadores de doenças graves ou que tenham certa perspectiva de morte breve lidam diariamente com questões existenciais como: “Por que está acontecendo isso comigo? Vou ter tempo para alcançar os meus objetivos de vida? Verei os meus filhos crescerem? Deus se importa comigo? Por que Deus me deixa sofrer?”. Na

visão da autora, profissionais de saúde podem ter respostas para o tratamento do paciente; porém para as questões existenciais, não.

Segundo LOURENÇO e COSTA (2002), uma das tarefas mais difíceis de ser realizada na Oncologia é comunicar ao paciente ou a seus familiares sobre o diagnóstico de câncer, de recidiva ou do avanço da doença.

Nos momentos em que a doença pode trazer consigo situações estressantes e os sentimentos citados anteriormente, frequentemente aparecem reflexões e assuntos espirituais (RIPPENTROP et al. 2006), e é comum que pacientes e familiares busquem encontrar conforto e força emocional em suas tradições religiosas ou crenças espirituais (SMELTZER e BARE 2006). Para KOENIG (2005a), em tempos nos quais as doenças ameaçam a vida ou o modo de vida, as necessidades espirituais podem tornar-se fortes.

Ao pesquisar brasileiros que estavam em terapia antineoplásica, GUTIÉRREZ et al. (2007) identificaram temas importantes nos relatos destes pacientes: sofrimento e abalo causados pela doença, a vida sendo redimensionada e a necessidade dos pacientes de receberem um cuidado mais sensível. Este trabalho reforça que o diagnóstico e o tratamento do câncer podem provocar sentimentos de apreensão e sofrimento nos pacientes e familiares, e a necessidade de que os cuidados prestados pela equipe de saúde sejam baseados nos princípios da humanização.

Em trabalho sobre o significado da espiritualidade e suas implicações para a prática da enfermagem, os autores sugerem que existe atualmente uma necessidade importante de a espiritualidade de seus pacientes serem

avaliadas (MCSHERRY et al. 2004).

Para ROSS (1995), as necessidades espirituais dos pacientes devem ser identificadas e discutidas entre os profissionais de saúde, visto que elas são importantes para o sentido geral de saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, e também pelo fato de que, em vigência de doença grave, pode provocar nos pacientes o sentimento de angústia espiritual.

A dimensão espiritual é parte integrante do indivíduo, assim como a física, a social e a emocional. Ignorar essa dimensão da natureza humana é o mesmo que desconsiderar o estado físico, emocional ou o contexto social de um paciente, o que leva a uma abordagem incompleta e à falha no atendimento da pessoa como ser humano integral (KOENIG 2005a).

Segundo BENKO e SILVA (1996), na presença de doenças ou crises, o paciente pode sentir ameaçados o seu bem-estar e o seu sentimento de totalidade como pessoa. O sofrimento e a doença geralmente forçam a pessoa a lidar com questionamentos sobre o significado da vida, a confrontar-se com a realidade de sua existência, das relações intrapessoais, interpessoais, com Deus e talvez com sua própria morte. Nestes momentos de crise, é que, segundo a NANDA (2010), o paciente pode apresentar sintomas de angústia espiritual.

3.1 DEFINIÇÕES DE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Apesar de em muitos trabalhos os termos espiritualidade, religiosidade e bem-estar espiritual serem utilizados como sinônimos,

diversos autores defendem que os dois conceitos não são sinônimos e devem ser tratados separadamente (FLECK et al. 2003; HILL e PARGAMENT 2003; DELGADO 2005; MOREIRA-ALMEIDA et al. 2006; WILDES et al. 2009).

RIPPENTROP et al. (2006) sugerem que pesquisas futuras explorem possíveis diferenças e semelhanças de espiritualidade e religiosidade, por serem atualmente considerados como construtos diferenciados.

Existem diversas definições para espiritualidade, tais como:

- a. “Essência individual como pessoa, relacionamento com um poder superior, relacionamentos e conexões com os outros, e a busca por preenchimento, significado e propósito na vida” (BELCHER 2006);
- b. “Caminho no qual as pessoas entendem suas vidas em suas visões definitivas de significado e valor” (MCCLAIN et al. 2003);
- c. “Busca pessoal para entender questões elementares sobre a vida e seu sentido, e sobre o relacionamento com o sagrado ou transcendente, os quais podem (ou não) direcionar ou proceder do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de comunidades” (KOENIG et al. 1997a, MOREIRA-ALMEIDA e KOENIG 2006).
- d. Algo que “não se limita a crenças e práticas e questiona o significado e razão da vida” (FLECK et al. 2003);
- e. “Qualidade inerente aos seres humanos que envolve fé e prontidão para crer, uma busca por significado e propósito na vida, um senso de conexão com os outros e a transcendência do eu, resultando em sensação de paz interior e bem-estar” (DELGADO 2005);

- f. “Necessidade de encontrar significado, propósito e preenchimento na vida; esperança e vontade de viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus” (ROSS 1995). Para este autor, a necessidade de significado é considerada uma condição essencial à vida e quando um indivíduo sente-se incapaz de encontrá-lo, sofre em razão de sentimentos de vazio e desespero.

Ultimamente tem sido frequentemente avaliado, por meio de pesquisas, o “bem-estar espiritual”, o qual pode ser definido como: “crença em algo superior, a necessidade de relações significativas com os outros; harmonia interior, autodeterminação e um forte sistema de suporte; uma apreciação da natureza e um sentido de conexão com os outros e com o universo” (BELCHER 2006).

Para McCLAIN-JACOBSON et al. (2004), ao realizarmos intervenções relacionadas ao bem-estar espiritual dos pacientes, separadamente da religião ou crenças religiosas, é possível alcançarmos maior número de pessoas, incluindo as que referem não ter religião.

Segundo DELGADO (2005), religião é: “o termo usado para crenças e práticas formais ou ritualizadas que são divididas com um grupo de pessoas”.

Para FLECK et al. (2003), a religiosidade é a “extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, e tem um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo”.

Segundo KOENIG et al. (1997a), a religiosidade é “um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados a facilitar a

proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder superior ou realidade final)".

Para WILDES et al. (2009), religiosidade refere-se à "participação em crenças, atividades e rituais de religiões tradicionais (ex.: igreja, atendimento religioso, leitura das escrituras), e é um caminho para a expressão da espiritualidade".

3.2 ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E SAÚDE

A saúde esteve relacionada com a espiritualidade e a religiosidade desde a História primitiva. Os poderes da cura estavam nas mãos de sacerdotes e xamãs, os quais lidavam com o "espiritual" e tinham o poder para afastar os males do corpo (PINTO e RIBEIRO 2007).

Ao longo do tempo, a construção do conhecimento em saúde por meio dos métodos científicos conduziu a uma prática de cuidados de saúde dessacralizada e a dimensão espiritual deixou de ser contemplada no atendimento aos doentes (MULLER et al. 2001).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como: "o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO 2002). Este conceito não foi modificado desde então. Em 1983, na 36ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde, foi levantada e discutida extensamente, pela primeira vez, a inclusão de uma dimensão espiritual à saúde (WHO 2002).

Em 1998, posteriormente à recomendação de estudos e opiniões de

18 diferentes países, a OMS, por intermédio de seu grupo de qualidade de vida, incluiu no seu instrumento de qualidade de vida – *World Health Organization Quality of Life Assessment* [WHOQOL-100], um domínio para avaliar “espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais”. Dessa forma, foi incluída a dimensão religiosidade/espiritualidade como um dos componentes da qualidade de vida.

O grupo WHOQOL, visando uma melhor maneira de avaliar a dimensão espiritual como parte integrante da qualidade de vida, ampliou o domínio “espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais” para um instrumento transcultural próprio destinado a essa dimensão da qualidade de vida – o *World Health Organization Quality of Life Assessment Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs* [WHOQOL- SRPB]. O instrumento é composto por 100 questões gerais, acrescidas de 32 relacionadas à espiritualidade e à religiosidade (PANZINI et al. 2007).

Por esse motivo, atualmente há a proposta de modificação da presente e clássica definição de saúde da OMS para "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença" (WHO 2002).

A questão espiritual como parte integrante do ser humano também está contemplada na mais recente definição de cuidados paliativos para a Organização Mundial de Saúde: “É uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos,

psicossociais e espirituais” (WHO 2002).

A diretriz de cuidados paliativos proposto pela WHO (2002) institui que devem ser reconhecidas e respeitadas as crenças religiosas dos pacientes, assim como deve ser fornecido suporte espiritual e religioso a estes e a seus familiares.

Na área da Enfermagem, a NANDA considera a espiritualidade como um padrão de resposta humana, sendo classificada no Domínio de Princípios de Vida, em duas classes distintas (Crenças e Coerência entre valores/crenças/atos) (NANDA 2010). Essa associação profissional define espiritualidade da seguinte forma:

Capacidade de experienciar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, arte música, literatura, natureza e/ou com um ser maior (NANDA 2010, p.312).

São descritos atualmente três diagnósticos de enfermagem relacionados à espiritualidade, que são aplicados aos Diagnósticos de Enfermagem, segundo NANDA (2010):

1. “Disposição para o bem-estar espiritual aumentado”, pertence à classe de crenças; segundo este diagnóstico, a espiritualidade “pode ser aumentada”.
2. “Sofrimento espiritual”, pertence à classe de coerência entre valores/crenças/atos; a espiritualidade pode apresentar-se “prejudicada”;
3. “Risco de sofrimento espiritual”, incluído também na Classe de

Coerência entre valores/crenças/atos; expressa o “risco de apresentar prejuízo” para a espiritualidade.

Quanto à religiosidade, a definição da NANDA (2010) refere-se à: “capacidade de confiar em crenças e/ou participar de ritos de alguma fé religiosa”. Três diagnósticos de enfermagem são descritos para esse tema:

1. “Disposição para religiosidade aumentada” – indica que ela “pode ser aumentada” de acordo com a disposição do indivíduo;
2. “Religiosidade prejudicada” - definida como capacidade “prejudicada” para exercê-la;
3. “Risco de religiosidade prejudicada” – expressa o “risco de ter uma capacidade prejudicada” para exercê-la.

Apesar dos esforços da NANDA na formulação de diagnósticos e classificações de enfermagem, visando facilitar a interpretação dos comportamentos dos pacientes e a padronização dos diagnósticos de enfermagem, é comumente observado que na realidade brasileira, os diagnósticos relacionados à espiritualidade e à religiosidade raramente são utilizados na prática (CHAVES 2008).

Provavelmente esse fato decorra da complexidade do esquema de classificação dos diagnósticos de enfermagem, das dificuldades do enfermeiro para evidenciá-los e empregá-los, das restrições em relação ao conhecimento desse assunto ou da falta de interesse em relação aos fenômenos em foco (CHAVES 2008).

3.2.1 Espiritualidade, religiosidade e câncer no mundo

Espiritualidade, religiosidade e bem-estar espiritual é assunto de interesse crescente na área de oncologia ao redor do mundo, apesar de a maioria da produção científica relacionada estar concentrada nos Estados Unidos (FERNANDES 2008). Esse tema tem conquistado sua importância por profissionais de saúde, pesquisadores e população em geral (MOREIRA-ALMEIDA 2007).

Em pesquisas com pacientes com doenças crônicas que passam por estresse psicológico e mudanças sociais, as conexões entre religião, espiritualidade, saúde física e mental foram achados particularmente fortes (KOENIG 2004).

Segundo pesquisa com 55 pacientes de câncer avançado, BALBONI et al. (2008) notaram que para a maioria desses surgiram preocupações espirituais após o diagnóstico da doença.

Em pesquisa com pacientes com câncer avançado de diversas etiologias nos EUA, 98% consideraram-se espiritualizados e religiosos, 100% dos entrevistados identificaram a espiritualidade como uma fonte de conforto e fortalecimento na luta contra o câncer e 99% referiram ser um auxílio para o enfrentamento dessa doença tanto para pacientes como para cuidadores (DELGADO-GUAY 2011).

Pesquisas com pacientes oncológicos relatam que elevados níveis de bem-estar espiritual estiveram relacionados diretamente com:

- a. Melhor qualidade de vida (BRADY et al. 1999; PETERMAN et al. 2002; BECKER 2006; LEAK et al. 2008);
- b. Estados positivos de humor, religiosidade intrínseca e esperança

(FEHRING et al. 1997);

- c. Melhor bem-estar físico e funcional (LEVINE e TARG 2002, LAUBMEIER et al. 2004);
- d. Menores demandas impostas pela doença (FERNSLER et al. 1999);
- e. Menores frequências e intensidades dos eventos adversos relacionados ao tratamento antineoplásico (BECKER et al. 2006);
- f. Menor desejo de acelerar a morte, menos desesperança e menos idéas suicidas (MCCLAIN et al. 2003);
- g. Menores níveis de angústia (do inglês *distress*) (LEVINE e TARG 2002; LAUBMEIER et al. 2004);
- h. Menores níveis de depressão, raiva e desesperança (LEVINE e TARG 2002);
- i. Menores níveis de depressão em idosos (FEHRING et al. 1997);
- j. Menores níveis de depressão em pacientes com câncer e AIDS (NELSON et al. 2002);
- k. Menores níveis de ansiedade (KACZOROWSKI 1989; LEVINE e TARG 2002).

3.2.2 Espiritualidade, religiosidade e câncer no Brasil

Configurada como a segunda causa de mortes no Brasil, seguidamente das doenças cardiovasculares, o câncer apresenta alta taxa de incidência na população brasileira, com estimativa de 489.270 novos casos para o ano de 2010 (Ministério da Saúde 2009). Os cânceres mais comuns em todas as regiões do Brasil são o de pele não melanoma, mama

feminina e próstata.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. No Brasil, este é o tipo que mais causa mortes entre as mulheres. O número de casos novos de câncer de mama esperado para o Brasil em 2010 foi de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres (Ministério da Saúde 2009).

O câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total dos cânceres. O número de casos novos de câncer de próstata estimados para o Brasil no ano de 2010 foi de 52.350. Estes valores correspondem a um risco estimado de 54 casos novos a cada 100 mil homens (Ministério da Saúde 2009).

Segundo o IBGE (2003), no Brasil, um número muito expressivo de cidadãos relata ter alguma religião (92,6% de sua população), sendo 73,8% composto por católicos e 15,4% por evangélicos. O Censo questiona se o entrevistado tem alguma religião e qual, porém não considera a presença de mais de uma religião (se esta for citada).

O Instituto Datafolha (2007), importante Instituto de Pesquisas do Grupo Folha, explorou questões religiosas no Brasil por meio de entrevistas com 5700 pessoas de 236 diferentes municípios brasileiros e publicou o “Dossiê Religião”, com os seguintes resultados, dentre outros:

- a. Em relação às crenças: 97% dos entrevistados dizem acreditar totalmente na existência de Deus; 87% crêem na existência de

- milagres; e 49% afirmam ter um santo de devoção;
- b. Relacionado ao comportamento religioso: 90% dos entrevistados declaram ir a igrejas, cultos ou serviços religiosos e 17% costumam frequentar serviços religiosos de mais de uma religião; 94% têm o costume de rezar ou orar e 70% referem fazê-lo diariamente;
 - c. Dos que declararam não ter religião ou serem ateus, 30% dizem ir à igreja, a cultos ou serviços religiosos.

Mesmo sendo o Brasil uma nação altamente religiosa e com alta incidência de neoplasias em sua população, o estudo da relação da espiritualidade/religiosidade em pacientes oncológicos ainda é muito escassa e apresenta limitada produção científica (MOREIRA-ALMEIDA 2007; FERNANDES 2008).

Poucos trabalhos relacionados à religiosidade e à espiritualidade em pacientes brasileiros com câncer foram publicados. Um deles, estudo etnográfico, afirma que a religião pode influenciar a sobrevivência dos pacientes oncológicos fornecendo-os uma “expectativa por uma segunda chance”, sendo provavelmente a religião importante parte das redes de apoio social (AQUINO e ZAGO 2007).

Outra pesquisa em população brasileira identificou que aparentemente a religiosidade configurou-se como fator protetor em relação à depressão em mulheres com neoplasia de mama, no período pós-cirúrgico (GONÇALVES et al. 2005).

GUERRERO et al. (2011) em estudo qualitativo com 14 pacientes com câncer que estavam realizando quimioterapia no estado de São Paulo

(Brasil), e identificaram que esses pacientes utilizaram a espiritualidade como forma de enfrentamento da doença, na tentativa de obter amenização do sofrimento e maior esperança de cura. As autoras concluíram que “o câncer amedronta e a espiritualidade renova” e realçam a importância do reconhecimento deste tema como estratégia para o planejamento da assistência ao paciente com câncer.

3.2.3 Espiritualidade, religiosidade e câncer de mama

GIBSON e HENDRICKS (2006) realizaram revisão integrativa de literatura sobre espiritualidade em afro-americanas sobreviventes de câncer de mama. Nos sete trabalhos revisados, foram identificados quatro focos denominados como “domínios ou dimensões espirituais”, abaixo relacionados:

- a. “Cuidado”: as pacientes sentiam necessidade de cuidar dos outros e de serem cuidadas;
- b. “Crença, fé e cura”: a crença espiritual ajudou essas pacientes a administrar escolhas, a confiar na equipe médica e a motivá-las ao tratamento; a fé ajudou-as a enfrentar a doença e o tratamento e sobreviver; e em relação à cura, as pacientes entendiam que Deus estava no controle desse processo, enviando-as no tempo certo para o tratamento. As pacientes apresentavam a sensação de proximidade com Deus;
- c. “Coping”: a espiritualidade trouxe força para as mulheres apresentarem melhor enfrentamento da doença e tomarem decisões

mediante ao tratamento;

- d. “Apoio social”: a crença espiritual auxiliou-as a obter apoio social por meio das relações com Deus e com a comunidade.

Os autores desta revisão observaram que estas foram perspectivas, sobretudo de uma visão judaico-cristã e concluíram que a espiritualidade é formada multidimensionalmente.

Em estudo qualitativo e longitudinal com 10 pacientes recentemente diagnosticadas com câncer de mama, que descreveu a experiência de restauração e manutenção do equilíbrio espiritual em mulheres, foi concluído que a resolução do desequilíbrio espiritual para essas mulheres significa restaurar um senso de conexão delas consigo mesmas, com os outros, e/ou com um poder superior (COWARD e KAHN 2004).

Para COWARD e KAHN (2004), o diagnóstico inicial de câncer de mama que estiver associado ao desequilíbrio espiritual pode ser tão problemático como os efeitos físicos da doença e seu tratamento. Conexões com Deus e com pessoas que puderam apoiá-las (ex.: comunidades religiosas) ajudaram a superar o medo e a solidão, aumentaram a confiança das mulheres em suas capacidades de afastarem a reincidência da doença, assim como também auxiliaram as pacientes a realizar adaptações relacionadas à atividade física, nutrição e redução do estresse.

Um estudo qualitativo com 18 mulheres afro-descendentes e cristãs descreveu o papel da espiritualidade nas diferentes fases do câncer de mama (SIMON et al. 2007). Como achado de pesquisa, a espiritualidade foi componente predominantemente fundamental no processo de

enfrentamento, aceitação da doença e na sobrevivência. As mulheres indicaram o quanto era importante o apoio espiritual de familiares e profissionais de saúde para ajudá-las a lidar com essa experiência. Os autores sugerem exploração mais aprofundada da espiritualidade e da religiosidade nessa população.

Uma pesquisa qualitativa, que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados com 50 mulheres com câncer de mama (CHOUMANOVA et al. 2006), identificou que a religião e a espiritualidade eram vistas como fontes primárias de enfrentamento da doença e que estavam refletidas no suporte social fornecido pela “comunidade de fé”, assim como na dependência de Deus para “guiá-las em sua doença”.

Metade das entrevistadas relatou que após o diagnóstico, houve aumento da presença da religiosidade e espiritualidade em suas vidas, e aumento da fé em Deus. Quase todas acreditam que a fé espiritual poderia ajudar outras pacientes nas mesmas situações a se recuperarem (CHOUMANOVA et al. 2006).

SCHNEIDER (2007) realizou estudo qualitativo baseado no recurso fenomenológico, com 16 pessoas (pacientes e cuidadores) e identificou que mulheres com câncer de mama relataram utilizar a crença espiritual como um dos métodos de *coping* para sua doença. As pacientes atribuíram grande valor para suas crenças espirituais, porém suas famílias, não.

MORGAN et al. (2006) avaliaram o bem-estar espiritual, o *coping* religioso e qualidade de vida durante o tratamento de 11 pacientes americanas afro-descendentes com câncer de mama, por meio dos

instrumentos *Brief RCOPE* e *Spiritual Well-Being Scale*. Identificaram que pacientes usaram mais o *coping* religioso positivo do que negativo; além de constatarem relações positivas significativas estatisticamente entre bem-estar espiritual e qualidade de vida.

Mediante estudo quantitativo transversal, MANNING-WALSH (2005) aplicou o instrumento FACIT-Sp em 100 mulheres com câncer de mama e identificou relação inversamente significativa entre sintomas de angústia (do inglês *distress*) e bem-estar espiritual.

MERAVIGLIA (2006) aplicou os instrumentos *Adapted Prayer Scale* (APS) e *Life Attitude Profile-Revised* (LAP-R) em 84 mulheres com câncer de mama. Os resultados indicaram que o significado na vida mediou o impacto do câncer no bem-estar físico e no bem-estar psicológico.

ROMERO et al. (2006) avaliaram autoperdão, espiritualidade e ajuste psicológico em 81 pacientes em tratamento para câncer de mama. Obteve-se que o autoperdão e a espiritualidade foram preditores de menores distúrbios de humor e de melhor qualidade de vida. Os autores afirmam que intervenções com essas características poderiam melhorar a qualidade de vida e aliviar o estresse nessa população.

Em estudo transversal com 117 latinas com câncer de mama foram aplicados os instrumentos *Systems of Belief Inventory - 15 Revised* (SBI-15R) e o *Functional Assessment of Cancer Therapy – General* (FACT-G). Foram identificados elevados níveis de religiosidade e espiritualidade nessa população e que esses dados estavam relacionados positivamente às dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde (bem-estar social,

bem-estar funcional e relação médico-paciente) (WILDES et al. 2009).

KA'OPUA (2008), em trabalho de promoção para o *screening* de câncer de mama em 60 mulheres de igrejas havaianas, detectou que esse rastreamento pode ser facilitado por intermédio da inclusão de mensagens nas igrejas que possam encorajar a prevenção e o tratamento de saúde dos fieis, do reforço de líderes espirituais em relação ao tratamento da doença e de oportunidades nas quais possam haver declarações de testemunhos de sobreviventes do câncer.

Níveis elevados de religiosidade estavam relacionados com baixa prevalência de depressão, idade avançada, baixo nível educacional, desemprego e maior número de filhos, em pesquisa realizada com 115 mulheres croatas com câncer de mama (AUKST-MARGETIĆ et al. 2005).

GULLATTE et al. (2010) estudaram a influência da espiritualidade e da religiosidade na “demora” (do inglês, *delay*) para realizar o diagnóstico de câncer de mama em 119 afro-americanas que haviam percebido por si só algum sintoma da doença. Identificaram que as mulheres que comunicaram a outras pessoas que estavam com alterações na mama demoraram menos tempo para procurar atendimento médico, ao passo que as que confiaram “somente a Deus” sobre seus sintomas, assim como as solteiras e as de menor grau de escolaridade, demoraram mais para procurar auxílio médico, ficando mais propensas a realizarem diagnóstico mais tardio.

Estudo quantitativo com 112 mulheres com câncer de mama metastático examinou relações entre espiritualidade e funções imunes (SEPHTON et al. 2005). Houve significativa e positiva relação entre taxa da

importância da expressão espiritual e a frequência da ida a encontros religiosos. Foram encontradas maiores quantidades de leucócitos e contagem total de linfócitos nas pacientes que manifestaram maior expressão espiritual.

Em um grupo de 202 mulheres com câncer de mama, foi comparado o momento peri-cirurgia de mama com um ano anterior, em relação a crenças e práticas religiosas e espirituais referidas. Identificou-se que os níveis de: crença em Deus, força da fé, prática particular religiosa/espiritual tiveram aumento estatisticamente significativo no momento peri-cirurgia. Já nos níveis de religiosidade/espiritualidade declarados e práticas públicas de religiosidade/espiritualidade não houve mudança significativa (THUNE'-BOYLE et al. 2011).

3.2.4 Espiritualidade, religiosidade e câncer de próstata

BOWIE (1999) em pesquisa qualitativa, com metodologia de Grupos Focais, avaliou a influência da religiosidade e espiritualidade na qualidade de vida de 39 homens em tratamento para câncer de próstata. Para a maioria dos entrevistados a crença em Deus e a comunhão com sua comunidade cristã eram fontes fundamentais para o enfrentamento da doença.

Nesse mesmo estudo, dos que indicaram mudança comportamental em relação à fé e a crenças posteriormente ao diagnóstico, a maioria referiu que essas aumentaram. Apesar disso, a maior parte dos entrevistados não acreditava que os médicos precisassem tocar em assuntos espirituais durante o tratamento para o câncer (BOWIE 1999).

Ainda utilizando a metodologia de Grupos Focais, outro estudo com 38 pacientes com câncer de próstata realizado por BOWIE et al. (2004) explorou a religiosidade como fator de *coping* nos pacientes. Dados indicaram elevado grau de religiosidade na população e relatos da maioria dos participantes sobre a doença ter influenciado-os a buscar apoio em suas comunidades religiosas. Os pacientes afro-descendentes tiveram maiores níveis de religiosidade do que os brancos em relação à frequência à igreja, qualidade de vida espiritual e à importância dada a Deus no tratamento e na recuperação.

GALL (2004), por meio de estudo quantitativo, explorou o papel do relacionamento com Deus na qualidade de vida de 34 homens com câncer de próstata, com o auxílio do instrumento *God Image Scale* (GIS). Para os homens entrevistados, existe uma relação de benevolência e carinho com Deus, pois este desempenha papel de conforto e guia, inclusive atribuem sua doença ao "amor de Deus" ou como "propósito de Deus". A religiosidade e a espiritualidade pareceram desenvolver importante papel na qualidade de vida desses pacientes.

Um estudo longitudinal que comparou 254 pacientes com câncer de próstata localizado e 238 homens sem a doença, de mesma etnia e idade, identificou maior frequência de experiências espirituais diárias nos homens com câncer. Os pacientes que apresentaram mais sintomas e maior preocupação relacionados à doença relataram aumento de religiosidade e espiritualidade após o diagnóstico (HAMRICK e DIEFENBACH 2006).

Em estudo com 11 pacientes com câncer de próstata submetidos à

prostatectomia radical, WALTON e SULLIVAN (2004) utilizaram a Teoria Fundamentada nos Dados a fim de descrever o significado da espiritualidade para esses pacientes, e como essa questão influencia no tratamento. Como resultado, o processo de enfrentamento da doença ocorreu em quatro fases: lidar com a doença, escolher a terapia, confiar no tratamento e viver a cada dia. A espiritualidade esteve permeada em cada uma dessas fases e com a experiência total com a doença.

Estudo qualitativo longitudinal que utilizou a metodologia de Grupos Focais com 29 pacientes (WHITE e VERHOEF 2006) explorou o papel da espiritualidade em homens com câncer de próstata que estavam fazendo uso de Medicina Complementar ou Alternativa. A maioria dos participantes referiu ter, após o diagnóstico, intensificado a busca pelo uso de práticas espirituais (cerimônias espirituais, curas indígenas, oração, meditação e uso de imagens espirituais). A presença da doença pareceu influenciar a espiritualidade dos pacientes, reforçando os seus laços com uma comunidade espiritual, aumentando o sentimento de gratidão à vida e melhorando relações interpessoais.

NELSON et al. (2009) avaliaram 367 homens com câncer de próstata nos EUA e identificaram forte relação entre religiosidade e espiritualidade nessa população, além de relação inversa entre espiritualidade e depressão. Foram utilizados os instrumentos *Age Universal I-E Scale-12* e FACIT-Sp. Para os autores, o sentimento de significado e paz é o principal componente que pode auxiliar na redução da depressão nesses pacientes.

JONES et al. (2007) examinaram 14 afro-americanos com câncer de

próstata em relação a atitudes e crenças culturais, e ao uso de terapias alternativas e complementares (CAM). Identificaram que durante o tratamento oncológico, a oração foi a modalidade de CAM mais utilizada como enfrentamento da doença (em 100% dos pacientes); todos os entrevistados achavam “importante ter fé em Deus”, e que Este “atuava por intermédio dos profissionais de saúde”. Nesse estudo, pacientes relataram que não declinariam ao procedimento médico em favor da religiosidade.

3.2.5 Espiritualidade, religiosidade e profissionais de saúde

KOENIG (2005a) aponta cinco motivos pelos quais médicos deveriam incluir a espiritualidade no tratamento de seus pacientes, descritos a seguir:

1. Muitos pacientes são religiosos e suas crenças ajudam a lidar com aspectos de suas vidas;
2. Crenças religiosas podem influenciar decisões médicas;
3. Crenças e atividades religiosas estão relacionadas com boa qualidade de vida;
4. Muitos pacientes gostariam que suas necessidades espirituais fossem comentadas com os médicos;
5. A relação entre medicina, religião e saúde é histórica.

Para TAYLOR (2006), especialmente os enfermeiros de cuidados paliativos tem extrema importância na avaliação e condução do cuidado espiritual. Para a autora, quando não for possível realizar o cuidado espiritual por esse profissional, há ainda a possibilidade de referência a um especialista, clérigo ou capelão.

MCEWAN (2004) afirma, em relação aos enfermeiros, que estes tem condições de auxiliar nas necessidades espirituais/religiosas dos pacientes sem serem profissionais religiosos.

PESTANA et al. (2007) acreditam que devem ser seriamente considerados e aplicados, pelos profissionais de saúde, recursos que abordem aspectos espirituais dos pacientes oncológicos em quimioterapia, a fim de encorajar a cura, o ajustamento psicológico e uma melhor qualidade de vida para esses doentes.

Segundo SULMASY (1997), o papel do profissional de saúde que trata dos aspectos espirituais de seus pacientes não é solucionar os problemas espirituais deles e sim “empenhar-se em promover um ambiente onde a espiritualidade humana possa florescer” e, quando possível, “onde a cura possa tomar lugar”.

Para CHAVES et al. (2010), avaliação e intervenção espiritual fazem parte do cuidado holístico ao paciente. Os autores sugerem que os profissionais enfermeiros devam compreender o significado da espiritualidade para o paciente, e com base nisso, entender como essa pode ser afetada em situações de doença.

Em pesquisa com 30 enfermeiros da cidade de São Paulo, 83% consideraram importante oferecer assistência espiritual ao paciente internado, sendo a justificativa de 40% destes “para proporcionar bem-estar e conforto” ao doente. Apesar disso, 67% dos entrevistados referiram não ter recebido formação profissional para tal no curso de Graduação e 93% não a receberam durante o curso de Pós-Graduação (PEDRÃO e BERESIN 2010).

Esses pesquisadores sugerem que cursos de formação profissional e/ou de educação continuada da Enfermagem ampliem a reflexão e a discussão sobre esse tema.

Segundo PUCHALSKI (2005), a medicina ocidental é baseada no modelo do que “deve ser corrigido”, no qual não há espaço para incertezas. No entanto, para a autora, o sofrimento espiritual que pode ser causado pelo câncer, tem “tudo sobre incertezas”. A autora reflete que a aceitação da incerteza é o que poderia levar a um processo de cura que não necessariamente recuperaria a saúde, mas que poderia ir além, buscando um sentido na vida.

Para PUCHALSKI (2005), tratar de questões espirituais com os pacientes é responsabilidade de toda a equipe de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas etc.). Deve-se também reconhecer que há pessoas treinadas para prestar cuidados espirituais (ex.: capelães, conselheiros pastorais, membros do clero), que são *experts* no assunto e a quem podemos referir-nos caso os pacientes necessitem de um aconselhamento espiritual mais profundo. Dessa forma, não é obrigatoriamente necessário que o profissional de saúde seja capelão.

KOENIG (2005b) concorda que caso o médico não consiga atender às necessidades espirituais de seus pacientes, deve encaminhá-lo ao pastor ou capelão. Segundo autor, o profissional de saúde não deve se sentir culpado caso não se sinta confortável em tratar desse assunto com o paciente ou não tenha tempo para tal.

A capelania hospitalar é uma prestação de serviço religioso

ministrado por capelães a pessoas vinculadas a entidades hospitalares públicas e privadas e a estabelecimentos prisionais civis e militares. Este serviço está regulamentado no Brasil pela Lei no 9.982 (2000), assim dispondo:

“Art. 1º Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

Art. 2º Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no art.1º deverão: em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não por em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional”.

Para PANZINI e BANDEIRA (2007), a avaliação espiritual do paciente por meio de instrumentos específicos já desenvolvidos e o planejamento de intervenções psicoespirituais podem auxiliar na saúde e na qualidade de vida da população, reduzindo possíveis custos de intervenção em termos de saúde pública.

KOENIG (2005a) afirma que a confiança é o item de maior importância na relação médico-paciente. Caso o médico apoie as crenças

espirituais do paciente, isso pode fortalecê-las e facilitar a confiança neste profissional e na terapia indicada. Ao serem discutidos os aspectos religiosos dos pacientes, demonstra-se interesse em entender parte importante da vida pessoal do doente.

Para GIBSON e HENDRICKS (2006), o enfermeiro que deseja prover cuidado culturalmente ajustado às pacientes com câncer de mama deve primeiramente reconhecer a necessidade espiritual da paciente e posteriormente encorajá-la a trazer ao seu cotidiano comportamentos relacionados à espiritualidade que possam favorecer sua capacidade de lidar com a doença.

CHOUMANOVA et al. (2006) afirma que profissionais de saúde deveriam estar atentos aos papéis desenvolvidos pela religiosidade e espiritualidade em mulheres com câncer de mama já que estas foram identificadas como fontes primárias de enfrentamento da doença nessa população.

MORGAN et al. (2006) sugerem que enfermeiros poderiam incorporar suporte religioso e espiritual no cuidado de mulheres negras com câncer de mama. MERAVIGLIA (2006) considera que enfermeiros oncologistas estão em posição favorável para proporcionar conforto espiritual às pacientes durante o diagnóstico e tratamento de câncer de mama, incentivando-as a explorar aspectos de espiritualidade que possam ser importantes para elas.

GALL (2004) declara que, em pacientes com câncer de próstata, a presença de suporte para uma relação positiva de pacientes com Deus possa ajudá-los a ter uma visão positiva de sua doença e serem

emocionalmente mais saudáveis.

WALTON e SULLIVAN (2004) sugeriram que enfermeiros que proporcionam cuidados a seus pacientes de forma holística possam incluir em sua prática clínica a abordagem da espiritualidade.

Ao referirem-se a terapias alternativas e complementares (CAM), os autores WHITE e VERHOEF (2006) indicam que as crenças e práticas espirituais podem desempenhar um papel importante na formação de opções de tratamento para pacientes. JONES et al. (2007) afirmam que o profissional de saúde deve estar atento às CAM utilizadas pelos pacientes, pois por intermédio de algumas delas, as crenças em relação à espiritualidade e à religiosidade podem ser utilizadas em intervenções relacionadas à saúde.

Apesar disso, para KOENIG (2005b), há também pontos negativos que podem aparecer durante a abordagem de aspectos religiosos/espirituais dos pacientes, descritos a seguir:

1. Ofensa por uma das partes caso haja divergência de crenças;
2. Ofensa por parte dos familiares que podem ter crenças e não apoiar o encorajamento espiritual;
3. Preocupação por parte do doente que possa sentir-se não religioso suficientemente;
4. Ansiedade por parte do paciente ao ser tratado o assunto quando foi constatada doença grave;
5. Passagem de mensagem não intencional como: estar perto da morte e que nada mais pode ser feito;

6. Profissional não estar preparado para lidar com essas questões ou não ter tempo para comentá-las.

Segundo o autor KOENIG (2005b) não há pesquisas que avaliem em qual frequência essas consequências negativas ocorreram, porém com a prática clínica e outros estudos poderia acreditar-se que as consequências positivas superam muito as negativas em frequência e em impacto.

CASUÍSTICA E MÉTODO

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa.

4.2 CASUÍSTICA

Foi utilizada uma amostra não probabilística, de conveniência. A população do estudo incluiu os pacientes com a neoplasia mais incidente em cada sexo, exceto tumores de pele não melanoma, ou seja, câncer de mama feminino e câncer próstata, matriculados no Núcleo de Mastologia e no Núcleo de Urologia do Hospital A.C. Camargo. Ambas as doenças localizadas e com estadiamento entre T1 a T3 conforme Classificação Tumor, Linfonodo e Metástase (TNM) (SOBIN e WITTEKIND 2004a e b).

Não foram incluídos pacientes com doença avançada, pois a literatura disponível já aponta que em pacientes com câncer neste estágio a busca por religiosidade e espiritualidade são importantes fatores no auxílio aos pacientes para lidarem melhor com suas doenças (ACKLIN et al. 1983; FIFE 1994; ALCORN et al. 2010; DELGADO-GUAY et al. 2011).

4.2.1 Critérios de inclusão

A Grupo de Pacientes

Foram incluídos pacientes com câncer de próstata matriculados no Núcleo de Urologia e pacientes com câncer de mama matriculadas no Núcleo de Mastologia do Hospital A.C. Camargo, que atenderam os seguintes critérios:

- Ter realizado diagnóstico há, pelo menos, três meses, sem tempo limite máximo após o diagnóstico.
- Ter doença localizada e estadiamento entre T1 e T3 conforme Classificação TNM (SOBIN e WITTEKIND 2004a e b).
- Não ter apresentado recidiva de doença.
- Não ter apresentado mais de um tipo de tumor primário.
- Ter idade igual ou maior a 18 anos.
- Ter recebido explicação acerca dos objetivos da pesquisa, verbalizado entendimento e concordância com os itens constantes no termo de consentimento informado (Apêndice 1), assinando-o posteriormente.

B Grupo-controle

Foram incluídos indivíduos pareados por sexo e por idade com o grupo de pacientes, e que atenderam os seguintes critérios:

- Ser participante das campanhas de prevenção de câncer realizadas pelo Hospital A.C. Camargo, as quais são pessoas da comunidade que são convidadas a vir ao hospital para realizar exames e consultas

médicas para rastreamento de câncer e não são funcionários dessa instituição.

- Não ter apresentado câncer previamente.
- Ter idade igual ou maior a 18 anos.
- Ter recebido explicação acerca dos objetivos da pesquisa, verbalizado entendimento e concordância com os itens constantes no termo de consentimento informado (Apêndice 3), assinando-o posteriormente.

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes e controles que não apresentavam condições clínicas ou de compreensão para responder aos instrumentos* ou sujeitos cujos questionários apresentassem mais de 20% das questões sem resposta.

*Salientamos que a avaliação das condições clínicas ou de compreensão foi realizada de forma empírica pelos pesquisadores, sem aplicação de testes ou questionários específicos.

4.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

No estudo original de desenvolvimento do *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp), PETERMAN et al. (2002) avaliaram o bem-estar espiritual em pacientes com câncer. Baseado no coeficiente de correlação desse estudo ($r = 0,40$), considerando erro tipo I de 5% e poder estatístico de 80%, estimou-se que seriam necessários 75

pacientes em cada grupo a ser pesquisado: mulheres com câncer de mama, homens com câncer de próstata, e controle das mulheres e dos homens.

4.4 MÉTODO

4.4.1 Recrutamento dos sujeitos de pesquisa

A Grupo de pacientes

Mediante agendas diárias dos ambulatórios do Núcleo de Urologia e do Núcleo de Mastologia do Hospital A.C. Camargo, foram identificados os pacientes elegíveis ao estudo.

Os que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Foi explicado que receberiam um questionário e que este poderia levar, em média, 15 minutos do tempo do paciente para ser respondido.

Para aqueles que manifestaram interesse em participar da pesquisa, foram explicados os objetivos da mesma e os itens do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). A concordância na participação foi atestada pela assinatura do paciente.

A coleta de dados foi realizada em um único momento, mediante entrevista em local privativo antes ou após consulta com os profissionais do ambulatório. Foram oferecidos os questionários a serem preenchidos, na seguinte ordem:

- Instrumento de coleta de dados (Apêndice 2).

- Instrumento *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) para avaliar o bem-estar espiritual (Anexo 1).
- Instrumento Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) para avaliar religiosidade (Anexo 3).

Alguns dados relativos à avaliação das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes foram coletados pelos pesquisadores tomando com base o prontuário do paciente.

B Grupo-controle

Nos dias da campanha de prevenção de câncer foram identificados os sujeitos de pesquisa elegíveis ao estudo. Os que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do mesmo. Foi explicado que receberiam um questionário o que poderia levar, em média, 15 minutos do tempo do entrevistado para ser respondido.

Para aqueles que manifestaram interesse em participar da pesquisa, foram explicados os objetivos da mesma e os itens do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). A concordância na participação foi atestada pela assinatura do paciente. A coleta de dados foi realizada em um único momento, mediante entrevista em local privativo antes ou após consulta com os profissionais do ambulatório. Foram oferecidos os questionários a serem preenchidos, na seguinte ordem:

- Instrumento de coleta de dados (Apêndice 4).

- Subescala de bem-estar espiritual, adaptada para a população sem doença oncológica, do Instrumento *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) para avaliar o bem-estar espiritual (Anexo 2).
- Instrumento Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) para avaliar religiosidade (Anexo 3).

4.4.2 Instrumentos utilizados

A Instrumento de coleta de dados

Para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos, foi elaborado o Instrumento de coleta de dados, diferenciado para o grupo de pacientes (Apêndice 2) e para os controles (Apêndice 4). A maioria das questões atendia aos dois grupos, as que foram aplicadas de forma distinta nos grupos, estão descritas a seguir. As questões compreendem os seguintes dados:

I Dados Sociodemográficos

- Sexo: masculino, feminino;
- Data de nascimento;
- Estado Civil: solteiro, casado/união estável, separado, viúvo;
- Escolaridade: analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, ensino profissionalizante, ensino superior, pós-graduação (Ministério da Educação e Cultura 1996);
- Profissão/Ocupação;

- Situação de Trabalho: empregado, desempregado, aposentado, dona de casa, estudante, licença saúde;
- Religião referida: nenhuma, ateu, evangélico, católico, espírita, umbanda, candomblé, outra;
- Prática da religião: praticante ou não praticante;
- Classificação Econômica Brasil, que estima o poder de compra de pessoas e famílias urbanas (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP 2010). Os dados coletados a partir desse questionário estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Sistema de pontos para cálculo de cortes de classificação econômica do Critério Brasil.

Posse de itens	Não	Possui (quantidade)			
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho	0	1	1	1	1
Grau de Instrução do chefe de família				Pontos	
Analfabeto / Primário incompleto				0	
Primário completo / Ginásial incompleto				1	
Ginásial completo / Colegial incompleto				2	
Ginásial completo / Superior incompleto				3	
Superior completo				5	

Fonte: ABEP 2010.

A partir dos escores alcançados a partir do Quadro 1, os sujeitos de pesquisa podem ser classificados em sete classes, conforme indicado no Quadro 2:

Quadro 2 - Sistema de pontos para definição de classificação econômica do Critério Brasil.

Classe	Pontos
A1	30-34
A2	25-29
B1	21-24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5

Fonte: ABEP 2010

II Dados clínicos

- Comorbidades, por meio do critério *Adult Comorbidity Evaluation Index* (ACE-27). Segundo PICCIRILLO et al. (2004), essa é uma metodologia para avaliação de comorbidades em pacientes oncológicos e abrange os seguintes itens: infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias, hipertensão, doença vascular periférica, no fígado, estômago ou intestino, renal, diabetes mellitus, adrenal, psiquiátrica, cerebrovascular, neurológica, dos tecidos conectivos, abuso de álcool ou drogas, e obesidade.

Somente para pacientes com câncer

As questões que foram aplicadas somente aos pacientes com câncer estão decritos a seguir:

- Data do diagnóstico.
- Estadiamento ao diagnóstico.
- Tratamentos realizados: quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, cirurgia.

III Dados relacionados à espiritualidade e religiosidade

A fim de complementar este estudo foi realizada uma adaptação de questões dicotômicas previamente aplicadas em pacientes oncológicos de outros países em diferentes estudos (KING e BUSCHWICK 1994; MACLEAN et al. 2003; BALBONI et al. 2008; PEARCE et al. 2011) (Apêndice 2 - Item III).

Por meio dessas questões buscou-se identificar se a abordagem dos assuntos espirituais/religiosos tem ocorrido na prática clínica dos profissionais de saúde com os pacientes oncológicos e quais são as opiniões dos doentes em relação a estes temas, os quais poderiam ser alvo de discussão e atuação dos profissionais. O questionário é composto pelas seguintes questões fechadas, as quais tem as respostas “sim” e “não” como possíveis:

1. Algum profissional de saúde (médico, enfermeiro) que atendeu o(a) sr(a) conversou a respeito das suas crenças espirituais ou religiosas?

2. Caso não tenha conversado, o(a) sr(a) gostaria que essa conversa tivesse acontecido?
3. O(a) sr(a) acha importante que o profissional de saúde se interesse pelos assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes?

Pensando que o cuidado espiritual/religioso pode ser qualquer ajuda ou intervenção do profissional de saúde (médico, enfermeiro) no paciente, como: uma oração; uma reza; uma intercessão junto a Deus, a uma força superior, a santos; uma palavra de conforto espiritual, uma leitura de texto religioso, dentre muitas outras intervenções que o(a) sr(a) possa lembrar, responda:

4. O(a) sr(a) já recebeu algum cuidado espiritual/religioso de algum profissional de saúde durante o seu tratamento para o câncer?
5. O(a) sr(a) gostaria de receber algum cuidado espiritual/religioso do profissional de saúde durante os próximos passos de seu tratamento?
6. Em algum momento do seu tratamento o(a) sr(a) acha que se o(a) sr(a) tivesse recebido um cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde, o(a) sr(a) teria se sentido melhor, mais confiante ou mais disposto para o tratamento?

B Instrumento de avaliação do bem-estar espiritual

Para avaliação do bem-estar espiritual foi utilizado o instrumento *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) — versão língua portuguesa — (PETERMAN et al. 2002) para

pacientes com câncer (Anexo 1) e também sua versão adaptada para o grupo-controle (Anexo 2).

Após solicitação de autorização (Anexo 4) para o emprego do instrumento FACIT-Sp - versão em língua portuguesa - neste estudo, o mesmo foi autorizado (Anexo 5) pela organização norte-americana *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT). Além disso, autorizou a adaptação da subescala de bem-estar espiritual para indivíduos sem câncer (Anexos 6 e 7).

O Sistema de Medidas FACIT é uma série de questionários de qualidade de vida relacionada à saúde, com alvo na administração em pacientes com doenças crônicas (WEBSTER et al. 2003). A sigla FACIT foi adotada como nome formal para o sistema de medidas em 1997 visando expandir o *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT) (em desenvolvimento desde 1987) para outras doenças e condições crônicas.

Esse sistema foi desenvolvido mediante contribuição de estudiosos de espiritualidade e religiosidade, pacientes oncológicos e psicoterapeutas (BREDLE et al. 2011). Tal fato assegura a inclusão de dados com importância clínica para pacientes e profissionais de saúde (WEBSTER et al. 2003).

O instrumento FACIT-Sp foi desenvolvido na década de 1990 para atender a necessidade de uma avaliação breve e ampla de bem-estar espiritual, com conteúdo que não fosse limitado a qualquer tradição religiosa ou espiritual (BREDLE et al. 2011). Segundo PETERMAN et al. (2002), ao examinar espiritualidade ao invés de religiosidade e práticas religiosas, o

pesquisador poderá investigar pessoas de diversas religiões, além das que se consideram espiritualizadas e não necessariamente religiosas.

O FACIT-Sp é um instrumento desenvolvido para mensurar a espiritualidade, apropriado para ser aplicado em pacientes com doenças crônicas, como o câncer, e destaca-se pela sua predominância na investigação da espiritualidade em pacientes oncológicos (BRADY et al. 1999). Em revisão de literatura (FERNANDES 2008), o FACIT-Sp foi identificado como o instrumento mais empregado nas pesquisas sobre espiritualidade e religiosidade em oncologia no período de 2000 a 2008. O Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos (NCI) recomenda a utilização desse instrumento para avaliar a espiritualidade na população com câncer (NCI 2008).

O *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (FACT-G) é o núcleo de todas as subescalas disponíveis do sistema FACIT, inclusive o FACIT-Sp. É constituído por 27 questões distribuídas em quatro subescalas: bem-estar físico, bem-estar social/familiar, bem-estar emocional e bem-estar funcional. O *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) é uma escala completa, que contém as quatro subescalas citadas anteriormente, acrescida da subescala de bem-estar espiritual, que consiste em 12 questões divididas em dois subdomínios: significado/paz e fé.

A subescala de bem-estar espiritual isoladamente com seus 12 itens, é denominada como FACIT-Sp-12. Para avaliação do bem-estar espiritual há

disponível também uma versão expandida, na qual 11 itens extras foram adicionados aos 12 originais.

O questionário FACIT-Sp foi submetido à tradução e adaptação transcultural para o português sob orientação da *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*. A análise psicométrica desta versão adaptada, foi realizada por PETERMAN et al. (2002), demonstrando validade de construto, de critério e confiabilidade satisfatórias.

Neste estudo, foi aplicado o questionário completo do FACIT-Sp, constituído pelo FACT-G e com 39 questões gerais divididas em quatro domínios de qualidade de vida (FACT-G) e um relacionado especificamente ao bem-estar espiritual (FACIT-Sp-12).

A subescala de bem-estar físico avalia sintomas físicos por meio de sete questões como: “Estou sem energia”, “Fico enjoado” ou “Tenho dores”; a subescala de bem-estar social/familiar avalia o apoio social e a comunicação, com sete questões como: “Recebo apoio emocional da minha família” ou “Estou satisfeito com a maneira que minha família fala sobre minha doença”.

A subescala de bem-estar emocional avalia o humor e a resposta emocional à doença, mediante seis questões como: “Sinto-me triste”, “Sinto-me nervoso” ou “Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença”; o bem-estar funcional avalia se o paciente é capaz ou tem prazer em participar de atividades normais do cotidiano, com sete questões como: “Sou capaz de trabalhar”, “Durmo bem”, “Estou satisfeito com a qualidade da minha vida neste momento”.

A subescala de bem-estar espiritual pode ser dividida em duas partes: Significado/Paz com oito questões, dentre elas: “Sinto-me em paz”, “Tenho uma razão para viver”, “Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo”; e Fé com quatro questões, dentre elas: “Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais”, “A minha doença tem fortalecido minha fé ou crenças espirituais”.

As respostas são dadas segundo uma decisão de concordância ou discordância por parte do paciente em relação à afirmação, por meio de uma escala tipo *Likert* com as seguintes opções: “Nem um Pouco”, “Um Pouco”, “Mais ou Menos”, “Muito” e “Muitíssimo”.

O cálculo dos escores finais de cada subescala do FACIT-Sp é realizado conforme orientações dadas pelo FACIT (Anexo 11), e quanto maior o escore, melhor o bem-estar apresentado.

O instrumento leva por volta de 10 minutos para ser preenchido e pode ser autoadministrado ou administrado com o auxílio do entrevistador (WEBSTER et al. 2003).

C Instrumento de avaliação da religiosidade

Foi utilizado para avaliação a religiosidade o instrumento Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) - versão em português (MOREIRA-ALMEIDA et al. 2008) (Anexo 3). A utilização desse instrumento foi autorizada pelos autores via correspondência pessoal (Anexos 8 e 9).

A versão em português do Instrumento *Duke Religious Index* (KOENIG et al. 1997b) foi desenvolvida em 2008 por (MOREIRA-ALMEIDA

et al. 2008) para contribuir com a pesquisa sobre religiosidade em países de língua portuguesa. Posteriormente, foi validado na população brasileira por LUCCHETTI et al. (2010) que aplicou este instrumento a 383 indivíduos de uma comunidade em São Paulo.

No estudo de validação do DUREL, o instrumento apresentou boa consistência interna - Alfa de Cronbach 0,733 (escala total) e 0,758 (subescala de religiosidade intrínseca). Em relação à validade discriminante, identificou-se sobreposição moderada entre as religiosidades organizacional, não organizacional, e intrínseca (Correlações de Spearman entre 0,36-0,46) (LUCCHETTI et al. 2010).

Os autores sugerem que essa versão em português possa ser bem aplicável no Brasil por ser um país majoritariamente cristão e pelo fato de o DUREL apresentar itens mais genéricos, provavelmente aplicáveis à maioria das religiões deste país. Está disponível em onze diferentes idiomas: português, espanhol, chinês, romeno, japonês, tailandês, persa/árabe, alemão, norueguês, holandês e dinamarquês.

O DUREL contém cinco itens, de rápida aplicação, que versa sobre as três dimensões de religiosidade que, segundo os autores do instrumento, mais se familiariza com assuntos relacionados à saúde:

- Religiosidade organizacional (RO) (primeira questão), que avalia o envolvimento do sujeito em atividades religiosas públicas;
- Religiosidade não organizacional (RNO) (segunda questão), a qual avalia a dedicação em atividades religiosas individuais;

- Religiosidade intrínseca (RI) (terceira, quarta e quinta questões), também chamada de subjetiva, pois avalia o grau de comprometimento ou motivação pessoal relacionados à religiosidade.

Segundo MOREIRA-ALMEIDA et al. (2008), as dimensões organizacional e não organizacional foram extraídos de estudos epidemiológicos dos Estados Unidos, os quais se encontraram relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social. A dimensão intrínseca é composta por três itens da escala de Religiosidade Intrínseca de Hoge que melhor se relacionam com a pontuação total nessa escala e com suporte social e desfechos em saúde (KOENIG et al. 1997b).

Nos resultados da DUREL, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os valores atribuídos a cada resposta não devem ser somados em um escore total (MOREIRA-ALMEIDA et al. 2008).

Para serem realizados os testes estatísticos com este instrumento, foi realizado agrupamento das possíveis respostas às questões em categorias menores, como descritas a seguir:

- Questão 1: As seis possíveis respostas foram agrupadas em duas categorias: a) mais de 1 vez por semana a 3 vezes por mês; e b) algumas vezes por ano a nunca;
- Questão 2: As seis possíveis respostas foram agrupadas em duas categorias: a) uma ou mais vezes ao dia; e b) mais de duas vezes por semana a nunca;

- Questão 3: As cinco possíveis respostas foram agrupadas em três categorias: a) totalmente verdade; b) em geral é verdade; c) não estou certo a não é verdade;
- Questão 4: As cinco possíveis respostas foram agrupadas em três categorias: a) totalmente verdade; b) em geral é verdade; c) não estou certo a não é verdade;
- Questão 5: As cinco possíveis respostas foram agrupadas em três categorias: a) totalmente verdade; b) em geral é verdade; c) não estou certo a não é verdade.

Posteriormente foi aplicado o teste do Qui-Quadrado de Pearson (BISQUERRA et al. 2004) foi aplicado entre os seguintes grupos para verificação de possível diferença estatística:

- Homens com câncer de próstata e mulheres com câncer de mama;
- Homens com câncer de próstata e grupo-controle de homens;
- Mulheres com câncer de mama e grupo-controle de mulheres;
- Grupo-controle de homens e grupo-controle de mulheres;
- Homens (pacientes e controles) e mulheres (pacientes e controles);
- Grupo de pacientes com câncer (de próstata e mama) e grupo-controle de homens e mulheres.

4.4.3 Estratégia de armazenagem e processamento de dados

A Banco de Dados

Foi criado um banco de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0. Os dados coletados foram inseridos e analisados periodicamente.

B Análise estatística

Os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes e controles foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos).

Foi avaliada a aderência das variáveis quantitativas à distribuição normal através do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov. Como a maioria dos dados não apresentou esta distribuição, foram utilizados testes não paramétricos.

Para análise da confiabilidade dos instrumentos de bem-estar espiritual e religiosidade foi realizada a análise da consistência interna de cada subescala, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach. A confiabilidade de um teste é a constância ou estabilidade dos resultados em que se apresentam os resultados, que proporcionam um instrumento de medida (BROWNER et al. 2003).

O Alfa de Cronbach pode variar de zero a um. Valor igual a zero indica ausência de consistência interna entre os itens e o valor igual a um, presença dessa consistência de 100%. Para comparação entre grupos, é recomendável que as escalas do instrumento possuam Alfa de cronbach

superior a 0,70, porém são também considerados satisfatórios índices superiores a 0,60 (STREINER e NORMAN 1995; MOSS et al. 1998).

A associação entre as variáveis categóricas de estudo foi realizada por intermédio do teste de associação do qui-quadrado e o valor de $p < 0,05$ foi utilizado como valor de significância estatística (BROWNER et al. 2003).

Mediante o teste estatístico de Kruskal Wallis foram comparadas as médias de escores obtidos nas subescalas do instrumento FACIT-Sp entre os quatro seguintes grupos: pacientes com câncer de mama, pacientes com câncer de próstata, grupo-controle masculino e grupo-controle feminino. O valor de $p < 0,05$ foi utilizado como valor de significância estatística (BISQUERRA et al. 2004).

As respostas ao instrumento DUREL foram descritas por meio de números absolutos e porcentagens para os quatro diferentes grupos. Posteriormente, as respostas foram reagrupadas em duas ou três categorias para serem realizados testes estatísticos e de associações entre as variáveis, considerando-se o teor das respostas e mantendo-se um mínimo de sujeitos em cada categoria. Foi utilizado o teste de associação pelo qui-quadrado de Pearson e considerando o nível de significância estatística $p < 0,05$ (BISQUERRA et al. 2004).

4.4.4 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido em 26 de abril de 2010 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital A.C. Camargo sob nº 1408/10 em 17 de agosto de 2010 (Anexo 10) e segundo as Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde - Resolução 196/96 (2003).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No período entre setembro de 2010 e junho de 2011 foram incluídos a este estudo 75 homens com câncer de próstata, 75 mulheres com câncer de mama, 75 homens sem câncer e 75 mulheres sem câncer, pareados por idade.

5.1.1 Dados sociodemográficos

As características sociodemográficas dos pacientes com câncer e dos controles serão descritas nas Tabelas 1, 2 e 3.

No grupo de pacientes, a média das idades dos homens com câncer de próstata foi de 64,2 anos; e das mulheres com câncer de mama foi de 54,6 anos. No grupo-controle, a média da idade dos homens foi de 58,7 anos, e das mulheres foi de 59,3 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Estatística descritiva da idade dos pacientes e controles. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média		Desvio Padrão		Mediana		Mín – Máx		p
		H*	M**	H	M	H	M	H	M	
Idade	Pacientes	64,2	54,6	7,4	11,8	64,5	54,2	48,1-78,9	31,9-83,7	0,711
	Controles	58,7	59,3	9,7	9,4	58,9	58,4	27,8-85,7	34,9-85,5	

*H – Homens. **M – Mulheres.

Em relação ao nível de escolaridade, no grupo de pacientes, a maior parte dos homens apresentava Ensino Médio/Profissionalizante (42,7%) e a maior parte das mulheres Ensino Superior/Pós-Graduação (48%). No grupo-controle grande parte apresentava o nível Ensino Fundamental (48% dos homens e 40% das mulheres) (Tabela 2).

Houve predomínio de pacientes casados ou em união estável no grupo de pacientes (94,7% dos homens e 62,6% das mulheres), assim como no grupo-controle (82,7% dos homens e 73,3% das mulheres) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes e controles segundo nível educacional e estado civil. São Paulo, 2011.

Variáveis	Categorias	Pacientes		Controle	
		Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
		N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
Nível Educacional	Não alfabetizado	- (-)	2 (2,6)	2 (2,6)	2 (2,6)
	Ensino Fundamental	14 (18,7)	7 (9,4)	36 (48,0)	30 (40,0)
	Ens. Médio/Profissionalizante	32 (42,7)	30 (40,0)	21 (28,0)	20 (26,7)
	Ens. Superior/Pós-graduação	29 (38,6)	36 (48,0)	16 (21,4)	23 (30,7)
Estado civil	Solteiro	- (-)	14 (18,7)	2 (2,6)	7 (9,4)
	Casado/União estável	71 (94,7)	47 (62,6)	62 (82,7)	55 (73,3)
	Separado	1 (1,3)	9 (12,0)	10 (13,4)	5 (6,7)
	Viúvo	3 (4,0)	5 (6,7)	1 (1,3)	8 (10,6)
Total		75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)

Em relação à situação de trabalho, dentre os pacientes, a maioria dos homens estava aposentada (61,3%) e as mulheres, na maior parte dos casos, estavam empregadas (45,3%). No grupo-controle, a maioria estava empregada (58,7% dos homens e 50,7% das mulheres) (Tabela 3).

A classificação social, de acordo com o Critério Brasil, para os pacientes avaliados neste estudo, demonstrou concentração nas classes B1 e B2 (54,7% dos homens e 65,3% das mulheres). No grupo-controle, 57,4% dos homens estavam alocados nas classes C e D, e 54,0% das mulheres na classe B1/B2 (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes e controles segundo situação de trabalho e classificação social (Critério Brasil). São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Pacientes		Controle	
		Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
		N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
Situação de Trabalho	Empregado	23 (30,7)	34 (45,3)	44 (58,7)	38 (50,7)
	Aposentado	46 (61,3)	15 (20,0)	27 (36,0)	22 (29,3)
	Dona de casa	- (-)	17 (22,7)	- (-)	11 (14,7)
	Licença saúde	2 (2,7)	7 (9,3)	- (-)	1 (1,3)
	Desempregado	4 (5,3)	2 (2,7)	4 (5,3)	2 (2,7)
	Estudante	- (-)	- (-)	- (-)	1 (1,3)
Classificação social	Classe A1/A2	16 (22,6)	12 (16,0)	3 (4,0)	5 (6,7)
	Classe B1/B2	18 (54,7)	24 (65,3)	10 (38,6)	15 (54,0)
	Classe C/D	15 (22,7)	12 (19,7)	38 (57,4)	31 (49,3)
	Classe E	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Total		75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)

Em relação à religião, a maioria dos pacientes referiu ser católico (64% dos homens e 53,3% das mulheres). No grupo-controle, a maior parte também se considerou católica (65,3% dos homens e 45,3% das mulheres). A maioria declarou ser praticante da religião que referiram, porém as mulheres em maior percentual, tanto no grupo de pacientes (71,2%) quanto no grupo-controle (75,7% das mulheres) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes e controles segundo religião referida e prática religiosa. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Pacientes		Controle	
		Homens N. (%)	Mulheres N. (%)	Homens N. (%)	Mulheres N. (%)
Religião	Católica	48 (64,0)	40 (53,3)	49 (65,3)	34 (45,3)
	Evangélica	9 (12,0)	17 (22,7)	15 (20,0)	14 (18,7)
	Espírita	11 (14,7)	10 (13,3)	7 (9,3)	19 (25,3)
	Outras	3 (4,0)	6 (8,0)	2 (2,7)	7 (9,4)
	Ateu	1 (1,3)	- (-)	- (-)	- (-)
	Nenhuma	3 (4,0)	2 (2,7)	2 (2,7)	1 (1,3)
	Total	75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)
Prática religiosa	Praticante	41 (57,7)	52 (71,2)	42 (57,5)	56 (75,7)
	Não praticante	30 (42,3)	21 (28,8)	31 (42,5)	18 (24,3)
	Total*	71 (100,0)	73 (100,0)	73 (100,0)	74 (100,0)

*Total de indivíduos que referiram ter alguma religião (excluídos os ateus os que declararam não ter religião).

Em relação à prática religiosa, no grupo dos 88 pacientes da religião católica, 40 eram não praticantes (45,4%). Dos 26 pacientes que referiram seguir a religião evangélica, somente 3 declararam ser não praticantes (15,8%) (Figura 1).

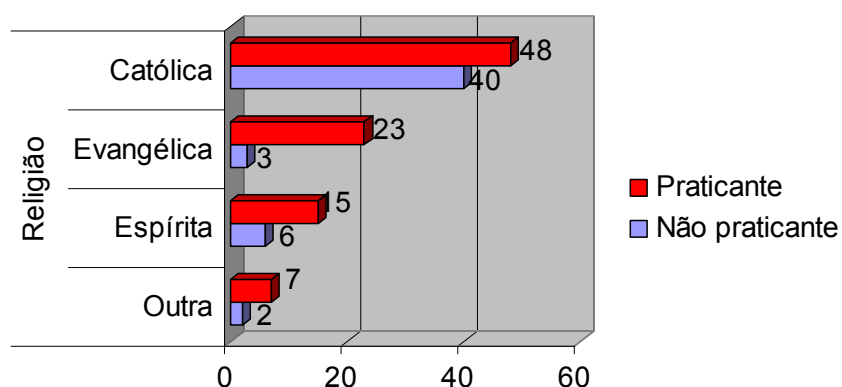


Figura 1 - Distribuição dos pacientes segundo religião referida e prática religiosa. São Paulo, 2011.

No grupo-controle, dos 83 pacientes católicos, 38 eram não praticantes (45,8%) e dos 29 pacientes evangélicos somente 3 referiram não ser praticantes (10,3%) (Figura 2).

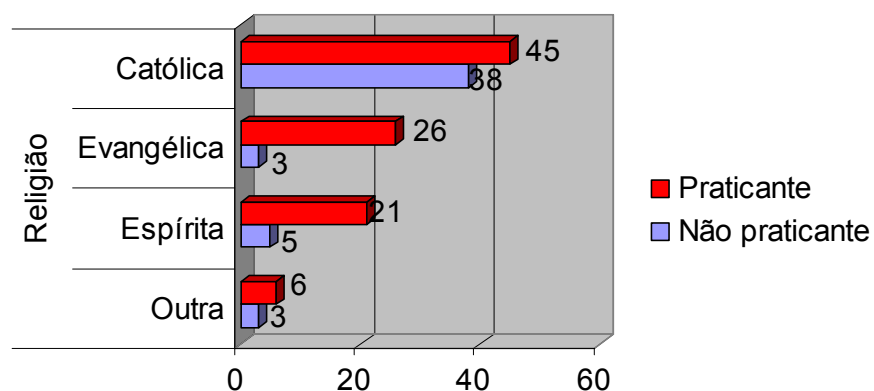


Figura 2 - Distribuição dos controles segundo religião referida e sua prática. São Paulo, 2011.

A análise da prática religiosa entre os sexos (agrupando pacientes e controles) identificou que as mulheres referiram ser mais praticantes de suas

religiões quando comparadas aos homens (72,0% e 55,3%, respectivamente), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,030$).

5.1.2 Dados clínicos

As Tabelas 5, 6 e 7 caracterizam dados clínicos do grupo de pacientes e do grupo-controle.

A média de idade à época do diagnóstico para homens com câncer de próstata foi de 62,2 anos e para mulheres com câncer de mama foi de 51,6 anos. O tempo de tratamento dos pacientes variou entre 0,2 ano a 6,1 anos para os homens e entre 0,3 ano a 5,85 anos para as mulheres (Tabela 5).

Tabela 5 - Estatística descritiva da idade à época do diagnóstico e tempo de tratamento dos pacientes. São Paulo, 2011.

Variáveis	Média (anos)		Desvio Padrão		Mediana (anos)		Mín – Máx (anos)	
	H*	M**	H	M	H	M	H	M
Idade no Diagnóstico	62,2	51,6	7,4	11,6	63,1	52,2	46,8-78,4	30,9-80,3
Tempo de tratamento	2,0	3,0	1,8	1,9	1,3	2,4	0,2-6,1	0,3-5,9

*H – Homens. **M – Mulheres.

Em relação às variáveis clínicas dos pacientes com câncer, T1 foi o estadiamento clínico apresentado pela maioria das mulheres entrevistadas (50,7%) e T2 pela maior parte dos homens (42,7%). A abordagem terapêutica mais frequente foi a cirurgia (72% dos homens e 94,7% das mulheres) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes segundo estadiamento do câncer e tratamento realizado. São Paulo, 2011.

Variáveis	Categorias	Homens	Mulheres
		N. (%)	N. (%)
Estadiamento	T1	30 (40,0)	38 (50,7)
	T2	32 (42,7)	26 (34,7)
	T3	13 (17,3)	11 (14,6)
Tratamento realizado*	Cirurgia	54 (72,0)	71 (94,7)
	Radioterapia	25 (33,3)	53 (70,7)
	Quimioterapia	2 (2,7)	52 (69,3)
	Hormonioterapia	28 (37,3)	41 (54,7)

*Frequência absoluta e relativa da modalidade de tratamento recebido em relação ao total de pacientes em cada sexo. Cada paciente poderia ter realizado mais de um tratamento.

Na Tabela 7 é apresentada a distribuição dos entrevistados de acordo com as comorbidades apresentadas. A principal comorbidade referida nos dois grupos foi a hipertensão arterial sistêmica - no grupo de pacientes foi citada por 29,3% dos homens e 17,3% das mulheres e entre os controles por 37,3% das mulheres e 30,7% dos homens.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes e controles segundo comorbidades apresentadas. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Pacientes		Controle	
		Homens N. (%)*	Mulheres N. (%)*	Homens N. (%)*	Mulheres N. (%)*
Comorbidade	Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	22 (29,3)	13 (17,3)	23 (30,7)	28 (37,3)
	Doença reumatológica	14 (18,7)	3 (4,0)	18 (10,7)	11 (14,7)
	Doença do trato gastrointestinal	12 (16,0)	4 (5,3)	7 (9,3)	12 (16,0)
	Doença venosa	9 (12,0)	6 (8,0)	8 (10,7)	22 (29,3)
	Obesidade	3 (4,0)	7 (9,3)	6 (8,0)	7 (9,3)
	Diabetes Mellitus	6 (8,0)	6 (8,0)	7 (9,3)	6 (8,0)
	Doença mental	3 (4,0)	6 (8,0)	2 (2,7)	5 (6,7)
	Doença renal	3 (4,0)	4 (5,3)	2 (2,7)	2 (2,7)
	Dependência química	6 (8,0)	- (-)	2 (2,7)	1 (1,3)
	Acidente Vascular Encefálico	1 (1,3)	2 (2,7)	3 (4,0)	2 (2,7)
	Infarto do miocárdio	4 (5,3)	1 (1,3)	4 (5,3)	- (-)
	Outras doenças cardíacas (arritmia, angina, coronariana)	4 (5,3)	4 (5,3)	11 (14,6)	6 (8,0)

*Frequência absoluta e relativa de pacientes e controles em cada comorbidade apresentada. Um indivíduo poderia apresentar mais de uma comorbidade.

5.2 BEM-ESTAR ESPIRITUAL E RELIGIOSIDADE

5.2.1 Confiabilidade dos instrumentos utilizados

A confiabilidade dos instrumentos utilizados neste estudo, FACIT-Sp (*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale*) e DUREL (Índice de Religiosidade de DUKE), foi verificada por meio da análise da consistência interna, medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach, para cada domínio dos instrumentos aplicados (Tabelas 8 e 9).

Os domínios do FACIT-Sp avaliados somente no grupo de pacientes com câncer, apresentaram Alfa de *Cronbach* satisfatório (maior que 0,6), exceto para a subescala de Bem-estar emocional (0,555). Os domínios de bem-estar funcional e bem-estar físico apresentaram os valores Alfa de *Cronbach* mais elevados (respectivamente 0,856 e 0,813) (Tabela 8).

Tabela 8 - Coeficientes Alfa de *Cronbach* das subescalas de bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional do Instrumento FACIT-Sp. São Paulo, 2011.

Escala	Subescala	Alfa de Cronbach Pacientes
FACIT-Sp	Bem-estar físico	0,813
	Bem-estar social/familiar	0,726
	Bem-estar emocional	0,555
	Bem-estar funcional	0,856

O domínio de bem-estar espiritual e a religiosidade foram avaliados no grupo de pacientes e no grupo-controle, mediante os instrumentos FACIT-Sp-12 e DUREL. No grupo de pacientes, o total de itens do FACIT-Sp-12 apresentou um Alfa de *Cronbach* satisfatório (0,614), o que não ocorreu no grupo-controle (0,586) (Tabela 9).

Quando avaliadas separadamente, a subescala Fé apresentou um valores de Alfa maior do que a subescala Significado/Paz, tanto no grupo de pacientes (0,857) como nos controles (0,867) (Tabela 9).

Para o instrumento DUREL, a subescala de religiosidade intrínseca apresentou valor Alfa de *Cronbach* elevado para o grupo de pacientes (0,752) e satisfatório para o grupo-controle (0,631) (Tabela 9).

Tabela 9 - Coeficientes Alfa de *Cronbach* da subescala de bem-estar espiritual do FACIT-Sp e da subescala de religiosidade intrínseca do DUREL. São Paulo, 2011.

Instrumento	Subescala	Número de itens	Alfa de Cronbach	
			Pacientes	Controles
FACIT-Sp	Bem-estar espiritual: significado/paz	8	0,614	0,586
	Bem-estar espiritual: fé	4	0,857	0,867
	FACIT-Sp-12: Total	12	0,787	0,777
DUREL	Religiosidade organizacional	1	-	-
	Religiosidade não organizacional	1	-	-
	Religiosidade intrínseca	3	0,752	0,631
	DUREL: Total	5	0,804	0,666

5.2.2 Bem-estar espiritual

Para avaliação do bem-estar espiritual foi utilizado o FACIT-Sp, com seus cinco domínios: bem-estar físico, social/familiar, emocional, funcional e espiritual. Os quatro primeiros domínios foram avaliados somente nos pacientes com câncer de mama e de próstata, por ser um instrumento específico para avaliação de doentes crônicos. Já o domínio de bem-estar espiritual foi aplicado aos pacientes com câncer em sua forma original, ao grupo-controle em sua forma adaptada, para fins de comparação entre os grupos.

A Domínios de bem-estar: físico, social/familiar, emocional e funcional

Foram identificados elevados escores em todas as subescalas. Pacientes com câncer de próstata apresentaram escores mais elevados em todas essas subescalas quando comparados às mulheres com câncer de mama, sendo as diferenças das médias estatisticamente significativas nas subescalas de Bem-estar físico ($p < 0,001$), emocional ($p < 0,001$) e funcional ($p = 0,017$) (Tabela 10).

Tabela 10 - Comparação dos escores obtidos nas subescalas bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional do FACIT-Sp aplicado aos pacientes (homens e mulheres). São Paulo, 2011.

Subescala Bem-Estar	Categoria	Média	Desvio Padrão	Mínimo – Máximo		p
				Obtido	Possível	
Físico	Homens	25,5	3,3	9-28	0-28	<0,001
	Mulheres	22,6	5,2	7-28	0-28	
Social/Familiar	Homens	21,2	4,2	8-28	0-28	0,236
	Mulheres	20,0	0-28	2-28	0-28	
Emocional	Homens	21,1	2,5	14-24	0-24	<0,001
	Mulheres	18,6	4,3	4-24	0-24	
Funcional	Homens	22,6	4,2	7-28	0-28	0,017
	Mulheres	20,0	6,4	1-28	0-28	

B Domínio de bem-estar espiritual

Foram identificados elevados escores no domínio de Bem-estar espiritual. O grupo-controle apresentou escores mais elevados na Subescala de Significado e Paz, e o grupo de pacientes na Subescala Fé. À comparação de pacientes com controles não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,421$ e $p=0,891$) (Tabela 11).

Tabela 11 - Comparação dos escores obtidos nas subescalas de bem-estar espiritual (significado/paz e fé) do FACIT-Sp aplicado aos pacientes e aos controles. São Paulo, 2011.

Subescala bem-estar espiritual	Categoria	Média	Desvio Padrão	Mínimo – Máximo		p
				Obtido	Possível	
Significado/Paz	Pacientes	26,23	5,95	8-32	0-32	0,421
	Controle	26,73	4,58	0-32	0-32	
Fé	Pacientes	13,79	3,08	0-16	0-16	0,891
	Controle	13,75	2,80	2-16	0-16	

A seguir, foram descritos os escores do domínio de Bem-estar espiritual somente em relação ao sexo dos entrevistados. Foram identificados escores mais elevados na subescala Significado/Paz no grupo masculino em relação ao feminino e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,013$). Na subescala Fé não houve diferença significativa entre escores obtidos ($p=0,829$) dentre os sexos (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação dos escores obtidos na subescala de bem-estar espiritual (significado/paz e fé) do FACIT-Sp aplicado aos pacientes e aos controles, agrupados por sexo. São Paulo, 2011.

Subescala Bem-Estar Espiritual	Categoria	Média	Desvio Padrão	Mínimo – Máximo		p
				Obtido	Possível	
Significado/Paz	Homens	27,24	4,58	12-32	0-32	0,013
	Mulheres	25,72	5,85	0-32	0-32	
Fé	Homens	13,73	2,87	4-16	0-16	0,829
	Mulheres	13,81	3,02	0-16	0-16	

As análises dos escores obtidos de bem-estar espiritual, levando-se em consideração o sexo nos dois grupos (pacientes e grupo-controle) separadamente, serão descritas nas Tabelas 13 e 14.

No grupo de pacientes, identificou-se que homens apresentaram média mais elevada dos escores na subescala de Significado e Paz (27,8) em relação às mulheres (24,8), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,018$). Na subescala Fé não houve diferença significativa entre esses grupos ($p=0,997$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Comparação dos escores obtidos na subescala de bem-estar espiritual (significado/paz e fé) do FACIT-Sp aplicado aos pacientes, agrupados por sexo. São Paulo, 2011.

Subescala	Categoria	Média	Desvio	Mínimo – Máximo		p
Bem-Estar Espiritual			Padrão	Obtido	Possível	
Significado / Paz	Homens	27,8	4,7	16-32	0-32	0,018
	Mulheres	24,8	6,6	0-32	0-32	
Fé	Homens	13,8	2,8	4-16	0-16	0,997
	Mulheres	13,7	3,3	0-16	0-16	

Ao analisarmos somente o grupo-controle, separando-o por sexo, conforme demonstrado na Tabela 14, as médias dos escores obtidos nas subescalas Significado/Paz e Fé não apresentaram diferença estatisticamente significativa (respectivamente $p=1,000$ e $p=0,960$) entre homens e mulheres.

Tabela 14 - Comparação dos escores obtidos na subescala de bem-estar espiritual (significado/paz e fé) do FACIT-Sp aplicado aos controles, agrupados por sexo. São Paulo, 2011.

Subescala	Categoria	Média	Desvio Padrão	Mínimo – Máximo		p
				Obtido	Possível	
Bem-Estar Espiritual						
Significado / Paz	Homens	26,7	4,4	12-32	0-32	1,000
	Mulheres	26,8	4,8	8-32	0-32	
Fé	Homens	13,6	2,9	6-16	0-16	0,960
	Mulheres	13,9	2,7	2-15	0-16	

5.2.3 Religiosidade

Na primeira questão do DUREL (que avalia a dimensão da religiosidade organizacional), 28% dos pacientes com câncer de próstata referiram frequentar uma igreja, templo ou outro encontro religioso algumas vezes por ano, enquanto que 37,3% das pacientes com câncer de mama informaram a frequência de uma vez por semana (Tabela 15).

No grupo-controle, a maior parte dos homens (28%) referiu frequentar uma igreja, templo ou outro encontro religioso uma vez por semana; e as mulheres (33,3%) mais de uma vez por semana (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes e controles segundo respostas às questões do DUREL – 1ª questão. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Pacientes		Controles	
		Homens N. (%)	Mulheres N. (%)	Homens N. (%)	Mulheres N. (%)
Frequência de ida à igreja, ao templo ou a encontro religioso	Mais de 1 vez por semana	16 (21,3)	10 (13,4)	16 (21,3)	25 (33,3)
	1 vez por semana	19 (25,3)	28 (37,3)	21 (28,0)	20 (26,7)
	2-3 vezes por mês	9 (12,0)	15 (20,0)	11 (14,7)	14 (18,7)
	Algumas vezes por ano	21 (28,0)	17 (22,7)	18 (24,0)	12 (16,0)
	1 vez por ano ou menos	2 (2,7)	4 (5,3)	9 (12,0)	3 (4,0)
	Nunca	8 (10,7)	1 (1,3)	-	1 (1,3)
Total		75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)

Na segunda questão, a qual avalia a dimensão não organizacional da religiosidade, a maior parte dos entrevistados de todos os grupos dedica diariamente seu tempo a alguma atividade religiosa individual, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos (Tabela 16). Entre os pacientes, a frequência foi de 44% dos homens e 53,3% das mulheres; e no grupo-controle, 34,7% dos homens e 40% das mulheres.

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes e controles segundo respostas às questões do DUREL – 2ª questão. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Pacientes		Controles	
		Homens N. (%)	Mulheres N. (%)	Homens N. (%)	Mulheres N. (%)
Frequência de dedicação do tempo à atividade religiosa individual	Mais de 1 vez ao dia	24 (32,0)	17 (22,7)	24 (32,0)	24 (32,0)
	Diariamente	33 (44,0)	40 (53,3)	26 (34,7)	30 (40,0)
	2 vezes ou mais por semana	4 (5,3)	8 (10,7)	11 (14,7)	6 (8,0)
	1 vez por semana	2 (2,7)	4 (5,3)	2 (2,7)	3 (4,0)
	Poucas vezes por mês	6 (8,0)	5 (6,7)	5 (6,7)	3 (4,0)
	Raramente ou nunca	6 (8,0)	1 (1,3)	7 (9,4)	9 (12,0)
Total		75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)

As questões 3, 4, e 5 do instrumento DUREL, que avaliam a dimensão intrínseca da religiosidade, estão descritas na Tabela 17. Nos quatro grupos avaliados, mais de 80% referiu ser totalmente verdade o “sentimento de presença de Deus na vida”. Em relação às crenças religiosas estarem “por trás da maneira de viver”, 60% ou mais referiram ser uma afirmação totalmente verdadeira. No questionamento sobre o “esforço para viver a religião em todos os aspectos da vida”, mais de 42% referiu que esta afirmação era totalmente verdadeira.

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes e controles segundo respostas às questões do DUREL – 3ª, 4ª e 5ª questões. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Pacientes		Controles	
		Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
		N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
Sentimento da presença de Deus na	Totalmente	60 (80,0)	61 (81,3)	60 (80,0)	69 (92,0)
	Em geral é	10 (13,4)	11 (14,7)	12 (16,1)	5 (6,7)
	Não estou certo	3 (4,0)	2 (2,7)	1 (1,3)	1 (1,3)
	Em geral não é	1 (1,3)	- (-)	1 (1,3)	- (-)
	Não é verdade	1 (1,3)	1 (1,3)	1 (1,3)	- (-)
Crenças religiosas estarem por trás da	Totalmente	47 (62,7)	53 (70,6)	45 (60,0)	57 (76,0)
	Em geral é	19 (25,3)	12 (16,0)	25 (33,3)	12 (16,0)
	Não estou certo	6 (8,0)	6 (8,0)	3 (4,0)	6 (8,0)
	Em geral não é	1 (1,3)	2 (2,7)	- (-)	- (-)
	Não é verdade	2 (2,7)	2 (2,7)	2 (2,7)	- (-)
Esforço para viver a religião em todos os	Totalmente	32 (42,6)	43 (57,3)	38 (50,6)	51 (68,0)
	Em geral é	14 (18,7)	19 (25,3)	20 (26,7)	10 (13,3)
	Não estou certo	11 (14,7)	8 (10,7)	8 (10,7)	5 (6,7)
	Em geral não é	3 (4,0)	2 (2,7)	3 (4,0)	4 (5,3)
	Não é verdade	15 (20,0)	3 (4,0)	6 (8,0)	5 (6,7)
Total		75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)	75 (100,0)

Identificou-se diferença estatisticamente significativa dentro do grupo-controle entre homens e mulheres quanto à frequência de ida à igreja, templo ou encontro religioso ($p=0,047$). A frequência declarada foi de “mais de uma vez por semana” a “três vezes por mês” para 64% dos homens e para 78,7% das mulheres (Tabela 18).

Ao serem agrupados pacientes com câncer e pessoas sem a doença, dividindo-os somente por sexo, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($p=0,013$) (Tabela 18). A frequência

declarada foi de “mais de 1 vez por semana a 3 vezes por mês” para 61,3% dos homens e para 74,7% das mulheres (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 1ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.

População	Frequência de ida à igreja, ao templo ou a encontro religioso		p
	Mais de 1 vez por semana a 3 vezes por mês	Algumas vezes por ano a nunca	
	N.(%)	N.(%)	
Próstata ^a	44 (58,7)	31 (41,3)	0,124
Mama ^b	53 (70,7)	22 (29,3)	
Próstata	44 (58,7)	31 (41,3)	0,502
Homens Controle	48 (64,0)	27 (36,0)	
Mama	53 (70,7)	22 (29,3)	0,260
Mulheres Controle	59 (78,7)	16 (21,3)	
Homens Controle	48 (64,0)	27 (36,0)	0,047
Mulheres Controle	59 (78,7)	16 (21,3)	
Homens (Próstata + Controle) ^c	92 (61,3)	58 (38,7)	0,013
Mulheres (Mama + Controle) ^d	112 (74,7)	38 (25,3)	
Pacientes (Próstata e Mama) ^e	97 (64,7)	53 (35,3)	0,216
Controles (Masculino e Feminino) ^f	107 (51,3)	43 (28,7)	

^a Próstata: grupo de pacientes com câncer de próstata. ^b Mama: grupo de pacientes com câncer de mama. ^c Homens: grupo de pacientes com câncer de próstata e grupo-controle de homens. ^d Mulheres: grupo de pacientes com câncer de mama e grupo-controle de mulheres. ^e Pacientes (Próstata e Mama): grupo de pacientes com câncer de próstata e câncer de mama. ^f Controles (Masculino e Feminino): grupo-controle: homens e mulheres.

Para a questão 2 do DUREL, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à frequência de dedicação à atividade religiosa individual ($p > 0,05$) (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 2ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.

População	Frequência de dedicação à atividade religiosa individual		p
	Uma ou mais vezes ao dia	Mais de duas vezes por semana a nunca	
	N. (%)	N. (%)	
Próstata ^a	57 (76,0)	18 (24,0)	1,000
Mama ^b	57 (76,0)	18 (24,0)	
Próstata	57 (76,0)	18 (24,0)	0,206
Homens Controle	50 (66,7)	25 (33,3)	
Mama	57 (76,0)	18 (24,0)	0,577
Mulheres Controle	54 (72,0)	21 (28,0)	
Homens Controle	50 (66,7)	25 (33,3)	0,479
Mulheres Controle	54 (72,0)	21 (28,0)	
Homens (Próstata + Controle) ^c	107 (71,3)	43 (28,7)	0,604
Mulheres (Mama + Controle) ^d	111 (74,0)	39 (26,0)	
Pacientes (Próstata e Mama) ^e	114 (76,0)	36 (30,7)	0,195
Controles (Masculino e Feminino) ^f	104 (69,3)	46 (30,7)	

^a Próstata: grupo de pacientes com câncer de próstata. ^b Mama: grupo de pacientes com câncer de mama. ^c Homens: grupo de pacientes com câncer de próstata e grupo-controle de homens. ^d Mulheres: grupo de pacientes com câncer de mama e grupo-controle de mulheres. ^e Pacientes (Próstata e Mama): grupo de pacientes com câncer de próstata e câncer de mama. ^f Controles (Masculino e Feminino): grupo-controle: homens e mulheres.

Para a questão 3 do DUREL não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao sentimento de presença de Deus em suas vidas ($p > 0,05$) (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 3ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.

População	Sentimento de presença de Deus na vida			p
	“Totalmente verdade”	“Em geral é verdade”	“Não estou certo” a “Não é verdade”	
	N. (%)	N. (%)	N. (%)	
Próstata ^a	60 (80,0)	10 (13,3)	5 (6,7)	0,757
Mama ^b	61 (81,3)	11 (14,7)	3 (4,0)	
Próstata	60 (80,0)	10 (13,3)	5 (6,7)	0,711
Homens Controle	60 (80,0)	12 (16,0)	3 (4,0)	
Mama	61 (81,3)	11 (14,7)	3 (4,0)	0,154
Mulheres Controle	69 (92,0)	5 (6,7)	1 (1,3)	
Homens Controle	60 (80,0)	12 (16,0)	3 (4,0)	0,105
Mulheres Controle	69 (92,0)	5 (6,7)	1 (1,3)	
Homens (Próstata + Controle) ^c	120 (80,0)	22 (14,7)	8 (5,3)	0,262
Mulheres (Mama + Controle) ^d	130 (86,7)	16 (10,7)	4 (2,7)	
Pacientes (Próstata e Mama) ^e	121 (80,7)	21 (14,0)	8 (5,3)	0,366
Controles (Masculino e Feminino)	129 (86,0)	17 (11,3)	4 (2,7)	

^a Próstata: grupo de pacientes com câncer de próstata. ^b Mama: grupo de pacientes com câncer de mama. ^c Homens: grupo de pacientes com câncer de próstata e grupo-controle de homens. ^d Mulheres: grupo de pacientes com câncer de mama e grupo-controle de mulheres. ^e Pacientes (Próstata e Mama): grupo de pacientes com câncer de próstata e câncer de mama. ^f Controles (Masculino e Feminino): grupo-controle: homens e mulheres.

Na questão 4 do DUREL, foi encontrada diferença estatisticamente significativa dentro do grupo-controle entre homens e mulheres quanto ao fato de as crenças religiosas estarem “por trás de suas maneiras de viver”. Este fato foi declarado como “totalmente verdade” para 60% dos homens e para 76% das mulheres e como “em geral é verdade” para 33,3% dos homens e para 16% das mulheres ($p=0,048$) (Tabela 21).

Ainda para a mesma questão, foi identificada diferença estatisticamente significativa no grupo geral de entrevistados (pacientes e grupo-controle), em relação ao sexo, quanto ao fato de as crenças religiosas estarem “por trás de suas maneiras de viver”. Este fato foi declarado como “totalmente verdade” para 61,3% dos homens e para 73,3% das mulheres e como “não estou certo” a “não é verdade” para 9,3% dos homens e para 29,3% das mulheres ($p=0,022$) (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 4ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.

População	Crenças religiosas estarem por trás da maneira de viver			p
	“Totalmente verdade”	“Em geral é verdade”	“Não estou certo” a “Não é verdade”	
	N. (%)	N. (%)	N. (%)	
Próstata ^a	47 (62,7)	19 (25,3)	9 (12,0)	0,369
Mama ^b	53 (70,7)	12 (16,0)	10 (13,3)	
Próstata	47 (62,7)	19 (25,3)	9 (12,0)	0,367
Homens Controle	45 (60,0)	25 (33,3)	5 (6,7)	
Mama	53 (70,7)	12 (16,0)	10 (13,3)	0,564
Mulheres Controle	57 (76,0)	12 (16,0)	6 (8,0)	
Homens Controle	45 (60,0)	25 (33,3)	5 (6,7)	0,048
Mulheres Controle	57 (76,0)	12 (16,0)	6 (8,0)	
Homens (Próstata + Controle) ^c	92 (61,3)	44 (29,3)	14 (9,4)	0,022
Mulheres (Mama + Controle) ^d	110 (73,3)	24 (16,0)	16 (10,7)	
Pacientes (Próstata e Mama) ^e	100 (66,7)	31 (20,7)	19 (12,6)	0,262
Controles (Masculino e Feminino)	102 (68,0)	37 (24,7)	11 (7,3)	

^a Próstata: grupo de pacientes com câncer de próstata. ^b Mama: grupo de pacientes com câncer de mama. ^c Homens: grupo de pacientes com câncer de próstata e grupo-controle de homens. ^d Mulheres: grupo de pacientes com câncer de mama e grupo-controle de mulheres. ^e Pacientes (Próstata e Mama): grupo de pacientes com câncer de próstata e câncer de mama. ^f Controles (Masculino e Feminino): grupo-controle: homens e mulheres.

À questão 5 do DUREL foi identificada diferença estatisticamente significativa no grupo de pacientes com câncer de próstata e pacientes com

câncer de mama quanto ao esforço que apresentam para “viverem a religião em todos os aspectos de suas vidas”. Este fato foi declarado como “totalmente verdade” para 42,7% dos homens e para 57,3% das mulheres e como “não estou certo” a “não é verdade” para 38,7% dos homens e para 17,3% das mulheres ($p=0,015$) (Tabela 22).

Ainda para a mesma questão, foi identificada diferença estatisticamente significativa no grupo geral de entrevistados (pacientes e grupo-controle) em relação ao sexo. Foi declarado como “totalmente verdade” que crenças religiosas estão “por trás de suas maneiras de viverem” para 46,7% dos homens e para 62,7% das mulheres, e como “não estou certo” a “não é verdade” para 30,7% dos homens e para 18% das mulheres ($p=0,012$) (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição dos pacientes e controles segundo resposta à 5ª questão do DUREL, em porcentagem e valor de p. São Paulo, 2011.

População	Esforço para viver religião em todos os aspectos da vida			p
	“Totalmente verdade”	“Em geral é verdade”	“Não estou certo” a “Não é verdade”	
	N. (%)	N. (%)	N. (%)	
Próstata ^a	32 (42,7)	14 (18,6)	29 (38,7)	0,015
Mama ^b	43 (57,3)	19 (25,3)	13 (17,4)	
Próstata	32 (42,7)	14 (18,6)	29 (38,7)	0,095
Homens Controle	38 (50,7)	20 (26,7)	17 (22,6)	
Mama	43 (57,3)	19 (25,3)	13 (17,4)	0,173
Mulheres Controle	51 (68,0)	10 (13,3)	14 (18,7)	
Homens Controle	38 (50,7)	20 (26,7)	17 (22,6)	0,063
Mulheres Controle	51 (68,0)	10 (13,3)	14 (18,7)	
Homens (Próstata + Controle) ^c	70 (46,7)	34 (22,7)	46 (30,6)	0,012
Mulheres (Mama + Controle) ^d	94 (62,7)	29 (19,3)	27 (18,0)	
Pacientes (Próstata e Mama) ^e	75 (50,0)	33 (22,0)	42 (28,0)	0,224
Controles (Masculino e Feminino) ^f	89 (59,3)	30 (20,0)	31 (20,7)	

^a Próstata: grupo de pacientes com câncer de próstata. ^b Mama: grupo de pacientes com câncer de mama. ^c Homens: grupo de pacientes com câncer de próstata e grupo-controle de homens. ^d Mulheres: grupo de pacientes com câncer de mama e grupo-controle de mulheres. ^e Pacientes (Próstata e Mama): grupo de pacientes com câncer de próstata e câncer de mama. ^f Controles (Masculino e Feminino): grupo-controle: homens e mulheres.

5.3 ABORDAGEM DE QUESTÕES RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS DURANTE O TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO

Conforme descrito no Método, foram aplicadas questões relativas à abordagem dos profissionais de saúde em relação à espiritualidade e à religiosidade dos pacientes, e suas opiniões quanto ao tema (Seção III do Instrumento de Coleta de Dados). As respostas obtidas estão descritas a seguir.

5.3.1 Abordagem de questões religiosas/espirituais por profissionais de saúde

Identificou-se que a maioria dos pacientes com câncer (97,3% dos homens e 86,7% das mulheres) não havia conversado sobre suas crenças espirituais ou religiosas com algum profissional de saúde de quem recebeu cuidado (Figura 3).

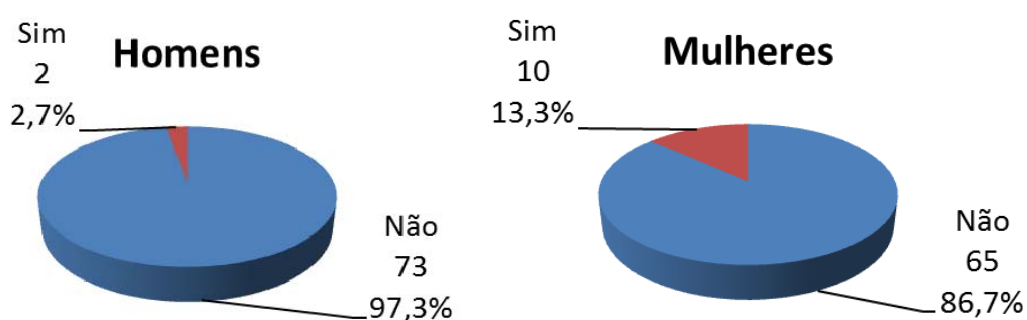
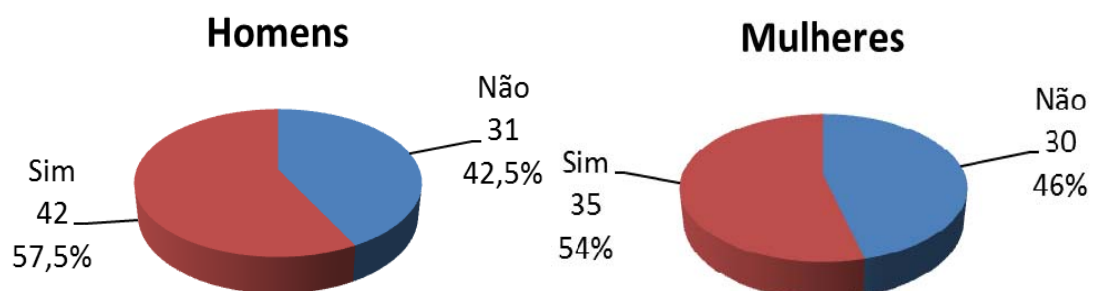


Figura 3 - Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: Algum profissional de saúde (médico, enfermeiro) que atendeu o(a) sr(a) conversou a respeito das suas crenças espirituais ou religiosas? São Paulo, 2011.

Dos pacientes que não conversaram, a maioria gostaria que essa conversa tivesse ocorrido (57,5% dos homens e 54,0% das mulheres (Figura 4).



Obs.: Total de 138 pacientes (65 mulheres e 73 homens), correspondetes aos que responderam “não” à questão anterior.

Figura 4 - Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: Caso não tenha conversado, o(a) sr(a) gostaria que essa conversa tivesse acontecido? São Paulo, 2011.

5.3.2 Visão dos pacientes em relação ao interesse dos profissionais de saúde sobre assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes

A maioria dos pacientes com câncer (81,3% dos homens e 76,0% das mulheres) considera importante que o profissional de saúde tenha interesse pelos assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes (Figura 5).

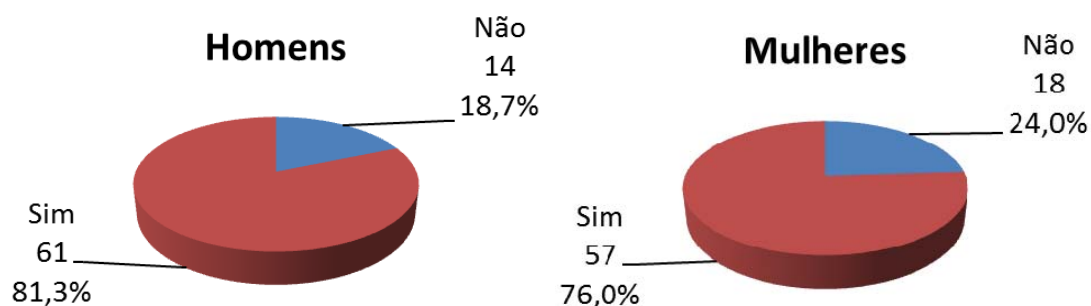


Figura 5 - Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: O(a) sr(a) acha importante que o profissional de saúde se interesse pelos assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes? São Paulo, 2011.

5.3.3 O cuidado espiritual/religioso durante o tratamento para o câncer

A maioria dos pacientes com câncer não havia recebido nenhum tipo de cuidado religioso/espiritual de algum profissional de saúde durante a terapia antineoplásica (93,3% dos homens e 73,3% das mulheres) (Figura 6).

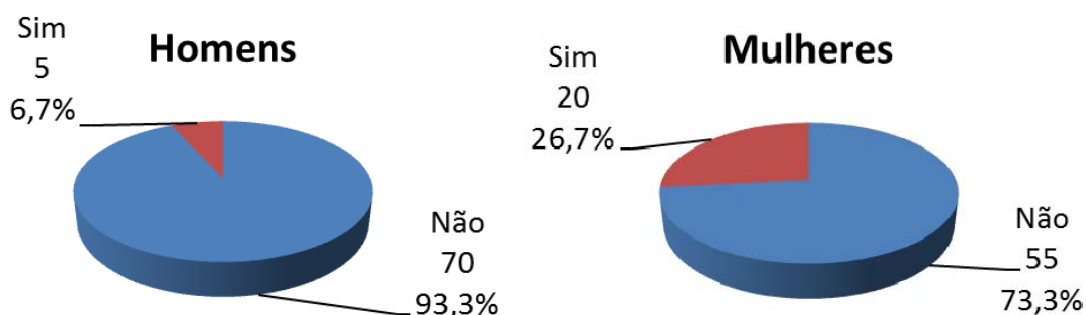


Figura 6 - Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: O(a) sr(a) já recebeu algum cuidado espiritual/religioso de algum profissional de saúde durante o seu tratamento para o câncer? São Paulo, 2011.

Também a maioria (69,3% dos homens e 58,7% das mulheres) referiu que gostaria de receber algum tipo desse cuidado nos próximos passos de seu tratamento (Figura 7).

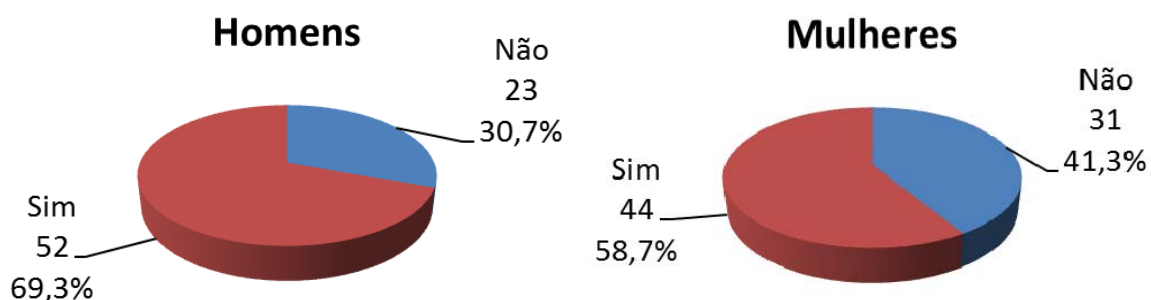
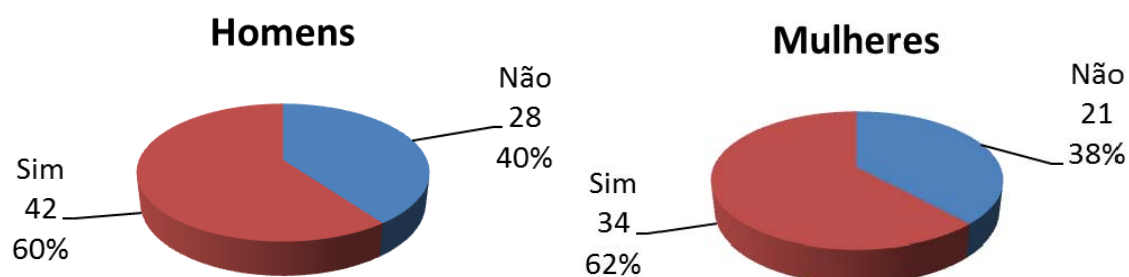


Figura 7 - Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: O(a) sr(a) gostaria de receber algum cuidado espiritual/religioso do profissional de saúde durante os próximos passos de seu tratamento? São Paulo, 2011.

Dentre os pacientes que não receberam algum cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde previamente, 60,0% dos homens e 62,0% das mulheres referiram que poderiam ter se sentido melhor caso os tivessem recebido (Figura 8).



Obs.: Total de 125 pacientes (55 mulheres e 70 homens), correspondentes aos que responderam “não” à questão: O(a) sr(a) já recebeu algum cuidado espiritual/religioso de algum profissional de saúde durante o seu tratamento para o câncer?

Figura 8 - Distribuição dos pacientes segundo resposta à pergunta: Em algum momento do seu tratamento, o(a) sr(a) acha que se tivesse recebido um cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde, teria se sentido melhor, mais confiante ou mais disposto para o tratamento? São Paulo, 2011.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O ser humano apresenta uma tendência natural de querer encontrar significado e propósito para sua existência. Tal busca pode mobilizá-lo a uma conexão com algo maior e/ou consigo mesmo - o que para alguns teóricos pode ser chamado de espiritualidade (MAUGANS 1996; KOENIG et al. 1997a; BELCHER 2006; NANDA 2010).

Receber o diagnóstico de câncer e vivenciar a experiência de sua trajetória e seus desdobramentos pode trazer mudanças e desafios que impactam efetivamente na vida do paciente e de seus familiares. Comumente surgem questionamentos sobre o sentido da vida, da morte, e da doença, além de sentimentos como: a vida sendo ameaçada, ansiedade, depressão, sofrimento e estresse, e a sensação de medo do incerto e da morte.

Nos momentos de conflitos de novos sentimentos e preocupações decorrentes do câncer, frequentemente surgem reflexões e questões espirituais (RIPPENTROP et al. 2006), e muito provavelmente pacientes e familiares busquem por conforto, esperança e força em suas crenças religiosas e espirituais (SMELTZER e BARE 2006).

O bem-estar espiritual e a religiosidade em pacientes com câncer de mama e próstata foi o tema proposto por esta dissertação. Tal escolha ocorreu pelo fato de ser identificado, por meio da prática clínica como enfermeira oncologista e pelo conhecimento da literatura disponível, que a

experiência do câncer altera a dinâmica de vida do paciente, pode muito provavelmente levá-lo a aproximar-se de crenças religiosas e espirituais prévias ou recém-adquiridas, e de que o profissional de saúde pode ter importante papel em relação a estes elementos particulares do doente.

Um dos primeiros obstáculos ao iniciar o projeto desta pesquisa, foi o fato de a religiosidade e a espiritualidade estarem definidas de diversas formas nos trabalhos pré-existent, justamente por serem conceitos subjetivos. Parece que esta variedade de conceitos ocorre em parte devido à sua multidimensionalidade. Entendemos que este fato pode dificultar o entendimento e a uniformidade do tema, assim como desafia o desenvolvimento da pesquisa científica relacionada.

Apesar disso, muitos autores, tem reconhecido que a espiritualidade pode levar a uma concepção de sentido e preenchimento da vida, e de paz consigo mesmo e com os outros (KOENIG et al. 1997a; ROSS 1995; FLECK et al. 2003; MCCLAIN et al. 2003; DELGADO 2005; BELCHER 2006; MOREIRA-ALMEIDA e KOENIG 2006).

Já a religiosidade, termo de definição menos variada, geralmente é citada como algo ligado às crenças e atitudes relacionadas a uma instituição religiosa organizada (LUKOFF 1992; FLECK et al. 2003; WILDES et al. 2009). Importante ressaltar que a espiritualidade e a religiosidade podem estar ligadas entre si, mas não como uma condição obrigatória.

Pesquisar sobre conceitos subjetivos também torna-se desafiador na prática, pois requer o emprego de instrumentos que possam avaliá-los de forma objetiva e que sejam de fácil aplicação.

Para avaliação das questões relacionadas ao bem-estar espiritual foi utilizado o instrumento *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp), o qual aborda os aspectos: físico, social/familiar, emocional, funcional e espiritual, e pode ser aplicado a pessoas que não apresentam uma religião específica. O fato de ele estar traduzido para mais de 45 diferentes idiomas permite que sejam realizadas comparações inter-culturais posteriores.

O instrumento FACIT-Sp foi desenvolvido para ser empregado a pacientes com doenças crônicas. Para a comparação do bem-estar espiritual dos pacientes com câncer com um grupo-controle, foi realizada, com a autorização do grupo FACIT durante o projeto desta pesquisa, a adaptação do domínio de bem-estar espiritual desse instrumento, para indivíduos não doentes.

Desta forma, os demais domínios de Bem-estar (físico, social/familiar, emocional, e funcional) não foram aplicados ao grupo de indivíduos sem câncer, logo não pudemos compará-los entre o grupo de doentes e o controle, apesar de identificarmos dentro do grupo de pacientes oncológicos como se manifestam os diferentes aspectos entre os doentes com câncer de mama e próstata.

Foi utilizado também o instrumento DUREL (Índice de Religiosidade de Duke), para avaliação da religiosidade, o qual avalia a religiosidade por meio de três dimensões: organizacional, não organizacional, e intrínseca. Nota-se que apresenta conteúdo voltado à avaliação de religiões específicas ou ocidentalizadas (pois cita “Deus”, “espírito santo”, “bíblia”, “textos

religiosos”, etc.), portanto mostra-se como adequadamente aplicável à realidade das religiões brasileiras, em sua maioria. Entretanto, em culturas orientais (ex.: hinduísmo ou budismo), poderia não ser o instrumento mais indicado para ser aplicado, apesar de os autores KOENIG e BÜSSING (2010) sugerirem que este instrumento pode ser adaptado e validado também a estas culturas.

Isso pode trazer certa dificuldade para futuras comparações interculturais a respeito da religiosidade, o que era previsto, uma vez que conhecidamente esta está atrelada à alguma religião específica, e necessariamente acompanha e carrega aspectos culturais particulares.

Neste estudo, os pacientes e grupo-controle não demonstraram, no geral, dificuldades para compreender ou preencher o FACIT-Sp ou o DUREL. O tempo necessário para preenchê-los ocorreu dentro do previsto.

No presente estudo, foi avaliada a confiabilidade dos instrumentos utilizados. Para a subescala de religiosidade intrínseca do DUREL, no grupo de pacientes com câncer, o Alfa de Cronbach encontrado foi 0,752. Outros estudos encontraram também boa consistência interna, com os seguintes valores: 0,94 em pesquisa com 104 pacientes com câncer nos EUA (SHERMAN et al. 2000); 0,75 em pesquisa com 383 indivíduos de uma comunidade carente no Brasil (LUCCHETTI et al. 2010; KOENIG e BÜSSING 2010) e 0,75 em uma amostra de 458 pacientes nos EUA (KOENIG et al. 1997b).

Em relação à confiabilidade do total de itens do DUREL, o Alfa de Cronbach encontrado para o grupo de pacientes com câncer foi de 0,804, o

qual se aproxima do valor de 0,90 obtido por SHERMAN et al. (2000) em população oncológica. No grupo controle, o menor Alfa de Cronbach (0,666) pode estar relacionado às características socioeducacionais desse grupo, assim como na pesquisa na qual o DUREL foi aplicado a uma comunidade brasileira de baixo nível sócio-educacional, e obteve-se o Alfa de Cronbach de 0,733. (LUCCHETTI et al. 2010). Ainda que no grupo-controle o valor encontrado tenha sido inferior (0,666), este valor ainda pode ser considerado aceitável segundo critério adotado nestes estudo.

Na análise consistência interna do FACIT-Sp, os coeficientes Alfa de Cronbach encontrados alcançaram valores satisfatórios de 0,726 a 0,813; exceto na subescala de bem-estar emocional (0,555). Em estudo envolvendo 1617 pacientes com câncer ou AIDS nos Estados Unidos e em Porto Rico esses coeficientes variaram entre 0,81 a 0,88 (PETERMAN et al. 2002), e em estudo realizado com 306 pacientes oncológicos no Japão estes valores variaram entre 0,81 a 0,91 (NOGUCHI et al. 2004).

Em nossa análise, a maioria dos sujeitos de pesquisa referiu ser católica tanto no grupo de pacientes (64,0% dos homens e 53,3% das mulheres) quanto no grupo-controle (65,3% dos homens e 45,3% das mulheres), e grande parte declarou ser praticante no grupo de pacientes (57,7% dos homens e 71,2% das mulheres) e no grupo-controle (57,5% dos homens e 75,7% das mulheres).

Segundo o CENSO nacional, 92,6% de brasileiros referem ter alguma religião; as mais evidentes são a católica (73,8%) e a evangélica (15,4%) (IBGE 2003). O Instituto Datafolha (2007) identificou que 87% dos brasileiros

acreditam em milagres, 90% frequentam igrejas, 70% realizam oração diária e 17% frequentam práticas religiosas de vários cultos. Nas seis maiores regiões metropolitanas brasileiras identificou-se cerca de 25% dos entrevistados que freqüenta mais de uma religião (ANTONIAZZI 2003).

Essas características podem indicar ser o Brasil composto por pessoas além de religiosas também muito espiritualizadas, que têm na fé e na religião fontes e estratégias para o enfrentamento de problemas, a exemplo o impacto do câncer em suas vidas e de seus familiares.

Desta forma, este país pode ser campo vasto e propício para investigações na área de espiritualidade, religiosidade, e aspectos de saúde-doença. Estudos nesta área seriam de grande importância, a fim de serem discutidos e entendidos estes aspectos, que ainda foram pouco investigados em nossa realidade e cultura.

Em se tratando de religiosidade organizacional, o presente estudo identificou por meio do instrumento DUREL que mulheres apresentaram níveis mais elevados quando comparados aos homens ($p=0,013$), assim como maior religiosidade intrínseca em duas das três questões componentes deste domínio: suas “crenças estavam por trás de suas maneiras de viverem” ($p=0,022$) e “viviam a religião em todos os aspectos de suas vidas” ($p=0,015$). O sexo feminino também referiu ser mais praticante das religiões referidas quando comparado ao masculino (72,0% e 55,3%, respectivamente) ($p=0,030$).

É comum notarmos em nosso cotidiano que homens e mulheres tenham comportamentos diferentes em relação às questões religiosas.

Conhecidamente mulheres tendem a apresentar maior interesse por religião do que homens. Geralmente estão mais envolvidas com afazeres religiosos ou ligadas a alguma congregação religiosa. Nota-se que geralmente o grupo de oração das igrejas é composto majoritariamente por mulheres. As autoras McCARTNEY e HETRICK (2002) acreditam que deve haver alguma base biológica para tal, pois este fato ocorre mesmo em diversas culturas.

Entretanto, LOWENTHAL et al. (2001) discordam e afirmam que a concepção generalista de que mulheres são mais religiosas do que os homens deve ser considerada como questão cultural. Para estes autores, homens judeus e muçulmanos podem parecer ser mais ativos em se tratando de religião do que mulheres, porém espera-se que mulheres cristãs ou hindus sejam mais ativas do que os homens.

Divergentemente do que foi encontrado em nosso estudo, uma pesquisa com 168 pacientes com diversas patologias (incluindo câncer), que avaliou a religiosidade e a espiritualidade por meio do instrumento *Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality*, e a percepção geral de saúde com o *SF-36 Health Status Questionnaire* (REID-ARNDT et al. 2011), não identificou diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo no que tange experiências espirituais, prática religiosa, ou apoio religioso institucional.

No presente estudo, nos grupos de pacientes e controles, as atividades religiosas sociais organizacionais foram citadas em mais de 64% das vezes como realizadas até três vezes por mês; e em relação à religiosidade não organizacional (individual), mais de 66% realizam-nas ao

menos uma vez ao dia.

Nos mesmos grupos, em relação à religiosidade intrínseca (importância atribuída à religião na vida), mais de 80% referiram sentir a presença de Deus em suas vidas; 60% ou mais de cada grupo referiram que suas crenças religiosas estão por trás da forma como vivem e mais de 42% esforçam-se para viver a religião em todos os aspectos da vida.

Estes dados sugerem que a religião ocupa importante papel na vida desses indivíduos que apresentam ou não câncer. Esses dados são esperados para a população brasileira, que é em sua maioria católica (IBGE 2003) e é parte desse país onde há forte carga religiosa desde sua colonização.

O presente estudo identificou escores mais elevados na subescala significado/paz de bem-estar espiritual (FACIT-Sp) no grupo masculino em relação ao feminino ($p=0,013$). Outro trabalho com 367 homens com câncer de próstata nos Estados Unidos também referiu elevados níveis nesta subescala (NELSON et al. 2009), e concluíram que o sentimento de significado e paz é uma importante variável que pode auxiliar na redução da depressão nestes pacientes.

Para os autores MCCLAIN-JACOBSON et al. (2004), intervenções que buscam elevar o bem-estar espiritual de pacientes terminais, mediante o desenvolvimento de significado/paz nos mesmos, poderiam propiciar grandes benefícios na saúde mental destes.

Esta presente pesquisa identificou que 97,3% dos pacientes com câncer de próstata e 86,7% das mulheres com câncer de mama não haviam

conversado sobre suas crenças espirituais ou religiosas com algum profissional de saúde durante o tratamento. Dos que não conversaram, a maioria gostaria que esta conversa tivesse ocorrido (57,5% dos homens e 53,8% das mulheres).

Em outros estudos, pacientes também referiram ter o desejo de que o profissional de saúde levasse em conta suas crenças religiosas/espirituais durante o tratamento. KING e BUSCHWICK (1994) entrevistaram 203 pacientes internados nos Estados Unidos e demonstraram que 77% pensavam que os médicos deveriam abordar as questões espirituais como parte do tratamento, 37% gostariam que os médicos discutissem com mais frequência sobre suas crenças religiosas e 68% referiram que seus médicos nunca haviam conversado sobre suas crenças religiosas.

Na pesquisa de BALBONI et al. (2008) com 55 pacientes com câncer avançado, cerca de 90% acreditam que as necessidades espirituais devem ser acessadas pelos profissionais de oncologia como parte do tratamento para o câncer. Apesar disso, 91% informaram nunca terem recebido cuidados ou assistência espiritual dos profissionais de saúde.

Este presente trabalho identificou que mais de 81,0% dos homens com câncer de próstata e de 76,0% das mulheres com câncer de mama consideram importante que o profissional de saúde apresente interesse pelos assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes.

Em estudo multicêntrico nos EUA com 456 pacientes, MACLEAN et al. (2003) identificaram que 66,0% dos pacientes consideraram que médicos deveriam estar cientes de suas crenças religiosas ou espirituais.

Muitos pesquisadores têm recomendado que os médicos considerem as crenças religiosas de seus pacientes durante o tratamento (MC EWAN 2004; KOENIG 2005a; PUCHALSKI 2005; TAYLOR 2006; PANZINI e BANDEIRA 2007; PESTANA et al. 2007; CHAVES et al. 2010). Para KOENIG (2001) obter uma história religiosa/espiritual é tarefa que poderia ser melhor obtida durante uma avaliação médica abrangente, e que deveria ser realizada naturalmente, como parte da história social do paciente.

Para LO et al. (1999) o médico poderia tratar de questões religiosas no contexto de sua consulta ou durante hospitalização do paciente mediante a coleta de uma “história espiritual”, a qual identificaria necessidades religiosas/espirituais. Em seguida, este profissional de saúde coordenaria recursos necessários para atendê-los.

KOENIG (2001) afirma que diferentemente de outras questões do histórico clínico médico, o simples fato de ser levantada a história espiritual do paciente, isto poderia ser em algumas vezes a própria intervenção, pelo fato do profissional estar presente e apoiar o doente em suas questões, sinaliza que importa-se com ele. Para o autor, este inquérito que pode levar poucos minutos, pode ter efeitos de longo alcance, como melhorar a capacidade do doente para lidar com a doença e a relação médico-paciente.

Na presente pesquisa constatou-se que grande parte dos pacientes com câncer (73,3% das mulheres e 93,3% dos homens) não havia recebido algum tipo de cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde durante sua terapia. E a maioria (58,7% das mulheres 69,3% dos homens) referiu que gostaria de recebê-lo nos próximos passos de seu tratamento.

Em relação aos cuidados espirituais, PEARCE et al. (2011) identificaram, em estudo com 150 pacientes internados com câncer avançado, que 67% referiram que desejava recebê-los dos profissionais de saúde, 78% da comunidade religiosa e 45% dos capelães hospitalares. Nota-se que pacientes aceitariam recebê-los provindos de diferentes meios. KING e BUSCHWICK (1994) referem que 48% dos pacientes internados entrevistados em sua pesquisa desejavam que os médicos fizessem uma oração por eles.

O atual trabalho identificou também que, dos que não haviam recebido algum cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde, 61,8% das mulheres com câncer de mama e 60,0% dos homens com câncer de próstata referiram que poderiam ter sentido-se melhor ou ficado mais dispostos para o tratamento caso os tivessem recebido.

Para PEARCE et al. (2011) receber cuidado espiritual dos profissionais de saúde poderia melhorar a satisfação com o tratamento de 35% dos pacientes com câncer avançado que estavam internados. Pacientes que receberam menos cuidados espirituais, do que inicialmente desejavam, relataram mais sintomas depressivos e menor sensação de significado e paz na vida (estes dois últimos, componentes do bem-estar espiritual).

Alguns achados desta pesquisa não eram esperados. Em relação ao bem-estar espiritual (FACIT-Sp), não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre pacientes e grupo-controle nas subescalas de significado/Paz ($p=0,421$) e de fé ($p=0,891$). Em se tratando

de religiosidade (DUREL) não houve diferença estatisticamente significativa entre pacientes com câncer e grupo-controle nas três dimensões: organizacional ($p=0,216$), não organizacional ($p=0,195$) e intrínseca ($p=0,262$).

Tínhamos como expectativa identificar diferença em relação ao bem-estar espiritual e à religiosidade entre o grupo de pacientes com câncer e o grupo-controle. Isto pois conforme a literatura, perante uma grave doença, pacientes e familiares podem passar por difíceis situações e, muito comumente, buscar apoio e esperança em suas crenças espirituais e religiosas. Esperávamos que nos pacientes com câncer a religiosidade ou a espiritualidade estivesse aumentada em relação aos indivíduos sem esta patologia.

Porém entrevistamos pacientes com câncer localizado, que já haviam tratado ou ainda estavam tratando a doença, e excluímos aqueles em estadiamento avançado e sob cuidados paliativos. Este pode ter sido o motivo pelo qual não encontramos diferença entre os pacientes oncológicos e o grupo-controle. Provavelmente as necessidades espirituais sejam mais exacerbadas em pacientes com câncer avançado, conforme citado por outros trabalhos (BALBONI et al. 2008, PEARCE et al. 2011).

Ainda referente a esta possível diferença, os autores MACLEAN et al. (2003) forneceram-nos o interessante dado de que algumas necessidades espirituais/religiosas aumentavam de acordo com a gravidade da doença. Segundo essa pesquisa, a proporção de pacientes que desejava que o médico perguntasse a respeito de suas crenças espirituais foi: 33% para

pacientes que passavam em consulta médica de rotina, 40% para pacientes internados (não considerados próximos à morte) e 70% para pacientes com doença avançada e considerados terminais.

Ainda no estudo de MACLEAN et al. (2003), a proporção de entrevistados que tinham o desejo de que o médico realizasse uma oração por eles era de 19% para pacientes que estavam em consulta médica de rotina, 29% para pacientes internados e 50% em pacientes terminais.

Logo, muito provavelmente haja diferença significativa entre pacientes em estádios iniciais de câncer e pacientes fora de possibilidades terapêuticas, nos quais as questões de mortalidade, fé, crenças e necessidades espirituais/religiosas podem estar mais afloradas. Mesmo assim, ainda consideramos a possibilidade destes temas serem bastante relevantes para manter boa qualidade de vida dos pacientes com câncer e um melhor desenvolvimento durante suas terapias.

Em outro estudo realizado no Reino Unido também não houve diferença estatisticamente significativa em relação às crenças e práticas espirituais/religiosas de 202 mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama quando comparadas a um grupo-controle de 110 mulheres saudáveis (THUNE'-BOYLE et al. 2011).

O presente estudo identificou que homens com câncer de próstata apresentaram escores mais elevados nas subescalas de bem-estar físico ($p<0,001$), emocional ($p<0,001$) e funcional ($p=0,017$) do FACIT-Sp quando comparados às mulheres com câncer de mama. Estes são aspectos que compõem a qualidade de vida e poderiam ser explicados pelas diferentes

abordagens terapêuticas adotadas para câncer de mama e de próstata.

Neste estudo, a média de tempo de tratamento foi de 2 anos para os homens e 3 anos para as mulheres, logo é muito provável que muitas pacientes com câncer de mama ainda estivessem, durante esta pesquisa, em hormonioterapia, a qual conhecidamente pode causar efeitos colaterais indesejáveis e afetar a qualidade de vida das mesmas (ex.: fogachos, retenção hídrica, mudança de humor, depressão, ressecamento vaginal e diminuição da libido) (LEITE et al. 2011).

É importante ressaltar o tratamento para o câncer de mama nas mulheres, em termos gerais, pode ser considerado mais invasivo e agressivo que para o câncer de próstata nos homens. As mulheres deste estudo referiram ter realizado cirurgia em 94,7% dos casos, radioterapia em 70,7%, quimioterapia em 69,3% e hormonioterapia em 54,7%, contra respectivamente 72,0%, 33,3%, 2,27% e 37,3% nos homens.

O presente estudo também apresentou algumas limitações. A decisão de compararmos o grupo de pacientes com câncer com um grupo-controle foi tomada pois isto poderia trazer-nos importantes informações sobre uma possível diferença relacionada à espiritualidade e à religiosidade entre os dois grupos. Porém, a escolha de um grupo-controle adequado levou-nos a alguns questionamentos.

Para o grupo-controle utilizamos pacientes que não possuíam câncer previamente, porém os mesmos apresentavam outros tipos de morbidades crônicas, na maioria das vezes, não tão severas, ou não culturalmente consideradas “ameaçadoras à vida”, porém, em muitos casos, que

conhecidamente causam certas limitações e alterações no estilo de vida dos entrevistados (ex. HAS, doenças venosas, doenças cardíacas). Estas mesmas doenças também foram apresentadas pelos pacientes com câncer, com frequências relativamente próximas.

Não sabemos até que ponto isoladamente as demandas impostas pelas patologias do grupo-controle poderiam interferir na espiritualidade e na religiosidade dos mesmos, e se somente o fato de possuir ou não câncer poderia trazer diferença entre os grupos, mesmo que ambos apresentassem comorbidades.

Em relação à limitação dos instrumentos utilizados, o FACIT-Sp não apresentou Alfa de Cronbach satisfatório o domínio de bem-estar emocional (0,555). O aparente motivo que justificaria este valor, é que o grupo de pacientes era heterogêneo em relação ao tempo de tratamento (variando de cerca de três meses a quase sete anos), apesar de possuírem a mesma etiologia da doença.

Essa diferença pode mudar completamente a concepção de “estar doente”. Deste modo, alguns pacientes podem não ter considerado pertinentes à sua real condição questões como: “estou satisfeito com a maneira como enfrento minha doença”, ou “estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença”, produzindo conseqüentemente um baixo Alfa de Cronbach.

Para os pacientes considerados “curados” que estavam realizando somente acompanhamento médico semestral ou anual e mesmo assim participaram do estudo, muito provavelmente não se sentiam doentes, ou

“preocupados com a ideia de morrer”, conforme questões deste domínio.

Vale ressaltar também que o desenho transversal do estudo não permitiu que fosse estabelecido se há alteração nos escores de bem-estar espiritual e religiosidade ao longo do tempo (a exemplo: anteriormente ao diagnóstico de câncer, imediatamente após, e em períodos posteriores), fato que poderia ser conquistado através de uma pesquisa longitudinal.

Mesmo sendo desenvolvida uma pesquisa transversal, o fato de termos incluído ao estudo somente pacientes cujo estadiamento não era avançado, também impossibilitou-nos de comparar se os escores de espiritualidade e religiosidade são diferentes em pacientes de cuidados paliativos e em pacientes em tratamento com intenção curativa.

Outro aspecto importante a ser discutido é que houve razoável diferença entre os pacientes com câncer e o grupo-controle no que tange o nível de escolaridade: pacientes com câncer tinham em maior número de graduação o ensino médio (22,7% dos homens) e ensino superior (32,0% das mulheres); e o grupo-controle o ensino fundamental (48,0% dos homens e 40,0% das mulheres).

Entendemos que esta diferença deveu-se pois grande parte do grupo-controle, participante da campanha de rastreamento contra o câncer promovida nesse hospital, é provinda de uma comunidade mais carente, e de menor poder aquisitivo. Isto implicaria em nível educacional menos elevado, conforme comprovado mediante a análise da classificação social dos grupos de pacientes e controle participantes desta pesquisa: pacientes com câncer entre classes B1 e B2 (54,7% dos homens e 65,3% das

mulheres); e grupo-controle a classe C (50,7% dos homens e 41,3% das mulheres).

Em relação à espiritualidade e à religiosidade nos pacientes com câncer, cujos desdobramentos e atuação profissional podem envolver diversas sub-especialidades já atuantes na oncologia, observa-se na prática que a área de cuidados paliativos tem demonstrado ser a mais preparada para a identificar e atender questões relacionadas a tal.

Geralmente são nos livros de cuidados paliativos em que há alguma citação ou capítulo designado aos aspectos espirituais e religiosos dos pacientes. Causa-nos inclusive certa surpresa quando encontramos algumas destas literaturas na qual não apresente o tema espiritualidade/religiosidade em seus capítulos.

Por outro lado, acreditamos que a espiritualidade e a religiosidade não são temas restritos aos cuidados paliativos, uma vez que, segundo diversos autores (KOENIG 2005a; PUCHALSKI 2005; SMELTZER e BARE 2006; RIPPENTROP et al. 2006), são configuradas como recursos que podem acompanhar o paciente com câncer desde seu diagnóstico, durante o tratamento, e segui-lo até os momentos próximos à morte.

Concordamos que a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais são uma das esferas do que conceituamos como qualidade de vida relacionada à saúde, conforme a Organização Mundial de Saúde (WHO 2002), bem como incentivamos a inclusão definitiva do domínio espiritualidade à definição vigente de saúde.

O despertar para o tema espiritualidade, e o cuidado holístico

proposto pela enfermagem têm raízes históricas: Florence Nightngale, fundadora desta categoria profissional no mundo, já considerava no século XIX a espiritualidade como parte intrínseca da natureza humana e tentou integrar aspectos de ciência e misticismo (MACRAE 1995).

Os enfermeiros têm por juramento profissional “respeitar a dignidade e os direitos da pessoa humana”. Caso o paciente apresente questões ou necessidades espirituais/religiosas, deveríamos, como profissionais de saúde, proporcionar atendimento e cuidado de saúde adequados, assegurada por direito ao paciente.

O aforismo de conhecimento popular que demonstra o compromisso do profissional médico para com os doentes, e cuja autoria frequentemente é atribuída a Hipócrates: “Curar algumas vezes, aliviar muitas vezes, confortar sempre.” (DRUSS 2003), foi lembrado por KOENIG (2001), para embasar a importância deste profissional em coletar a história espiritual dos pacientes. Segundo este autor, realizar esta atividade seria uma maneira eficaz de realizar a orientação de alívio e conforto descrita na frase em questão.

Em relação ao profissional enfermeiro, consideramos ser de extrema importância a identificação de necessidades religiosas/espirituais dos pacientes, já que é o profissional que está com o paciente internado durante a maior parte do seu tempo, ou que geralmente realiza diversos tipos de atendimento e orientações aos pacientes ambulatoriais. Uma vez identificadas estas necessidades, há muito o que pode ser proporcionado a estes pacientes.

E em se tratando do médico, sabe-se que apresenta importância histórica e cultural no apoio aos doentes. Este profissional é muito comumente reconhecido pela população no geral como aquele que desempenha papel principal no tratamento de saúde. A confiança depositada neste profissional por parte dos pacientes é notável e em muitas vezes é a base onde desenvolve-se o tratamento de saúde. Por este motivo apresenta apreciáveis condições de atuar nos aspectos espirituais e religiosos de seus pacientes.

Conforme já discutido anteriormente, abordar a religiosidade e a espiritualidade dos pacientes, é um procedimento desafiador pois pode requerer certa habilidade e muitos profissionais não sabem como fazê-lo. Há disponível atualmente algumas técnicas que norteiam a exploração, pelo o profissional de saúde, das questões espirituais ou religiosas dos doentes. Isto permite a individualização do atendimento e busca da melhor assistência relacionada às reais necessidades de seus pacientes.

Um dos primeiros roteiros para exploração da espiritualidade de pacientes proposto por KUHN (1988) investiga sete temas: “significado e propósito; crença e fé; amor; perdão; oração; meditação e devoção”, e é composto por 35 questões. De acordo com as respostas dadas pelo paciente, pode ser longo o seu tempo de aplicação. As questões sobre “crença e fé” abrangem: no que o paciente tem fé, se a doença influenciou a crença e a fé, como elas são praticadas, como ela influenciou o comportamento durante a doença, e qual o papel desta em busca da saúde.

A autora PUCHALSKI (2005) descreve técnica que auxilia

profissionais a coletar a história espiritual dos mesmos, convidando-os à discussão do significado e do propósito de suas vidas. É conhecida como: “FICA”, acrônimo do inglês: F – *Faith and beliefs*; I – *Importance*; C – *Community*; A – *Adress/ Action in care*, composta por questões relacionadas aos quatro temas descritos: Fé e crenças; Importância; Comunidade; e Avaliação/Ação no cuidado (PUCHALSKI e ROMER 2000).

Outra metodologia bastante conhecida e aplicada na prática clínica é a conhecida como Questionário *HOPE*, do inglês, ESPERANÇA. A palavra também pode ser utilizada como um acrônimo do inglês, com quatro áreas as quais devem ser lembradas pelo entrevistador, descritas a seguir (ANANDARAJAH e HIGHT 2001):

H – Fontes de Esperança (*Hope*), significado, conforto, força, paz, amor e conexão;

O – Religião Organizada;

P – Espiritualidade pessoal e práticas ; e

E – Efeitos no tratamento médico e em assuntos relacionados ao término da vida.

Mais uma importante ferramenta para este tipo de avaliação é a História Espiritual do *American College of Physicians* e da *American Society of Internal Medicine* (LO et al. 1999). É composta por quatro questões: se a fé tem importância para o paciente durante sua atual doença ou teve em outras fases da vida, se o paciente tem alguém disponível para conversar sobre seus assuntos religiosos, e se ele gostaria de conversar com alguém.

O presente estudo permitiu-nos iniciar uma exploração sobre a

espiritualidade e a religiosidade de homens com câncer de próstata e mulheres com câncer de mama no Brasil. Trouxe consigo importantes implicações para a abordagem de cuidado de profissionais de saúde que trabalham com pacientes oncológicos e forneceu evidências que possam incentivar uma proposição de cuidados centrada nas necessidades do paciente, incluindo as religiosas e espirituais.

Há ainda muito a ser investigado em relação à espiritualidade/religiosidade e à saúde. Pesquisas futuras serão necessárias para explorar quais são as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes oncológicos e paralelamente identificar a possível função de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais), de capelães e de membros das igrejas, no apoio à estas questões. Além de serem implementados instrumentos para avaliação espiritual e religiosa durante o tratamento oncológico.

Sugerimos estudos longitudinais que possam investigar se há diferença em relação aos níveis de bem-estar espiritual, religiosidade, ou de necessidades religiosas/espirituais dos pacientes ao longo do tratamento antineoplásico, assim como pesquisas qualitativas as quais podem melhor definir quais são as reais necessidades e quais os significados e impactos das crenças, da fé, da religiosidade e da espiritualidade na vida dos pacientes oncológicos.

Esperamos que esse estudo contribua para o surgimento de debates acerca da importância da assistência e dos cuidados relacionados à religiosidade e à espiritualidade dos pacientes com câncer, com foco na

proposição de intervenções que considerem estes fatores como partes integrantes do ser humano, e que possam melhorar a qualidade de vida ou impactar na saúde destes indivíduos.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Em relação aos objetivos, podemos concluir que:

Neste estudo foram avaliados 150 pacientes (75 com câncer de próstata, 75 mulheres com câncer de mama) e 150 controles (75 homens e 75 mulheres sem câncer), pareados por idade. O grupo de pacientes pertencia a uma classe social mais elevada e tinha também nível educacional superior em relação ao grupo-controle. A maioria dos participantes referiu ser católica e praticante.

Em relação ao instrumento FACIT-Sp, homens com câncer de próstata apresentaram escores mais elevados do que mulheres com câncer de mama nos domínios de Bem-estar Físico ($p<0,001$), Emocional ($p<0,001$), e Funcional ($p=0,017$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre estes grupos no domínio de Bem-estar Social/Familiar ($p=0,236$).

Tanto pacientes como controles apresentaram elevados escores no domínio de bem-estar espiritual no FACIT-Sp, porém não diferiram significativamente em relação às subescalas Significado/Paz ($p=0,421$) e Fé ($p=0,891$).

Ao serem analisados pacientes e controles em conjunto, separando-os por sexo, os homens apresentaram maior senso de Significado/Paz do que as mulheres ($p=0,013$). Em relação subescala Fé não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,829$).

Mulheres apresentaram maior religiosidade organizacional quando comparados aos homens ($p=0,013$) (agrupados pacientes e controles). Não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre pacientes com câncer e grupo-controle ($p=0,216$).

No item religiosidade não organizacional, não houve diferença estatisticamente significativa quer seja em relação ao sexo ($p=0,604$) ou entre o grupos de pacientes e controles ($p=0,195$).

Para o aspecto da religiosidade intrínseca, foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo. No item referente às crenças religiosas estarem “por trás de suas maneiras de viver” ($p=0,022$), mulheres apresentaram resposta positiva à questão em maior número em relação aos homens (agrupados pacientes e controles). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pacientes e controles ($p=0,262$).

Ainda em relação à religiosidade intrínseca, as mulheres com câncer de mama afirmaram, em maior número em relação aos homens com câncer de próstata, que “esforçam-se para viver a religião em todos os aspectos de suas vidas” ($p=0,015$). Para este mesmo item, ao agruparmos pacientes com câncer e controles, a diferença entre o sexo masculino e feminino se manteve ($p=0,012$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pacientes e controles ($p=0,224$).

Em relação à abordagem dos profissionais de saúde em relação à espiritualidade e à religiosidade dos pacientes com câncer: 97,3% dos homens e 86,7% das mulheres não havia conversado sobre suas crenças

espirituais ou religiosas com algum profissional de saúde durante o tratamento. Dos que não conversaram, a maioria gostaria que esta conversa tivesse ocorrido (57,5% dos homens e 54,0% das mulheres). Mais de 81,0% dos homens e 76,0% das mulheres consideram importante que o profissional de saúde tenha interesse pelos assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes.

Grande parte dos pacientes (93,3% dos homens e 73,3% das mulheres) não havia recebido algum tipo de cuidado religioso/espiritual de algum profissional de saúde durante sua terapia. Também a maioria (69,3% dos homens e 58,7% das mulheres) referiu que gostaria de receber algum tipo deste cuidado nos próximos passos do tratamento. Dos que não haviam recebido algum cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde, 60,0% dos homens e 62,0% das mulheres referiram que poderiam ter sentido-se melhor ou mais dispostos para o tratamento caso os tivessem recebido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[ABEP] Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <URL:<http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>> [2010 abr 10].

Acklin MW, Brown EC, Mauger PA. The role of religious values in coping with cancer. **J Relig Health** 1983; 22:322-3.

Alcorn SR, Balboni MJ, Prigerson HG, et al. "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. **J Palliat Med** 2010; 13:581-8.

Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **Am Fam Physician** 2001; 63:81-8.

Antoniuzzi A. As religiões no Brasil segundo o Censo de 2000. [periódico online]. **Rev Estudos Religião** 2003; 2:75-80. Disponível em: <URL:http://www.pucsp.br/rever/rv2_2003/p_antoni.pdf> [2011 maio 15].

Aquino VV, Zago MM. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. **Rev Lat Am Enfermagem** 2007; 15:42-7.

Aukst-Margetić B, Jakovljević M, Margetić B, Bisćan M, Samija M. Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. **Gen Hosp Psychiatry** 2005; 27:250-5.

Balboni TA, Block MJ, Balboni LA, et al. Needs and perceptions of spiritual care among advanced cancer patients [abstract]. **J Clin Oncol** 2008; 26(20 suppl):A9560. [Presented at ASCO Annual Meeting; 2008 May 30 Jun 03; Chicago (United States)].

Becker G, Momm F, Xander C, et al. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. **Strahlenther Onkol** 2006; 182:270-6.

Belcher AE. Should oncology nurses provide spiritual care? **ONS News** 2006; 21:9-10.

Benko MA, Silva MJP. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Rev Latino-Am Enfermagem** 1996; 4:71-85.

Bisquerra R, Sarriera JC, Martinez F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Bowie JV. **Assessment of spirituality as a function of quality of life in prostate cancer**. Maryland: Johns Hopkins University; 1999.

Bowie JV, Sydnor KD, Granot M, Pargament KI. Spirituality and coping among survivors of prostate cancer. **J Psychosoc Oncol** 2004; 22:41-56.

Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. **Psychooncology** 1999; 8:417-28.

Brasil. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 jul 2000. Disponível em: <URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9982.htm> [2012 mar 02].

Bredle JM, Salsman JM, Debb AM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). **Religions** 2011; 2:77-94.

Browner WS, Newman TB, Cummings SR, Hulley SB. Estimando o tamanho de amostra e o poder estatístico: pontos básicos. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB, editores. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.83-110.

Chaves ECL. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. Ribeirão Preto; 2008. [Tese de Doutorado–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP-EERPUSP].

Chaves ECL, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Paul Enferm** 2010; 23:264-70.

Choumanova I, Wanat S, Barret R, Koopman C. Religion and Spirituality in coping with breast cancer: perspectives of chilean women. **Breast J** 2006; 12:349-52.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Pesqui Odontol Bras** 2003; 17(Supl 1):33-41.

Coward DD, Kahn DL. Resolution of spiritual disequilibrium by women newly diagnosed with breast cancer. **Oncol Nurs Forum** 2004; 31:E24-31.

Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. **Nurs Sci Q** 2005; 18:157-62.

Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, et. al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. **J Pain Symptom Manage** 2011; 41:986-94.

Druss RG. Introspections: to comfort always. **Am J Psychiatry** 2003; 160:25-6.

Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states on elderly people coping with cancer. **Oncol Nurs Forum** 1997; 24:663-71.

Fernandes CC. **Espiritualidade e religiosidade em oncologia: análise das publicações de 2000 a 2008**. São Paulo; 2008. [Monografia apresentada para Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem-Escola de Enfermagem da USP]. Disponível em: <URL:http://www.ee.usp.br/ensino/monografia/exibe_detalhe_monografia.asp?VarCodMono=110> [2010 jun 07].

Fernandes CC. **Espiritualidade e religiosidade em pacientes com câncer de mama e próstata: uma revisão de literatura**. São Paulo; 2010. [Monografia apresentada para Conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica-Fundação Antônio Prudente].

Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. **Cancer Nurs** 1999; 22:134-40.

Fife BL. The conceptualization of meaning in illness. **Soc Sci Med** 1994; 38:309-16.

Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev Saúde Pública** 2003; 37:446-55.

Gall TL. Relationship with God and the quality of life of prostate cancer survivors. **Qual Life Res** 2004; 13:1357-68.

Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev Bras Enferm** 2011; 64:53-9.

Gibson LM, Hendricks CS. Integrative review of spirituality in african american breast cancer survivors. **ABNF J** 2006; 17:67-72.

Gonçalves M, Gíglio JS, Ferraz MPT. A religiosidade como fator de proteção contra depressão em pacientes com neoplasia mamária. **Arq Bras Psiquiatr Neurol Med Legal** 2005; 99:16-20.

Gullatte MM, Brawley O, Kinney A, Powe B, Mooney K. Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in African American women. **J Relig Health** 2010; 49:62-72.

Gutiérrez MGR, Arthur TC, Fonseca SM, Matheus MCC. O câncer e seu tratamento: impacto na vida dos pacientes. **Online Braz J Nurs** [periódico online] 2007; 6.

Hamrick N, Diefenbach MA. Religion and spirituality among patients with localized prostate cancer. **Palliat Support Care** 2006; 4:345-55.

Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of Religion and Spirituality. **Am Psychol** 2003; 58(1):64-74.

Holland JC, Lewis S. **The human side of cancer**. New York: Harper Collins; 2000. Available from: <URL:<http://www.humansideofcancer.com/chapters>> [2011 fev 12].

[IBGE]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000 - Resultados da amostra - características gerais da população, migração e deslocamento**. 2003. Disponível em: <URL:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_migracao.shtm> [2010 jan 10].

Instituto Datafolha. **Dossiê religião**. 2007. Disponível em: <URL:http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=445> e em <URL:http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=446> [2010 jan 15].

Jones RA, Taylor AG, Bourguignon C, et al. Complementary and alternative medicine modality use and beliefs among African American prostate cancer survivors. **Oncol Nurs Forum** 2007; 34:359-64.

Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. **Hosp J** 1989; 5:105-16.

Ka'Opua LSI. Developing a culturally responsive breast cancer screening promotion with Native Hawaiian women in churches. **Health Soc Work** 2008; 33:169-77.

King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital patients about faith healing and prayer. **J Fam Pract** 1994;39:349-52.

Koenig HG, McCullough M, Larson DB. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press; 1997a. Definitions; p.17-23.

Koenig HG, Meador K, Parkerson G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item measure for use in health outcome studies. **Am J Psychiatry** 1997b;154:885-6.

Koenig HG. Spiritual assessment in medical practice. **Am Fam Physician** 2001; 63:30-3.

Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research, findings and implications for clinical practice. **South Med J** 2004; 97:194-200.

Koenig HG. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: Por quê, como, quando e o quê**. São Paulo: FE Editora Jornalística; 2005a. Por quê incluir a espiritualidade?; p.17-31.

Koenig HG. **Espiriualidade no cuidado com o paciente. Por quê, como, quando e o quê**. São Paulo: FE Editora Jornalística; 2005b. O quê pode resultar?; p.62-72.

Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions** 2010;1:78-85.

Kuhn CC. A spiritual inventory of the medically ill patient. **Psychiatr Med** 1988; 6:87-100.

Laubmeier K, Zakowski S, Bair J. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. **Int J Behav Med** 2004; 11:48-55.

Leak A, Hu J, King CR. Symptom distress, spirituality, and quality of life in African American breast cancer survivors. **Cancer Nurs** 2008; 31:15-21.

Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. **Rev Bras Cancerol** 2011; 57:15-21.

Levine EG, Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. **Integr Cancer Ther** 2002;1:166-74.

Lo B, Quill T, Tulsky J. Discussing palliative care with patients. For the ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. **Ann Intern Med** 1999; 130:744-9.

Lourenço MT, Costa CL. Psico-oncologia. In: Kowalski LP, Anelli A, Salvajoli JV, Lopes LF, editores. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. 2ª ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2002. p.112-3.

Lowenthal KM, MacLeod AK, Cinnirella M. Are women more religious than men: Gender differences in religious activity among different religious groups in the UK. **Person Indv Differences** 2001; 32:133-9.

Lucchetti G, Granero Lucchetti A, Peres M, Leão F, Moreira-Almeida A, Koenig H. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **J Relig Health** 2010 Nov 24. [Epub ahead of print]

Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. **J Nerv Ment Dis.** 1992;180(11):673-82.

MacLean CD, Susi B, Phifer N, et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. **J Gen Intern Med** 2003; 18:38-43.

Macrae J. Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. **Image J Nurs Sch** 1995; 27:8-10.

Manning-Walsh JK. Psychospiritual well-being and symptom distress in women with breast cancer. **Oncol Nurs Forum** 2005; 32:56-63.

Maugans TA. The SPIRITual history. **Arch Fam Med** 1996;5(1):11-6.

McCartney K, Hetrick K. **Religiosity and gender: nature or nurture?** 2002. Available from: <URL:<http://jrscience.wcp.muohio.edu/humannature01/ProposalArticles/ReligiosityandGender.Natu.html>> [2012 fev 01].

McClain SC, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being em end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. **Lancet** 2003; 361:1603-7.

McClain-Jacobson SC, Rosenfeld B, Kosinski BS, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in after life, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. **Gen Hops Psychiatry** 2004; 26:484-6.

McEwan W. Spirituality in nursing: What are issues? **Orthop Nurs** 2004; 23:321-6.

McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. **J Clin Nurs** 2004; 13:934-41.

Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. **Oncol Nurs Forum** 2006; 33:E1-7.

Ministério da Educação e Cultura. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Disponível em: <URL:<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>> [2011 out 20].

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas/2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". **Soc Sci Med** 2006; 63:843-5.

Moreira- Almeida A, Lotufo-Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr** 2006;28(3):242-50.

Moreira-Almeida A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Rev Psiquiatr Clín** 2007; 31:1-2.

Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Neto FL, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev Psiq Clín** 2008; 35:31-2.

Morgan PD, Gaston-Johansson FG, Mock V. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of african american breast cancer treatment: a pilot study. **ABNF J** 2006; 17:73-7.

Moss S, Prosser H, Costello H, et al. Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. **J Intellect Disabil Res** 1998; 42:173-83.

Muller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. **Mayo Clin Proc** 2001; 76:1225-35.

Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework by philosophical approach. **Palliat Support Care** 2003; 1:15-21.

[NANDA]. North American Nursing Diagnoses Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.312-26.

[NCI]. National Cancer Institute. **Screening and assessment of spiritual concerns**. 2008. Available from: <URL:http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/HealthProfessional/35.cdr#Section_35> [2011 dez 12].

Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. **Psychosomatics** 2002; 43:213-20.

Nelson CJ, Jacobson CM, Weinberger MI, et al. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. **Ann Behav Med** 2009; 38:105-14.

Neri MC. **Novo Mapa das Religiões**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Centro de Políticas Sociais, 2011. A maior economia católica; p.15-20.

Noguchi W, Ohno T, Morita S, et al. Reliability and validity of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual (FACIT-Sp) for Japanese patients with cancer. **Support Care Cancer** 2004;12:240-5.

Panzini RG, Bandeira DR. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev Psiq Clin** 2007; 34:126-35.

Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev Psiq Clin** 2007; 34:105-15.

Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE, Koenig HG, Abernethy AP. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. **Support Care Cancer** 2011 Nov 29. [Epub ahead of print]

Pedraõ RB, Beresin R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein** 2010; 8:86-91.

Pestana JP, Estevens D, Conboy J. O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. **Rev Consciência** 2007; 3:125-58.

Peterman AH, Fitchett G, Brady M, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). **Ann Behav Med**. 2002; 24:49-58.

Piccirillo JF, Tierney RM, Costas I, Grove L, Spitznagel EL. Prognostic importance of comorbidity in a hospital-based cancer registry. **JAMA** 2004; 291:2441-7.

Pinto C, Ribeiro JLB. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de Saúde. **Arq Med** 2007; 21:47-53.

Puchalski CM, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J Palliat Med** 2000; 3:129-37.

Puchalski CM. The spiritual dimension: the healing force for body and mind. **Rev Consciências** 2005; 2:173-95.

Reid-Arndt SA, Smith ML, Yoon DP, Johnstone B. Gender differences in spiritual experiences, religious practices, and congregational support for individuals with significant health conditions. **J Relig Disability Health** 2011; 15:175-96.

Rippentrop E, Altmaier E, Burns P. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. **J Clin Psychol Med Settings** 2006;13:31-7.

Romero C, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR, Friedman LC. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. **J Behav Med** 2006; 29:29-36.

Ross L. The spiritual dimension: its importance to patient's health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. **Int J Nurs Stud** 1995; 32:457-68.

Schneider MA. Broadening our perspective on spirituality and coping among women with breast cancer and their families: implications for practice. **Indian J Palliat Care** 2007; 13:25-31.

Sephton SE, Koopman C, Schaal M, Thoresen C, Spiegel D. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. **Breast J** 2005; 7:345-53.

Sherman AC, Plante, Simonton TG, Adams S, Harbison C, Burris SK. A multidimensional measure of religious involvement for cancer patients: The Duke Religious Index. **Support Care Cancer** 2000; 8:102-9.

Simon C, Crowther M, Higgerson HK. The stage-specific role of spirituality among African American Christian women throughout the breast cancer experience. **Cult Divers Ethnic Minor Psychol** 2007; 13:26-34.

Smeltzer SC, Bare BG. **Brunner e Suddarth - tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Considerações individuais e familiares relacionadas com a doença; p.103-17.

Sobin LH, Wittekind CH. **TNM classificação dos tumores malignos**. 6^a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004a. Tumores de mama; p.137-48.

Sobin LH, Wittekind CH. **TNM classificação dos tumores malignos**. 6^a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004b. Próstata; p.190-3.

Streiner DL, Norman GR. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1995. Basic Concepts; p.104-21.

Sulmasy DP. **The healer's calling: a spirituality for physicians and other health care professionals**. Mahwah: Paulist Press; 1997. Spirituality and the health care professional; p.5-20.

Taylor E. Spiritual assessment. In: Ferrel BR, Coyle N, editors. **Textbook of palliative nursing**. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006. p.581-93.

Thune'-Boyle ICV, Stygall J, Keshtgar MRS, Davidson TI, Newman SP. The Impact of a Breast Cancer Diagnosis on Religious/Spiritual Beliefs and Practices in the UK. **J Relig Health** 2011; 50:203-18.

Volcan SMA, Souza PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev Saude Publica** 2003; 37:440-5.

Walton J, Sullivan N. Men of prayer: spirituality of men with prostate cancer. A grounded theory study. **J Holist Nurs** 2004; 22:133-151.

Webster K, Cella D, Yost K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. **Health Qual Life Outcomes** 2003; 1:79.

White M, Verhoef M. Cancer as part of the journey: the role of spirituality in the decision to decline conventional prostate cancer treatment and to use complementary and alternative medicine. **Integr Cancer Ther** 2006; 5:117-22.

[WHO]. World Health Organization. **WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument The WHOQOL-100 QUESTIONS PLUS 32 SRPB QUESTIONS**. Geneva; 2002. Available from: <URL:http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf> [2011 dez 01].

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. **Soc Sci Med** 1998; 46(12):1569-85.

Wildes KA, Miller AR, de Majors SS, Ramirez AG. The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. **Psychooncology** 2009; 18:831-40.

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Caso (paciente)

HOSPITAL AC CAMARGO – Fundação Antônio Prudente

R: Professor Antônio Prudente, 211 – telefone: 2189-5000.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

(Obrigatório para Pesquisa Clínica em Seres Humanos – Resolução N. 196/96)

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

NOME DO PACIENTE: _____

Sexo: () masculino () feminino Data de nascimento: ____/____/____

Documento de identidade nº: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel: _____

RESPONSÁVEL: _____

Sexo: () masculino () feminino Data de nascimento: ____/____/____

Documento de identidade nº: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel: _____

II. OBJETIVO DO ESTUDO:

O câncer apresenta alta taxa de incidência na população brasileira. Os tipos mais prevalentes em cada sexo são mama e próstata.

Em certos casos, a presença desta doença pode provocar perda de fé ou significado na vida; evidenciar desespero, desânimo, raiva, indignação ou medo; questionamentos sobre significado do sofrimento, da vida e da morte, e expressão de vazio. Frequentemente pacientes e familiares encontram conforto e força emocional em suas tradições religiosas ou crenças espirituais.

Segundo dados do Censo Brasileiro, 92,6% de sua população relatam ter alguma religião. Em estudos prévios com pacientes com câncer de mama e com câncer de próstata foram evidentes as conexões entre religião, espiritualidade, saúde física e mental e maior qualidade de vida.

Muitos pesquisadores recomendam que os profissionais de saúde estejam sensíveis às questões espirituais dos pacientes com câncer, pois quando identificadas, instrumentos de medida e intervenção poderão colaborar com uma assistência de saúde mais abrangente. Portanto, o(a) Sr(a) está sendo convidado a participar deste estudo que visa a analisar o bem-estar espiritual e a religiosidade de pacientes com câncer de próstata e câncer de mama.

III. PROCEDIMENTOS:

Este projeto irá ocorrer durante 18 meses no HOSPITAL AC CAMARGO, porém sua participação na pesquisa ocorrerá em um único encontro. Após sua consulta médica, o(a) sr(a) será convidado(a) a responder dois questionários sobre espiritualidade e religiosidade e um sobre características sociodemográficas, o que leva, no máximo, 15 minutos. Seu tratamento não será alterado pelo estudo. Serão também entrevistados indivíduos que não tiveram câncer para efeitos de comparação.

IV. BENEFÍCIOS:

A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito a retirar-se do estudo a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar no tratamento.

Informo que não há riscos envolvidos neste estudo. A identidade dos pacientes será preservada, apenas os membros da equipe de saúde e da Comissão de Ética terão acesso aos registros.

Caso haja qualquer dúvida sobre o estudo, o(a) sr(a) poderá entrar em contato com a Enfª. Drª. Andréa Yamaguchi Kurashima (telefone 2189-5113). Se esta pesquisadora principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do HOSPITAL AC CAMARGO-SP, pelo telefone 2189-5020.

Declaro que fui esclarecido sobre os procedimentos, riscos e benefícios deste estudo; que tenho liberdade em retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo ao meu tratamento; que não haverá remuneração financeira para este estudo; que minha identidade será preservada, mantendo-se todas as informações em caráter confidencial. Concordo em participar deste estudo.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Assinatura do paciente ou responsável/representante local

Assinatura do pesquisador ou representante

Apêndice 2 - Instrumento de coleta de dados – Caso (paciente)

Caso n. _____ Iniciais: _____ RGH: _____
Data: ____/____/____ Sexo: 1. Feminino () 2. Masculino ()

I - Dados Sociodemográficos

1. Data de Nascimento: ____/____/____

2. Estado Civil: 1. Solteiro () 2. Casado/União estável ()
3. Separado () 4. Viúvo ()

3. Escolaridade: 1. Analfabeto () 2. Ensino Fundamental ()
3. Ensino Médio () 4. Ensino Profissionalizante ()
5. Ensino Superior () 6. Pós-Graduação ()

4. Profissão/Ocupação: _____

5. Situação de Trabalho: 1. Empregado () 2. Desempregado () 3. Aposentado ()
4. Dona de casa () 5. Estudante () 6. Licença Saúde ()

Classificação econômica (CRITÉRIO BRASIL)

6. Assinale para cada item se o(a) Sr.(a) possui na sua casa e a quantidade:

	Não tem	Tem (quantos)			
	0	1	2	3	4 ou +
1. Televisão em cores					
2. Vídeo Cassete / DVD					
3. Rádio					
4. Banheiro					
5. Automóvel					
6. Empregada Mensalista					
7. Aspirador de Pó					
8. Máquina de Lavar Roupas					
9. Geladeira sem Freezer					
10. Geladeira duplex ou freezer					

7. Qual o grau de instrução do chefe da família?

1. ()	Analfabeto / Primário Incompleto
2. ()	Primário completo/ginasial incompleto
3. ()	Ginasial completo/ Colegial incompleto
4. ()	Colegial Completo/ Superior Incompleto
5. ()	Superior Completo

II - Dados clínicos

1. Data do diagnóstico: ____/____/____ 2. Estadiamento: _____

3. Assinale quais tratamentos o(a) sr(a) fez:

- 3a. Fez Quimioterapia? 0. Não() 1.Sim ()
3b. Fez Radioterapia? 0. Não() 1.Sim ()
3c. Fez uso de Hormônio? 0. Não() 1.Sim ()
3d. Fez cirurgia? 0. Não() 1.Sim ()

4. Assinale se o(a) sr(a) tem algum destes problemas de saúde:

- 4a. Infarto do Coração 0. Não() 1.Sim ()
4b. Doenças do coração (nas coronárias, angina) 0. Não() 1.Sim ()
4c. Arritmia cardíaca 0. Não() 1.Sim ()
4d. Hipertensão (pressão alta) 0. Não() 1.Sim ()
4e. Doença Venosa (nas veias) 0. Não() 1.Sim ()
4f. Doença no Fígado/Estômago/Intestino 0. Não() 1.Sim ()
4g. Doença Renal (nos rins) 0. Não() 1.Sim ()
4h. Diabetes 0. Não() 1.Sim ()
4i. Acidente Vascular Cerebral (AVC ou derrame) 0. Não() 1.Sim ()
4j. Doença Mental 0. Não() 1.Sim ()
4l. Doença Reumática (articulações) 0. Não() 1.Sim ()
4m. AIDS 0. Não() 1.Sim ()
4n. Abuso de álcool ou drogas 0. Não() 1.Sim ()
4o. Obesidade 0. Não() 1.Sim ()

III - Dados relacionados à espiritualidade e religiosidade

1. Qual sua religião?

1. Nenhuma() 2. Ateu () 3. Evangélico () 4. Católico ()
5. Espírita () 6.Umbanda () 7. Candomblé () 8.Outra ()

Qual? _____

2. O(a) sr(a) se considera praticante? 0. Não() 1. Sim ()

3. Durante seu tratamento para o câncer:

A. Algum profissional de saúde (médico, enfermeiro) que atendeu o(a) sr(a) conversou a respeito das suas crenças espirituais ou religiosas?

0. Não () 1. Sim ()

B. Caso não tenha conversado, o(a) sr(a) gostaria que essa conversa tivesse acontecido?

0. Não () 1. Sim ()

C. O(a) sr(a) acha importante que o profissional de saúde se interesse pelos assuntos espirituais/religiosos de seus pacientes?

0. Não () 1. Sim ()

Pensando que o cuidado espiritual/religioso pode ser qualquer ajuda ou intervenção do profissional de saúde (médico, enfermeiro) no paciente, como: uma oração; uma reza; uma intercessão junto a Deus, a uma força superior, a Santos; uma palavra de conforto espiritual, uma leitura de texto religioso, dentre muitas outras intervenções que o(a) sr(a) possa lembrar, responda:

D. O(a) sr(a) já recebeu algum cuidado espiritual/religioso de algum profissional de saúde durante o seu tratamento para o câncer?

0. Não () 1. Sim ()

E. O(a) sr(a) gostaria de receber algum cuidado espiritual/religioso do profissional de saúde durante os próximos passos de seu tratamento?

0. Não () 1. Sim ()

F. Em algum momento do seu tratamento o(a) sr(a) acha que se tivesse recebido um cuidado religioso/espiritual do profissional de saúde, teria se sentido melhor, mais confiante ou mais disposto para o tratamento?

0. Não () 1. Sim ()

Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Controle (indivíduo sem câncer)

HOSPITAL AC CAMARGO – Fundação Antônio Prudente

R: Professor Antônio Prudente, 211 – telefone: 2189-5000.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

(Obrigatório para Pesquisa Clínica em Seres Humanos – Resolução N. 196/96.)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DE PESQUISA

NOME: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Documento de identidade nº. _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel: _____

II. OBJETIVO DO ESTUDO:

O câncer apresenta alta taxa de incidência na população brasileira. Os tipos mais prevalentes em cada sexo são mama e próstata.

Em certos casos, a presença desta doença pode provocar perda de fé ou significado na vida; evidenciar desespero, desânimo, raiva, indignação ou medo; questionamentos sobre significado do sofrimento, da vida e da morte, e expressão de vazio. Frequentemente pacientes e familiares encontram conforto e força emocional em suas tradições religiosas ou crenças espirituais.

Segundo dados do Censo Brasileiro, 92,6% de sua população relatam ter alguma religião. Em estudos prévios com pacientes com câncer de mama e com câncer de próstata foram evidentes as conexões entre religião, espiritualidade, saúde física e mental, e maior qualidade de vida.

Muitos pesquisadores recomendam que os profissionais de saúde estejam sensíveis às questões espirituais dos pacientes com câncer, pois quando identificadas, instrumentos de medida e intervenção poderão colaborar com uma assistência de saúde mais abrangente.

Portanto, o(a) Sr(a) está sendo convidado a participar deste estudo que visa a analisar o bem-estar espiritual e a religiosidade dos indivíduos sadios e de pacientes com câncer de próstata e câncer de mama.

III. PROCEDIMENTOS:

Este projeto irá ocorrer durante 18 meses no HOSPITAL AC CAMARGO, porém sua participação na pesquisa ocorrerá em um único encontro. Após sua consulta médica, o(a) sr(a) será convidado(a) a responder dois questionários sobre espiritualidade e religiosidade e um de características sociodemográficas, o que levará, no máximo, 15 minutos. Seu tratamento não será alterado pelo estudo. Serão também entrevistados indivíduos com câncer para efeitos de comparação.

IV. BENEFÍCIOS:

A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito a retirar-se do estudo a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar no tratamento.

Informo que não há riscos envolvidos neste estudo. A identidade dos pacientes será preservada, apenas os membros da equipe de saúde e da Comissão de Ética terão acesso aos registros.

Caso haja qualquer dúvida sobre o estudo, o(a) sr(a) poderá entrar em contato com a Enf^a. Dr^a. Andréa Yamaguchi Kurashima (telefone 2189-5113). Se esta pesquisadora principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do HOSPITAL AC CAMARGO-SP, pelo telefone 2189-5020.

Declaro que fui esclarecido sobre os procedimentos, riscos e benefícios deste estudo; que tenho liberdade em retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo ao meu tratamento; que não haverá remuneração financeira para este estudo; que minha identidade será preservada, mantendo-se todas as informações em caráter confidencial. Concordo em participar deste estudo.

São Paulo, ____ de ____ de ____

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura do pesquisador ou representante

Apêndice 4 - Instrumento de coleta de dados – Controle (indivíduo sem câncer)

Caso n. _____ Iniciais: _____ RGH: _____

Data: ____/____/____ Sexo: 1. Feminino () 2. Masculino ()

I - Dados Sociodemográficos

1. Data de Nascimento: ____/____/____

2. Estado Civil: 1. Solteiro () 2. Casado/União estável ()
3. Separado () 4. Viúvo ()

3. Escolaridade 1. Analfabeto () 2. Ensino Fundamental ()
3. Ensino Médio () 4. Ensino Profissionalizante ()
5. Ensino Superior () 6. Pós-Graduação ()

4. Profissão/Ocupação: _____

5. Situação de Trabalho: 1. Empregado () 2. Desempregado () 3. Aposentado ()
4. Dona de casa () 5. Estudante () 6. Licença Saúde ()

Classificação econômica (CRITÉRIO BRASIL)

6. Assinale para cada item se o(a) Sr.(a) possui na sua casa e a quantidade:

	Não tem	Tem (quantos)			
	0	1	2	3	4 ou +
1. Televisão em cores					
2. Vídeo Cassete / DVD					
3. Rádio					
4. Banheiro					
5. Automóvel					
6. Empregada Mensalista					
7. Aspirador de Pó					
8. Máquina de Lavar Roupas					
9. Geladeira sem Freezer					
10. Geladeira duplex ou freezer					

7. Qual o grau de instrução do chefe da família?

1. ()	Analfabeto / Primário Incompleto
2. ()	Primário completo/ginasial incompleto
3. ()	Ginasial completo/ Colegial incompleto
4. ()	Colegial Completo/ Superior Incompleto
5. ()	Superior Completo

II - Dados clínicos

1. Assinale se o(a) Sr(a) tem algum destes problemas de saúde:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 4a. Infarto do Coração | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4b. Doenças do coração (nas coronárias, angina) | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4c. Arritmia cardíaca | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4d. Hipertensão (pressão alta) | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4e. Doença Venosa (nas veias) | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4f. Doença no Fígado/Estômago/Intestino | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4g. Doença Renal (nos rins) | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4h. Diabetes | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4i. Acidente Vascular Cerebral (AVC ou derrame) | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4j. Doença Mental | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4l. Doença Reumática (articulações) | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4m. AIDS | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4n. Abuso de álcool ou drogas | 0. Não() | 1.Sim () |
| 4o. Obesidade | 0. Não() | 1.Sim () |

III - Dados relacionados à religião

1. Qual sua religião?

- | | | | |
|-----------------|---------------|-------------------|-----------------|
| 1. Nenhuma() | 2. Ateu () | 3. Evangélico () | 4. Católico () |
| 5. Espírita () | 6.Umbanda () | 7. Candomblé () | 8.Outra () |

Qual:_____

2. O sr(a) se considera praticante? 0. Não () 1. Sim ()

Anexo 1 - Instrumento *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.**

<u>BEM-ESTAR FÍSICO</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís-simo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2		4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado(a) a passar tempo deitado(a)	0	1	2	3	4
<u>BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís-simo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4

GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito(a) com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo(a) do(a) meu(minha) parceiro(a) (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, por favor, responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo [] e passe para a próxima seção.					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

BEM-ESTAR EMOCIONAL

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís-simo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a ideia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado(a) com o meu trabalho (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito(a) com a qualidade da minha vida neste momento	0	1	2	3	4

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís-simo
Sp1	Sinto-me em paz	0	1	2	3	4
Sp2	Tenho uma razão para viver	0	1	2	3	4
Sp 3	A minha vida tem sido produtiva	0	1	2	3	4
Sp 4	Custa-me sentir paz de espírito	0	1	2	3	4
Sp 5	Sinto que a minha vida tem um propósito	0	1	2	3	4
Sp 6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo/a	0	1	2	3	4
Sp 7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo/a	0	1	2	3	4
Sp 8	Falta sentido e propósito em minha vida	0	1	2	3	4
Sp 9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	0	1	2	3	4
Sp 11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará bem	0	1	2	3	4

Anexo 2 - Instrumento *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) - Subescala bem-estar espiritual - adaptado

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sp1	Sinto-me em paz	0	1	2	3	4
Sp2	Tenho uma razão para viver	0	1	2	3	4
Sp 3	A minha vida tem sido produtiva	0	1	2	3	4
Sp 4	Custa-me sentir paz de espírito	0	1	2	3	4
Sp 5	Sinto que a minha vida tem um propósito	0	1	2	3	4
Sp 6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo/a	0	1	2	3	4
Sp 7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo/a	0	1	2	3	4
Sp 8	Falta sentido e propósito em minha vida	0	1	2	3	4
Sp 9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	0	1	2	3	4
Sp 11	Tempos difíceis tem fortalecido minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 12	Mesmo em tempos difíceis, acredito que tudo acabaria bem	0	1	2	3	4

**Anexo 3 – Instrumento Índice de Religiosidade da Universidade Duke –
Versão em português (DUREL)**

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado.

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

Anexo 4 – Correspondência pessoal: solicitação de autorização para utilização do Instrumento FACIT-Sp



May 13th, 2009.

Dear Sirs,

My name is Andrea Y. Kurashima and I am a research nurse of Hospital A. C. Camargo (www.hcancer.org.br) in Sao Paulo, Brazil. Along with my Post-graduation student, Carolina Fernandes (Oncology Nursing Course), we are very interested in evaluating Spiritual issues of our cancer patients, for the first time in our institution.

We have elected FACIT-Sp as an instrument that will mostly fit our goal in evaluating the spiritual well-being of our patients. Brazil is a multicultural country with a population that is very heterogeneous on regards of spiritual beliefs and religiosity. The lack of studies that involve this theme in our country has motivated us to design a related project.

We plan to develop an academic research, entitled "Spiritual well being of patients diagnosed with breast and prostate cancer in Brazil: a cross-sectional study", using FACIT-Sp (Portuguese version) in our oncologic population.

We would like to ask your permission for using this instrument, and if it is possible, the waiving of fees.

We are very interested in building a collaborative relationship with the FACIT Group and will be very glad to share with you the results of our project.

Please, let us know if you need any further information.

Sincerely yours,

Carolina da Cunha Fernandes RN
Oncology Nursing Student
carolfernandes89@gmail.com
(55) 11 76089984

Andrea Y. Kurashima RN, MSc, PhD
Supervisor/Program Coordinator
aykurash@yahoo.com.br
(55) 11 92526734

Anexo 5 - Correspondência pessoal: autorização concedida pelo autor para utilização do Instrumento FACIT-Sp

☆ de **Jason Bredle** <jbredle@facit.org>
para @ carolina fernandes <carolfernandes89@gmail.com>
data 11 de maio de 2009 20:55
assunto RE: Permission for using FACIT-Sp (portuguese version)

[ocultar detalhes](#) 11 mai  [Responder](#) ▼

Hi Carolina,

I've attached the Portuguese FACIT-Sp, scoring and administration information, and a licensing agreement. I've waived the licensing fee in your case. Please let me know if I can do anything else for you.

Kind regards,
Jason

Jason Bredle
FACIT.org
+1.773.807.9094

Anexo 6 – Correspondência pessoal: sugestão de adaptação do Instrumento FACIT-Sp para indivíduos não doentes

☆  carolina fernandes para Jason

[mostrar detalhes](#) 22:07 (13 minutos atrás) [Responder](#)

Hi Jason,

We are sending the suggested revisions to the questions Sp 11 and Sp12, to apply FACIT-SP in a control group that doesn't have illness here in Brazil.

We've translated from English to Portuguese and from Spanish to Portuguese.

Thank you for sending these 2 versions, what allowed us to compare them. I would like to say that Portuguese spoken in Brazil could present some differences from the one spoken in Portugal, and our suggestion is based in that spoken in Brazil.

English version:

Sp 11 Difficult times have strengthened my faith or spiritual beliefs

Sp 12 Even during difficult times, I know that things will be okay

Spanish version:

Sp 11 Tiempos difíciles han fortalecido mi fe o mis creencias espirituales

Sp 12 Aun durante tiempos difíciles, todo va a ir bien

Portuguese version

Sp 11 Tempos difíceis tem fortalecido minha fé ou crenças espirituais

Sp 12 Mesmo em tempos difíceis, acredito que tudo acabaria bem

We have applied FACIT-Sp with the suggested questions to some patients and they had no difficulties to understand and answer them. We think the adaptation was very clear.

Now we expect if this adapted version would be approved from your translations department.

Sincerely yours,

Carolina da Cunha Fernandes RN

Oncology Nursing Student

Anexo 7 – Correspondência pessoal: autorização do FACIT para utilização do Instrumento FACIT-Sp adaptado para não doentes

☆ **Jason Bredle** jbredle@facit.org para mim

[mostrar detalhes](#) 22:17 (22 horas atrás)  [Responder](#) ▼

Hi Carolina,

Thanks! I approve these modifications – they look great. I've gone ahead and created an "official" version of the non-illness FACIT-Sp questionnaire, which I've attached. Let me know if you need anything else from me.

Thanks again,
Jason

Jason Bredle
FACIT.org

 +1.773.807.9094 

Anexo 8 - Correspondência pessoal: solicitação de autorização para utilização do instrumento DUREL – versão língua portuguesa

Instrumento de avaliação Religiosidade Entrada | X

 **Andrea Yamaguchi Kurashima** para alex.ma, mim, Miako [mostrar detalhes](#) 22/09/09 [Responder](#) 

Prezado Dr. Alexander, boa tarde.
Meu nome é Andréa e sou enfermeira e Orientadora do Programa de Pós-graduação Stricto sensu da Fundação Antonio Prudente - Hospital A.C. Camargo.
Prof. Miako Kimura e eu estamos trabalhando conjuntamente num projeto de Mestrado da aluna Carolina da Cunha Fernandes para analisar a Espiritualidade e Religiosidade de Pacientes aqui do Hospital.
Gostaríamos de verificar se é possível obter a sua autorização para utilizar em nosso estudo, a sua Escala de Religiosidade de Duke - Versão português.
No aguardo de sua resposta, agradeço antecipadamente sua atenção.
Um abraço,
Andréa Y. Kurashima RN, MSc, PhD
CIPE - Fundação Antonio Prudente - Hospital A.C. Camargo

Veja quais são os assuntos do momento no Yahoo! + Buscados: [Top 10](#) - [Celebidades](#) - [Música](#) - [Esportes](#)

[Responder](#) [Responder a todos](#) [Encaminhar](#)

Anexo 9 - Correspondência pessoal: autorização concedida pelo autor para utilização do Instrumento DUREL – versão língua portuguesa

--- Em ter, 22/9/09, Alexander Moreira-Almeida <alex.ma@ufjf.edu.br> escreveu:

De: Alexander Moreira-Almeida <alex.ma@ufjf.edu.br>
Assunto: Re: Instrumento de avaliação Religiosidade
Para: "Andrea Yamaguchi Kurashima" <aykurash@yahoo.com.br>
Data: Terça-feira, 22 de Setembro de 2009, 18:41

Claro, Andrea, será um prazer.
Por favor, me manyenha informado sobre a pesquisa.
Talvez vc possa achar outros artigos na área que interessem na

Biblioteca Virtual em Espiritualidade e Saúde - BVES

www.hoje.org.br/bves

Um forte abraço,

Alexander

Alexander Moreira-Almeida

- Professor Adjunto de Psiquiatria e Semiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
- Diretor do NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde da UFJF
www.ufjf.br/nupes

Alexander Moreira-Almeida, M.D., Ph.D.

- Professor of Psychiatry, School of Medicine, Federal University of Juiz de Fora (UFJF), Brazil
- Director of the Research Center in Spirituality and Health (NUPES) at UFJF, Brazil

- Mostrar texto das mensagens anteriores -

- Mostrar texto das mensagens anteriores -

Anexo 10 - Autorização concedida pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital A. C. Camargo

São Paulo, 17 de Agosto de 2010.

À
Enfª. Andréa Yamaguchi Kurashima

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1408/10
"Avaliação do bem-estar espiritual e da religiosidade em pacientes com câncer de mama e próstata".

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente - Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em sua última reunião de 10/08/2010, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 11/05/2010, **aprovaram** a realização do projeto em referência, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE -1 (Versão para pacientes), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE -2 (Versão para controles – indivíduos sadios), Instrumento de coleta de dados – Caso (paciente), Instrumento de coleta de dados – Controle (indivíduo sadio), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being (FACIT-Sp), Índice de Religiosidade da Universidade Duke – Versão em português e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- Declaração sobre os Dados Coletados, Publicação dos Dados e Propriedade das Informações Geradas;
- Declaração sobre o Plano de Recrutamento dos Sujeitos de Pesquisa, Circunstâncias e Responsáveis pela Obtenção do TCLE;
- Orçamento Financeiro Detalhado;
- Declaração de Infra-Estrutura e Instalações do Departamento de Cirurgia Pélvica;
- Declaração de Infra-Estrutura e Instalações do Departamento de Mastologia;
- Autorização concedida para utilização de Instrumento FACIT-Sp (Anexo 4);
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Cirurgia Pélvica;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Mastologia.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à assistente do CEP dentro de 6 meses.

Atenciosamente,


Dr. Jefferson Luiz Gross
1º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

1/1

Anexo 11 - Orientação do cálculo dos escores obtidos no instrumento FACIT-Sp

FACIT-Sp Scoring Guidelines (Version 4)

- Instructions:*
1. Record answers in "item response" column. If missing, mark with an X
 2. Perform reversals as indicated, and sum individual items to obtain a score.
 3. Multiply the sum of the item scores by the number of items in the subscale, then divide by the number of items answered. This produces the subscale score.
 4. Add subscale scores to derive total scores (FACT-G & FACIT-Sp).
 5. **The higher the score, the better the QOL/spiritual well-being.**

Subscale	Item Code	Reverse item?	Item response	Item Score
PHYSICAL	GP1	4	-	=
WELL-BEING	GP2	4	-	=
(PWB)	GP3	4	-	=
	GP4	4	-	=
<i>Score range: 0-28</i>	GP5	4	-	=
	GP6	4	-	=
	GP7	4	-	=

Sum individual item scores: _____ **Multiply by 7:** _____

Divide by number of items answered: _____ = **PWB subscale score**

SOCIAL/FAMILY	GS1	0	+	=
WELL-BEING	GS2	0	+	=
(SWB)	GS3	0	+	=
	GS4	0	+	=
<i>Score range: 0-28</i>	GS5	0	+	=
	GS6	0	+	=
	GS7	0	+	=

Sum individual item scores: _____ **Multiply by 7:** _____

Divide by number of items answered: _____ = **SWB subscale score**

EMOTIONAL	GE1	4	-	=
WELL-BEING	GE2	0	+	=
(EWB)	GE3	4	-	=
	GE4	4	-	=
<i>Score range: 0-24</i>	GE5	4	-	=
	GE6	4	-	=

Sum individual item scores: _____ **Multiply by 6:** _____

Divide by number of items answered: _____ = **EWB subscale score**

FUNCTIONAL	GF1	0	+	=
WELL-BEING	GF2	0	+	=
(FWB)	GF3	0	+	=
	GF4	0	+	=
<i>Score range: 0-28</i>	GF5	0	+	=
	GF6	0	+	=
	GF7	0	+	=

Sum individual item scores: _____ **Multiply by 7:** _____

Divide by number of items answered: _____ = **FWB subscale score**

FACIT-Sp Scoring Guidelines (Version 4)

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>		<u>Item response</u>		<u>Item Score</u>
Meaning/Peace	Sp1	0	+	_____	=	_____
	Sp2	0	+	_____	=	_____
	Sp3	0	+	_____	=	_____
	Sp4	4	-	_____	=	_____
	Sp5	0	+	_____	=	_____
	Sp6	0	+	_____	=	_____
	Sp7	0	+	_____	=	_____
	Sp8	4	-	_____	=	_____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 8: _____

Divide by number of items answered: _____ = Meaning/Peace subscale score

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>		<u>Item response</u>		<u>Item Score</u>
Faith	Sp9	0	+	_____	=	_____
	Sp10	0	+	_____	=	_____
	Sp11	0	+	_____	=	_____
	Sp12	0	+	_____	=	_____

Score range: 0-16

Sum individual item scores: _____

Multiply by 4: _____

Divide by number of items answered: _____ = Faith subscale score

To Derive a Sp12 total subscale score:

Score range: 0-48

_____ + _____ = _____ = **Sp12 total subscale score**
(Meaning/Peace score) **(Faith score)**

*For guidelines on handling missing data and scoring options, please refer to the Administration and Scoring Guidelines in the manual or on-line at www.facit.org.