



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM ONCOLOGIA:
UM ESTUDO SOBRE AS CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

CAROLINE AMADO GOBATTO

Brasília, março 2012



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM ONCOLOGIA:
UM ESTUDO SOBRE AS CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

CAROLINE AMADO GOBATTO

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Processos de
Desenvolvimento Humano e Saúde, área de
concentração Psicologia da Saúde.**

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Brasília, março 2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 998800.

G574r Gobatto, Caroline Amado.
Religiosidade e espiritualidade em oncologia : um
estudo sobre as concepções de profissionais de saúde
/ Caroline Amado Gobatto. -- 2012.
xii, 138 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2012.
Inclui bibliografia.
Orientação: Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.

1. Doentes - Psicologia. 2. Religiosidade.
3. Espiritualidade. 4. Oncologia - Tratamento
5. Pessoal da área médica. I. Araújo, Tereza Cristina
Cavalcanti Ferreira de. II. Título.

CDU 159.9:616-006.6

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente
Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Eduardo Tosta - Membro
Faculdade de Medicina - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern - Membro
Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília

Profª Drª Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino - Suplente
Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento - Universidade de Brasília

Brasília, março 2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo apoio, carinho e pela confiança.

Ao Roberto Nociti, pelo amor e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Célia, e ao meu pai, Wisland, por sempre acreditarem na minha capacidade acadêmica, apoiando minhas escolhas e incentivando meus estudos. Aos meus irmãos, Giovanna e Anderson, pelo carinho e pela admiração.

À profa. Tereza Cristina C. F. de Araujo, minha orientadora, pelo incentivo e apoio oferecidos desde as disciplinas que cursei como aluna especial. A minha eterna gratidão ao conhecimento transmitido e aos diversos auxílios oferecidos no decorrer do mestrado.

Aos professores membros da banca, pela disponibilidade em contribuir com o aprimoramento deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro.

Às colegas de orientação Cristiane Decat, Pamela Staliano e Tathiane Guimarães, pelo companheirismo nas disciplinas. Em particular, à Pamela e à Tathi, por compartilharem as angústias do período de finalização da escrita.

À Maira Cauchioli, pela ajuda incomensurável à etapa de coleta de dados dessa pesquisa, de maneira especial, pelo auxílio na realização do primeiro grupo focal *online*.

Ao amigo Elton Fróes, ainda que distante, por responder prontamente aos meus pedidos de socorro. Agradeço imensamente pela indicação da ferramenta utilizada na etapa do grupo focal *online*.

Aos queridos amigos André Carvalho Barreto e Letícia Decimo, pelos conhecimentos compartilhados em nosso grupo de estatística, tão essencial para a análise dos resultados dessa dissertação. Agradeço também pela colaboração no teste da plataforma utilizada no grupo focal *online*.

À prezada amiga Clarissa Vaz Dias, pela amizade verdadeira que nasceu ainda quando almejávamos o ingresso no mestrado. Serei eternamente grata pela ajuda com o *abstract* dessa dissertação.

À grande amiga Lílian de Cristo, pela força, companheirismo, amizade e carinho, sempre solícita e disposta, independente da ocasião. Uma amizade única que levarei por toda a vida. Também agradeço a seu esposo, Fábio de Cristo, em especial pelas palavras de apoio no período de conclusão desse trabalho.

À amiga-irmã Graziela Nogueira, pela amizade incondicional. Com você, pude aprender a confiar em meu potencial. Agradeço pelas trocas de conhecimento, pelo apoio mútuo e por compartilhar tantos momentos no decorrer desses dois anos.

Aos meus estimados sogros, Célia e Roberto, pelo cuidado e pelas palavras alentadoras, essenciais para motivar meus esforços no período final do mestrado.

Ao meu grande amor, Roberto Nociti Maciel, sem o qual a conclusão desse trabalho, certamente, não seria possível. Sou grata por sua paciência, companheirismo e dedicação, desde o início da minha trajetória acadêmica, ainda na iniciação científica. Meu eterno agradecimento por fazer parte da minha vida.

Aos profissionais da saúde que participaram do estudo, por gentilmente opinarem sobre esse tema ainda polêmico, cooperando com o conhecimento científico da área.

RESUMO

É crescente o interesse em investigar a influência da religiosidade e da espiritualidade no manejo do estresse em geral e de outras condições adversas, como doenças crônicas e seus respectivos tratamentos. Especificamente, denomina-se como enfrentamento religioso/espiritual a adoção de estratégias cognitivas ou comportamentais que utilizam religião e/ou fé. Em Oncologia, muitos trabalhos apontam correlações com apoio social, bem-estar e estratégias adaptativas dos pacientes. Todavia, ainda que em menor proporção, estudos têm relacionado piores índices de qualidade de vida ao maior uso de estratégias avaliadas como prejudiciais. Sendo assim, realizou-se uma pesquisa exploratória com o objetivo de conhecer as concepções de profissionais de saúde da área oncológica acerca da associação entre saúde, religiosidade e espiritualidade. Na primeira etapa, participaram 85 profissionais da saúde, das seguintes categorias: assistente social ($n = 1$); biólogo ($n = 1$); enfermeiros ($n = 2$); fisioterapeutas ($n = 3$); fonoaudiólogos ($n = 2$); médicos ($n = 17$); nutricionistas ($n = 16$); odontólogo ($n = 1$), psicólogos ($n = 40$); psico-oncologista ($n = 1$); técnico de enfermagem ($n = 1$). Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário, disponibilizado na internet, composto por itens elaborados para esta pesquisa e a Escala Breve de Enfrentamento Religioso. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Na etapa seguinte, uma subamostra participou de grupos focais *online*, sendo que um grupo reuniu uma nutricionista e dois psicólogos e outro grupo contou com um médico, uma nutricionista e duas psicólogas. Os relatos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática. De acordo com os resultados do questionário eletrônico, aproximadamente metade da amostra não pratica atividades religiosas. Contudo, 49 profissionais revelaram grau elevado de espiritualidade. Apenas três respondentes não se consideraram espiritualizados. As influências positivas da religiosidade/espiritualidade na saúde foram percebidas como predominantes. Temas religiosos são frequentes nos atendimentos e sua abordagem tende a ser realizada por meio de exemplos positivos e promoção de estratégias de enfrentamento adaptativas. Para 41 respondentes, todos os profissionais de saúde são responsáveis pela abordagem da temática religiosa/espiritual. Somente 15 participantes informaram contar com o apoio de capelães em sua instituição de trabalho. Setenta e um respondentes assinalaram não ter encaminhado seus pacientes para profissionais religiosos. Sobre as influências da religiosidade/espiritualidade nas vivências do paciente, constatou-se o predomínio de percepção positiva, notadamente como fonte de conforto. O impacto negativo mais enfatizado foi a avaliação do câncer como punição. No tocante ao enfrentamento religioso/espiritual dos próprios participantes, verificou-se maior uso de estratégias positivas do que negativas, sem distinção relevante por categorias profissionais. Estratégias positivas correlacionaram-se diretamente com práticas religiosas, espiritualidade e percepção de efeitos positivos para a saúde. A categorização das discussões feitas nos grupos focais evidenciou concepções positivas e negativas da religiosidade/espiritualidade para pacientes e familiares. Ressalta-se, ainda, que nenhum profissional recebeu formação acadêmica para lidar com tais assuntos em suas intervenções. Em geral, profissionais da saúde e representantes religiosos atuam isoladamente. Recomenda-se a condução de mais pesquisas visando, sobretudo, subsidiar programas de capacitação e treinamento destinados aos futuros profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: religiosidade, espiritualidade, enfrentamento, Oncologia, profissionais de saúde

ABSTRACT

There is increasing interest in investigating the influence of religiosity and spirituality in general stress management and other adverse conditions such as chronic diseases and their treatment. Specifically, religious/spiritual coping has been denominated as the adoption of cognitive or behavioral strategies that are based on the use of a religion or faith. In Oncology, many studies show correlations with patients' social support, well-being and adaptive strategies. However, although to a lesser extent, studies have related worse indexes of quality of life to greater use of strategies that are assessed as harmful. Therefore, an exploratory study was carried out with the means of understanding of the concepts of health professionals working with Oncology regarding the association amongst health, religion and spirituality. In the first stage of the study, participants included 85 health professionals of the following categories: social worker ($n = 1$), biologist ($n = 1$), nurses ($n = 2$), physiotherapists ($n = 3$), speech therapists ($n = 2$), physicians ($n = 17$), dietitians ($n = 16$), dentist ($n = 1$), psychologists ($n = 40$), psycho-oncologist ($n = 1$), nursing technicians ($n = 1$). To collect data an online questionnaire, consisting of items that were specifically developed for this study and the Brief Religious Coping Scale was used. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics. In the following stage, a subset sample participated in online focus groups, one that included a dietitian and two psychologists and another group included a doctor, a nutritionist and two psychologists. The results of such groups underwent thematic content analysis. According to the results obtained from the online questionnaire, about half of the sample does not practice religious activities. However, 49 professionals revealed a high degree of spirituality. Only three respondents did not consider themselves spiritualized. The positive influences of religiosity/spirituality on health were perceived as predominant. Religious themes are frequent in care and their approach tends to be accomplished through positive examples and the promotion of adaptive coping strategies. For 41 respondents, all categories of health professionals are responsible for discussing religious/spiritual issues. Only 15 participants reported as having the support of chaplains at their working environment. Seventy-one respondents reported not having referred their patients to religious professionals. In regard to the influence of religiosity/spirituality in the oncological experience, there was a predominance of positive perceptions, especially as a source of comfort. The most highlighted negative impact was the assessment of cancer as a punishment. With regard to religious/spiritual coping of the participants, greater use of positive over negative strategies was identified, with no relevant distinction amongst occupational categories. Positive strategies correlated directly with religious practices, spirituality and perception of positive effects on health status. The categorization of discussions as a result of the focus groups demonstrated positive and negative conceptions of religiousness/spirituality for patients and families. It should be noted that none of the professionals had received any formal academic training to deal with such matters in their interventions. In general, health professionals and religious representatives act apart from one another. It is recommended that further research be conducted to above all subsidize training programs that are intended for future professionals of the health field.

Keywords: religiosity, spirituality, coping, Oncology, health professionals

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
RESUMO.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
LISTA DE TABELAS.....	XI
LISTA DE FIGURAS.....	XII
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE: PERSPECTIVAS ATUAIS EM SAÚDE..	16
1.1 Religião e espiritualidade: breve histórico da construção dos saberes em saúde.....	16
1.2 Transformações no campo da saúde e a reinclusão do domínio religioso/espiritual	18
1.3 Estudos e pesquisas acerca da religiosidade e espiritualidade em saúde	21
1.4 Enfrentamento religioso/espiritual: evolução teórico-conceitual.....	26
1.4.1 Religiosidade e espiritualidade.....	26
1.4.2 Enfrentamento	28
1.4.3 Enfrentamento e religiosidade/espiritualidade: conexões contemporâneas	29
1.5 Instrumentos de avaliação: um enfoque voltado para o contexto brasileiro	30
CAPÍTULO 2 – RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM ONCOLOGIA: TENDÊNCIAS E DESAFIOS PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL	32
2.1 Religiosidade/espiritualidade e câncer.....	32
2.2 Religiosidade/espiritualidade e a intervenção profissional	38
2.2.1 Capelania hospitalar: panorama nacional e internacional	38
2.2.2 Papel dos profissionais da saúde na abordagem da religiosidade/ espiritualidade....	39
2.2.3 Religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde: investigações.....	45
CAPÍTULO 3 – MÉTODO.....	49
3.1 Uso de ferramentas eletrônicas em pesquisas	49
3.2 Aspectos éticos.....	50
3.3 Primeira etapa: questionário eletrônico.....	50
3.3.1 Participantes	50
3.3.2 Instrumento.....	50
3.3.3 Material	51
3.3.4 Pré-teste do instrumento.....	51
3.3.5 Procedimentos de coleta de dados.....	52
3.3.6 Procedimentos de análise dos dados	53
3.4 Segunda etapa: grupos focais <i>online</i>	53
3.4.1 Participantes	53
3.4.2 Instrumento.....	53

3.4.3	Materiais.....	53
3.4.4	Procedimentos de coleta de dados.....	54
3.4.5	Procedimentos de análise dos dados	55
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO		56
4.1	Etapa questionário eletrônico	56
4.1.1	Caracterização dos participantes	56
4.1.2	Religiosidade, espiritualidade e saúde	60
4.1.3	Abordagem da religiosidade/espiritualidade em Oncologia	72
4.1.4	Religiosidade/espiritualidade no enfrentamento do estresse.....	79
4.2	Etapa grupo focal <i>online</i>	82
4.2.1	Caracterização dos participantes	82
4.2.2	Categoria 1: influências.....	84
4.2.3	Categoria 2: preparação do profissional de saúde	91
4.2.4	Categoria 3: crenças	97
4.2.5	Categoria 4: papel dos representantes religiosos.....	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		105
REFERÊNCIAS.....		110
ANEXOS		
ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....		124
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO		125
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo <i>Online</i>)		130
ANEXO 4 – MENSAGEM DE DIVULGAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO		131
ANEXO 5 – MENSAGENS DE DIVULGAÇÃO DO GRUPO <i>ONLINE</i>		132
ANEXO 6 – ROTEIRO DE PERGUNTAS DO GRUPO <i>ONLINE</i>		135
ANEXO 7 – AMBIENTE VIRTUAL DO GRUPO <i>ONLINE</i>		136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Delineamento metodológico dos estudos revisados em dois periódicos científicos	26
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes da primeira etapa do estudo ($N = 85$)	57
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo por categorias profissionais	58
Tabela 4. Local de trabalho dos profissionais que participaram do estudo ($n = 84$).....	59
Tabela 5. Idade, tempo de profissão e tempo de atuação em Oncologia dos participantes do estudo ($N = 85$)	60
Tabela 6. Tempo de profissão e tempo de atuação em Oncologia dos participantes do estudo por períodos ($N = 85$)	60
Tabela 7. Descrição das atividades religiosas praticadas pelos participantes do estudo ($n = 34$).....	63
Tabela 8. Percepção sobre as influências positivas e negativas da religião segundo médicos, nutricionistas e psicólogos	67
Tabela 9. Percepção sobre as influências positivas e negativas da religião e espiritualidade segundo médicos, nutricionistas e psicólogos	69
Tabela 10. Percepção sobre as influências da religiosidade/espiritualidade na saúde segundo médicos, nutricionistas e psicólogos	72
Tabela 11. Modalidades de abordagem de questões religiosas/espirituais pelos profissionais do estudo ($n = 54$)	75
Tabela 12. Encaminhamentos dos pacientes oncológicos para profissionais religiosos ($N = 85$)	77
Tabela 13. Comparação entre as médias de escores de enfrentamento religioso/espiritual (ERE) positivo e negativo dos participantes do estudo ($n = 82$)	80
Tabela 14. Comparação entre as médias dos escores de enfrentamento religioso/espiritual (ERE) positivo e negativo de médicos, nutricionistas e psicólogos.....	81
Tabela 15. Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos focais <i>online</i>	83
Tabela 16. Categorização dos grupos focais <i>online</i>	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quantitativo de publicações sobre religiosidade, espiritualidade e Oncologia.	23
Figura 2. Levantamento de artigos sobre religiosidade/espiritualidade e câncer em dois periódicos científicos por ano de publicação.....	24
Figura 3. Classificação dos estudos de um levantamento sobre religiosidade/ espiritualidade e câncer realizado no periódico <i>Psycho-Oncology</i>	25
Figura 4. Classificação dos estudos de um levantamento sobre religiosidade/espiritualidade e câncer realizado no periódico <i>Journal of Religion and Health</i>	25
Figura 5. Distribuição dos participantes por Região de procedência ($N = 85$).	59
Figura 6. Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas (instituições) e privadas (leituras) dos participantes do estudo.	61
Figura 7. Frequência a instituições religiosas por categorias profissionais ($n = 73$).	62
Figura 8. Frequência de leituras religiosas por categorias profissionais ($n = 73$).	62
Figura 9. Autopercepção do grau de espiritualização dos profissionais do estudo ($n = 82$).	63
Figura 10. Autopercepção do grau de espiritualização por categorias profissionais.	64
Figura 11. Percepção dos profissionais do estudo sobre as influências positivas e negativas da religião na vida das pessoas em geral.....	65
Figura 12. Percepção dos participantes do estudo sobre as influências positivas e negativas da religião para si próprios.....	66
Figura 13. Percepção sobre as influências positivas e negativas da espiritualidade, de acordo os profissionais do estudo.	68
Figura 14. Percepção dos participantes do estudo sobre as influências da religiosidade/espiritualidade na saúde.....	71
Figura 15. Frequência de assuntos religiosos/espirituais nos atendimentos dos participantes do estudo ($n = 80$).....	72
Figura 16. Opinião dos profissionais do estudo sobre a abordagem de temas religiosos/espirituais com pacientes ($N = 85$).	73
Figura 17. Frequência de assuntos religiosos/espirituais nos atendimentos segundo médicos, nutricionistas e psicólogos ($n = 71$)	73
Figura 18. Opinião sobre a abordagem da temática religiosa/espiritual com pacientes segundo médicos, nutricionistas e psicólogos ($n = 73$)	74
Figura 19. Opinião dos participantes do estudo sobre as categorias profissionais que devem abordar a temática religiosa/espiritual com pacientes oncológicos ($n = 83$).....	76
Figura 20. Profissionais responsáveis por fornecer suporte religioso/espiritual aos pacientes oncológicos de acordo com os participantes do estudo ($N = 85$).	77
Figura 21. Percepção dos participantes do estudo sobre as influências da religiosidade/espiritualidade na experiência oncológica dos pacientes.	78
Figura 22. Médias de escores referentes ao enfrentamento religioso/espiritual (ERE) positivo e negativo dos participantes do estudo ($n = 82$).....	80

INTRODUÇÃO

Desde os tempos mais remotos, os seres humanos buscam atribuir significados para a vida, sendo a religião uma das principais fontes de inspiração. No decorrer da história das civilizações, há registros de cultos e rituais ilustrativos da procura do homem pela ligação com o transcendente, o que pode ser observado também nas sociedades atuais. Não obstante o passar dos séculos, as religiões do mundo mantêm muitas de suas tradições, levando alguns estudiosos a considerar o homem como um ser naturalmente religioso (Ribeiro, 2004).

No que se refere à busca pelo conhecimento, observa-se uma relação historicamente conflituosa entre os campos da religião e da ciência. Nas sociedades ocidentais, o pensamento teológico-metafísico e político vigente até o século XVI – cuja hegemonia alcançava os diversos domínios sociais, inclusive a produção de saberes e verdades – era regido pelas explicações divinas sobre os fenômenos naturais, direcionando os comportamentos dos homens. Em contraponto radical a esse modelo de universo, foram edificadas as ideias sobre o homem e as relações entre ciência e sociedade, filosofia e fé, subjacentes à Revolução Científica. A Terra não mais ocupava o centro do universo. A divisão do objeto permitia seu real conhecimento, que só poderia ser obtido por experimentos e demonstrações, rejeitando-se a busca pela essência dos fenômenos (Castañon, 2007; Japiassú, 1995; Neubern, 2004).

A partir do século XVII, a Ciência Moderna assumiu a posição dominante como porta-voz e produtora do conhecimento, distanciando-se das explicações sobrenaturais até então vigentes. Em decorrência, ocorreu a cisão entre o mundo dos valores/sentidos/fins e o mundo dos fatos/causas materiais, em que a realidade é organizada segundo leis imutáveis e regulares, não sendo possível efetuar considerações subjetivas. Aos religiosos cabia investigar os assuntos relacionados à mente, ao espírito, ao imaterial; aos cientistas, atribuiu-se o papel de estudar os fenômenos físicos e biológicos, ou seja, o mundo concreto, material (Castañon, 2007; Japiassú, 1995; Neubern, 2004).

Em meados do século XX, iniciou-se o período de enfraquecimento do dualismo mente-corpo, cujas explicações revelaram-se insuficientes para responder às demandas da era contemporânea (Straub, 2005). As ideias sobre o mundo, até então fragmentadas e isoladas, paulatinamente passaram por transformações, com a abertura para outras formas de interpretação, mais integradas e articuladas. Vislumbrou-se a aproximação entre concepções até então consideradas antagônicas, possibilitando o retorno da religião com novos papéis. Como ressalta Pargament (1997), religião e ciência visam compreender e organizar o conhecimento sobre o universo, ambas podendo apresentar contribuições uma para a outra.

Especificamente no âmbito da saúde, vivencia-se atualmente um período de transição paradigmática. A concepção de saúde como “ausência de doenças”, dada pela tradição biomédica, mostrou-se insuficiente para suprir as questões emergentes do processo saúde-doença. É nesse contexto que o paradigma biopsicossocial (e político, econômico e espiritual) foi lançado como

tentativa de suprir as lacunas deixadas pelo modelo anterior. A partir de uma visão que considera as pessoas acometidas por enfermidades, não as doenças isoladamente, tem-se construído um modo de atuação que integre as diversas esferas da vida dos indivíduos, buscando compreendê-los em sua totalidade e em sua singularidade (Lyons & Chamberlain, 2006; Straub, 2005).

Para alcançar essa visão integrada em saúde, é mister a realização de investigações que abarquem a dimensão religiosa e espiritual dos pacientes e familiares e sua influência no enfrentamento e/ou na recuperação das enfermidades. Como será detalhado nos capítulos de revisão da literatura, já é possível constatar avanços científicos significativos no âmbito internacional relativos à compreensão das variáveis religiosas e espirituais como estratégias de enfrentamento das doenças. Comparativamente, no Brasil, as investigações nessa perspectiva ainda são incipientes e, no que tange especificamente ao câncer, é escasso o número de publicações, especialmente sobre estudos conduzidos junto aos profissionais de saúde.

A população brasileira é historicamente caracterizada pela filiação a instituições religiosas, notadamente a Igreja Católica, reflexo da influência da colonização portuguesa. Na era atual, tem-se assistido, também, ao aumento gradativo das religiões evangélicas (Dalgalarondo, 2008). Essa mudança foi corroborada pelos dados de um levantamento recente da população brasileira, realizado por Moreira-Almeida, Pinsky, Zaleski e Laranjeira (2010), no qual os autores constataram que 95% dos respondentes possuem uma religião, mas 68% se autodenominaram católicos. Outro indicador relevante relatado nesse estudo se refere ao valor atribuído à religião, avaliada por 83% da amostra como muito importante. Essas considerações ratificam a necessidade de se compreender os aspectos religiosos da população brasileira, haja vista sua influência potencial no processo de saúde-doença.

Para além da contextualização histórica e social, a vivência acadêmica e profissional da pesquisadora motivou o aprofundamento dos estudos sobre a influência dos aspectos religiosos em saúde. Na pesquisa realizada no decorrer do Bacharelado Especial em Psicologia, ao entrevistar mães de crianças com anomalia da diferenciação sexual, houve a intrigante constatação de que as participantes recorreram à religião em algum momento de suas vidas, sobretudo de maneira a auxiliar positivamente no enfrentamento e nas expectativas sobre o futuro do filho. Ressalta-se, ainda, que essa foi a única categoria comum a todas as colaboradoras do referido estudo.

O tema da religião foi retomado no decorrer de duas disciplinas cursadas como aluna especial antes do ingresso no mestrado, ambas ministradas pela professora orientadora do presente estudo. Nessa experiência, foram apresentados conceitos e teorias que embasam a atuação do psicólogo da saúde, especialmente no que concerne à Psico-Oncologia. Com as discussões e as leituras realizadas no período, gradativamente aflorou o interesse pela investigação do enfrentamento religioso e suas repercussões na área oncológica. Em especial, foi despertada a aspiração de conhecer a opinião dos profissionais da saúde sobre esse tema.

A partir dessas considerações, a presente investigação tem por base as seguintes questões

norteadoras:

- a) Os profissionais da saúde que atuam na área oncológica identificam demandas religiosas e espirituais em seus pacientes?
- b) Os profissionais da saúde verificam influências positivas e/ou negativas da religião e espiritualidade para a saúde?
- c) Esses profissionais utilizam a religiosidade/espiritualidade como estratégia de enfrentamento do estresse?
- d) Há relação entre o uso dessas estratégias e a maneira como os pacientes vivenciam a religiosidade/espiritualidade, na perspectiva do profissional?
- e) Aspectos religiosos e espirituais fazem parte dos atendimentos oncológicos?
- f) Há diferenças na abordagem da referida temática junto aos pacientes por parte das diversas categorias profissionais em assistência oncológica?

Sendo assim, a presente pesquisa de mestrado teve como objetivo geral investigar as concepções de profissionais de saúde sobre a relação entre saúde, religiosidade e espiritualidade, bem como sua abordagem junto aos pacientes oncológicos.

Os objetivos específicos englobaram:

- a) descrever, analisar e compreender a opinião de profissionais que atuam com pacientes oncológicos sobre as influências da religiosidade e espiritualidade;
- b) conhecer os modos de abordar e/ou lidar com as questões relacionadas à religiosidade e espiritualidade durante os atendimentos com seus pacientes;
- c) investigar o uso de estratégias de enfrentamento religioso/espiritual pelos próprios profissionais;
- d) comparar as concepções de diferentes categorias profissionais.

Esta dissertação é constituída por quatro capítulos, que serão sumariamente descritos a seguir. O Capítulo 1 irá recuperar aspectos históricos e conceituais da relação entre religião e saúde, bem como definições de religiosidade, espiritualidade, enfrentamento e enfrentamento religioso/espiritual. Serão listados, ainda, diversos instrumentos disponíveis para avaliação da população brasileira.

Delineou-se o Capítulo 2 a partir da relação entre a Oncologia e os aspectos religiosos/espirituais de pacientes, cuidadores e profissionais da saúde, destacando-se as implicações para a prática profissional. No Capítulo 3, será apresentado o método adotado neste estudo, contendo a justificativa das escolhas do delineamento da pesquisa, os instrumentos utilizados e os procedimentos para a coleta dos dados.

No quarto capítulo, serão descritos os resultados obtidos nesta investigação, realizando-se a discussão dos mesmos, fundamentada na literatura revisada. As considerações finais compõem a última parte dessa dissertação, ressaltando-se as principais contribuições do estudo para o campo da Psicologia da Saúde, bem como as limitações e sugestões para investigações futuras.

CAPÍTULO 1 – RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE: PERSPECTIVAS ATUAIS EM SAÚDE

No primeiro capítulo de revisão de literatura, serão levantados aspectos histórico-conceituais relativos aos distanciamentos e aproximações entre religião e saúde, salientando-se a inclusão da religiosidade e da espiritualidade como variáveis nas pesquisas. Em seguida, serão expostas definições de religiosidade, espiritualidade e enfrentamento, necessárias para a construção/compreensão do conceito de enfrentamento religioso. Ao final, listar-se-ão os instrumentos de avaliação que incluem religião e/ou espiritualidade disponíveis no Brasil.

1.1 Religião e espiritualidade: breve histórico da construção dos saberes em saúde

Desde os tempos mais remotos até a atualidade, os indivíduos procuram encontrar as causas para o adoecimento e as mais variadas formas de tratamentos para as doenças que o acometem. Ao longo dos séculos, muitas dessas explicações foram embasadas em tradições e rituais religiosos, quadro ainda mantido em diversas culturas.

Na Pré-História, as causas das doenças eram atribuídas a espíritos do mal. Como tratamento, era realizado o procedimento conhecido como trepanação, que consistia na abertura de um buraco no crânio para a remoção de tais espíritos. No antigo Egito, recorria-se a magias para a reversão de enfermidades consideradas punições provocadas por demônios. Nessa civilização, havia a ideia da conexão entre mente e corpo (Gurung, 2010; Straub, 2005).

A concepção monista de saúde também caracterizou o pensamento da China e Grécia antigas, quando se acreditava que as doenças eram provocadas por desequilíbrios do corpo (Gurung, 2010; Marks et al., 2000; Straub, 2005). A Grécia antiga foi uma das primeiras civilizações a conceber saúde e doença como influência do funcionamento do corpo e não como invasão de espíritos demoníacos. Nesse período, fundamentado em uma concepção dualista de mente e corpo, Hipócrates formulou sua teoria humoral, desafiando a visão predominante sobre saúde e doença como resultado de possessões de espíritos ou demônios. Posteriormente, o médico e filósofo Galeno deu continuidade às ideias hipocráticas, demonstrando que as doenças podiam ocorrer em partes específicas do corpo e que diferentes doenças ocasionariam efeitos diversos para o organismo (Lyons & Chamberlain, 2006).

Com a queda do império Romano, na Idade Média, houve um retorno à concepção religiosa das doenças, cujas causas eram conferidas a demônios, espíritos malignos ou punição divina pelos pecados cometidos pelos homens. A cura se dava por meio de rituais e pela intercessão de santos. O pensamento monista voltou a ser predominante, sendo a alma (ou mente) inerente ao corpo físico. O conhecimento médico era restrito ao poder da Igreja e os padres tomaram o lugar dos médicos no papel de curadores (Lyons & Chamberlain, 2006; Straub, 2005).

No período da Renascença, o Ocidente adotou uma visão dualista de homem, em que se concebia mente e corpo de maneira cindida (diametralmente oposta às concepções orientais). A partir do século XVI, ocorreu a chamada revolução científica, com uma série de transformações no campo do conhecimento. O filósofo, físico e matemático René Descartes, considerado um dos marcos do conhecimento moderno, teorizou que a mente e o corpo eram ligados por meio da glândula pineal e o funcionamento do corpo humano poderia ser comparado ao de uma máquina. O homem foi considerado, então, o sujeito do conhecimento, no qual reside a verdade e para o qual ela é produzida (Figueiredo & Santi, 2004; Gurung, 2010; Lyons & Chamberlain, 2006).

A ruptura com a Igreja favoreceu a realização de dissecações, tendo em vista o pressuposto de que a alma se desvincularia do corpo após a morte (Gurung, 2010). Destaca-se a relevância do trabalho de dois cientistas para o avanço do conhecimento das doenças: Van Leeuwenhoek, construtor de microscópios no século XVII, e Morgagni, que realizou as primeiras autópsias já no século XVIII (Lyons & Chamberlain, 2006).

A focalização do interesse científico pelo componente físico/biológico do homem favoreceu, indubitavelmente, diversos avanços relativos ao conhecimento das doenças. Com a realização dos primeiros procedimentos cirúrgicos, possibilitou-se o tratamento e a cura de muitas doenças (Straub, 2005).

O reducionismo advindo da cisão entre as reações físicas e emocionais dos organismos constituiu os alicerces do paradigma biomédico, cuja concepção de doença é baseada estritamente nos planos físico/biológico. Nessa perspectiva, as causas das enfermidades são explicadas pela ação exclusiva de fatores externos ao organismo, como vírus e bactérias, sendo responsabilidade do médico prescrever o tratamento correto para restabelecer a saúde (Lyons & Chamberlain, 2006; Ogden, 2007).

No século XX, o progresso científico conquistado por meio das pesquisas biomédicas promoveu a descoberta da cura para doenças até então consideradas fatais. Essa alteração, aliada ao envelhecimento populacional, aos aspectos comportamentais e de estilos de vida atrelados ao surgimento das enfermidades, levaram à mudança dos padrões epidemiológicos. Sucedeu-se, então, um aumento gradativo das doenças crônicas em detrimento daquelas provocadas por agentes infecciosos (Lyons & Chamberlain, 2006; Straub, 2005).

Os modelos explicativos provenientes do paradigma biomédico revelaram-se insuficientes para o novo padrão ora configurado, sendo necessária a ampliação da compreensão dos mecanismos envolvidos no processo de adoecimento. O foco biomédico foi cedendo espaço paulatinamente para uma visão integrativa do indivíduo (e não apenas da doença isoladamente), preconizada pelo paradigma biopsicossocial, o qual introduziu as dimensões psicológica (comportamentos, crenças, estresse) e social (etnia, emprego) no *continuum* saúde-doença. O paciente passou a ser incluído no entendimento do processo de adoecimento e recuperação, ocupando uma posição mais ativa no tratamento. Assim, os pesquisadores em saúde adotaram

explicações que abrangem a relação entre mente e corpo, resgatando-se a influência de outras esferas da vida do indivíduo e adicionando àquelas exploradas pelo modelo anterior, com o intuito de ampliar a compreensão do processo saúde-doença (Lyons & Chamberlain, 2006; Ogden, 2007; Straub, 2005).

Nessa conjuntura, ocorreu a criação de novos campos de conhecimento em saúde que incorporaram a relação entre mente e corpo, salientando-se o papel da Psicologia na saúde. Como exemplo, pode ser citada a Medicina Psicossomática, desenvolvida no início do século XX, que propôs a contribuição de fatores psicológicos no surgimento de doenças, não sendo apenas consequências delas. Destaca-se a publicação da primeira revista, o *Psychosomatic Medicine*, em 1939, contendo artigos que examinavam a relação entre religião e saúde (Gurung, 2010). Já a Medicina Comportamental, originada na década de 1970, incluiu elementos psicológicos, sociológicos e educacionais no tratamento, prevenção e promoção da saúde (Ogden, 2007; Straub, 2005).

A Divisão 38 - Psicologia da Saúde foi criada em 1978 pela American Psychological Association (APA), cujo periódico oficial foi lançado em 1982 (Straub, 2005). Na última década, foram publicados trabalhos que abordaram direta ou indiretamente a relação entre religiosidade/espiritualidade e câncer (Costanzo, Ryff & Singer, 2009; Holt, Clark, Kreuter & Rubio, 2003; Jim, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006), o que mostra, uma vez mais, o interesse acadêmico pelo tema.

1.2 Transformações no campo da saúde e a reinclusão do domínio religioso/espiritual

Com as mudanças paradigmáticas em saúde, nas últimas décadas tem-se observado a inserção dos conceitos de religiosidade e espiritualidade nas pesquisas, trazendo a temática para o campo científico. Entre as diversas transformações que contribuíram com essa aproximação, é possível citar o próprio advento do paradigma biopsicossocial e os desdobramentos que dele decorreram, propiciando as primeiras investigações acerca da relação entre religiosidade e saúde.

A partir dessa transição, foi introduzida uma definição multidimensional de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em meados do século XX, que inclui os domínios físico, psicológico e social, aos quais, posteriormente, adicionou-se o aspecto espiritual (OMS, 1999). A despeito das críticas relativas ao caráter utópico de um estado de bem-estar completo para se atingir um patamar saudável, a amplitude dessa definição favoreceu a abertura para outras maneiras de se estudar os fatores de influência para a saúde dos indivíduos.

No que se refere aos modelos teóricos em saúde, os pesquisadores iniciaram estudos na década de 1960 visando prever a probabilidade de ocorrência dos comportamentos de saúde baseados nas cognições dos indivíduos sobre as causas das doenças. Ao longo dos anos, tem-se explorado de diversas maneiras como as explicações que os indivíduos possuem sobre sua saúde podem influenciar seu comportamento. Exemplo disso é o modelo de crenças em saúde, de base

cognitiva, que enfatiza a percepção da ameaça da doença e a avaliação dos comportamentos para conter essa ameaça (Sheeran & Abraham, 1996; Ogden, 2007).

A religião é uma das variáveis de influência para a percepção da doença, como relatado no estudo de Santos (2008) com familiares de pacientes com câncer colorretal. Os participantes que se declararam evangélicos ou protestantes tiveram menor pontuação na avaliação de risco pessoal. Os respondentes católicos denotaram maior percepção de susceptibilidade e de gravidade do que os demais participantes. A autora destacou que diferenças entre os conceitos de religião e espiritualidade necessitam ser contempladas em pesquisas futuras.

É possível citar, também, o delineamento de teorias psicológicas recentes, como a Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), que sublinha a necessidade de mudanças nas estratégias de atuação dos profissionais, focalizando-se nos aspectos saudáveis do indivíduo em detrimento de uma visão estrita sobre sua doença. Entre as variáveis positivas de destaque nos estudos dessa área, a espiritualidade tem sido associada à qualidade de vida de pessoas acometidas ou não por alguma enfermidade, bem como seus cuidadores. Assim, nota-se a importância do estudo dos conceitos de enfrentamento e espiritualidade, necessários para a compreensão dos mecanismos de proteção da saúde (Calvetti, Muller & Nunes, 2007).

As crenças religiosas foram concebidas por Freud (1927/1997) como prejudiciais para a saúde mental dos indivíduos, comparando-as à neurose obsessiva. O autor postulou que as ideias religiosas influenciam negativamente o desenvolvimento dos indivíduos, haja vista suas semelhanças com as ilusões. Os efeitos provocados pela religião seriam análogos àqueles provocados pelos narcóticos, sendo necessária sua eliminação para uma “educação para a realidade” (p.77). Essa concepção perdurou no campo da Psicologia, onde o tema ainda hoje é tratado com preconceito por alguns profissionais da área. A formação dos psicólogos privilegiou o ensino de teorias que moldaram maneiras de atuar, por vezes, impeditivas da abordagem de questões religiosas e espirituais dos pacientes (Neubern, 2010).

De fato, ainda que em menor proporção, a religião também pode exercer efeitos negativos, ocasionando prejuízos para a saúde física e mental dos indivíduos, conforme a revisão de alguns estudos. As consequências negativas podem ser decorrentes de: atraso na procura por tratamento; recusa em realizar procedimentos clínicos, como transfusão de sangue, vacinas e cuidados pré-natais; distorções patológicas da percepção da realidade; (Koenig, 2000; Pargament, 1997). Como bem salientam Post, Puchalski e Larson (2000), os pacientes também podem abandonar o tratamento médico caso tenham suas necessidades espirituais negligenciadas no ambiente clínico tradicional.

Mais recentemente, Koenig (2009) apontou que, para alguns pacientes psiquiátricos, as crenças religiosas podem reforçar tendências neuróticas e aumentar sentimentos de medo e culpa. Nesta mesma revisão, todavia, há evidências que contrariam esses dados. O autor recuperou pesquisas que apontaram a relação entre o envolvimento religioso e o melhor enfrentamento do

estresse, além de menores níveis de depressão, ansiedade, suicídio e abuso de substâncias, realizadas em diversos contextos culturais, com diversos grupos etários e em diferentes locais.

Algumas justificativas são enumeradas para que se reconheça a associação entre religião e saúde mental. Dentre elas, é possível citar a atribuição de significado a eventos positivos e negativos, bem como ao sofrimento; a capacidade de evocar emoções positivas; fornecer controle sobre os eventos provocados pela força da natureza, tanto internos e/ou externos; a proposição de regras sociais que facilitam a convivência e promovem o suporte social; realização de rituais facilitadores dos momentos de crises e transições da vida; direcionamento de comportamentos socialmente aceitáveis (Koenig, 2001a; Koenig, 2009).

O estigma negativo da religião para a saúde mental foi revisto na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Alterações em sua classificação não mais consideram a dimensão religiosa dos indivíduos como fonte exclusiva de psicopatologias. Em seu apêndice, foi incluído um glossário no qual são descritas algumas síndromes oriundas em diferentes culturas, a fim de orientar o clínico quanto ao impacto que o contexto cultural pode exercer sobre diversos aspectos da vida do paciente. Além disso, a categoria “Problema Religioso ou Espiritual” é indicada para os casos de “experiências angustiantes que envolvem a perda ou o questionamento da fé, problemas associados com a conversão a uma nova fé, ou o questionamento de valores espirituais que podem não estar, necessariamente, relacionados com uma igreja ou religião institucionalizada” (American Psychological Association, 1995, p.645).

Moreira-Almeida e Cardeña (2011) sugeriram uma série de parâmetros para auxiliar no diagnóstico diferencial de experiências espirituais patológicas e não patológicas, a serem incorporados na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11). As diretrizes de avaliação incluem elementos alusivos a experiências não relacionadas a transtornos mentais, como ausência de sofrimento psicológico e de incapacitação social/ocupacional, compatibilidade com tradições religiosas e controle sobre a experiência. De acordo com os autores, o uso dessas diretrizes pode onerar o cotidiano dos profissionais. No entanto, a não verificação desses aspectos “resultaria em ignorar um corpo crescente de evidências e, mais importante, na possibilidade de causar danos ao invés de benefícios” (p. 27).

Estudos fundamentados cientificamente têm sido conduzidos no intuito de ampliar a aceitação dos profissionais da saúde. Como exemplo, é possível citar a avaliação dos efeitos da prece em indivíduos enfermos (Tosta, 2004) e a exploração de possíveis correlatos neurais da experiência religiosa por pesquisadores da neuropsicologia, utilizando recursos de neuroimagem (Azari et al., 2001; Muramoto, 2004; Newberg & Newberg, 2004; Symonds et al., 2011).

No campo da psiconeuroimunologia, há evidências sugestivas de uma forte associação entre envolvimento religioso e melhora da situação do paciente. Os cientistas têm paulatinamente constatado a influência dos valores e crenças dos indivíduos sobre o estresse causado pelo diagnóstico e tratamento de diversas doenças (Calvetti, 2006; Liberato & Macieira, 2008).

1.3 Estudos e pesquisas acerca da religiosidade e da espiritualidade em saúde

Nas últimas décadas, é notável o aumento das publicações com o objetivo de relacionar a saúde à religiosidade/espiritualidade dos indivíduos. Em termos mundiais, especialmente nos Estados Unidos, pesquisadores de renome têm conduzido estudos de diversas especialidades e níveis, desde a área básica até o âmbito psicossocial. Há um vasto número de trabalhos que constatarem associações – sobretudo positivas – entre religiosidade, espiritualidade e saúde. Uma ampla revisão dos estudos publicados ao longo do século XX identificou uma série de investigações relacionando aspectos religiosos e médicos. A análise dos trabalhos encontrados apontou o predomínio do reflexo positivo da religiosidade/espiritualidade para a saúde física e mental dos indivíduos (Koenig 2001a, Koenig 2001b; Koenig 2001c).

De fato, a articulação entre religião/espiritualidade e saúde como objetos de estudo tem se concretizado cada vez mais no âmbito acadêmico. Exemplo disso são as publicações de edições especiais em revistas científicas da área da saúde de diversas regiões do mundo, dedicando-se ao aprofundamento da discussão teórica e empírica em números exclusivos sobre a temática religiosa/espiritual (Lederberg & Fitchett, 1999; Koenig, 2007; Mills, 2002; Moreira-Almeida, 2007).

Eventos científicos em diferentes países têm sido organizados recentemente, contando com a participação de pesquisadores de diversas especialidades, inclusive representantes do Brasil. Os debates internacionais englobaram tópicos diversificados, tais como: comportamento religioso, discutindo as relações entre cultura e neurobiologia; medidas da estrutura da religiosidade e desenvolvimento de escalas; enfrentamento religioso e dimensão terapêutica do envolvimento espiritual (Freitas, 2005; Paiva, 2006). No Brasil, destaca-se o evento realizado recentemente na Universidade de São Paulo, cujo tema versava sobre a relação entre o enfrentamento religioso e saúde, que contou com a participação do renomado pesquisador americano Kenneth I. Pargament. Ademais, várias pesquisas brasileiras puderam ser apresentadas, contemplando a diversidade religiosa aqui existente (Freitas, 2011).

É possível constatar, ainda, um incremento de publicações na interface entre Psicologia e religiosidade/espiritualidade, envolvendo o interesse especial pelas questões de saúde (Jarros, Dias, Müller & Sousa, 2008; Moreira-Almeida, 2010; Paiva et al., 2009). Em revisão da produção brasileira no último decênio, realizada pela pesquisadora, foram identificados 130 trabalhos que tinham como objetivo principal ou apresentaram resultados sobre a interface entre religiosidade e/ou espiritualidade e saúde física e/ou mental. Desses, 109 são artigos publicados em periódicos científicos, 19 dissertações ou teses e dois se referem a outros tipos de trabalhos. É provável que esses dados estejam subestimados, visto que podem existir produções não indexadas em bases de dados de modo a permitir um acesso facilitado.

Entre os principais temas e tipos de estudo identificados, é possível citar:

- ensaios teóricos e revisões de literatura (Faria & Seidl, 2005; Gobatto & Araujo, 2010; Moreira-

- Almeida & Cardeña, 2011; Panzini & Bandeira, 2007);
- abuso de substâncias entorpecentes (Gonçalves, 2008; Pillon, Santos, Gonçalves & Araújo, 2011; Sanchez & Nappo, 2008);
 - meditação e métodos de tratamento complementar (Elias, Giglio, Pimenta & El-Dash, 2007; Silva, 2010);
 - estudos empíricos com pacientes portadores de doenças crônicas (Rocha & Fleck, 2011);
 - insuficiência renal/pacientes em diálise (Chaves, Carvalho, Beijo, Goyatá & Pillon, 2011; Lucchetti, Almeida & Granero, 2010);
 - câncer (Aquino & Zago, 2007; Guerrero, Zago, Sawada & Pinto, 2011; Spadacio & Barros, 2009);
 - hiv/aids (Calvetti, 2006; Faria, 2004);
 - cuidadores/familiares de pacientes (Bouso, Serafim & Misko, 2010; Santos, 2008);
 - estudantes e profissionais da saúde (Dezorzi & Crossetti, 2008; Nascimento, Oliveira, Moreno & Silva, 2010; Zonta, Robles & Grosseman, 2006).

Em termos quantitativos, a produção nacional encontra-se muito aquém das publicações internacionais. Apesar disso, de maneira embrionária, os pesquisadores brasileiros já têm demonstrado associações positivas entre religiosidade, espiritualidade e saúde, auxiliando as pessoas em situação de doença ou sofrimento (Lucchetti et al., 2010; Panzini & Bandeira, 2007; Faria & Seidl, 2006) e promovendo suporte emocional, instrumental e informativo (Almeida, Cho, Amaro & Lotufo Neto, 2000; Faria & Seidl, 2006; Liberato & Macieira, 2008; Panzini & Bandeira, 2007; Peres et al., 2007).

Quanto às publicações que se referem especificamente ao câncer, há um aumento gradativo da quantidade de trabalhos publicados em periódicos científicos, como mostra o levantamento quantitativo, de autoria da pesquisadora. Efetuou-se uma busca integrada na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com as palavras-chave *cancer* OR *oncology* AND *religio** OR *spirit**, no período de janeiro de 2001 a julho de 2011. Foram encontrados 3443 trabalhos; destes, 2097 foram publicados na última década, sendo que a quase totalidade (2017 trabalhos) está vinculada à base de dados MEDLINE (Figura 1). Esse levantamento é indicativo do crescente interesse dos pesquisadores em associar religiosidade, espiritualidade e câncer como objeto de investigação científica, ilustrando a maior ocorrência de publicações no âmbito internacional.

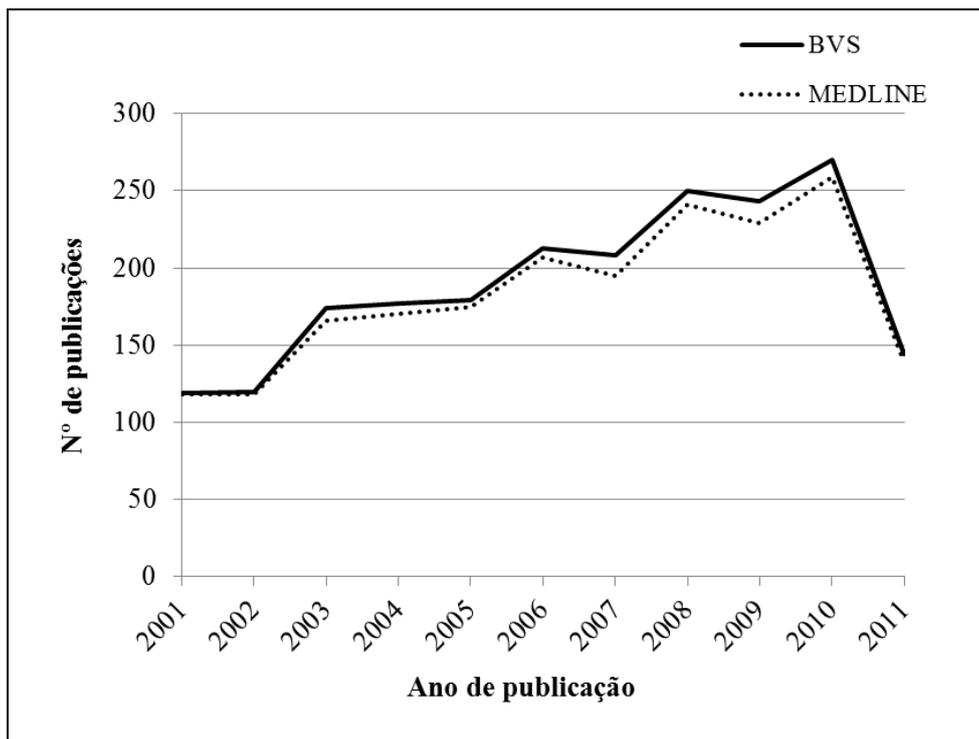


Figura 1. Quantitativo de publicações sobre religiosidade, espiritualidade e Oncologia.

Realizou-se, ainda, uma revisão específica nos periódicos *Psycho-Oncology* e *Journal of Religion and Health*, tendo em vista a importância de ambos na disseminação do conhecimento científico na comunidade acadêmica. Para a busca no primeiro periódico, utilizou-se a combinação de termos *religio** OR *spirit**, com a delimitação da presença de ao menos um deles no resumo, sem especificar limites para a data de publicação. Da mesma maneira, procedeu-se a revisão referente ao segundo periódico, utilizando-se os termos “*cancer*” OR “*oncology*”.

No *Psycho-Oncology*, foram recuperados 132 artigos. Com a leitura dos resumos, foram excluídos 22 trabalhos que não se referiam à temática; outros 14 artigos abordavam-na apenas indiretamente. Dos 96 estudos restantes, 67 fizeram menção à religião ou espiritualidade no título, objetivo e/ou método e 29 apresentaram resultados secundários relacionados com a temática. No *Journal of Religion and Health*, foram encontrados 25 artigos; um deles não se referia diretamente à temática do câncer. Os 24 estudos restantes mencionaram o termo câncer, seja no título, no objetivo ou no método da pesquisa.

A Figura 2 ilustra a distribuição dos artigos recuperados por ano de publicação. Em ambos os periódicos analisados, houve um aumento das publicações no ano de 2011, indicando a relevância atual da temática. Os primeiros artigos publicados no periódico *Psycho-Oncology* pertencem ao sexto volume, datado de 2007. É possível perceber, ainda, um grande número de publicações desse periódico no ano de 1999, justificado pela edição especial *Spiritual and Religious Beliefs and Coping with Cancer*, publicada no oitavo volume (Lederberg & Fitchett, 1999). A quantidade de artigos pertencentes ao “*Journal of Religion and Health*” é

comparativamente menor. Nota-se, ainda, a ausência de trabalhos em três dos 15 anos analisados na presente revisão. Apesar de fundado em 1961, só foi possível recuperar as publicações desse periódico a partir de 1997, pois o conteúdo *online* passou a ser disponibilizado nas bases de dados a partir desse ano.

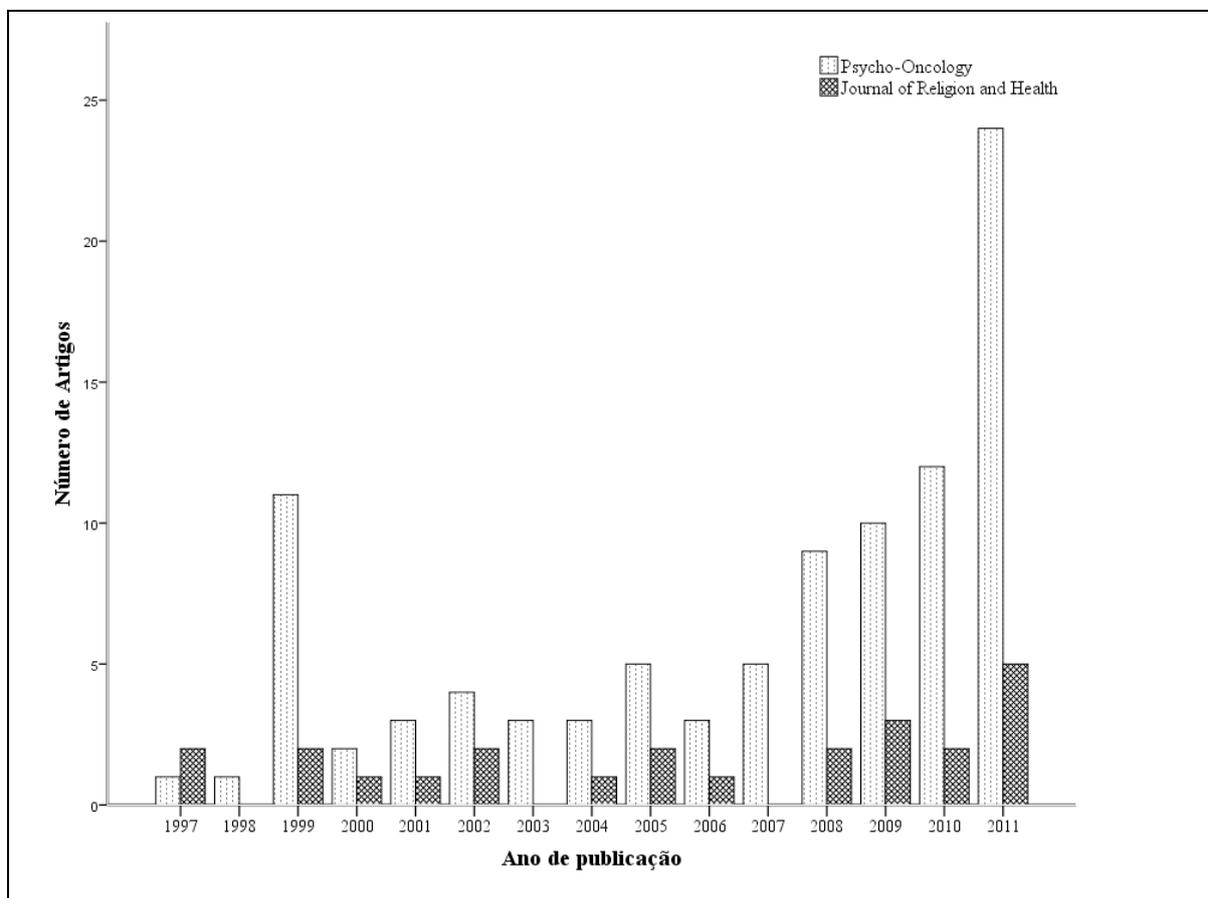


Figura 2. Levantamento de artigos sobre religiosidade/espiritualidade e câncer em dois periódicos científicos por ano de publicação.

Com relação ao tipo de estudo, os artigos foram classificados de acordo com o Manual de Publicação da *American Psychological Association* (APA, 2010) em: artigos empíricos, revisões de literatura, artigos teóricos, artigos metodológicos, estudos de caso e outros. Em ambos os periódicos, a maioria dos artigos foi do tipo empírico. Nota-se a presença de revisões de literatura apenas no primeiro periódico (Figura 3), ao passo que os estudos de caso foram encontrados apenas no segundo (Figura 4).

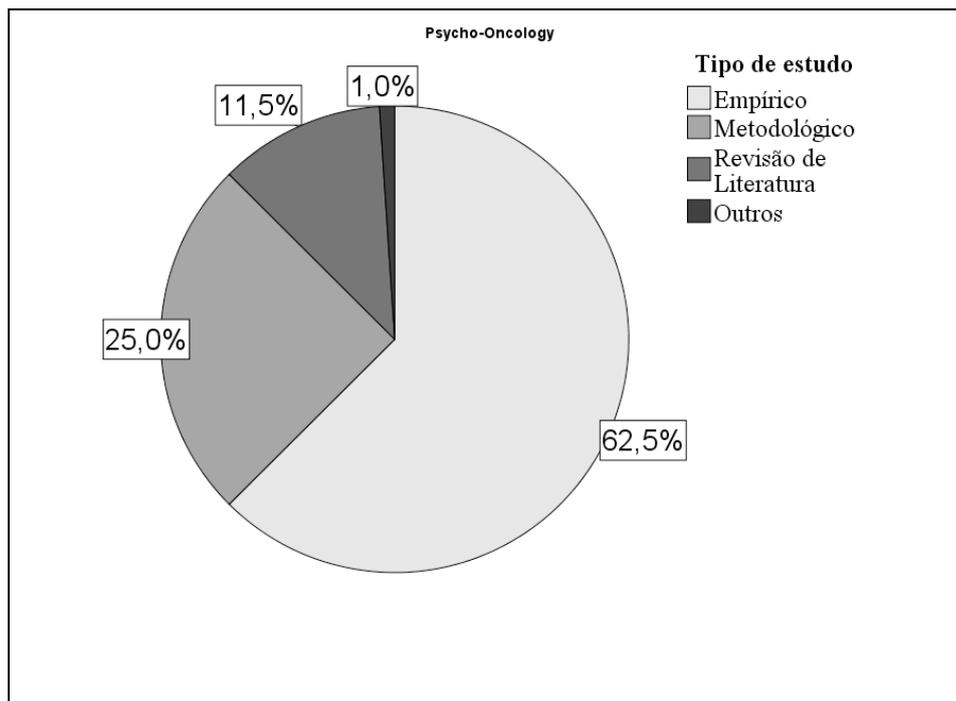


Figura 3. Classificação dos estudos de um levantamento sobre religiosidade/espiritualidade e câncer realizado no periódico *Psycho-Oncology*.

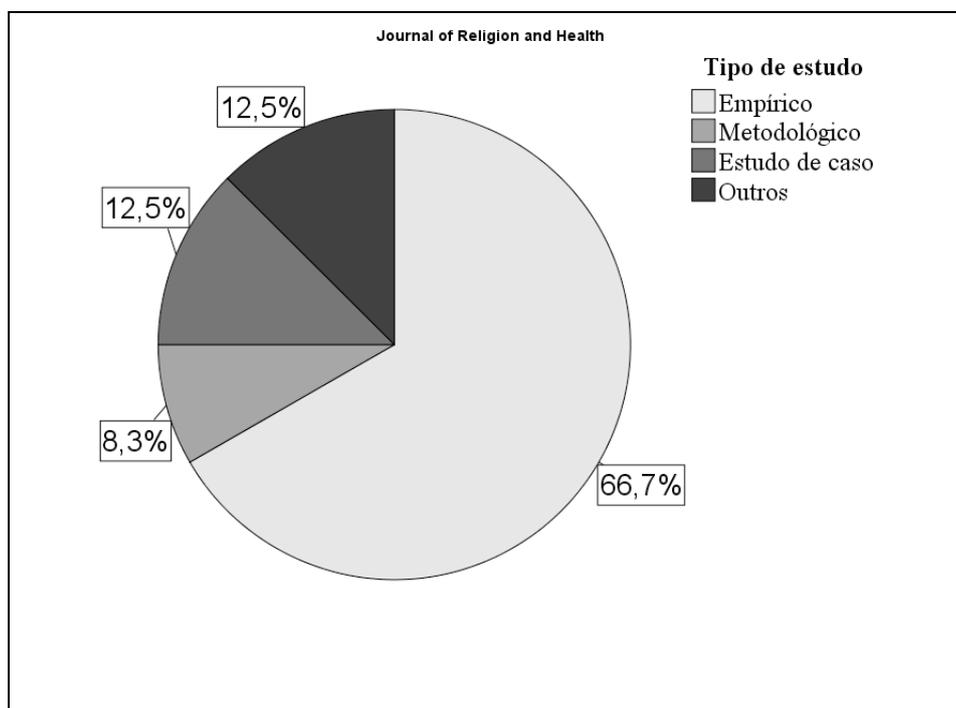


Figura 4. Classificação dos estudos de um levantamento sobre religiosidade/espiritualidade e câncer realizado no periódico *Journal of Religion and Health*.

A maioria dos estudos empíricos encontrados no *Psycho-Oncology* tinha como objetivo verificar correlações entre variáveis ($n = 30$) ou realizar pesquisas descritivas ($n = 16$); os estudos

metodológicos foram majoritariamente de validação de instrumentos ($n = 17$). Já no *Journal of Religion and Health*, houve uma distribuição igualitária dos estudos empíricos em correlacionais ($n = 8$) e descritivos ($n = 8$). No que se refere ao delineamento do método de pesquisa adotado, a maior parte dos estudos foi quantitativo para ambos os periódicos (Tabela 1).

Tabela 1

Delineamento metodológico dos estudos revisados em dois periódicos científicos

Periódico	Método	<i>n</i>	%
<i>Psycho-Oncology</i>	Quantitativo	67	69,8
	Qualitativo	23	24
	Quanti-Qualitativo	6	6,2
<i>Journal of Religion and Health</i>	Quantitativo	15	62,5
	Qualitativo	9	37,5

Os dados obtidos por meio dessa revisão ratificam o presente interesse dos pesquisadores em investigar a associação entre religiosidade, espiritualidade e Oncologia, especialmente por meio de pesquisas empíricas utilizando o método quantitativo.

1.4 Enfrentamento religioso/espiritual: evolução teórico-conceitual

Para clarificar a compreensão do conceito de enfrentamento religioso/espiritual, se faz necessário realizar um breve resgate das distinções e aproximações entre os vocábulos utilizados na definição.

1.4.1 Religiosidade e espiritualidade

Os termos religião, religiosidade, espiritualidade, crenças e fé não apresentam definições consensuais, tendo em vista a natureza multidimensional desses conceitos. Como defende Dalgalarro (2008), a escolha teórica e metodológica dos pesquisadores irá norteá-los na adoção de um ou outro termo, não existindo uma forma única, correta e exclusiva de analisar a temática.

De acordo com James (1902/1994), a religião é definida como experiências, atitudes e sentimentos dos homens em sua relação individual com o divino. O foco proposto pelo referido autor situa-se na vivência pessoal da religião, em termos da experiência concreta. Nesse sentido, a religião institucional ocupa um plano secundário.

Para Geertz (1973/2008), a religião possui uma dimensão cultural e simbólica que atua no estabelecimento de disposições, motivações e conceituações sobre a vida, e se relaciona aos processos sociais e psicológicos estruturantes das vivências dos indivíduos. Assim, é enfatizada a maneira como ocorre a articulação entre aspectos religiosos e a vida cotidiana, tendo os símbolos sagrados papel de destaque na configuração da visão de mundo de cada indivíduo.

Alguns pesquisadores sublinham as diferenças entre religiosidade e espiritualidade. A primeira possui características comportamentais, sociais e doutrinárias específicas, compartilhadas por um grupo. A segunda está relacionada ao transcendente e ao direcionamento de questões sobre o significado da vida. Não obstante a espiritualidade figurar como um aspecto frequente das atividades religiosas, é possível adotar doutrinas e ritos religiosos sem haver uma forte relação com o transcendente (Fetzer/NIA Working Group, 1999).

Nesse sentido, Rocha, Panzini, Pargendler e Fleck (2008) sinalizaram algumas diferenças entre as definições de religiosidade e espiritualidade. Para esses pesquisadores, a primeira se relaciona à “extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião” (p. 93). Já a última está atrelada ao “significado da vida e da razão de viver e não se limita a alguns tipos de crenças ou práticas” (p. 93).

Diversos autores pioneiros e contemporâneos em Psicologia da Religião referem associações com uma variedade de crenças, comportamentos, sentimentos, atributos e experiências. É possível encontrar em alguns estudos uma relação dicotômica entre religiosidade e espiritualidade, distinguindo-as, respectivamente, em: institucionalização e individualidade; estagnação e dinamismo; objetividade e subjetividade; crenças e experiências/emoções; negativa e positiva (Zinnbauer & Pargament, 2004).

Speck, Higginson e Addington-Hall (2004) descreveram uma série de palavras-chave comumente utilizadas na literatura sobre espiritualidade. Dá-se destaque para a diferenciação entre religiosidade e espiritualidade, apesar de estarem inter-relacionadas. Os autores afirmaram que grande parte das pessoas religiosas são espiritualizadas, mas as crenças espirituais não estão necessariamente vinculadas a uma doutrina religiosa. As pessoas espiritualizadas geralmente creem em poderes que transcendem o aqui e agora, nomeando-se como Deus, forças da natureza ou uma força superior.

De maneira semelhante, Sulmasy (2009) argumenta que, apesar de relacionados, os termos são conceitualmente distintos. A espiritualidade é definida pelo autor como “os caminhos pelos quais a pessoa conduz habitualmente sua vida em relação à questão da transcendência” (p. 1635). Já a religião “é um conjunto de crenças, textos, rituais e outras práticas que uma comunidade particular compartilha no tocante à relação com o transcendente” (p. 1635).

Woods e Ironson (1999) realizaram um estudo com 60 pacientes oncológicos, cardíacos e portadores de HIV, com o intuito de verificar o significado subjacente à autodefinição como religiosos e/ou espiritualizados. Apesar de ocorrer convergências nas descrições de ambos os grupos, os autores identificaram um padrão diferente para cada definição, corroborando estudos anteriores. As pessoas que se denominaram religiosas estão direcionadas a práticas e rituais institucionalizados, tendo Deus como um agente em suas vidas. Já os pacientes que se consideraram espiritualizados possuem uma visão da conectividade e transcendência com uma dimensão maior.

Koenig (2007) referiu utilizar em seus estudos preferencialmente o termo religião, salientando, entretanto, que sua definição abrange uma variedade de significados não restritos a instituições ou afiliações religiosas. Essa opção é justificada pelas confusões conceituais que o termo espiritualidade pode gerar nas publicações acadêmicas, como, por exemplo, bem-estar, satisfação com a vida, depressão e ansiedade. Todavia, no contexto clínico, o autor sugere a adoção do termo espiritualidade, pois não haveria tal distinção para os pacientes, ou ainda, que eles se sentem mais espiritualizados do que religiosos.

Pargament (1997) ressalta que, apesar de existir no meio acadêmico a clara preferência de alguns autores pela espiritualidade ao invés da religião, é preciso ter prudência em dicotomizar valores universais, tendo em vista os inúmeros exemplos empíricos que contradizem a ideia de uma ‘espiritualidade-pessoal’ sempre positiva e uma ‘religiosidade-institucional’ sempre prejudicial. Nesse sentido, o autor propõe que a religiosidade e espiritualidade estão intimamente associadas, não ocupando pólos opostos.

A despeito das possíveis polêmicas geradas a partir dessas delimitações conceituais, ressalta-se a importância do estudo da influência dessas variáveis no enfrentamento de situações potencialmente estressantes e de risco à saúde dos indivíduos.

1.4.2 Enfrentamento

O enfrentamento (*coping*) tem sido amplamente estudado desde meados do século XX, por uma variedade de disciplinas como a Sociologia, Biologia ou Psicologia. Esta última tem por representante expressivo Richard Lazarus, um dos pioneiros a defender o uso do termo como um conceito primordialmente psicológico (Gimenes, 2000).

Há uma vasta discussão acerca das definições de enfrentamento, motivadas por divergências entre estudiosos. Em saúde, uma das proposições mais adotadas foi elaborada por Folkman, Lazarus, Gruen e De Longis (1986), que descreveram o conceito como o uso de esforços cognitivos/comportamentais no manejo de situações e/ou demandas internas que excedem os recursos pessoais do indivíduo, ocasionando sua sobrecarga. Ressalta-se o caráter processual dessa definição, que considera o indivíduo em relação ao contexto histórico e social em que está inserido. Desse modo, a escolha das estratégias de enfrentamento está sujeita a influências tanto das características individuais quanto da natureza dos eventos estressores.

Uma classificação comumente adotada delimita as estratégias de enfrentamento em orientadas para o problema ou para a emoção. A primeira modalidade tem como premissa o manejo/modificação da situação promotora de estresse (externo) com o intuito de controlar/lidar com o dano ou desafio suscitado, ocorrendo uma aproximação do estressor. A segunda modalidade tem como foco a regulação da resposta emocional (interna) provocada pelo evento estressor por meio de atitudes de esquiva/paliativas (Aldwin, 1994; Faria & Seidl, 2005; Gimenes, 2000; Panzini & Bandeira, 2007).

Ao passar por uma situação de doença, existem diferentes maneiras pelas quais os indivíduos lidam com estressores que podem surgir nos estágios de desenvolvimento da enfermidade, resultando em efeitos diversos para sua saúde. Entre os fatores que contribuem para a utilização dos tipos de estratégia, pode-se citar idade, gênero, natureza do problema, a controlabilidade do estressor e os recursos externos disponíveis (financeiros, educacionais etc.). Além disso, o modo como o indivíduo enfrenta as situações relacionadas ao evento estressor afeta tanto o seu desenvolvimento pessoal como também o ambiente à sua volta. Assim, as características individuais, bem como o contexto social, histórico e cultural exercem influências no delineamento das estratégias, o que confere um caráter processual ao enfrentamento (Aldwin, 1994; Ogden, 2007).

1.4.3 Enfrentamento e religiosidade/espiritualidade: conexões contemporâneas

Uma das definições para o enfrentamento religioso/espiritual (ERE) envolve a adoção de estratégias cognitivas ou comportamentais que utilizam a religião ou a fé, como forma de manejar o estresse diário ou circunstancial, visando lidar com as consequências negativas geradas pelos problemas no decorrer da vida (Panzini & Bandeira, 2007; Tix & Frasier, 1998).

Pargament et al. (1988) cunharam inicialmente três estilos de ERE: *self-directing*, no qual o indivíduo resolve ativamente seus problemas sem recorrer a Deus, ainda que possua afiliação religiosa; *deferring*, em que a pessoa atribui a resolução dos conflitos a Deus de maneira passiva, denotando a vivência extrínseca de sua religiosidade; *collaborative*, em que há uma ação conjunta entre o indivíduo e Deus frente às adversidades, relacionado à religiosidade intrínseca. Os autores salientaram haver variações quanto à eficiência dos estilos de enfrentamento de acordo com os tipos de problemas vivenciados pelos indivíduos. O estilo *self-directing*, por exemplo, pode ser mais útil nas situações em que o estressor é controlável. Porém, é menos eficiente em casos de doenças, acidentes ou morte, situações em que os estilos *collaborative* e *deferring* se mostram mais benéficos.

Posteriormente, dois estilos foram propostos: *petitionary*, no qual o indivíduo roga pela intervenção divina na resolução dos problemas, assumindo um caráter passivo e ativo, concomitantemente (Pargament, 1997) e *surrender*, em que a pessoa se submete à vontade de Deus, renunciando à própria vontade de maneira ativa (Wong-McDonald & Gorsuch, conforme citado por Panzini & Bandeira, 2007).

Uma classificação adicional considera o ajustamento do indivíduo frente à ocorrência de eventos estressores em sua vida, evidenciando padrões positivos e negativos do uso da religiosidade de acordo com as implicações para a saúde. De um lado, o enfrentamento positivo se relaciona à expressão do senso de espiritualidade, à relação de segurança com Deus, à conexão com os outros e à crença no sentido da vida, apresentando estratégias como o estilo colaborativo de enfrentamento e a reavaliação positiva do estressor. O enfrentamento negativo estaria associado,

por outro lado, à expressão de menos segurança na relação com Deus e a uma visão pessimista do mundo, podendo ocorrer, por exemplo, a reavaliação do estressor como punição, o descontentamento com Deus e com as pessoas. Ressalta-se que essa classificação não implica em exclusividade do uso de um tipo de estratégia, e sim, geralmente, na combinação de ambas as formas (Pargament, 1997; Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998).

De acordo com Pargament (1997), a orientação religiosa é uma disposição geral para seguir determinados caminhos visando atingir determinados fins a partir do envolvimento com o sagrado, tendência que perpassa as diversas situações vivenciadas pelo indivíduo. Trata-se de um conceito multidimensional, englobando os domínios motivacional, comportamental, cognitivo, atitudinal, emocional e relacional.

A escolha da religião como referência para a compreensão dos fenômenos adversos irá depender de três fatores, segundo Spilka, Shaver e Kirkpatrick: da natureza pessoal, da natureza do evento e da natureza do contexto que circunda tanto a pessoa como o evento. No nível pessoal, pesquisas apontam a maior utilização do ERE por negros, idosos, mulheres e pessoas de baixa renda. No nível situacional, há tendência do emprego de estratégias religiosas em eventos ameaçadores ou de perigo. No nível contextual, alguns estudos sugerem a maior utilização em determinadas congregações religiosas, em algumas culturas e pelas pessoas com maior envolvimento em sua comunidade religiosa (conforme citado por Pargament, 1997).

É válido ressaltar que a adoção de estratégias religiosas para enfrentar eventos estressantes ocorre porque a religião é presente e ocupa um papel significativo na vida das pessoas, ou seja, há disponibilidade/acessibilidade a esse tipo de estratégia, além de oferecer explicações mais persuasivas do que as estratégias não-religiosas (Pargament, 1997).

1.5 Instrumentos de avaliação: um enfoque voltado para o contexto brasileiro

A elaboração de ferramentas para a avaliação sistematizada dos pacientes é de grande valia para a compreensão do processo de adoecimento. No que concerne à religiosidade e espiritualidade, intensificam-se os esforços empreendidos na construção de instrumentos que subsidiem a atuação dos profissionais de saúde. Trata-se de um desafio permeado por discussões e controvérsias, tendo em vista o caráter multidimensional dos constructos, que geram diferentes conceituações e operacionalizações das medidas utilizadas (Faria & Seidl, 2005).

A dimensão religiosa/espiritual foi incorporada ao instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100), no domínio intitulado “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais”, composto por quatro questões. No entanto, o número de itens mostrou-se insuficiente, sendo desenvolvido o Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB). No Brasil, Fleck et al. (2003) foram os responsáveis pela pesquisa de elaboração do referido instrumento, sob coordenação da OMS. A partir da realização de 15 grupos focais com 142 pessoas (ateus, religiosos, pacientes, profissionais

da saúde), foram elaborados 32 itens, organizados em oito facetas. Este instrumento foi validado recentemente pelo estudo de Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira e Fleck (2011), com uma amostra de pacientes e indivíduos sadios, respeitando-se os critérios estabelecidos pela OMS.

A Escala de Atitude Religiosa/Espiritualidade foi elaborada no Brasil por Aquino (2005, conforme citado por Aquino et al., 2009). Sua composição engloba 15 itens, distribuídos de acordo com os componentes da atitude em afetivo, comportamental e cognitivo. Essa escala possui um único fator, com índice de consistência interna *alpha* de Cronbach de 0,91. A avaliação dos itens é feita segundo uma escala *Likert* de 5 pontos (1 = Nunca e 5 = Sempre).

A *Spiritual Well-Being Scale (SWBS)*, construída por Paloutzian e Ellison (1982), foi traduzida como Escala de Bem-estar Espiritual, adaptada e validada por dois estudos. O primeiro avaliou uma amostra de 464 estudantes universitários de Pelotas-RS (Volcan, Sousa, Mari & Horta, 2003), e o segundo investigou 506 adultos de Porto Alegre-RS (Marques, Sarriera & Dell’Aglia, 2009). O instrumento é composto por 20 itens distribuídos igualmente em duas sub-escalas. Uma delas é destinada a avaliar o Bem-estar religioso; a outra é relativa ao Bem-estar existencial. As respostas são sistematizadas em uma escala *Likert* de seis pontos.

Outra ferramenta traduzida e adaptada para o contexto brasileiro foi a *Spirituality Self Rating Scale (SSRS)*, originada em 2007 por Galanter et al. no contexto norte-americano, a partir dos preceitos dos Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos. Esse instrumento possui seis itens sobre a orientação espiritual do indivíduo, avaliados em uma escala *Likert* de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente) pontos. O estudo de adaptação foi realizado em uma amostra de usuários de álcool e/ou drogas em acompanhamento institucional (Gonçalves, 2008).

O enfrentamento religioso/espiritual é avaliado por dois instrumentos de grande destaque para a comunidade científica – a *RCOPE scale*, desenvolvida por Pargament, Koenig e Perez (2000), e sua versão abreviada, *BriefCOPE scale* (Pargament, Tarakeshwar, Ellison & Wulff, 2001), tendo como base o modelo de estresse de Lazarus e Folkman.

No Brasil, a *RCOPE scale* foi traduzida por Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE), validada por Panzini (2004). Esse instrumento é composto por 87 itens, subdivididos em oito fatores positivos (66 itens) e quatro fatores negativos (21 itens), de acordo com a classificação do enfrentamento. A proposição inicial refere-se à frequência do uso da religião e espiritualidade para lidar com o estresse, atribuindo-se, em uma escala *Likert*, valores de um a cinco pontos.

A *BriefCOPE scale* foi adaptada e validada em um estudo realizado com uma amostra de pacientes soropositivos da Região Centro-Oeste do Brasil (Faria, 2004). A versão brasileira, tal como a original, organiza-se em torno de dois fatores gerais – enfrentamento de padrão positivo (7 itens) e de padrão negativo (7 itens) – avaliados por uma escala *Likert* de quatro pontos.

Constata-se, assim, a diversidade de instrumentos disponíveis para avaliação por parte de pesquisadores e profissionais da saúde brasileiros, com aplicabilidade em diversos contextos clínicos brasileiros, inclusive na área da Oncologia.

CAPÍTULO 2 – RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM ONCOLOGIA: TENDÊNCIAS E DESAFIOS PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo, serão abordados sucintamente aspectos da Oncologia, enfatizando-se especificamente sua relação com a religiosidade e espiritualidade. Os resultados de estudos realizados com pacientes oncológicos serão aqui relatados, a fim de contextualizar as influências positivas e/ou negativas que a religiosidade e a espiritualidade na vivência do câncer. Por fim, dar-se-á destaque à importância da temática na atuação dos profissionais da saúde.

2.1 Religiosidade/espiritualidade e câncer

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se a incidência de câncer na população geral do Brasil de aproximadamente 518 mil novos casos entre 2012 e 2013. Assim, faz-se necessário a adoção de medidas para o enfrentamento dessa enfermidade, implementando ações de educação em saúde nos diversos níveis da sociedade, com estratégias individuais e grupais de promoção e prevenção de saúde (INCA, 2011).

Apesar do progresso científico não conter a incidência de novos casos, há evidências de conquistas em termos de redução da letalidade da doença por meio das avançadas técnicas de detecção e tratamento desenvolvidas nas últimas décadas. Mesmo constatando-se um incremento cada vez maior na sobrevivência dos pacientes oncológicos, o câncer é, ainda hoje, relacionado a diversos simbolismos negativos vinculados às ideias de morte, sofrimento e solidão. O diagnóstico de câncer é potencialmente gerador de um grande abalo na vida das pessoas, suscitando questionamentos de valores pessoais, mudanças de papéis familiares e reavaliação de planos futuros (Aquino & Zago, 2007; Carvalho, 2003; Decat & Araujo, 2010; Prada, 2006).

No decorrer das últimas décadas, as mudanças no papel do paciente sobre sua saúde reafirmaram a influência de seus estados mentais aliados à fé religiosa para lidar com sua doença (Teixeira & Lefèvre, 2008). Muitos pacientes oncológicos e seus familiares recorrem a estratégias religiosas/espirituais como modo de enfrentar as perturbações orgânicas e psicológicas relacionadas à enfermidade e aos tratamentos (Costa & Leite, 2009; Wildes, Miller, Majors & Ramires, 2009). Assim, valorizar aspectos como propósito/significado da vida, preces e perspectivas associadas à espiritualidade tem efeito positivo para o paciente, atuando na diminuição das experiências negativas proporcionadas pelo câncer (Howsepian & Merluzzi, 2009; Gall & Cornblat, conforme citado por Liberato & Macieira, 2008).

Aquino e Zago (2007) conduziram um estudo com seis pacientes laringectomizados, no intuito de identificar como a religião influenciou na sobrevivência dos mesmos. A representação moral do câncer assume um caráter punitivo e fatal para estes pacientes, sendo a submissão a Deus uma forma importante de aceitação/explicação para a doença. A busca da religião mostrou-se presente já nos momentos iniciais dos exames diagnósticos, no decorrer da doença até atingir o

status de sobrevivência, tendo um forte papel na ressignificação das experiências. Houve uma intensificação da busca de apoio espiritual pelos pacientes após receberem o diagnóstico, mostrando ser a religiosidade uma importante estratégia perante a sobrevivência e o medo das recidivas.

Na estimativa do INCA (2011) sobre a incidência de neoplasias em mulheres brasileiras, o câncer de mama ocupa o primeiro lugar com 52.680 novos casos (27,9%). Em seguida, está o câncer de colo do útero, com 17.540 casos, 9,3% do total. De acordo com Oliveira, Fernandes e Galvão (2005) ambos os tipos representam os maiores índices de mortalidade. Faz-se premente, portanto, a compreensão aprofundada da repercussão da doença para os pacientes e familiares. Em uma revisão de literatura, Hoffmann, Müller e Rubin (2006) realizaram apontamentos sobre a relação entre câncer de mama e espiritualidade, demonstrando fortes correlações entre apoio social, espiritualidade e saúde.

O estudo empírico de Hoffmann, Müller e Frasson (2006) contou com a participação de 75 mulheres com câncer de mama em acompanhamento médico, utilizando, entre outros instrumentos, a Escala de Bem-Estar Espiritual. Detectaram-se valores moderados e positivos para este instrumento, com uma maior pontuação para a sub-escala “Bem-estar religioso”. A religião foi utilizada em complemento ao apoio social recebido pelas participantes. Os autores advertem que a equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos religiosos e espirituais dos pacientes para que não se crie uma lacuna na relação profissional-paciente, comprometendo o vínculo e a credibilidade no tratamento.

O tema do câncer cérvico-uterino foi examinado por Oliveira et al. (2005), que enfocaram aspectos da convivência e do enfrentamento da doença. A fé dos pacientes foi identificada como fonte conforto e segurança, revelando-se uma estratégia importante para lidar com as incertezas ante a evolução da doença.

No instrumento Termômetro de *distress*, desenvolvido pelo *National Comprehensive Cancer Network*, entre os fatores averiguados, as questões religiosas/espirituais são checadas por meio de uma lista de possíveis fontes de *distress* (conforme citado por Fitchett & Canada, 2010). No Brasil, Decat (2008) fez uso desse instrumento, devidamente adaptado, em um grupo de pacientes oncológicos. Identificou-se um número reduzido de participantes que não possuíam crenças em Deus (3%). Em termos negativos, a espiritualidade foi considerada como um problema para 12% dos pacientes no início da quimioterapia, havendo redução para 4% no meio do tratamento e, ao final, nenhum deles relatou problemas nesse quesito. Em contrapartida, a espiritualidade foi utilizada como um recurso para enfrentar o “intenso sofrimento causado pelas alterações em estilo de vida, decorrentes do diagnóstico, tratamento e efeitos adversos” (p. 87).

Maciejewski et al. (2011) analisaram a relação entre o ERE e os cuidados de pacientes com câncer em estágio avançado. De acordo com os resultados, o padrão positivo do ERE foi preditivo de altas taxas de tratamentos intensivos para prolongar a vida. Esse dado pode ser explicado em

função das crenças dos pacientes na santidade da vida, considerando que é errado, em termos morais, desistir do tratamento ou abdicar de técnicas de ressuscitação. Os autores comentaram sobre a necessidade do direcionamento das estratégias religiosas dos pacientes de maneira construtiva pelos profissionais da Oncologia e cuidados paliativos, frisando a importância da articulação com profissionais religiosos para prover cuidados aos pacientes fora de possibilidades de cura.

Hanson et al. (2008) investigaram os principais provedores de cuidados espirituais aos pacientes e cuidadores no contexto de doenças graves, dentre elas, o câncer. As principais fontes citadas foram amigos e familiares (41%), profissionais da saúde (29%) e membros do clero (17%). A atividade de cuidado espiritual mais frequente foi “ajudar no enfrentamento da doença (87%)”, e a atividade menos frequente foi “oração intercessora (4%)” (p. 911). A satisfação com os cuidados espirituais não se mostrou vinculada a um provedor específico. Além disso, constatou-se um nível baixo de satisfação com relação aos provedores de mesma tradição religiosa, o que não era esperado pelos autores. Tais resultados sugerem que os pacientes possuíam grande expectativa sobre pessoas que compartilham suas crenças. Assim, intervenções espirituais podem ser fornecidas por provedores ecumênicos.

Silvestri, Knittig, Zoller e Nietert (2003) compararam a opinião de médicos oncologistas ($N = 257$), pacientes com câncer de pulmão em estágio de metástase ($N = 100$) e seus cuidadores ($N = 100$) sobre a importância da fé para a decisão dos tratamentos. Solicitou-se que os participantes apontassem a ordem de importância de sete fatores (recomendação do médico oncologista, fé em Deus, possibilidade de cura, efeitos colaterais, recomendação do médico da família, recomendação do cônjuge e recomendação das crianças) na escolha entre o tratamento curativo ou paliativo. Os participantes dos três grupos mencionaram a recomendação do médico oncologista como a mais importante para a escolha do tratamento. Para os pacientes e cuidadores, a fé ocupou a segunda posição. Segundo a ótica dos profissionais, esse fator exerce menor influência no processo de decisão. Os autores discutiram sobre a necessidade dos profissionais conversarem com seus pacientes sobre os aspectos religiosos, visando reduzir a insatisfação com a participação nas decisões sobre o tratamento.

Quanto ao uso de estratégias religiosas por pacientes idosos com câncer, Teixeira e Lefrève (2008) relacionaram a fé à esperança, ao equilíbrio e ao fortalecimento, proporcionando serenidade para aceitar a enfermidade e a luta pela vida. Assim, uma ação conjunta entre fé e tratamento promove estratégias de enfrentamento positivas, tendo a leitura de textos religiosos uma importante contribuição para a maturidade, segurança e otimismo ligados ao tratamento. Ainda sobre pacientes idosos, Barbosa e Freitas (2009) refletiram sobre a necessidade da atenção do médico para os aspectos religiosos dos pacientes em cuidados paliativos, tendo em vista tanto as influências positivas para a saúde, fonte de recursos, quanto negativas, por meio da manutenção da rigidez e de sentimentos de autocondenação.

O domínio espiritual foi uma das variáveis analisadas em um estudo comparativo entre uma amostra de sobreviventes ao câncer e da população americana (Costanzo et al., 2009). A análise indicou, entre outros, que os sobreviventes exibiram piores resultados nos domínios de saúde mental, humor, ambiental e autoaceitação. Contudo, mostraram maiores níveis de bem-estar social, espiritualidade e crescimento pessoal.

A relação entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida tem recebido grande atenção pelos estudiosos. Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007) relataram diversos estudos envolvendo pacientes com diferentes tipos de neoplasias, evidenciando associações positivas entre qualidade de vida e bem-estar espiritual, existencial e religioso.

A qualidade de vida relacionada à saúde e religiosidade/espiritualidade foram comparadas na pesquisa de Wildes et al. (2009), em uma amostra de 117 mulheres latinas que sobreviveram ao câncer de mama. A variável religiosidade/espiritualidade correlacionou-se positivamente com a qualidade de vida relacionada à saúde nas dimensões funcional, social e na relação médico-paciente, mas não houve associação com as dimensões física e emocional. Os autores identificaram associação inversa entre domínio físico e religiosidade/espiritualidade, ainda que não estatisticamente significativa. Como explicação, eles sugeriram que esses pacientes atribuem um controle divino da doença, levando-os a postergar a procura por tratamento. Assim como o estudo anterior, é possível perceber tanto efeitos positivos como negativos na saúde, o que ratifica a necessidade da atenção dos profissionais da saúde para essas questões.

Kang et al. (2011) realizaram um levantamento junto a 95 pacientes de diversas unidades de cuidados paliativos da Coreia sobre a abordagem de questões religiosas e espirituais pelos profissionais de saúde e a relação com a qualidade de vida. Os resultados evidenciaram que os pacientes com suas necessidades espirituais atendidas pelos profissionais relataram melhor qualidade de vida.

Ainda com relação à qualidade de vida, Tarakeshwar et al. (2006) investigaram como as estratégias de ERE estão associadas à qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado. Os autores identificaram correlação entre uso de estratégias positivas e maior qualidade de vida, melhor percepção do suporte social pelos participantes do estudo. Encontraram, também, piores índices de qualidade de vida associados ao amplo uso de estratégias negativas, confirmando a promoção de efeitos ora benéficos ora prejudiciais relativos ao uso de estratégias religiosas.

É possível citar, também, o estudo de Balboni, Vanderwerker, Block, Paulk e Lathan (2007), no qual o suporte da comunidade religiosa ou da equipe médica foi relacionado à qualidade de vida dos pacientes. Assim, confirma-se a relevância da abordagem do tema em pacientes oncológicos, devido à estreita conexão com a qualidade de vida dos indivíduos.

A religiosidade também pode ser avaliada sob a perspectiva do suporte social, tanto do paciente oncológico como de seus familiares e cuidadores. De acordo com alguns estudiosos, as crenças religiosas podem influenciar a percepção dos pacientes quanto a sua habilidade para

solicitar a ajuda de outras pessoas, fortalecendo a sua confiança em manejar as dificuldades relacionadas ao câncer (Balboni et al., 2007; Howsepian & Merluzzi, 2009).

Em uma recente revisão de literatura, de autoria de Sanchez, Ferreira, Dupas e Costa (2010), a religiosidade foi mencionada como uma das formas de apoio social para a família do paciente. Os estudos revisados indicaram principalmente efeitos benéficos para os familiares e cuidadores, por meio da atribuição de significados positivos à doença, práticas de orações, rituais, meditação, além da proteção divina como auxílio do enfrentamento da doença.

O aspecto cultural também está relacionado ao modo como as pessoas vivenciam a relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade. É possível citar estudos que retrataram as especificidades da utilização das estratégias de ERE por pessoas que pertencem a diferentes grupos, como mulheres (Koenig, George, Titus & Meador, 2004; Holt et al., 2003; Wildes et al., 2009); africano-americanos (Balboni et al., 2007; Holt et al., 2003; Holt et al., 2009; Koenig et al., 2004) e mulheres latinas (Wildes et al., 2009).

As estratégias religiosas e não religiosas de pacientes inglesas com câncer de mama foram comparadas, utilizando-se as escalas RCOPE e *BriefCOPE* (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson & Newman 2011). Das 155 mulheres que concluíram o estudo, 28% disseram não acreditar em Deus, dado esse que pode explicar a maior prevalência de enfrentamento não religioso pela amostra. Quanto ao ERE, foram constatados menores índices do padrão negativo, com 37% da amostra reportando sentimentos de abandono ou punição divina, valores maiores que os encontrados nos estudos norte-americanos. Os autores hipotetizaram que essa diferença está relacionada aos aspectos culturais, já que, segundo eles, há prevalência de uma visão mais negativa da religião no Reino Unido. Em conclusão, os pesquisadores salientaram a necessidade de uma avaliação contínua da espiritualidade/religiosidade de pacientes com câncer, tendo em vista que as estratégias podem mudar ao longo dos estágios da doença.

Outro tema de crescente impacto nas pesquisas contemporâneas refere-se ao uso de terapias alternativas para o tratamento de doenças. Atualmente, tem-se constatado um aumento da procura por essas terapias nas sociedades ocidentais, podendo relacionar-se à insatisfação com os tratamentos convencionais, à procura de alívio dos sintomas da doença e à promoção de saúde e bem-estar, influenciando positivamente na qualidade de vida. Na maioria dos casos, o seu uso não é substitutivo, mas concomitante/complementar às terapias convencionais, podendo ser um importante aliado dos profissionais da saúde (Barbosa & Freitas, 2009; Cruz, Barros & Hoehne, 2009; Davidson, Geoghegan, McLaughlin & Woodward, 2005; Lyons & Chamberlain, 2006; Rabelo, 1993; Trinkaus et al., 2011).

O estudo de Trinkaus et al. (2011) evidenciou que 85% dos pacientes em cuidados paliativos já haviam utilizado algum tipo de terapia alternativa, sendo que a oração e a cura espiritual situaram-se entre as mais utilizadas. Além disso, 42% da amostra relataram que o seu uso tinha como propósito a cura da doença, corroborando a visão do uso complementar das terapias

alternativas anteriormente mencionada. Cabe ressaltar que as metas almejadas pelo uso de métodos complementares deve ser foco de investigação clínica, para que sejam estabelecidos objetivos realísticos com o estágio de desenvolvimento da doença.

Davidson et al. (2005) enfocaram a relação entre características psicológicas, variáveis de ajustamento e o uso de terapias complementares em pacientes oncológicos. Como resultado, constatou-se que os pacientes que faziam uso de terapias complementares apresentaram maior espírito de luta e de preocupação ansiógena, ambos relacionados, de acordo com os autores, ao melhor ajustamento ao câncer. Além disso, esses pacientes possuíam um maior locus de controle interno da recuperação da doença, em comparação aos indivíduos que utilizaram apenas o tratamento convencional. Os autores interpretam que a terapia complementar pode ser uma estratégia significativa no controle do tratamento da doença para os pacientes que recorrem a esse tipo de recurso.

A inclusão da religiosidade e espiritualidade como objetos de investigação das pesquisas em Oncologia Pediátrica é ainda bastante incipiente. Os procedimentos utilizados para o tratamento de doenças como o câncer geram muitas vezes medo e dor para a criança, podendo levá-la a sentir ansiedade, depressão ou isolamento social (Costa Júnior, Coutinho & Kanitz, 2000). Isso mostra a necessidade de se investir em pesquisas sobre o enfrentamento de crianças com câncer. Motta e Enumo (2002) averiguaram as estratégias de 28 crianças hospitalizadas em um serviço oncológico e detectaram que os comportamentos religiosos situavam-se entre as principais estratégias utilizadas. Trata-se de uma importante contribuição para esta área, ainda carente de pesquisas que avaliem o modo como as crianças enfrentam situações de doença.

O suporte familiar é descrito como um fator de influência no modo da criança lidar com o câncer (Malta, Schall & Modena, 2008). Faz-se necessário, portanto, apreender também como os próprios familiares/cuidadores enfrentam a doença dos filhos. Nesse sentido, Beltrão, Vasconcelos, Pontes e Albuquerque (2007) constataram em seu estudo que a religiosidade foi a principal estratégia de enfrentamento utilizada por mães de crianças com câncer, reforçando aspectos relacionados à cura, conforto, segurança e obtenção de força pela fé espiritual.

Malta et al. (2008) pesquisaram a vivência do câncer infantil para 16 cuidadores-acompanhantes de crianças hospitalizadas. Os indicadores obtidos por meio de entrevistas sinalizaram que a religião/espiritualidade teve um importante papel na busca de explicações para a doença.

As pesquisas anteriormente discutidas ilustram o emprego das estratégias religiosas e espirituais no contexto oncológico, tanto pelos pacientes como também por seus cuidadores. Verificou-se o uso de tais estratégias por indivíduos de gêneros e idades distintas, acometidos por diversos tipos de neoplasias, provenientes de contextos socioculturais variados. Vale salientar, ainda, que os resultados à saúde podem ser tanto positivos como negativos em função do tipo de estratégia adotada.

Ainda que as evidências dos estudos sejam, por vezes, contraditórias e/ou inconclusivas do ponto de vista científico (Fitchett & Canada, 2010), o investimento em pesquisas que relacionem religiosidade/espiritualidade e saúde pode promover uma maior aceitação desse tema pelos profissionais da saúde, beneficiando seus pacientes (Tosta, 2004).

2.2 Religiosidade/espiritualidade e a intervenção profissional

A partir da revisão de estudos efetuados com pacientes oncológicos e seus cuidadores, verificou-se que a religiosidade/espiritualidade é uma estratégia de uso recorrente para lidar com a enfermidade. Assim, é imprescindível compreender a repercussão da temática para os profissionais da saúde.

2.2.1 Capelania hospitalar: panorama nacional e internacional

De maneira geral, o uso do termo capelão se refere a indivíduos da classe eclesiástica ou conselheiros espirituais que atuam em instituições, tais como hospitais. Nos Estados Unidos, esses profissionais são contratados diretamente pelas organizações e, em menor escala, atuam como voluntários (Fitchett, King & Vandenhoeck, 2010).

Gentil, Guia e Sanna (2011) realizaram um estudo bibliométrico no intuito de sistematizar a produção do conhecimento científico nacional e internacional sobre os serviços de capelania hospitalar. As autoras identificaram 64 trabalhos, sendo 35 (54,7%) publicados na última década, dado que aponta o crescente interesse dos pesquisadores pela área. Do total, 53 estudos (82,8%) foram concebidos nos Estados Unidos, país onde se situam os maiores centros produtores de conhecimento sobre a temática, além de existir uma prática consolidada da capelania hospitalar. Não foi encontrada nenhuma produção brasileira sobre o assunto revisado, conferindo o pioneirismo para as autoras desse estudo. Trata-se de uma importante contribuição para a formalização de futuros serviços de capelania nas instituições hospitalares do Brasil.

A assistência religiosa em entidades de internação coletiva, incluindo os hospitais, é certificada pela Constituição Federal de 1988, na seção de Direitos e Garantias Fundamentais, “Art. 5º, VII – é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva”. Mais especificamente, o acesso dos religiosos aos hospitais públicos e privados é garantido pela Lei nº 9.982/2000, desde que sejam respeitadas a vontade dos pacientes e/ou familiares e as normas de cada instituição.

Em complementação a essas leis, cabe aos Estados da federação formular legislação complementar para regulamentar e fornecer diretrizes para o serviço de assistência religiosa. No âmbito do Distrito Federal, por exemplo, foi instituído o Decreto Nº 30.582/2009, no qual são listados alguns tipos de assistência religiosa como aconselhamento, orações e unção de enfermo.

No entanto, de acordo com o que é observado na prática, são escassas as instituições que possuem serviços estruturados, indicando que a capelania ainda não foi consolidada nos hospitais

brasileiros. Uma aparente exceção é o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que possui um Comitê de Assistência Religiosa – CARE – composto por representantes da Igreja Católica, Evangélica, entre outros. Esse comitê tem por objetivo prestar assistência religiosa aos pacientes e familiares, constituindo uma importante fonte de apoio religioso/espiritual.

Na América do Norte, as diversas associações de capelania dos Estados Unidos e Canadá formaram um grupo, o *Spiritual Care Collaborative*, pelo qual foram criadas diretrizes comuns de atuação para os profissionais, bem como a elaboração de um código de ética. Além disso, os capelães podem ter um certificado especializado (*Board Certified Chaplain*), desde que cumpram alguns requisitos, como ter cursado pós-graduação na área de Teologia e recebido uma formação generalista quanto às doutrinas religiosas, incluindo estágios práticos (Fitchett et al., 2010). Já a capelania brasileira é representada isoladamente por algumas instituições específicas, como a Ordem Nacional de Capelania Cristã (<http://www.capelania.org.br>) e a Associação de Capelania Evangélica Hospitalar (<http://www.capelania.com>).

Ao contrário da realidade americana, é possível encontrar representantes religiosos de diversos credos em alguns serviços de Oncologia brasileiros, nem sempre vinculados a um serviço de capelania. Ademais, há carência de estudos que avaliem tanto o trabalho de voluntários religiosos informais como o funcionamento dos programas já estruturados e sua articulação com os profissionais de saúde.

2.2.2 Papel dos profissionais da saúde na abordagem da religiosidade/ espiritualidade

No âmbito internacional, é notável o avanço das discussões acerca das necessidades religiosas e espirituais dos pacientes no contexto da saúde. No tocante à Oncologia, algumas instituições internacionais disponibilizam conteúdos sobre o assunto em suas páginas na internet, direcionados tanto ao público em geral, pacientes e familiares como aos profissionais da saúde.

O site oficial do *National Cancer Institute* faz alguns apontamentos sobre as implicações da espiritualidade no âmbito da Oncologia, expondo o tema em uma versão para leigos e outra para profissionais da saúde na seção intitulada “Espiritualidade no tratamento do câncer”. Entre os modelos de intervenção citados por esta organização na seção direcionada aos profissionais, há a indicação para que estes incentivem o paciente a procurar assistência religiosa em sua comunidade, com profissionais especializados (capelães) ou em grupos de apoio relacionados às questões espirituais.

A página virtual da *American Cancer Society* possui uma coluna denominada “Espiritualidade e Preces”, localizada na seção sobre tratamentos da Medicina Complementar e Alternativa. O conteúdo abrange definições gerais de espiritualidade e suas implicações para a saúde, ressaltando-se, ao final, a necessidade do consentimento do paciente quanto à realização de preces intercessórias, bem como os riscos para a saúde no caso de abandono do tratamento

convencional.

Outra rede de apoio americana aos indivíduos acometidos pelo câncer, seus familiares e cuidadores é a *National Comprehensive Cancer Network*. A temática espiritual é mencionada entre as orientações fornecidas aos pacientes e familiares, com o intuito de promover conforto e de aumentar da qualidade de vida; porém, o aspecto negativo (punição, dúvidas) também é levantado. Ao final, é fornecida uma lista de práticas que podem ser adotadas como estratégias de enfrentamento pelos pacientes e familiares, como a prece (sozinho ou em grupo), a leitura de textos religiosos, a meditação, a ioga, entre outras. A comunicação com a equipe de saúde é estimulada, destacando-se que, caso haja necessidade de acionar a capelania, não há restrição a uma única denominação religiosa.

A verificação rotineira da religiosidade/espiritualidade nos atendimentos clínicos fornece informações valiosas aos profissionais da saúde, oportunizando a compreensão da importância das crenças dos pacientes sobre a doença e a orientação de possíveis encaminhamentos a profissionais religiosos. Além disso, esse levantamento pode ajudar o clínico a detectar crenças que interfiram no tratamento (Koenig, 2006; Post et al., 2000).

Já é possível encontrar alguns modelos explicativos para compreender a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, englobando as dimensões comportamental (dietas, comportamento de risco), social (suporte emocional de membros da instituição religiosa), psicológica (crenças e crenças que influem no enfrentamento e na qualidade de vida) e fisiológica (práticas que afetam a resposta de estresse) (Fitchett & Canada, 2010).

Koenig (2001b) delineou um modelo teórico ilustrativo das influências da religião na saúde física dos indivíduos, por meio de mediadores comprovadamente benéficos à saúde, propondo a distinção de cinco áreas principais. A primeira envolve fatores genéticos, que propiciariam a adoção de comportamentos religiosos. Em seguida, são descritos os fatores educacionais, responsáveis pelo direcionamento das crenças e valores dos filhos. Em terceiro lugar, encontram-se as influências psicossociais no estresse crônico, nas funções do sistema imunológico e no estado de saúde (incluindo câncer), destacando-se o papel do suporte social. Outro domínio abarca o estilo de vida, com a adoção de comportamentos saudáveis e a diminuição dos riscos para a saúde. Por fim, são citadas as influências nas práticas de cuidado com a saúde do corpo, na procura pelos serviços de saúde e na maior adesão ao tratamento.

De maneira geral, no entanto, as evidências da conexão entre saúde e religiosidade/espiritualidade são obtidas por meio de constatações empíricas ao invés de embasar-se em teorias. Assim, há uma escassez de estudos que avaliem a pertinência e adequação de modelos teóricos para a compreensão do fenômeno religioso quanto às implicações para a saúde das pessoas (Fitchett & Canada, 2010; Tosta, 2004).

Alguns pesquisadores têm se dedicado a desenvolver instrumentos para auxiliar os profissionais de saúde no conhecimento da história espiritual do paciente. Como exemplo, é

possível citar a ferramenta FICA (Borneman, Ferrell & Puchalski, 2010; Puchalski et al., 2009; Puchalski e Romer, 2000), a qual possui quatro eixos orientadores da investigação dos aspectos espirituais dos pacientes, referentes ao acrônimo que origina o nome do instrumento: ‘F’: fé, crenças e significado; ‘I’: importância e influência; ‘C’: comunidade e suporte espiritual; ‘A’: necessidade de apoio fornecido pelo profissional de saúde.

Especificamente no que tange aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, o cuidado espiritual é considerado um aspecto fundamental para a qualidade da assistência. Foram documentadas algumas diretrizes e recomendações para os profissionais, organizadas em sete áreas, a saber: modelos de cuidado espiritual; avaliação espiritual, tratamento espiritual/planos de cuidado; equipe interdisciplinar; treinamento/certificação; desenvolvimento profissional e pessoal; melhoria da qualidade (Puchalski et al., 2009). As orientações contidas neste documento são de grande valia para o cuidado espiritual dos pacientes oncológicos em estado avançado.

De acordo com uma recente revisão de estudos sobre os cuidados espirituais em contextos de terminalidade (Holloway, Adamson, McSherry & Swinton, 2010), a educação dos profissionais de saúde para reconhecer/lidar de modo efetivo com as questões espirituais dos pacientes requer habilidades, como a escuta. Assim, é imprescindível a preparação desses profissionais, por meio de aulas ou grupos de treinamento, além de estabelecer normas e competências para a prática do profissional.

A avaliação de uma estratégia de intervenção para conhecer a religiosidade e espiritualidade na assistência oncológica teve a participação de 118 pacientes e quatro oncologistas-hematologistas (Kristeller, Rhodes, Cripe & Sheets, 2005). Os médicos desse estudo receberam um treinamento sobre um protocolo semiestruturado, contendo questões centradas no paciente visando facilitar a comunicação sobre a temática religiosa/espiritual. A avaliação ocorreu antes e após a visita, bem como depois de três semanas, utilizando-se escalas padronizadas. De acordo com os resultados, a intervenção proporcionou a redução dos sintomas de depressão, a melhora da qualidade de vida, do bem-estar espiritual e da satisfação com o cuidado médico. A intervenção obteve aceitação tanto dos pacientes como dos médicos. Em suma, essa estratégia mostrou-se útil para investigar estratégias de enfrentamento religiosas/espirituais no contexto oncológico.

Balboni et al. (2007) referem-se à existência de diversas barreiras com relação à separação histórica entre religião e Medicina, baseada na premissa de que os médicos poderiam influenciar as crenças dos pacientes. Apesar desse argumento, os autores citam os benefícios da religiosidade e da espiritualidade no enfrentamento de doenças e na qualidade de vida de pacientes, demonstrando que a temática merece ser abordada/respeitada pelos profissionais da saúde.

McCauley, Jenckes, Tarpley, Koenig, Yanek e Becker (2005) reportaram em seu estudo que, para a maioria dos 76 médicos da amostra, a principal barreira identificada para a abordagem de assuntos religiosos/espirituais foi a falta de tempo (95%). Em seguida, mencionou-se a de falta

de treinamento (69%). Para suprir essa lacuna, a formação dos profissionais foi recomendada, visando instrumentalizá-los para que se sintam confiantes ao abordar a temática. Os autores relacionaram o tempo reduzido para os atendimentos à organização do sistema de saúde americano, dado semelhante ao encontrado na realidade brasileira. Contudo, Kristeller et al. (2005) detectaram um aumento médio de menos de dois minutos no tempo de visita de médicos oncologistas, argumentando contra esse tipo de justificativa.

A respeito do momento ideal para a coleta de informações, Koenig (2006) sugere que seja durante entrevista inicial com o paciente, quando ele é admitido no hospital ou ainda na avaliação da sua história social. É necessário explicar ao paciente que as informações estão sendo solicitadas a fim de identificar crenças que possam influir no seu tratamento, de acordo com a importância avaliada por ele. Em caso afirmativo, avaliam-se as influências positivas ou negativas para o cuidado médico, incluindo a decisão sobre procedimentos clínicos. Outro aspecto importante da história espiritual se refere ao suporte da comunidade religiosa, bem como às necessidades de encaminhamento para um profissional religioso. Acima de tudo, a postura do profissional deve ser de respeito, proporcionando um ambiente acolhedor e suportivo ao paciente, mesmo que haja conflitos entre suas crenças e o tratamento.

Atualmente, mais de uma centena de escolas médicas dos Estados Unidos têm inserido disciplinas preparatórias para lidar com as questões religiosas e espirituais dos pacientes. Em seu conteúdo, são introduzidos tópicos relacionados ao efeito da religiosidade e espiritualidade na saúde, a maneiras de se obter a história espiritual do paciente, aos aspectos éticos e ao impacto para as decisões médicas (Lucchetti, Lucchetti & Puchalski, 2011).

Koenig, Hooten, Lindsay-Calkins e Meador (2010) realizaram um levantamento em 122 escolas de Medicina dos EUA, por meio de questionários enviados aos profissionais responsáveis pelo ensino nas referidas universidades. De acordo com os dados obtidos, cerca de 90% das faculdades possuem conteúdos relacionados a espiritualidade e saúde em seus currículos, mas apenas 7% em disciplinas obrigatórias dedicadas exclusivamente ao tema. O contato com a temática ocorre principalmente nos dois primeiros anos da formação. Dez participantes mencionaram que o conteúdo é transmitido em disciplinas obrigatórias sobre introdução à Medicina clínica, cuidados paliativos, ética médica e competência cultural. Para 40% dos respondentes, a avaliação da importância desse tema foi positiva e 43% consideraram necessária a ampliação desse tipo de formação. Os autores concluíram que a prioridade atribuída ao conteúdo espiritual nos currículos médicos permanece baixa, ainda que a relação entre espiritualidade e saúde já conste no treinamento desses futuros profissionais.

Dal-Farra e Geremia (2010) propõem que a espiritualidade seja incluída transversalmente nos cursos de Medicina, para que o estudante receba essa formação no decorrer de todo o curso. Os autores ressaltam a necessidade de fornecer um cuidado integral ao paciente, que abarque aspectos da valorização da vida e do respeito à individualidade, tendo em vista que o Brasil é “caracterizado

por um mosaico de traços culturais e representado por uma complexa configuração social” (p. 595).

O papel do psicólogo nas questões religiosas foi discutido por Jung (1962/1965), ressaltando-se o cuidado que se deve ter para que as crenças dos pacientes não sejam tomadas como verdades absolutas e eternas. Segundo o autor, a postura científica adotada por este profissional deve dirigi-lo para a investigação do “*homo religious*” (p. 14), ou seja, das experiências religiosas em sua estreita vinculação com a natureza humana, influenciando a vida do paciente.

Líderes religiosos e pacientes devem estabelecer um diálogo constante com a Medicina moderna, no qual sejam delimitadas as responsabilidades de terapeutas religiosos e de médicos. Além disso, o foco de atuação de médicos e líderes religiosos não se sobrepõe totalmente, havendo espaço para atuações em níveis diferentes e alcançando objetivos distintos (Rabelo, 1993).

De acordo com Ancona-Lopez (2002), a Psicologia da Religião possui o desafio de articular os conhecimentos oriundos de ambas as áreas de maneira crítica e equilibrada. O predomínio de um campo sobre o outro leva a distorções do objeto de estudo, à medida que não considera a multiplicidade de suas dimensões. Conforme dito pela autora, “a visão interdisciplinar procura caminhos que permitam construir pontes entre as áreas sem negar as diferenças entre elas” (p. 79).

Psicologia e religião possuem características distintas, nem sempre reconhecidas e respeitadas entre ambas as partes. Por exemplo, existem psicólogos que comumente vinculam a religião ao patológico, bem como religiosos que atribuem a causa das doenças exclusivamente ao pecado. Aos psicólogos compete avaliar os efeitos das crenças dos indivíduos em seus comportamentos e no impacto sobre seu estilo de vida, não cabendo aos mesmos julgar valores morais de adequação, papel esse de teólogos e pastores (Paiva, 2007).

Alguns autores advogam que a temática envolvendo religiosidade e espiritualidade deve ser abordada abertamente nos atendimentos clínicos (Panzini & Bandeira, 2007; Saad, Masiero & Battistella, 2001), respeitando-se, no entanto, a demanda de cada paciente. Destaca-se, ainda, que a atuação profissional, independente de sua área de especialização, requer embasamento em pressupostos teórico-metodológicos, ratificando a importância da realização de estudos que testem empiricamente os modelos teóricos de intervenção, tendo em vista a importância da realidade sociocultural.

Como exemplo, é possível citar um estudo recente (Kang et al., 2011) realizado com pacientes coreanos de diversas doutrinas religiosas, internados em centros de cuidados paliativos com e sem vínculos religiosos. Os autores identificaram maior insatisfação quanto à abordagem das necessidades dos pacientes budistas e sem religião, diante da tendência de profissionais da saúde e religiosos direcionarem as crenças dos pacientes, sobretudo nas instituições religiosas. Ressalta-se a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde para abordar questões espirituais, independente de afiliações do paciente e/ou da unidade de cuidado paliativo.

Saad et al. (2001) discutiram a necessidade de um delineamento do papel do médico frente às necessidades espirituais do paciente, devendo respeitar/aceitar/incentivar sempre que este achar relevante. Os autores citaram um painel de consenso do *American College of Physicians*, que sugere quatro perguntas norteadoras para a atuação dos médicos em seus atendimentos: “1) A fé (religião, espiritualidade) é importante para você nessa doença? 2) A fé foi importante para você em outros momentos de sua vida? 3) Você tem alguém com quem falar sobre assuntos religiosos? 4) Você gostaria de explorar assuntos religiosos com alguém?” (Lo, Quill & Tulskey, conforme citado por Saad et al., 2001, p. 111).

Mais recentemente, Sulmasy (2009) alegou que os médicos possuem uma obrigação moral de nortear as questões espirituais dos pacientes. Como justificativa, o autor aludiu ao juramento feito pelos médicos, que assegura o melhor uso de suas habilidades e julgamentos a fim de oferecer um tratamento integral aos pacientes – o que engloba as questões espirituais. Além disso, os clínicos estão em melhor posição para identificar as necessidades espirituais dos pacientes e realizar encaminhamentos. Outro argumento se refere à interferência da espiritualidade no tratamento. Algumas diretrizes são indicadas para o aprofundamento das questões espirituais com os pacientes. Todavia, o autor ressalta não haver fórmulas prontas para a atuação dos profissionais da saúde, e sim, um caminho conjunto direcionado pelo paciente.

O Código de Ética Médica brasileiro, em seu primeiro princípio fundamental, assevera que “A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza” (Conselho Federal de Medicina, 2009). Sendo assim, é dever do médico respeitar as crenças religiosas dos pacientes.

A pesquisa realizada por Monroe et al. (2003), em uma amostra de 476 médicos da família e internos de hospitais americanos verificou que, de acordo com 84,5% dos respondentes, a espiritualidade dos pacientes deve ser foco da atenção dos médicos. Para 74,2%, o profissional deve tomar a iniciativa de abordar questões espirituais apenas com pacientes em contextos de doenças mais graves. O percentual é reduzido para menos da metade (39,2%) segundo a opinião dos participantes sobre a abordagem do tema com os pacientes hospitalizados. Preces iniciadas pelo profissional foram referidas pela minoria dos participantes, tanto para os pacientes hospitalizados (13,7%) como para os pacientes terminais (26,7%). Entretanto, para a maioria, caso seja solicitado, o profissional poderá rezar com o paciente em hospitalização (63,2%) ou fora de possibilidades de cura (77,1%). Os autores apontam que possíveis barreiras dos médicos em atender ao pedido espiritual dos pacientes estão associadas à inabilidade em identificar os pacientes receptivos e às preocupações em se projetar as próprias crenças nos pacientes.

De acordo com Post et al. (2000), os médicos podem ter a iniciativa de realizar uma prece com o paciente nos casos em que o suporte religioso não esteja prontamente disponível, quando há intenção do paciente em rezar com os médicos e desde que estes não finjam possuir a mesma crença do paciente, nem induzam as próprias crenças. Nos casos de médicos que não são religiosos,

é orientado que apenas ouçam respeitosamente a prece do paciente.

As religiões afro-brasileiras atribuem importância significativa à saúde do corpo, pois, para seus seguidores, ele simboliza a morada dos deuses. Silva (2007) mencionou uma série de procedimentos como o jogo de búzios, o uso de folhas, ervas, raízes e flores, os banhos e as benzeduras, utilizados na busca do restabelecimento da saúde. O autor aludiu ao projeto 'Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde', cujas ações são desenvolvidas com o intuito de capacitar as lideranças para o exercício do controle social de políticas públicas, bem como sensibilizar os profissionais da saúde para o conhecimento e respeito às tradições dos terreiros. Tal projeto favorece a ação conjunta na promoção da saúde dos adeptos dessas tradições religiosas.

Com relação aos tratamentos complementares, vale salientar, uma vez mais, sua adoção não implica necessariamente no abandono do tratamento médico. De acordo com o Instituto de Medicina do Além, localizado na região Sudeste do Brasil e responsável por realizar cirurgias espirituais, "o tratamento espiritual jamais dispensa o tratamento médico, já que trata do perispírito, e não do corpo físico". Trinkaus et al. (2011) hipotetizam que a procura por terapias alternativas pode estar relacionada à falta de vínculo entre as terapias tradicionais e as questões espirituais almeçadas pelos pacientes.

2.2.3 Religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde: investigações

A religiosidade e a espiritualidade de cientistas e profissionais da saúde também têm sido foco de investigações. Larson e Witham (1997) replicaram um estudo realizado em 1916 por Leuba, que interrogou a cientistas se eles eram crentes, descrentes ou agnósticos quanto à ideia de um Deus pessoal. Tanto no começo como no final do século XX, foram encontradas percentagens muito próximas de cientistas que se consideraram crentes – 41,8% e 39,3%, respectivamente. Ainda que haja o predomínio de cientistas ateus (41,5% e 45,3%, respectivamente), o progresso científico de quase um século não eximiu por completo a fé religiosa dos cientistas.

Paiva (2002) articulou a dimensão psicológica na relação dos cientistas com a religião, a partir de dados de um estudo de sua própria autoria, no qual entrevistou pesquisadores docentes de uma universidade brasileira. Os conflitos identificados entre ciência e religião não são de natureza epistemológica, e sim do âmbito humano. As dificuldades experimentadas por eles estão vinculadas à ideia do Deus cristão, e não à "dificuldade em aceitar uma divindade impessoal e cósmica, dotada de sabedoria e poder e ordenadora do mundo" (Paiva, 2002, p. 567).

Ecklund, Cadge, Gage e Catlin (2007) examinaram as crenças religiosas e espirituais de 74 oncopediatras. Os resultados indicaram que 22 participantes (29,7%) não participaram de cultos religiosos no último ano e 18 (24,3%) frequentaram de duas a três vezes por mês. Mais da metade dos respondentes (52,7%) presumiram que suas crenças religiosas ou espirituais podem influenciar a interação com colegas e pacientes.

Nascimento e Roazzi (2007) analisaram a interface da religiosidade e da representação social da morte em equipes multiprofissionais de saúde, em uma amostra de 80 profissionais (enfermeiros, médicos e psicólogos) da região Nordeste do Brasil. Os resultados obtidos demonstram que há clara interferência das crenças religiosas dos participantes na configuração da visão sobre a morte. Desse modo, os pesquisadores concluíram sobre a importância das questões religiosas e espirituais para os profissionais da saúde estudados, tanto do ponto de vista técnico, proporcionando uma “abordagem mais facilitada aos procedimentos propriamente terapêuticos e de cuidados físicos” (p. 142), como do ponto de vista ético, “porque resgata a humanidade e os direitos inalienáveis de respeito às diferenças e a um tratamento de excelência no contexto hospitalar” (p. 142).

Espíndula et al. (2010) descreveram a perspectiva dos profissionais de saúde que atuam na área oncológica sobre a vivência da religiosidade dos pacientes e também como eles próprios vivenciam o fenômeno. Foram entrevistados três médicos, quatro residentes de Medicina, uma enfermeira e uma auxiliar de Enfermagem, um psico-oncologista e um odontólogo. De maneira geral, os participantes expressaram vivências religiosas, vinculadas ou não a instituições. Os profissionais reconheceram a importância da religiosidade para o paciente e seus familiares; porém, suas crenças devem sempre estar calcadas na realidade. Espera-se que os profissionais da saúde, independentemente da especialidade, reflitam sobre a necessidade de apoiar-se na religião para enfrentarem uma situação de doença, seja sua ou de outras pessoas (Espíndula et al., 2010).

Das categorias profissionais da área da saúde, a Enfermagem possui um percurso histórico notadamente vinculado à tradição religiosa. O estudo de revisão realizado por Gussi e Dytz (2008) apontou um dilema “provocado pela dualidade entre ser uma profissão de nível universitário, portanto autorizada pelo paradigma científico/positivista, e ter a marca da religião desenhada através do tempo pela consolidação do cristianismo e pelas alianças entre Estado e Igreja” (p. 381). Esse dilema pode gerar confusões na delimitação do papel da Enfermagem nos cuidados espirituais. Destacou-se o cuidado em respeitar as crenças dos pacientes, sem expressar atitudes de imposição ou demagogia religiosa.

A pesquisa conduzida por Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008) avaliou as estratégias de enfrentamento dos profissionais de uma equipe brasileira de Enfermagem frente às demandas de estresse presentes em sua atuação profissional. Os dados revelaram que comportamentos como rezar e pedir a proteção divina, vinculados à expressão de esperança e fé, promovem equilíbrio diante do sofrimento decorrente do estresse vivenciado no trabalho.

No cenário dos cuidados intensivos em saúde, Dezorzi e Crossetti (2008) verificaram o papel da espiritualidade no autocuidado de profissionais da Enfermagem. As autoras identificaram a relação entre o cuidado de si e a espiritualidade no cotidiano por meio de orações, contato com a natureza e conexão com uma Força Superior, favorecendo a sensação de tranquilidade, bem-estar e fortalecimento, inclusive no trabalho. O autoconhecimento é essencial para o cuidado de si e do

outro, sendo a espiritualidade um fator a ser considerado.

A religiosidade e espiritualidade de estudantes universitários brasileiros são focalizadas em alguns estudos. Em uma amostra de 25 estudantes de Medicina, a religiosidade foi uma das estratégias utilizadas para o manejo de estresse, mostrando a importância do tema para a formação pessoal na área médica (Zonta et al., 2006). Com relação ao bem-estar espiritual, pesquisadores sugerem que esse seria um fator de proteção para transtornos psiquiátricos menores (Gastaud et al., 2006; Volcan et al., 2003). Em estudo comparativo (Gastaud et al., 2006), estudantes do curso de Psicologia apresentaram escores menores de bem-estar espiritual do que acadêmicos dos cursos de Direito e Medicina. Os autores consideraram ser um dado “preocupante na medida em que se supõe que os estudantes de Psicologia seriam, justamente, aqueles que deveriam estar mais voltados a essas questões de natureza existencial, tanto para si próprios como para seus pacientes” (p. 17).

Alves (2004) relatou duas pesquisas realizadas em universidades católicas das Regiões Centro-Oeste e Sudeste do Brasil, que descreveram o perfil do jovem universitário e sua opinião sobre o ensino religioso em disciplinas da graduação. De maneira geral, constatou-se a necessidade dos participantes em romper com as antigas tradições religiosas, tendo-se uma vivência da espiritualidade de maneira singular. Quanto à prática de ensino religioso, ambas as pesquisas concluíram que as estratégias adotadas pelos professores deve favorecer o debate crítico, permitindo a livre expressão da opinião dos alunos sobre as diversas doutrinas religiosas.

Em estudo empírico para avaliar a assistência psicoespiritual em Enfermagem, Peixoto (2006) contou com a participação de 63 docentes e 141 acadêmicos do último ano de graduação em universidades da região Centro-Oeste do Brasil, que responderam a um questionário. Dos resultados obtidos, destaca-se que os respondentes consideraram que a própria fé auxilia no respeito às crenças dos pacientes. No entanto, detectou-se o despreparo para atuar no âmbito psicoespiritual nos atendimentos. Foi constatada a preocupação com os aspectos espirituais dos pacientes, mas em caráter extraordinário às atividades da Enfermagem, não incorporada à rotina de atendimentos. Os participantes reconheceram a necessidade do ensino da temática em todas as disciplinas, inclusive nos estágios práticos.

Tomasso et al. (2011) averiguaram atitudes e conhecimentos de 30 professores e 118 acadêmicos de Enfermagem de uma universidade da Região Sudeste brasileira frente à interface religiosidade, espiritualidade e saúde. Para 96% da amostra, a espiritualidade exerce grande influência na saúde do paciente. Apesar de 77% dos participantes reconhecerem a necessidade de abordar o assunto, apenas 36% apontaram sentir-se preparados. Os estudantes dos últimos períodos curso revelaram maior preparação comparando-se àqueles dos semestres iniciais. Porém, os professores também mostraram ter dificuldades com esse assunto, o que pode refletir no treino dos estudantes sobre o cuidado espiritual. Entre as barreiras identificadas pela amostra, é possível mencionar o medo de impor as próprias crenças aos pacientes, a falta de tempo e de conhecimento sobre a temática e medo de ofender os pacientes.

Junqueira (2008) entrevistou oito médicos oncologistas com o intuito de compreender suas vivências religiosas e do cuidado existencial com os pacientes. Os participantes disseram que se apoiam nas próprias estratégias religiosas para o cuidado dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, visando alcançar segurança nas ações e ajudar nas decisões a serem tomadas. Vale lembrar que o trabalho em cuidados paliativos promove reflexões sobre os significados da vida e da morte. Sendo assim, as crenças dos médicos atribuem sentido para suas vidas e para suas ações. É reconhecida pelos participantes a importância do psicólogo na equipe, auxiliando os profissionais a identificar e refletir sobre suas crenças, especialmente quanto às maneiras de lidar com morte.

Com relação ao uso de estratégias religiosas pelos pacientes, a autora identificou nas falas dos médicos a percepção tanto de efeitos positivos como negativos. Neste último caso, há a vivência de sentimentos de raiva provocados pelas crenças dos pacientes quando estas interferem/impedem o tratamento. A necessidade do trabalho em conjunto com profissionais religiosos foi citada, sempre de acordo com as demandas da família e do paciente (Junqueira, 2008).

Em suma, este estudo mostrou que, apesar de haver esforços em direção à integração da subjetividade pelos médicos nos cuidados paliativos, nota-se, ainda, o despreparo do profissional para lidar com a dimensão religiosa nos atendimentos. Do ponto de vista da autora, o estudo poderá contribuir “para o planejamento de estratégias de intervenção e/ou suporte psicológico a serem implementadas junto à equipe para uma atuação compreensiva dos profissionais da saúde, que contemple suas necessidades de elaborar questões existenciais, em particular as que se situam na esfera da religiosidade” (Junqueira, 2008, p. 177).

A literatura revisada no decorrer dos capítulos iniciais dessa dissertação traçou um panorama geral dos estudos nacionais e internacionais sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e Oncologia, os resultados para a saúde dos pacientes e a abordagem dessa temática nos atendimentos. É notável a necessidade dos profissionais da saúde conhecerem a natureza de suas próprias crenças, com o propósito de compreender o seu modo de lidar com o sagrado. Além disso, a preocupação com o bem-estar dos pacientes inclui a avaliação da importância/influência da religião e espiritualidade em suas vidas.

CAPÍTULO 3 – MÉTODO

Neste capítulo, serão detalhados os procedimentos metodológicos adotados para a condução da pesquisa, caracterizando-se os critérios de seleção dos participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos éticos seguidos em cada uma das etapas realizadas.

3.1 Uso de ferramentas eletrônicas em pesquisas

O avanço dos recursos tecnológicos tem alcançado o campo científico, oferecendo algumas alternativas metodológicas que podem ser frutíferas para o campo da Psicologia da Saúde. Em geral, a internet como método de pesquisa tem sido utilizada majoritariamente em estudos com delineamentos quantitativos (Flick, 2009). Na atualidade, há registros na literatura internacional de estudos empíricos que utilizaram a internet como método de coleta de dados na área oncológica (Andrykowski, Beacham, Schmidt & Harper, 2006; Tates et al., 2009) e na interface entre religiosidade e saúde (Wiist, Sullivan, Wayment & Warren, 2010).

Abreu, Baldanza e Gondim (2009) listaram algumas vantagens sobre o uso desse método no que se refere à rapidez de coleta e de análise de dados, eliminando as etapas de digitação (que frequentemente envolvem perdas de dados), seja em pesquisas de natureza quantitativa ou qualitativa. No entanto, algumas limitações também são pontuadas pelos autores: restrição de acesso em países menos desenvolvidos, custo de elaboração de *software* de pesquisa, necessidade de cuidados éticos adicionais no tocante à segurança, privacidade e confiabilidade na obtenção das informações.

Especificamente no que concerne à composição de grupos focais *online*, há duas modalidades distintas: os grupos síncronos, nos quais é necessário que os participantes estejam *online*, concomitantemente, em uma sala virtual, e os grupos assíncronos, que dispensam essa exigência, já que cada membro pode contribuir de acordo com sua disponibilidade. Com relação ao primeiro tipo, uma possível limitação seria a necessidade de instalação de programas pelo participante em seu computador, para que ele possa acompanhar o grupo. Outra restrição se refere ao número limitado de participantes, a fim de evitar que ocorra uma discussão em nível superficial (Flick, 2009).

Há pontos positivos e negativos em comparação ao método presencial. Dentre as principais vantagens, destacam-se a redução dos custos com a preparação do ambiente e com o deslocamento dos participantes, a transcrição instantânea dos dados, a facilidade de se trabalhar temas polêmicos (anonimato dos participantes) e a possibilidade de interação entre pessoas de localidades geográficas distantes (Abreu et al., 2009). Adicionalmente, Flick (2009) aponta a maior facilidade do pesquisador na condução de dinâmicas com participantes tímidos e mais reservados.

Quanto às desvantagens, a ausência do contato físico pode ocasionar um menor controle do grupo pelo moderador, acentuado pelo anonimato, que também potencializa a taxa de desistências

da participação no grupo (Abreu et al., 2009). Problemas técnicos podem surgir no decorrer do grupo e interferir na discussão e na qualidade dos dados; além disso, os participantes devem estar familiarizados com ferramentas computacionais como meio de comunicação (Flick, 2009).

Tendo como base essas considerações, a opção por ferramentas eletrônicas, que utilizam a internet como estratégia para a coleta de dados, visou favorecer a ampliação da amostra em termos geográficos, bem como a possibilidade da livre expressão dos participantes sobre a problemática investigada neste estudo, cujo tema ainda possui caráter polêmico em nosso contexto sociocultural.

3.2 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, respeitando-se as exigências da Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). A cópia do documento de aprovação dessa pesquisa está disponível no Anexo 1. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram elaborados em versão digital (Anexos 2 e 3) e obedeceram a todos os quesitos exigidos para um documento impresso.

3.3 Primeira etapa: questionário eletrônico

3.3.1 Participantes

Participaram da primeira etapa deste estudo profissionais de saúde de diversas especialidades, atuantes no campo da Oncologia em diversas localidades do Brasil. A amostra foi não probabilística, selecionada por conveniência, adotando-se os seguintes critérios de inclusão: ser um profissional com formação completa na área da saúde e atuar na assistência a pacientes oncológicos. Os critérios de exclusão foram: não preencher os dados sociodemográficos do questionário; não ter concluído a formação acadêmica; não atuar com pacientes oncológicos; não especificar o tempo de atuação em Oncologia.

Durante o período de coleta da primeira etapa, foram iniciados 132 questionários, sendo que 41 participantes não finalizaram o preenchimento. Houve apenas um indivíduo que se recusou a participar, apresentando como justificativa o fato de não ser um profissional da saúde. Do total, três respondentes ainda não haviam completado o ensino superior, sendo eliminados da amostra. Além desses, dois participantes também foram excluídos; um deles por indicar que não atua com pacientes oncológicos e outro por não preencher os dados referentes ao tempo de atuação em Oncologia. Sendo assim, a composição final da amostra de respondentes do questionário eletrônico incluiu 85 profissionais da saúde.

3.3.2 Instrumento

Para a primeira etapa do estudo, foi elaborado um questionário eletrônico, disponibilizado na internet. A organização e composição do questionário serão descritas a seguir.

- **Página inicial:** composta pelo TCLE, construído conforme as orientações da Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde, 1996).
- **Primeira parte:** questões abertas e fechadas, que indagaram sobre hábitos religiosos do profissional, bem como sua opinião sobre a influência dos aspectos religiosos e/ou espirituais de maneira geral e para a saúde dos indivíduos.
- **Segunda parte:** questões abertas e fechadas sobre a presença da religiosidade/espiritualidade nos pacientes assistidos, as repercussões para o atendimento e para a vivência do câncer.
- **Terceira parte:** avaliação do uso de estratégias religiosas/espirituais pelos profissionais, por meio da Escala Breve de Enfrentamento Religioso, adaptada e validada por Faria (2004). Essa escala é composta por 14 itens avaliados em uma escala tipo *Likert* (1-4), contendo questões referentes ao padrão positivo e negativo de enfrentamento. As instruções foram redigidas originalmente para pacientes portadores de HIV/aids, população escolhida pela pesquisadora que realizou a validação do referido instrumento. Sendo assim, foi necessário realizar adaptações nas instruções, a fim de adequá-las para os participantes desta pesquisa. Os itens que compõem a escala mantiveram a mesma redação, sendo apenas transcritos para o formato eletrônico.
- **Quarta parte:** questões referentes aos dados sociodemográficos, visando à caracterização da amostra.
- **Quinta parte:** convite aos profissionais da saúde para a segunda etapa do estudo, contendo um campo para registro do endereço eletrônico.

3.3.3 Material

Para a construção do questionário e hospedagem na internet, foi utilizada a ferramenta *Survey Monkey* (<http://www.surveymonkey.com>), por meio da assinatura mensal do plano “*Plus*” durante o período da coleta. A escolha desta ferramenta envolveu a avaliação de características de segurança (protocolo SSL), facilidade de manejo e experiência prévia do grupo de pesquisa (Rodrigues, 2011).

3.3.4 Pré-teste do instrumento

O questionário foi submetido a uma etapa pré-teste, para a qual foram convidados 17 profissionais da saúde que não atuavam com pacientes oncológicos na ocasião de sua participação. No total, 10 pessoas responderam ao instrumento, das quais sete enviaram comentários e sugestões de aprimoramento. Assim, realizou-se uma revisão das questões conforme a pertinência avaliada pela pesquisadora, sendo efetuadas as seguintes alterações: correção gramatical e de erros de digitação; adequação da linguagem; reorganização das questões; mudança na organização das respostas de alguns itens; exclusão de itens. Assim, foi gerada a versão final do questionário eletrônico, totalizando-se 42 itens.

3.3.5 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foram contatados os chefes dos centros de assistência oncológica de dois hospitais da Secretaria de Saúde da cidade de Brasília, expondo-lhes os objetivos e solicitando-se formalmente a autorização para a coleta junto aos profissionais vinculados aos respectivos serviços. O projeto de pesquisa foi, então, encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Distrito Federal, do qual obteve aprovação (Anexo 1). Após essa etapa, deu-se início à divulgação da pesquisa, para a qual foram adotadas as estratégias descritas a seguir.

Um dos métodos de divulgação empregado foi o envio de mensagem ao correio eletrônico dos chefes dos serviços previamente consultados, contendo as informações da pesquisa e o *link* de acesso ao questionário eletrônico e solicitando seu encaminhamento aos profissionais da equipe (Anexo 4). Além desse procedimento, houve também a afixação de cartazes em ambas as instituições mencionadas, com a autorização prévia dos profissionais responsáveis em cada serviço.

Outra via de divulgação fundamentou-se na estratégia “*bola de neve*”, por meio da qual a pesquisadora encaminhou mensagens aos seus contatos pessoais com as informações sobre o questionário de pesquisa, via correio eletrônico pessoal, tanto para os profissionais da área da Oncologia que pudessem efetivamente participar da pesquisa, como para outros profissionais que pudessem contribuir com a divulgação da mesma. A todos eles, solicitou-se que enviassem a mensagem referente à pesquisa aos profissionais de sua rede de contatos que pudessem responder ao questionário.

Ainda no intuito de buscar apoio para a difusão do questionário de pesquisa, realizou-se um levantamento de associações, conselhos e sociedades profissionais vinculadas a diversas especialidades da Oncologia. O acesso aos contatos de tais entidades foi obtido nos *sites* disponíveis na internet, encaminhando-se a mensagem de solicitação por meio de formulários específicos, correio eletrônico e, em alguns casos, contato telefônico. No total, das 13 entidades contatadas, obteve-se a resposta de seis; destas, somente duas concordaram em auxiliar na divulgação. Outras duas instituições solicitaram esclarecimentos sobre a pesquisa, mas não retornaram; um conselho profissional se recusou a divulgar em função da especificidade da pesquisa e uma associação profissional solicitou que o projeto passasse pela sua própria comissão de ética, o que não foi possível em função do tempo, pois tal associação se localizava em outro Estado da federação.

Por fim, foram distribuídos panfletos no VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, com o consentimento da presidente da referida sociedade. Solicitou-se, ainda, a um coordenador de uma mesa redonda temática da Psico-Oncologia que divulgasse a pesquisa.

Uma vez tendo contato com as informações preliminares sobre a pesquisa, os profissionais tomavam conhecimento do endereço eletrônico divulgando o questionário. Por meio de um computador conectado à internet, o participante tinha acesso à página inicial do questionário, que

expunha o TCLE. Ao final da leitura desse documento, caso o profissional não assentisse em participar, poderia escolher a opção “Não concordo”, a qual direcionava a uma nova tela, que continha uma questão indagando os motivos que levaram a sua escolha. Se o profissional estivesse de acordo com o termo, escolhia a opção “Concordo”, permitindo, assim, o acesso ao questionário eletrônico. Ao finalizar o preenchimento, era apresentada uma tela com o convite para a próxima etapa da pesquisa. Caso o participante consentisse, ele registrava em um campo específico o seu endereço eletrônico para que a pesquisadora entrasse em contato.

3.3.6 Procedimentos de análise dos dados

Os resultados obtidos por meio do questionário eletrônico foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Para tanto, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), na versão 18.0, a partir do qual foram geradas tabelas de frequência e gráficos, cuja edição posterior foi executada com o auxílio do programa Excel Starter 2010.

O pressuposto de normalidade da distribuição dos dados foi verificado por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a comparação entre variáveis, foram utilizados o teste de Wilcoxon e correlação de Spearman para os dados não-paramétricos e o teste *t* para os dados paramétricos, de acordo com as orientações de Field (2009).

3.4 Segunda etapa: grupos focais *online*

3.4.1 Participantes

A etapa referente aos grupos focais *online* contou com a participação de sete profissionais da saúde de diversas categorias, três integrantes do primeiro grupo e quatro do segundo grupo. Os critérios de inclusão foram: ter participado da primeira etapa do estudo; fornecimento pelo próprio participante do endereço do correio eletrônico para receber as informações sobre o grupo; profissionais que não fossem do círculo de contatos da pesquisadora; ter concordado com o TCLE. O critério de exclusão foi não acessar o ambiente virtual na data em que ocorreram os grupos *online*.

3.4.2 Instrumento

Para a segunda etapa do estudo, foi elaborado um roteiro com as questões norteadoras para a discussão do grupo focal em ambiente virtual (Anexo 6). O conteúdo das perguntas contemplou a opinião dos profissionais sobre a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde, enfatizando-se a influência dessa temática para os pacientes e familiares, bem como a formação para atuar no contexto clínico oncológico.

3.4.3 Materiais

A elaboração do ambiente virtual dos grupos focais *online* utilizou o *software Global*

Virtual Opportunities, GVO Conference (<http://www.gvoconference.com.br>). A escolha dessa ferramenta é justificada pela sua adequação à proposta do estudo, possibilitando uma interação síncrona entre os participantes, bem como pelas características de compatibilidade com diversos sistemas operacionais, além de sua plataforma estar disponível em língua portuguesa e ser de fácil ambientação para os usuários.

Para a gravação dos diálogos do grupo, foi utilizado o programa *Conference Recording Service*, cuja instalação é solicitada pela plataforma da sala virtual. Por meio dessa ferramenta, os relatos dos participantes eram registradas sincronicamente ao grupo, disponibilizando o acesso imediato ao conteúdo.

3.4.4 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, realizou-se uma pré-seleção dos respondentes que concordaram em participar da etapa do grupo focal *online* – segundo critérios de heterogeneidade dos respondentes – objetivando alcançar a diversidade formação profissional, região sociodemográfica, além da possibilidade do debate envolvendo opiniões antagônicas e polarizadas, com base na análise prévia das respostas ao questionário. Do total de 57 endereços eletrônicos que preenchiam os critérios de inclusão, foram pré-selecionados 13 profissionais, tendo em vista que a literatura indica uma taxa de participação inferior a 50% do total de indivíduos convidados para a pesquisa (Abreu et al., 2009).

A partir dessa pré-seleção, foi enviada uma mensagem (Anexo 5a) ao endereço eletrônico dos respondentes, convidando-os para a segunda etapa do estudo e solicitando a confirmação de seu interesse em participar da mesma, em data e horário previstos com aproximadamente 10 dias de antecedência, seguindo orientações da literatura (Abreu et al., 2009). Dos 13 profissionais contatados inicialmente, somente quatro responderam à mensagem e apenas um confirmou a possibilidade de participação. Sendo assim, foi necessário ampliar o número de participantes contatados, enviando-se o convite a mais cinco participantes, quatro dias depois do início da divulgação, além do re-envio aos profissionais que ainda não haviam respondido à mensagem anterior. Quatro participantes declinaram o convite. Com três dias de antecedência da data prevista para o primeiro grupo, enviou-se a mensagem a mais 16 profissionais, havendo duas confirmações; no dia seguinte, outras 11 pessoas foram contatadas, obtendo-se mais duas confirmações e uma recusa.

Para o primeiro grupo, dos 45 profissionais contatados, cinco (11%) aceitaram previamente participar do grupo. Com a confirmação, foi enviada uma mensagem contendo o TCLE e as informações necessárias para o acesso à sala virtual. No dia do grupo, apenas três pessoas efetivamente acessaram o ambiente virtual, ainda que tenha sido enviada uma mensagem com meia hora de antecedência.

Como houve um número reduzido de respondentes no primeiro grupo, realizou-se a

divulgação de mensagens para a composição de mais um grupo. Tendo em vista as dificuldades anteriormente mencionadas, houve uma mudança na estratégia de divulgação (Anexo 5b), priorizando-se os profissionais que não puderam participar do grupo anterior e indicaram a possibilidade de participação em outra data. Na mensagem enviada, solicitou-se que informassem sua disponibilidade dentre os dias/horários pré-estabelecidos para a semana seguinte, no período noturno.

Dos nove profissionais contatados, quatro retornaram a mensagem com sua preferência, a partir dos quais foi estabelecida a data do segundo grupo. O *e-mail* com a confirmação do dia/horário de realização do grupo e com os dados de acesso foi encaminhado com dois dias de antecedência, sendo enviado no dia do grupo um lembrete 30 minutos antes do horário marcado. Os quatro participantes que haviam confirmado a presença acessaram o ambiente e participaram do segundo grupo focal.

Cada um dos grupos contou com a participação de uma segunda moderadora, com o intuito de auxiliar na condução da dinâmica grupal, sinalizando o tempo transcorrido com as questões e a participação dos integrantes, por meio de mensagens privadas. Além disso, a gravação dos conteúdos foi efetuada nos computadores da pesquisadora responsável e da auxiliar, evitando perdas de informações em decorrência de eventuais problemas com a conexão da internet.

3.4.5 Procedimentos de análise dos dados

Os dados provenientes dos grupos focais *online* foram submetidos à análise de conteúdo temática, de acordo com o método proposto por Bardin (1977/2009). Os procedimentos adotados para a consecução da análise serão descritos a seguir.

- **Pré-análise:** foram realizadas leituras repetidas do material para a organização inicial dos resultados obtidos, com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias debatidas nos grupos, fornecendo as diretrizes para a análise.

- **Exploração do material:** com base na etapa anterior, foram realizados os procedimentos de categorização temática, de acordo com os critérios de significado semântico e lógico das verbalizações dos participantes.

- **Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:** a partir dos resultados brutos, foram feitas as inferências e interpretações, avaliando-se a exclusividade e a pertinência das categorias e subcategorias.

O presente capítulo teve como finalidade expor detalhadamente o delineamento da pesquisa. Justificou-se a escolha do método de coleta dos dados por meio eletrônico em função da natureza da temática dessa investigação, bem como visando ampliar o alcance dos participantes da amostra. Conhecer as concepções de religiosidade/espiritualidade dos profissionais da Oncologia e sua abordagem nos atendimentos é fundamental para avaliar a necessidade de treinamentos que os orientem para lidar com questões dessa natureza em sua prática.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo, serão descritos, analisados e discutidos os resultados da presente pesquisa. O primeiro subcapítulo será composto pelos dados provenientes da etapa inicial do estudo, em que foi respondido o questionário eletrônico. No segundo subcapítulo, será efetuada a análise e categorização dos resultados obtidos por meio dos grupos focais *online*, referente à segunda etapa da coleta de dados.

4.1 Etapa questionário eletrônico

Primeiramente, será realizada a caracterização da amostra. Em seguida, serão expostos e discutidos os dados sobre a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. Em sequência, explanar-se-á sobre a frequência, abordagem e repercussão da temática no contexto oncológico. Para finalizar, os dados referentes à Escala Breve de Enfrentamento Religioso serão relatados e analisados.

4.1.1 Caracterização dos participantes

O questionário eletrônico foi respondido por 85 profissionais da saúde (Tabela 2), dos quais a maioria levou aproximadamente 20 minutos para conclusão ($M = 20,2$; $Md = 12,8$; $P_{75} = 19,4$; $DP = 24,4$). Os participantes são, em sua maioria, do gênero feminino ($n = 72$; 84,7%), com idade entre 22 e 67 anos ($M = 35,5$; $DP = 10,7$), e pouco mais da metade vivem sem companheiro ($n = 45$; 52,9%). Quanto à escolaridade, houve preponderância de especialistas ($n = 38$; 44,7%). Constatou-se a participação majoritária de psicólogos ($n = 40$; 47%), seguido por médicos ($n = 17$; 20%) e nutricionistas ($n = 16$; 18,8%), categorias essa que representam 85,8% da amostra. No tocante à afiliação religiosa, 33 participantes se autodenominaram católicos (39,3%), 16 são kardecistas (18,8%) e 19 afirmaram não ter religião (22,6%). A renda da maioria dos profissionais está acima de seis salários mínimos (60%).

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica dos participantes da primeira etapa do estudo (N = 85)

		Frequência	
		<i>n</i>	%
Gênero	Feminino	72	84,7
	Masculino	13	15,3
Situação Conjugal (<i>n</i> = 84)	Casado/união estável	39	45,9
	Solteiro/divorciado/separado	45	52,9
Escolaridade	Superior	12	14,1
	Especialização	38	44,7
	Mestrado	21	24,7
	Doutorado	14	16,5
Profissão	Assistente social	1	1,2
	Enfermeiro	2	2,4
	Fisioterapeuta	3	3,5
	Fonoaudiólogo	2	2,4
	Médico	17	20
	Nutricionista	16	18,8
	Psicólogo	40	47
	Técnico de Enfermagem	1	1,2
	Outros ^a	3	3,5
Religião (<i>n</i> = 84)	Catolicismo	33	38,8
	Espiritismo Kardecista	16	18,8
	Sem religião	19	22,4
	Outros ^b	16	18,8
Renda (salários mínimos)	Até 3	10	11,8
	Entre 3 e 6	24	28,2
	Entre 6 e 10	16	18,8
	Acima de 10	35	41,2

Nota. ^a Outras categorias profissionais: Assistente Social/Psicólogo Comportamental (*n* = 1); Biólogo (*n* = 1); Odontólogo (*n* = 1); Psico-Oncologista (*n* = 1).

^b Outras religiões: Budismo (*n* = 1); Espiritualista/crenças pessoais (*n* = 4); Sincretismo religioso (*n* = 7); Umbanda (*n* = 3).

As características das três categorias profissionais preponderantes da amostra são relatadas na Tabela 3. Nota-se que apenas um nutricionista é do gênero masculino (6,3%). Com relação à escolaridade, há maior concentração de psicólogos com mestrado (35%). Comparativamente, as maiores porcentagens de respondentes que disseram não ter religião concentraram-se na classe dos médicos (29,4%) e dos psicólogos (25%).

Tabela 3

Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo por categorias profissionais

Variável		Médico ($n = 17$)		Nutricionista ($n = 16$)		Psicólogo ($n = 40$)		Outros ($n = 12$)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Gênero	Feminino	14	(82,4)	15	(93,7)	33	(82,5)	10	(83,3)
	Masculino	3	(17,6)	1	(6,3)	7	(17,5)	2	(16,7)
Situação Conjugal	Casado/união estável	10	(58,8)	8	(50)	14	(35)	7 ^a	(58,3)
	Solteiro/divorciado/separado	7	(41,2)	8	(50)	26	(65)	4 ^a	(33,3)
Escolaridade	Superior	2	(11,9)	1	(6,3)	7	(17,5)	2	(16,7)
	Especialização	9	(52,9)	9	(56,3)	13	(32,5)	7	(58,3)
	Mestrado	3	(17,6)	3	(18,7)	14	(35)	1	(8,3)
	Doutorado	3	(17,6)	3	(18,7)	6	(15)	2	(16,7)
Religião	Catolicismo	7	(41,2)	7 ^b	(43,8)	15	(37,5)	4	(33,3)
	Espiritismo Kardecista	2	(11,8)	3 ^b	(18,8)	6	(15)	5	(41,7)
	Sem religião	5	(29,4)	2 ^b	(12,5)	10	(25)	2	(16,7)
	Outros	3	(17,6)	3 ^b	(12,5)	9	(17,5)	1	(8,3)
Renda (salários mínimos)	Até 3	2	(11,8)	1	(6,2)	6	(15)	1	(8,3)
	Entre 3 e 6	2	(11,8)	7	(43,8)	11	(27,5)	4	(33,3)
	Entre 6 e 10	3	(17,6)	2	(12,5)	9	(22,5)	2	(16,7)
	Acima de 10	10	(58,8)	6	(37,5)	14	(35)	5	(41,7)

Nota.

^a $n = 11$

^b $n = 15$

Quanto à procedência, a maioria dos respondentes reside nos Estados brasileiros localizados nas Regiões Sudeste ($n = 45$; 52,9%) e Centro-Oeste ($n = 32$; 37,6%). O Estado de São Paulo é o local de origem da maior parte da amostra ($n = 41$), representando 91,1% dos profissionais da Região Sudeste. Os participantes da Região Centro-Oeste residem no Distrito Federal ($n = 29$) e no Estado de Goiás ($n = 3$).

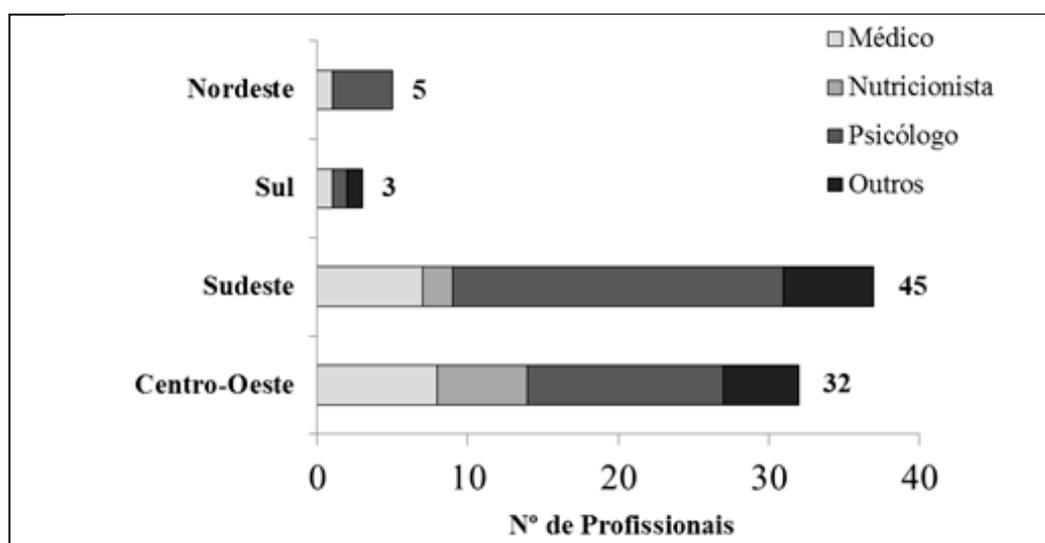


Figura 5. Distribuição dos participantes por Região de procedência ($N = 85$).

Na Tabela 4, são descritos os locais de trabalho dos profissionais de saúde. A maioria dos respondentes trabalha em hospitais públicos, sendo que, para 42 (50%), esse é o único local de atuação profissional. A clínica privada foi o segundo local mais mencionado pelos participantes ($n = 17$; 20,2%).

Tabela 4

Local de trabalho dos profissionais que participaram do estudo ($n = 84$)

Local de Trabalho	Frequência	
	<i>n</i>	%
Hospital público	42	50
Clínica privada	17	20,2
Hospital privado	5	6
Hospitais público e privado	3	3,6
Hospital público e clínica privada	5	6
Hospital privado e clínica privada	4	4,7
Hospital público, hospital privado e clínica privada	2	2,4
Outros ^a	6	7,1

Nota. ^a Outros locais: Ambulatório de reabilitação ($n = 1$); Organização não-governamental ($n = 1$); Professor universitário ($n = 2$); Recursos Humanos ($n = 1$); SAMU ($n = 1$).

A Tabela 5 expõe os dados referentes à idade, ao tempo de profissão e ao tempo de atuação em Oncologia. A idade média dos profissionais que fizeram parte do estudo foi de 35,5 anos. Os médicos tiveram, em média, 38,8 anos ($DP = 8,8$), os nutricionistas 31,2 anos ($DP = 6,7$) e os psicólogos 34,6 ($DP = 11,7$). A amplitude do tempo de profissão foi de cinco meses a 35 anos; para a categoria médica, a variação foi de quatro a 29 anos ($M = 14,2$; $DP = 8,4$); os nutricionistas apresentaram entre dois e 18 anos de profissão ($M = 6,9$; $DP = 5,3$) e, para a classe de psicólogos, o tempo variou de quatro meses a 35 anos ($M = 8,5$; $DP = 8,4$). Quanto à atuação específica em Oncologia, a amplitude total foi de seis meses a 28 anos para a amostra geral (médicos: $M = 11,0$; $DP = 8,5$; $AT = 2-28$; nutricionistas: $M = 4,3$; $DP = 3,8$; $AT = 1-15$; psicólogos: $M = 5,8$; $DP = 6,2$; $AT = 0,5-20$).

Tabela 5

Idade, tempo de profissão e tempo de atuação em Oncologia dos participantes do estudo ($N = 85$)

<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
----------	-----------	-----------	------------	------------

Idade (anos)	35,5	10,7	32	22	67
Tempo de profissão (anos)	10,2	8,7	7	0,4	35
Tempo de Oncologia (anos)	6,7	6,5	4	0,5	28

Os dados da Tabela 6 exibem a distribuição do tempo de profissão e de atuação em com pacientes oncológicos organizados em três períodos. Nota-se uma concentração maior de profissionais que atuam com pacientes oncológicos há, no máximo, três anos e uma menor quantidade de participantes com mais de 10 anos de experiência na área.

Tabela 6

Tempo de profissão e tempo de atuação em Oncologia dos participantes do estudo por períodos

	Frequência			
	Tempo de profissão		Tempo de Oncologia	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Até 3 anos	25	29,4	37	43,5
Entre 3 e 10 anos	29	34,1	30	35,3
Acima de 10 anos	31	36,5	18	21,2

4.1.2 Religiosidade, espiritualidade e saúde

Dos profissionais da saúde que responderam ao questionário, a maior parte não é assídua de atividades de cunho religioso. Como pode ser conferido na Figura 6, aproximadamente metade dos respondentes sinalizou não frequentar instituições religiosas ($n = 42$; 49,4%), nem realizar leituras de textos religiosos ($n = 41$; 48,2%).

A análise correlacional realizada por meio do teste de Spearman indicou que os participantes com afiliação religiosa possuem maior frequência às instituições religiosas ($\rho = -0,403$, $p < 0,001$) e de leituras religiosas ($\rho = -0,221$, $p = 0,043$) em comparação aos que se autodenominaram sem religião. As variáveis gênero, idade, tempo de profissão, tempo de atuação em Oncologia e renda não foram estatisticamente correlacionadas às frequências em instituição e de leituras religiosas ($p > 0,05$).

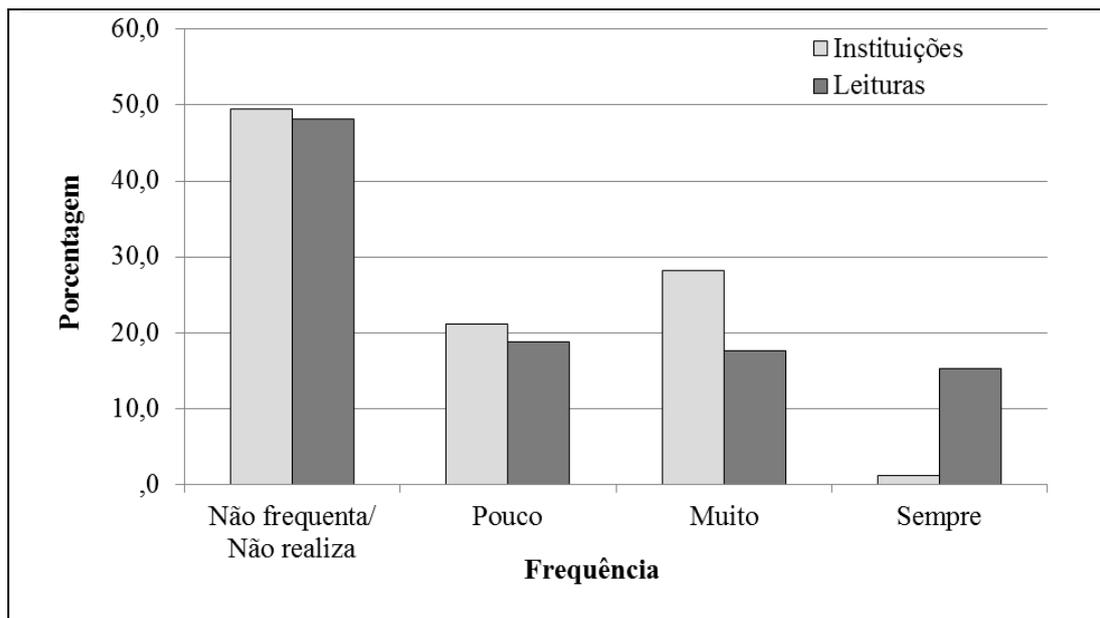


Figura 6. Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas (instituições) e privadas (leituras) dos participantes do estudo (N = 85).

A literatura registra o predomínio do envolvimento religioso em mulheres (Koenig et al., 2004; Wildes et al., 2009) e idosos (Pargament, 1997), inclusive na população brasileira (Moreira-Almeida et al., 2010). Esse dado não foi identificado no presente estudo. Pessoas de baixa escolaridade e nível socioeconômico também são mais propensas a um maior envolvimento religioso (Pargament, 1997), características opostas às da amostra analisada.

No que tange às categorias predominantes da amostra – médicos, nutricionistas e psicólogos – de maneira geral, o padrão anteriormente descrito foi mantido, conforme ilustram as Figuras 7 e 8. Uma exceção é percebida com relação à frequência dos psicólogos a instituições religiosas, tendo-se uma porcentagem próxima de profissionais que não frequentam (45%) ou que são muito assíduos (40%). Esses dados se assemelham aos encontrados no estudo de Ecklund et al. (2007).

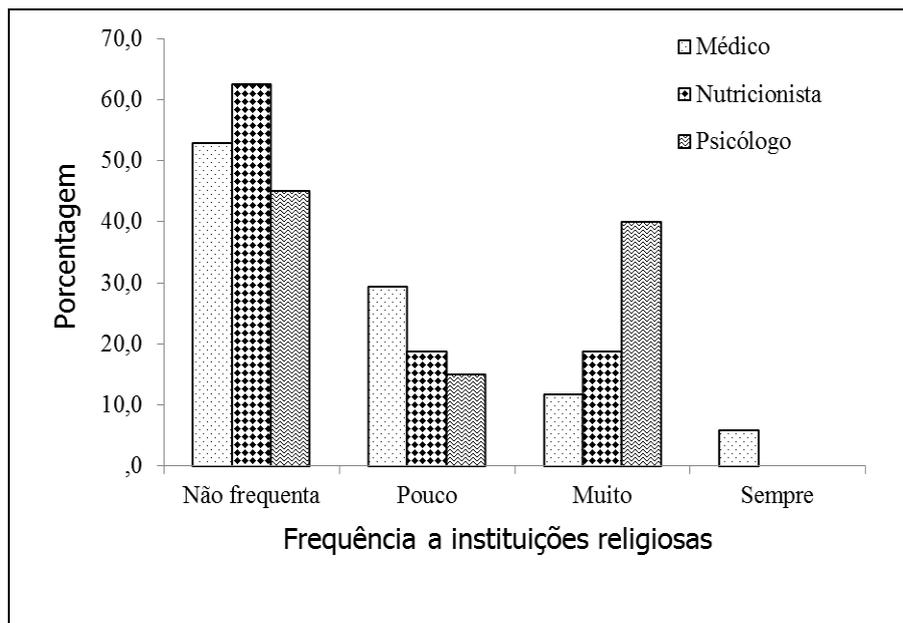


Figura 7. Frequência a instituições religiosas por categorias profissionais ($n = 73$).

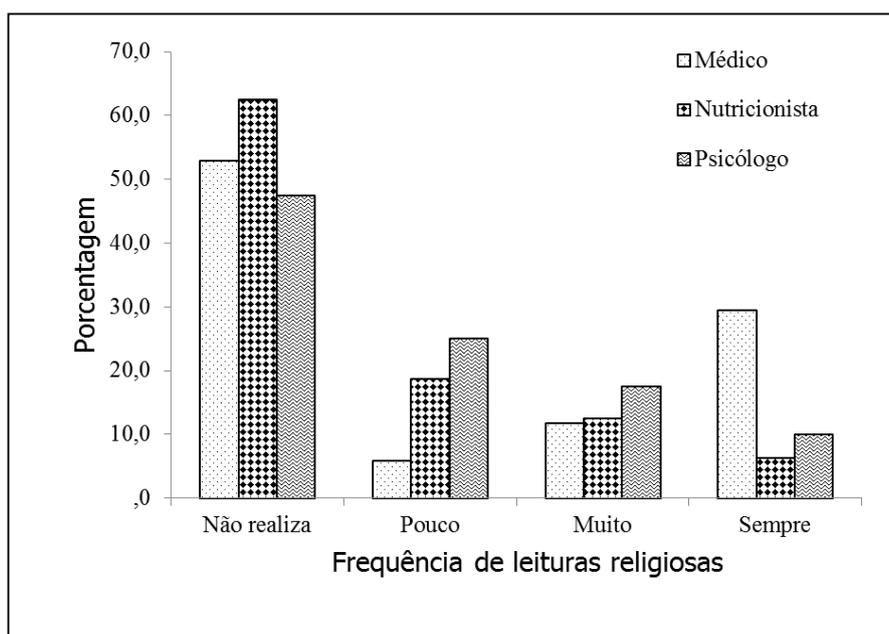


Figura 8. Frequência de leituras religiosas por categorias profissionais ($n = 73$).

Quanto às atividades religiosas em geral, a maioria dos participantes assinalou não frequentar eventos dessa natureza ($n = 52$; 61,2%). Desses, um profissional relatou realizar atividades de cunho espiritual, mas não religiosa. Assim, foram consideradas 34 (40%) respostas afirmativas para a questão. Com relação às especificações das atividades (Tabela 7), 16 profissionais (47,1%) participam de práticas vinculadas à Igreja Católica, mostrando a hegemonia de hábitos católicos entre os participantes do estudo, assim como foi registrado recentemente sobre a população brasileira (Moreira-Almeida et al., 2010).

Tabela 7

Descrição das atividades religiosas praticadas pelos participantes do estudo (n = 34)

Descrição	Frequência	
	n	%
Atividades em Igreja Católica	16	47,1
Atividades em Centro Espírita	10	29,4
Atividades em Centro de Umbanda	1	2,9
Atividades em Igrejas Evangélicas	2	5,9
Atividades sem vínculos religiosos	1	2,9
Meditação/Leituras/orações individuais	3	8,9
Não especificou	1	2,9

No tocante à espiritualidade, o padrão de respostas foi ligeiramente modificado (Figura 9). Dos 82 profissionais que responderam a essa questão, 49 (59,7%) se consideraram muito ou completamente espiritualizados. Apenas três pessoas (3,7%) negaram que a espiritualidade faz parte de suas vidas. Destes, dois são médicos e um é psicólogo. A análise por categorias profissionais (Figura 10) mostrou que os médicos se dividem quase igualmente em “pouco” ou “não espiritualizados” (53%) e “muito” ou “completamente espiritualizados” (47%). Os nutricionistas se declararam, em sua maioria, pouco espiritualizados (68,8%), ao contrário dos psicólogos, que são majoritariamente muito ou completamente espiritualizados (69,2%). Salienta-se que a amostra de nutricionistas e médicos é significativamente menor do que a de psicólogos, denotando cautela quanto à generalização.

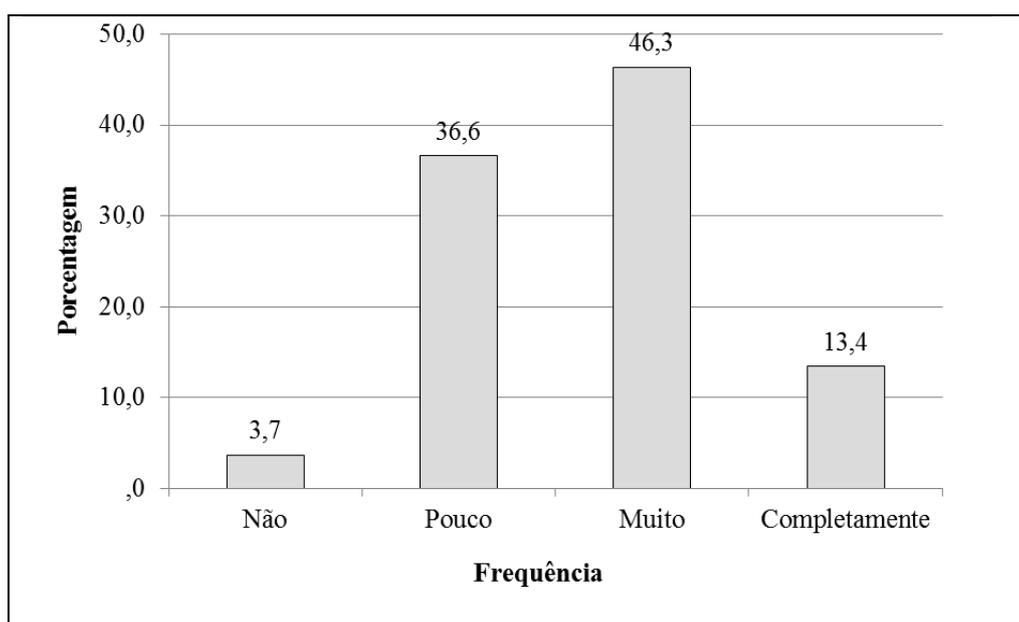


Figura 9. Autopercepção do grau de espiritualização dos profissionais do estudo (n = 82).

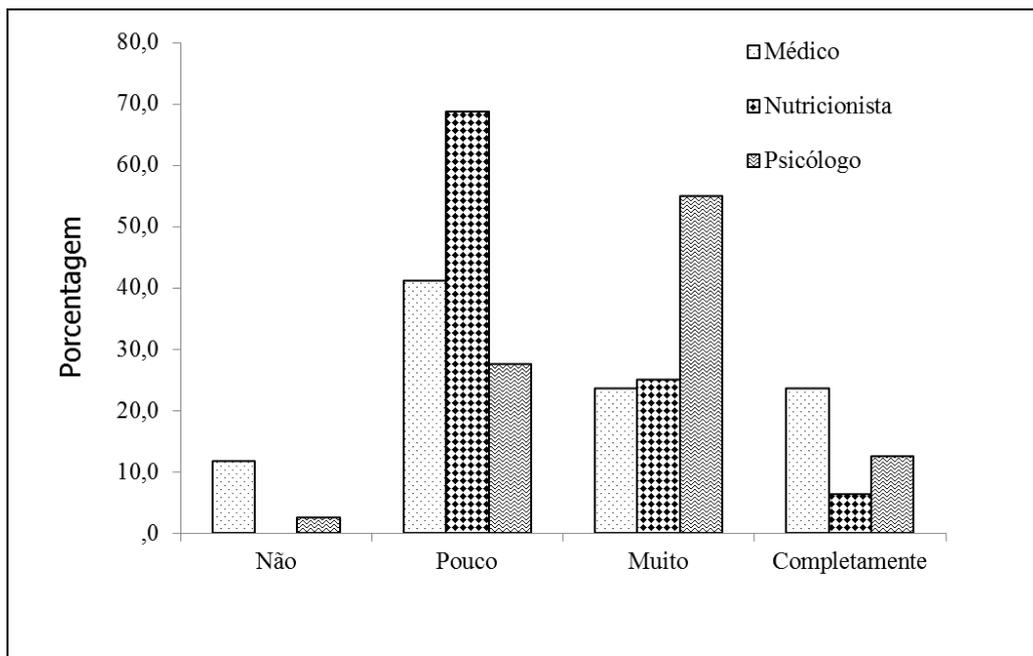


Figura 10. Autopercepção do grau de espiritualização por categorias profissionais ($n = 72$).

A análise correlacional obtida pelo teste de Spearman evidenciou valores significativos entre as variáveis espiritualidade e frequência a instituições religiosas ($\rho = 0,273$, $p = 0,013$) e frequência de leituras religiosas ($\rho = 0,473$, $p < 0,001$), indicando que quanto mais o profissional se considera espiritualizado, maior é a sua participação nas referidas práticas religiosas. As variáveis gênero, idade, tempo de profissão, tempo de atuação em Oncologia e renda não foram correlacionadas à espiritualidade ($\alpha = 5\%$). Apesar de não haver relação do ponto de vista estatístico, há tendência que os profissionais pertencentes a alguma religião sejam mais espiritualizados do que aqueles sem doutrina religiosa ($\rho = -0,203$, $p = 0,069$). Speck et al. (2004) afirmaram que a espiritualidade faz parte da vida de muitos religiosos, o que se assemelha ao encontrado no presente estudo.

De modo geral, os participantes se declararam mais espiritualizados do que religiosos, assim como os profissionais do estudo de Paiva (2002), que não eram contrários à ideia de divindade, desde que não vinculada ao Deus cristão. Alves (2004) sugere a necessidade do rompimento com as antigas tradições religiosas e a vivência da espiritualidade de maneira singular, explicação que pode ser estendida aos participantes do presente estudo.

A quinta questão do instrumento foi destinada a avaliar a percepção das influências da religiosidade e espiritualidade dos participantes. No início da coleta de dados, ocorreu um problema técnico no registro das respostas a alguns itens, o qual foi solucionado pela pesquisadora logo após sua identificação. Em decorrência disso, houve um incremento na quantidade de respostas em branco (*missings*). No entanto, considera-se que essa falha não interferiu na consecução das análises, pois se obteve um número significativo de respostas que possibilitou a execução dos testes estatísticos.

Inicialmente, foi investigada a percepção dos efeitos da religião para a vida das pessoas em geral (Figura 11). Utilizou-se o teste Wilcoxon para a comparação bivariada das médias. De acordo com a opinião dos profissionais da amostra, a religião exerce, em média, mais influências positivas ($n = 66$; $M = 3,08$) do que negativas ($n = 68$; $M = 2,53$), $T = 6$, $p < 0,001$, $r = -0,38$.

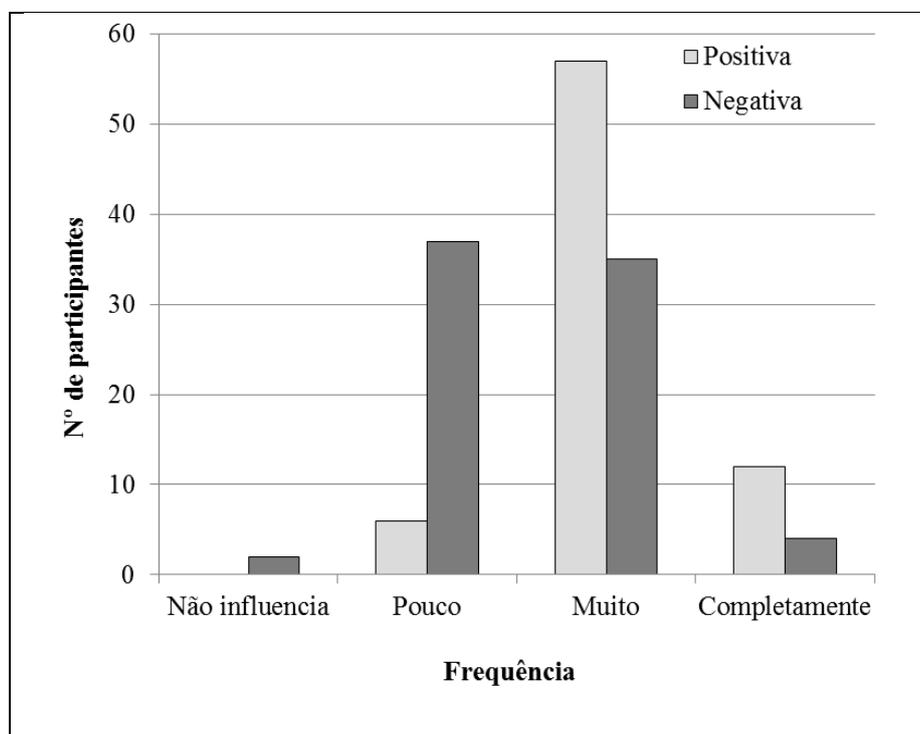


Figura 11. Percepção dos profissionais do estudo sobre as influências positivas e negativas da religião na vida das pessoas em geral.

Os resultados sobre a avaliação da influência pessoal da religião (Figura 12) também foram significativamente maiores em termos positivos ($n = 63$; $M = 2,86$) do que negativos ($n = 63$; $M = 1,48$), $T = 2$, $p < 0,001$, $r = -0,51$. Os profissionais julgaram que os efeitos benéficos da religião são menores para si mesmos ($n = 63$; $M = 2,86$) quando comparados com as pessoas em geral ($n = 66$; $M = 3,08$), $T = 11$, $p = 0,045$, $r = -0,18$. A média de percepção da influência negativa da religião também foi menor em termos pessoais ($n = 63$; $M = 1,48$) do que para as pessoas em geral ($n = 68$; $M = 2,53$), $T = 0$, $p < 0,001$, $r = -0,58$.

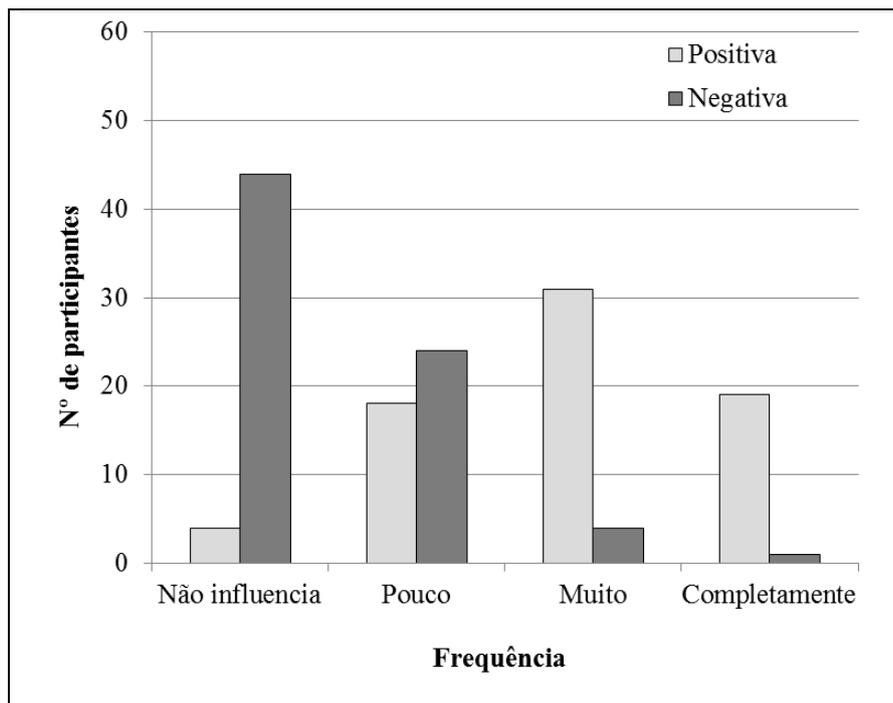


Figura 12. Percepção dos participantes do estudo sobre as influências positivas e negativas da religião para si próprios.

A análise por categorias profissionais converge com os resultados globais. Tanto médicos como nutricionistas e psicólogos avaliaram que a religião exerce mais efeitos positivos do que negativos, seja para a vida das pessoas em geral, seja para suas vidas. Não foram constatadas distinções na percepção da influência positiva da religião para as pessoas em geral e para os próprios participantes. Porém, os dados apontaram que, de acordo com a visão dessas três classes profissionais, os efeitos negativos proporcionados pela religião são menores para eles próprios do que para as pessoas em geral (Tabela 8).

Tabela 8

Percepção sobre as influências positivas e negativas da religião segundo médicos, nutricionistas e psicólogos

Profissional	Variáveis	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>T</i>	<i>r</i> ^a
Médico	IPG	14	3,1	2*	-0,46
	ING	16	2,3		
	IPP	14	2,6	1*	-0,49
	INP	14	1,1		
	IPG	14	3,1	2	-
	IPP	14	2,6		
	ING	16	2,3	0**	-0,60
	INP	14	1,1		
Nutricionista	IPG	16	3,1	0**	-0,48
	ING	14	2,4		
	IPP	14	2,9	0*	-0,58
	INP	14	1,4		
	IPG	16	3,1	2	-
	IPP	14	2,9		
	ING	14	2,4	0**	-0,62
	INP	14	1,4		
Psicólogo	IPG	36	3,1	4*	-0,30
	ING	38	2,7		
	IPP	35	2,9	1***	-0,49
	INP	35	1,7		
	IPG	36	3,1	7	-
	IPP	35	2,9		
	ING	38	2,7	0***	-0,57
	INP	35	1,7		

Nota. IPG = Influência Positiva Geral; ING = Influência Negativa Geral; IPP = Influência Positiva Pessoal; INP = Influência Negativa Pessoal; *n* = número de respostas ao item; *M* = média; *T* = menor valor entre as somas dos ranks; *r* = tamanho do efeito

^a $r < 0,3$ = efeito pequeno; $0,3 < r < 0,5$ = efeito médio; $r > 0,5$ = efeito grande

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Para avaliar a opinião sobre as influências positivas e negativas que a espiritualidade exerce na vida das pessoas em geral (Figura 13), também foi utilizado o teste de Wilcoxon. Constatou-se maior média de respostas positivas ($M = 3,05$) do que negativas ($M = 1,9$) sobre a influência na vida das pessoas, na perspectiva dos profissionais de saúde ($T = 1$, $p < 0,001$, $r = -0,48$).

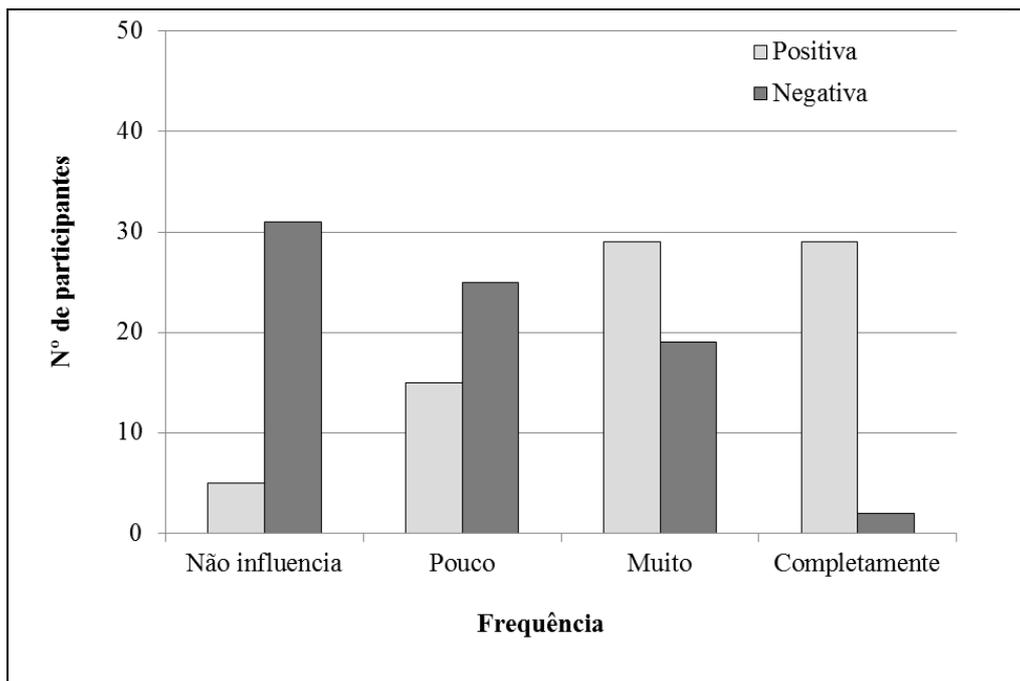


Figura 13. Percepção sobre as influências positivas e negativas da espiritualidade, de acordo os profissionais do estudo.

A análise comparativa entre as influências positivas da religião ($n = 66$; $M = 3,08$) e da espiritualidade ($n = 78$; $M = 3,05$) não revelou diferenças em termos estatísticos ($T = 17$, $p = 0,849$). No entanto, foram identificadas distinções nas médias das influências negativas da religião ($n = 68$; $M = 2,53$), em relação à espiritualidade ($n = 77$; $M = 1,90$), tendo a religião ocupado a posição predominante ($T = 10$, $p < 0,001$, $r = -0,35$).

Não houve diferenças quanto aos efeitos positivos da religião e da espiritualidade de acordo com os médicos, nutricionistas e psicólogos desta pesquisa. Quanto às influências negativas, apenas as categorias de nutricionistas e de psicólogos exibiram valores significativamente maiores para a religião do que para a espiritualidade (Tabela 9).

Tabela 9

Percepção sobre as influências positivas e negativas da religião e espiritualidade segundo médicos, nutricionistas e psicólogos

Profissional	Variáveis	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>T</i>	<i>r</i>
Médico	IPE	15	2,8	0**	-0,51
	INE	13	1,5		
	IPR	14	3,1	2	-
	IPE	16	2,3		
	INR	15	2,8	2	-
	INE	13	1,5		
Nutricionista	IPE	14	3,1	0**	-0,56
	INE	14	1,9		
	IPR	16	3,1	3	-
	IPE	14	2,4		
	INR	14	3,1	1*	-0,40
	INE	14	1,9		
Psicólogo	IPE	39	3,1	1***	-0,47
	INE	39	1,9		
	IPR	36	3,1	9	-
	IPE	38	2,7		
	INR	39	3,1	3***	-0,45
	INE	39	1,9		

Nota. IPE = Influência Positiva da Espiritualidade; INE = Influência Negativa da Espiritualidade; IPR = Influência Positiva da Religião; INR = Influência Negativa da Religião; *n* = número de respostas ao item; *M* = média; *T* = menor valor entre as somas dos *ranks*; *r* = tamanho do efeito

^a $r < 0,3$ = efeito pequeno; $0,3 < r < 0,5$ = efeito médio; $r > 0,5$ = efeito grande

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Em resumo, a análise indicou que os profissionais da amostra perceberam mais influências positivas da religiosidade ($r = -0,38$; efeito médio) e da espiritualidade ($r = -0,48$). Esse dado está de acordo com a literatura, que apresenta o predomínio de resultados positivos da religiosidade em diversas esferas da vida dos indivíduos (Faria & Seidl, 2005; Koenig 2001a, Koenig 2001b; Koenig 2001c; Koenig, 2009; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 1997; Sanchez et al., 2010).

Apesar dos indicativos de que os profissionais reconheceram maiores efeitos positivos da religião para as pessoas em geral do que para si mesmos, a diferença ocupa o limite de significância estatística, além de possuir um efeito pequeno ($r = -0,18$). Ademais, a comparação entre as categorias profissionais não apresentou valores significativos, ratificando a hipótese de que as diferenças não são expressivas.

Já com relação às comparações das influências negativas da religião, as diferenças encontradas tiveram grande efeito ($r = -0,58$), indicando maiores resultados negativos para a vida das pessoas em geral, de acordo com a opinião dos respondentes. Uma provável explicação envolve

a existência de uma visão estereotipada da religião, relacionada ao fato de parte da amostra não pertencer a nenhuma denominação religiosa ($n = 32$; 37,6%). Contudo, essa hipótese deve ser aprofundada em investigações futuras.

A relação entre as médias positivas da influência da religiosidade e espiritualidade não apresentaram diferenças sob a perspectiva dos profissionais deste estudo. Entretanto, os participantes julgam que a religião produz mais efeitos negativos do que a espiritualidade, dado comum aos psicólogos e nutricionistas. Tal resultado remete a concepções distintas de religião e espiritualidade, associando-as, respectivamente, às ideias de estagnação/negativa e dinamismo/positiva (Zinnbauer & Pargament, 2004).

Os resultados ilustrados na Figura 14 expõem a opinião dos profissionais da saúde sobre a influência específica da religiosidade e espiritualidade na saúde das pessoas em geral. As variáveis que estão relacionadas a resultados positivos para a saúde (“promover comportamentos saudáveis”; “auxiliar o enfrentamento de doenças”; “curar doenças”) foram analisadas conjuntamente ($n = 82$; $M = 2,81$; $DP = 0,51$). De maneira análoga, procedeu-se com a análise das variáveis que provocam efeitos negativos para a saúde (“causar doenças”; “favorecer o uso de drogas”) ($n = 82$; $M = 1,64$; $DP = 0,51$).

A análise bivariada, utilizando-se o Teste t de Student, revelou que as médias das variáveis de influência positiva e de influência negativa diferiram, em termos estatísticos ($t(81) = 14,27$, $p < 0,001$, $r = 0,85$), demonstrando a estimativa dos profissionais sobre o predomínio de efeitos positivos sobre os negativos para a saúde da população. Destaca-se o papel da religiosidade/espiritualidade no auxílio do enfrentamento das doenças, variável melhor avaliada segundo os profissionais do estudo. A cura das doenças foi menos citada entre as questões que avaliaram os resultados positivos para a saúde.

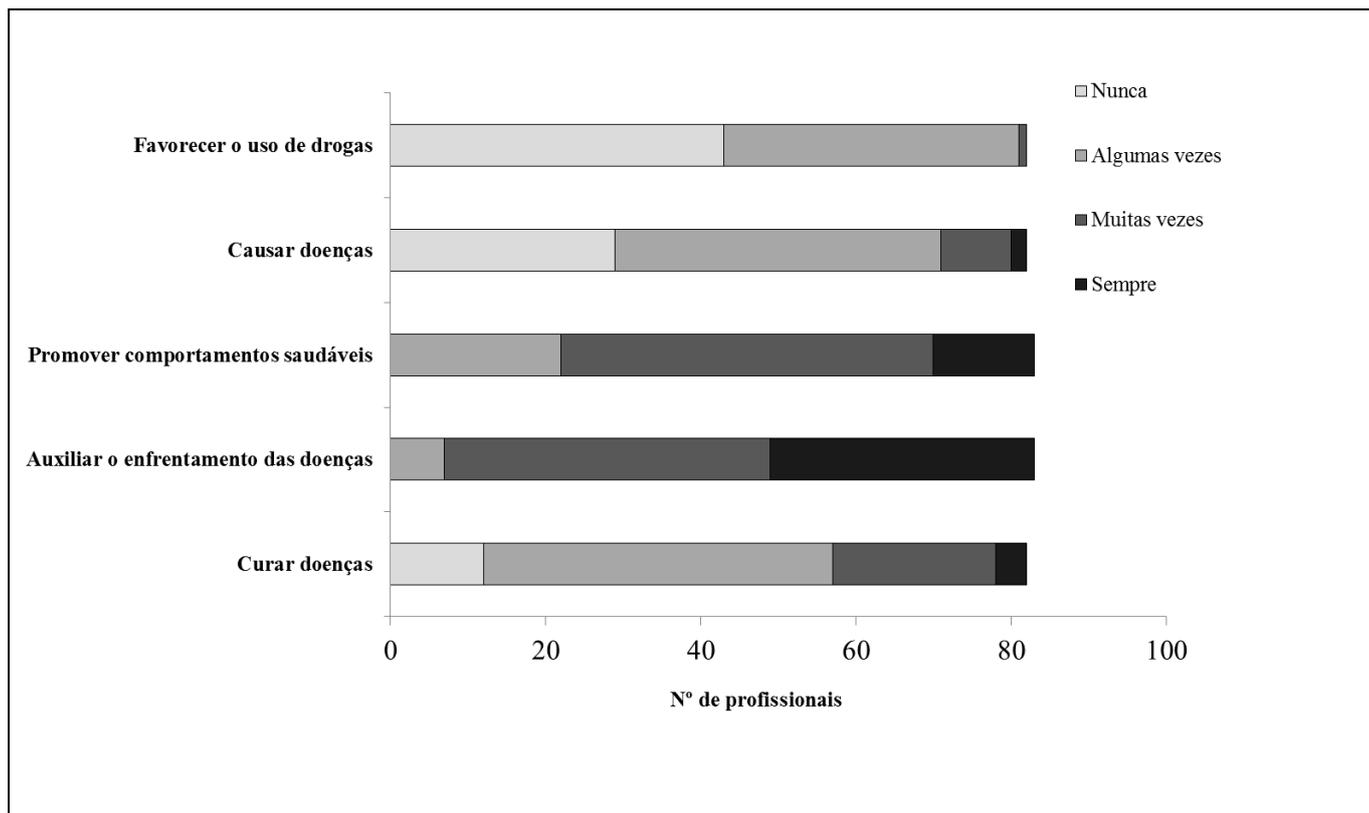


Figura 14. Percepção dos participantes do estudo sobre as influências da religiosidade/espiritualidade na saúde.

As opiniões das três categorias profissionais mais expressivas da amostra também foram comparadas (Tabela 10). Os resultados foram semelhantes aos obtidos na análise dos profissionais em geral, ou seja, médicos, nutricionistas e psicólogos ponderaram que religiosidade/espiritualidade podem exercer mais influências positivas do que negativas à saúde das pessoas.

Assim, os profissionais da saúde conceberam que as influências positivas superam as influências negativas quanto aos resultados específicos para a saúde da população, o que está em consonância com o julgamento sobre a influência geral da religiosidade e espiritualidade. O papel benéfico para o enfrentamento de doenças obteve destaque entre os efeitos positivos para a saúde, corroborando a literatura (Faria & Seidl; 2005; Hanson et al., 2008; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 1997; Pargament et al., 1998; Pargament et al., 2000; Pargament et al. 2001; Sanchez et al., 2010).

Tabela 10

Percepção sobre as influências da religiosidade/espiritualidade na saúde segundo médicos, nutricionistas e psicólogos

Profissional	Variável	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>r</i>
Médico	IPS	17	2,80	0,54	16	7,37***	0,88
	INS	17	1,50	0,53			
Nutricionista	IPS	16	2,75	0,48	15	7,45***	0,89
	INS	16	1,53	0,46			
Psicólogo	IPS	39	2,77	0,51	38	8,76***	0,82
	INS	39	1,70	0,48			

Nota. IPS = Influência Positiva na Saúde; INS: Influência Negativa na Saúde
n = número de respostas ao item; *M* = média; *DP* = desvio padrão; *GL* = graus de liberdade; *t* = índice do Teste *t* de Student; *r* = tamanho do efeito
 ****p* < 0,001

4.1.3 Abordagem da religiosidade/espiritualidade em Oncologia

Na segunda parte do questionário, foi interrogado aos participantes se os seus pacientes solicitaram, em alguma ocasião, ajuda religiosa ou espiritual. Dos 84 profissionais que responderam à questão, pouco mais da metade (*n* = 46; 54,8%) afirmaram já ter sido requisitado esse tipo de apoio. Quanto à constância da temática religiosa e espiritual nos atendimentos, 68 respondentes (*n* = 80; 85%) assinalaram frequentemente e sempre, como mostra a Figura 15.

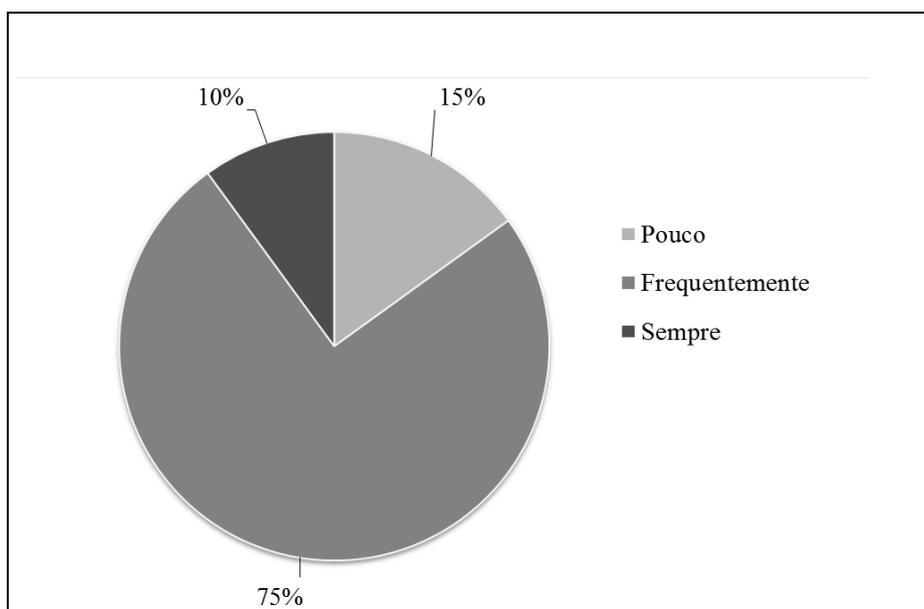


Figura 15. Frequência de assuntos religiosos/espirituais nos atendimentos dos participantes do estudo (*n* = 80).

Quanto à abordagem da temática religiosa e espiritual com pacientes oncológicos, mais da metade dos respondentes ($n = 45$; 52,9%) reportaram que os profissionais da saúde devem apenas lidar com o que o paciente disser. Um número reduzido de participantes ($n = 6$; 7,1%) negou que abordar a temática nos atendimentos seja responsabilidade dos profissionais (Figura 16).

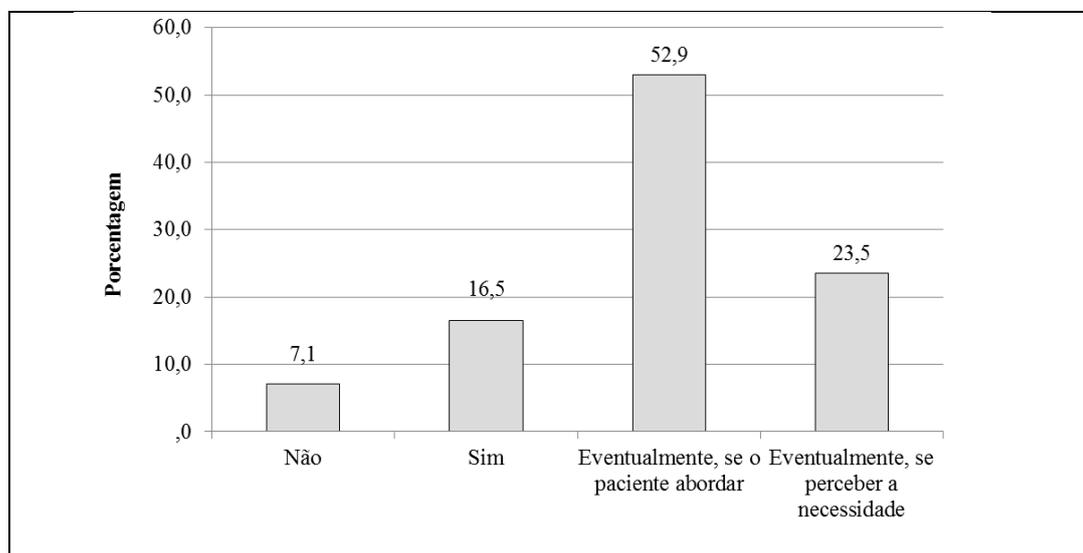


Figura 16. Opinião dos profissionais do estudo sobre a abordagem de temas religiosos/espirituais com pacientes ($N = 85$).

A apreciação de médicos, nutricionistas e psicólogos foi análoga à avaliação global. Nota-se, porém, que a discussão de temas sobre religiosidade/espiritualidade é menos frequente nas consultas médicas, em comparação às demais classes profissionais (Figura 17). Esse resultado sugere que os pacientes podem pensar que é inadequado falar com seu médico sobre questões religiosas/espirituais.

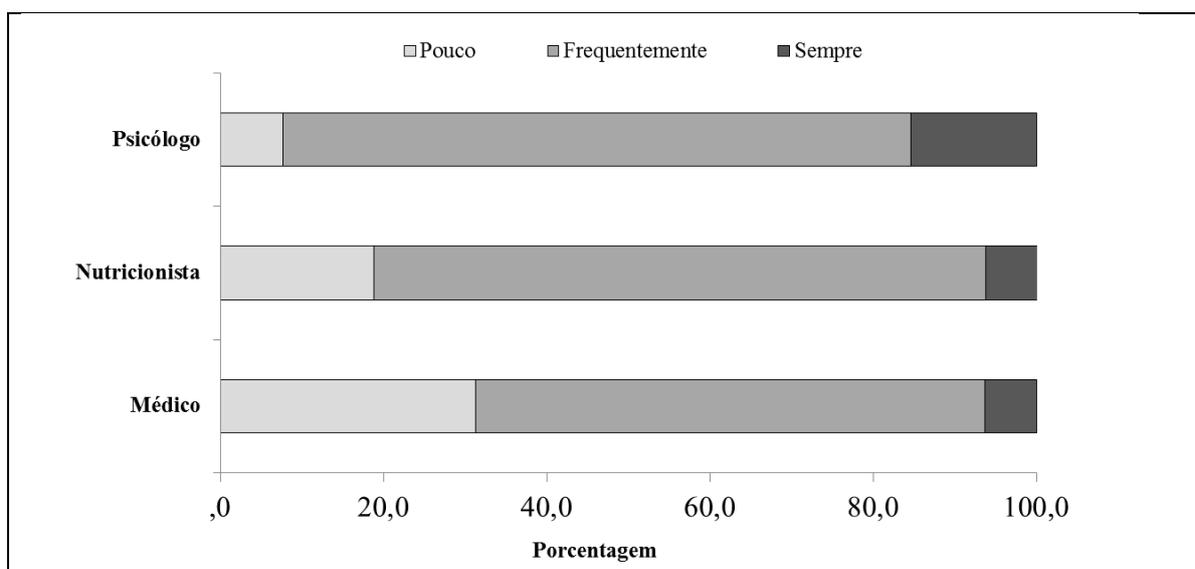


Figura 17. Frequência de assuntos religiosos/espirituais nos atendimentos segundo médicos, nutricionistas e psicólogos ($n = 71$).

A Figura 18 esboça a apreciação por classes profissionais sobre a abordagem do tema religioso/espiritual nos atendimentos. Aproximadamente metade dos respondentes da categoria médica assinalou que o profissional deve abordar o tema, caso perceba a necessidade. Houve maior concentração de respostas dos nutricionistas e psicólogos no item que atribui a iniciativa ao paciente, aludindo à insegurança em conversar sobre o tema por iniciativa própria.

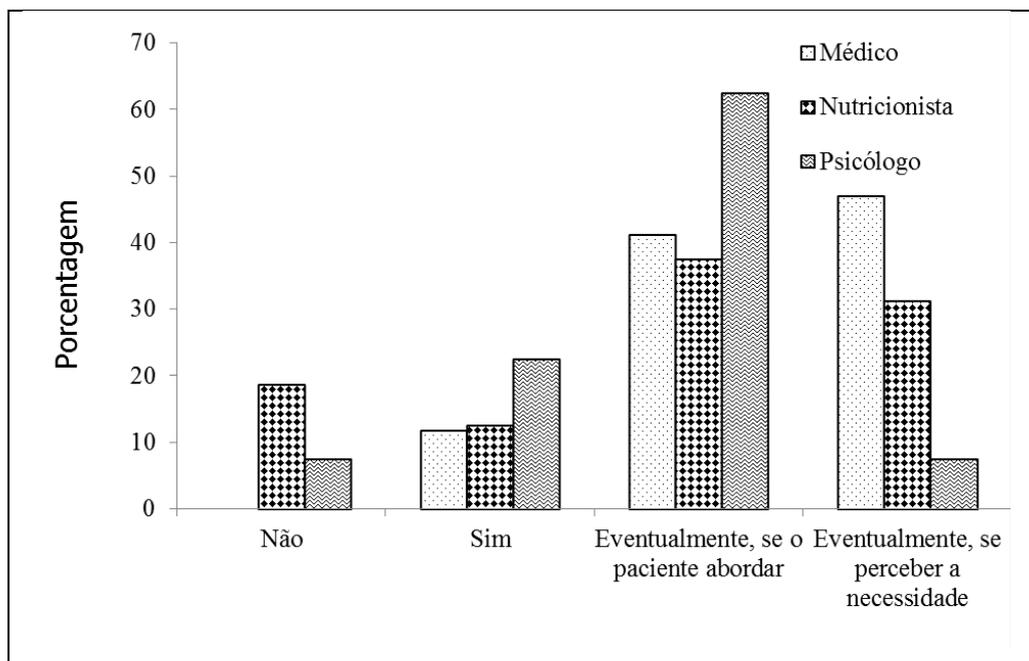


Figura 18. Opinião sobre a abordagem da temática religiosa/espiritual com pacientes segundo médicos, nutricionistas e psicólogos ($n = 73$).

Os participantes foram interrogados sobre a iniciativa do diálogo com os pacientes sobre assuntos relacionados à religiosidade e espiritualidade. A maior parte dos profissionais da amostra afirmou abordar temas religiosos/espirituais em seus atendimentos ($n = 54$; 63,5%). Quanto aos tipos de abordagens, foram organizadas 10 categorias a partir das respostas obtidas. A tática mais mencionada pelos participantes foi a promoção de estratégias de enfrentamento adaptativas e/ou fornecer exemplos positivos ($n = 26$; 48,1%). O segundo tipo mais frequente foi “de acordo com o conteúdo referido pelo paciente” ($n = 22$; 40,7%). O questionamento das crenças e práticas religiosas dos pacientes ocupou o terceiro lugar ($n = 10$; 18,5%). Apenas um profissional, representante da categoria médica, reportou rezar com o paciente, caso perceba a sua demanda (Tabela 11).

Tabela 11

Modalidades de abordagem de questões religiosas/espirituais pelos profissionais do estudo (n = 54)

Tipo de abordagem	Frequência	
	<i>n</i>	%
Estratégias de enfrentamento/ fornecer exemplos positivos	26	48,1
De acordo com o conteúdo referido pelo paciente	22	40,7
Perguntar sobre as crenças/práticas religiosas	10	18,5
Não especificou	6	11,1
Aborda de forma comedida	3	5,6
Falar sobre Deus	2	3,7
Indicação de práticas ou instituição religiosa	2	3,7
Rezar com o paciente	1	1,9
Temas relativos ao sentido da vida	1	1,9
Incentivo de crenças	1	1,9

Nota. A frequência ultrapassa 100%, pois os profissionais relataram mais de um tipo de abordagem.

Apesar de mais da metade dos profissionais da amostra afirmarem que abordam questões religiosas/espirituais em seus atendimentos, a descrição de como ela ocorre suscita questionamentos sobre a iniciativa do profissional. Cerca de 40% dos participantes reportou o diálogo a partir do relato do paciente. Assim, há uma redução para 32 (37,6%) respondentes que efetivamente introduzem assuntos de natureza religiosa ou espiritual em seus atendimentos.

Há indicação de alguns estudiosos para que a religião/espiritualidade do paciente seja averiguada nos atendimentos, nos quais o profissional da saúde ocuparia um papel ativo no levantamento dessas informações, sem prescindir do respeito às crenças dos pacientes (Koenig, 2006; Panzini & Bandeira, 2007; Saad et al., 2001). Uma hipótese que pode ser formulada diz respeito ao uso do termo “abordar” na elaboração das questões, que pode ter originado diferentes interpretações pelos profissionais que responderam ao questionário. Assim, os dados podem não representar a opinião genuína dos profissionais especificamente sobre esse tema.

Apenas um profissional, da categoria médica, mencionou rezar com o paciente, caso lhe seja solicitado, resultado que difere do estudo de Monroe et al. (2003), em que a maioria dos profissionais citaram essa possibilidade. Porém, os autores também reportaram que a minoria relatou ter uma postura ativa de orar com seus pacientes. A inabilidade em identificar a demanda dos pacientes e a preocupação em influenciar suas crenças foram hipóteses explicativas para essa diferença na postura do profissional. Tal suposição pode também ser conferida aos participantes do presente estudo, haja vista que não houve menção a preces iniciadas pelos profissionais.

Interrogou-se, especificamente, a opinião dos respondentes sobre as categorias profissionais que devem abordar questões religiosas/espirituais em seus atendimentos. Aproximadamente metade dos participantes afirmou que é responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde ($n = 41$; 49,4%). Apenas nove participantes (10,8%) avaliaram que nenhum profissional da saúde deve dialogar sobre a temática (Figura 19).

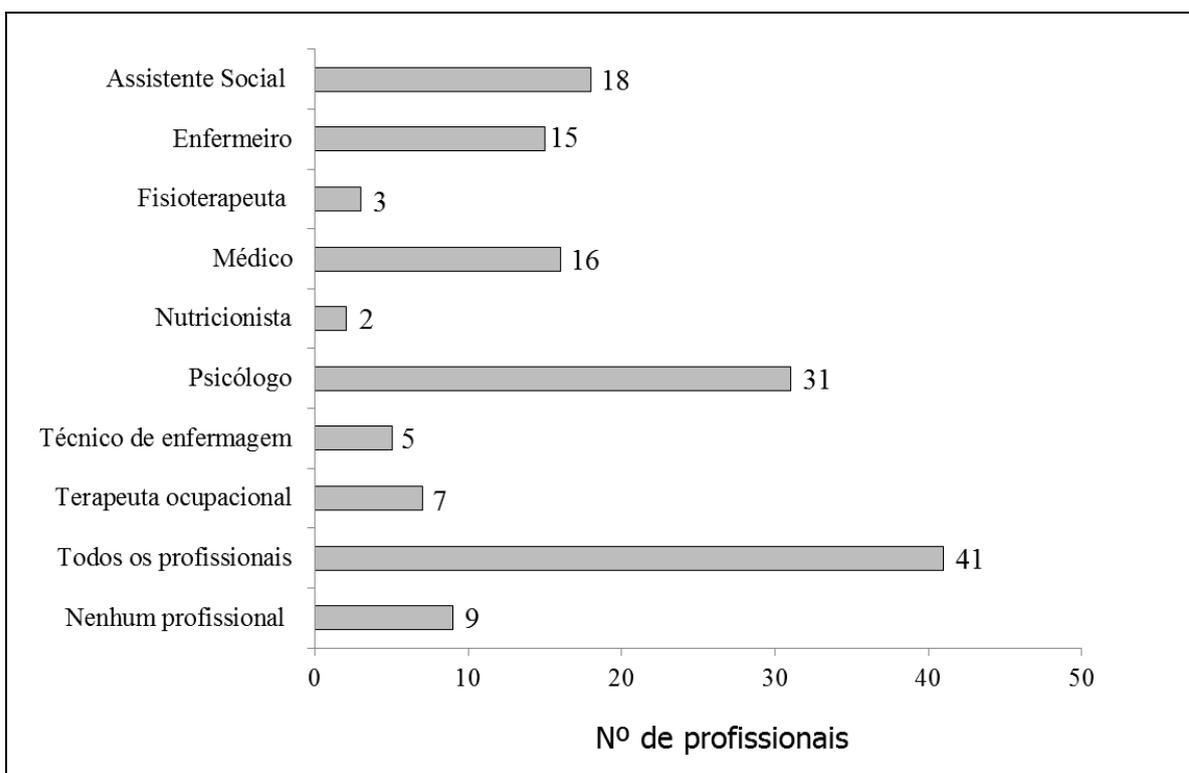


Figura 19. Opinião dos participantes do estudo sobre as categorias profissionais que devem abordar a temática religiosa/espiritual com pacientes oncológicos ($n = 83$).

No que se refere ao direcionamento das necessidades religiosas e espirituais dos pacientes oncológicos, foi apurado se os participantes contavam com o apoio de profissionais responsáveis por oferecer suporte religioso na instituição onde trabalham (Figura 20). Cerca de metade dos respondentes relatou não existir esse tipo de profissional ($n = 41$; 48,2%). A presença do capelão foi mencionada por 15 participantes (17,6%), indicando não ser uma prática usual nos hospitais.

A despeito do serviço de atendimento religioso ser regulamentado pela legislação brasileira (Constituição Federal de 1988; Lei nº 9.982/2000; Decreto Nº 30.582/2009) não há consolidação da prática da capelanía hospitalar no Brasil (Gentil et al., 2011). Essa afirmação se aplica ao presente estudo, tendo em vista que menos de 20% dos participantes relataram a presença de capelão na instituição em que atuam. É possível, ainda, que esse valor esteja superestimado, caso haja respondentes que trabalham no mesmo hospital.

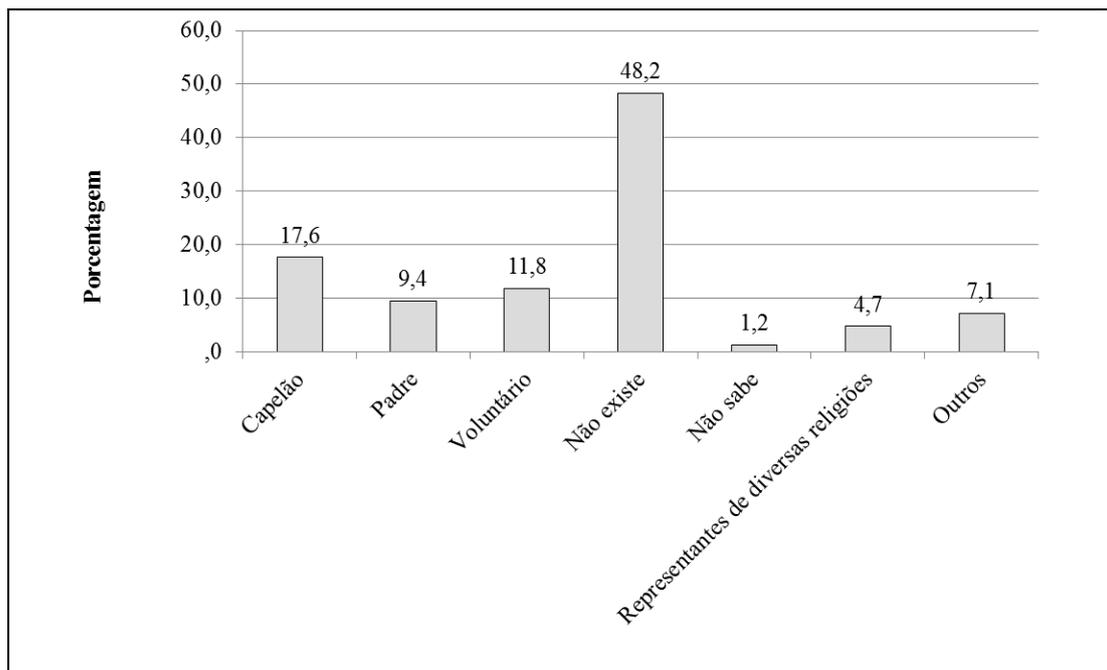


Figura 20. Profissionais responsáveis por fornecer suporte religioso/espiritual aos pacientes oncológicos de acordo com os participantes do estudo ($N = 85$).

Quanto ao encaminhamento dos pacientes oncológicos aos profissionais especializados em cuidados religiosos/espirituais, a vasta maioria não solicitou esse tipo de ajuda, seja dentro ou fora da instituição (Tabela 12). É necessário ressaltar que uma parte da amostra não está vinculada a hospitais, o que pode ter superestimado as respostas negativas a esse item. Caso sejam excluídos esses profissionais, mais da metade, ainda, não realizaram esse tipo de orientação ao paciente, tanto dentro da instituição (63,5%) como para outros locais (54,1%), dado presente na literatura (Fitchett & Canada, 2010).

Tabela 12

Encaminhamentos dos pacientes oncológicos para profissionais religiosos ($N = 85$)

	Encaminhamentos (frequência)			
	Dentro da instituição		Fora da instituição	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Capelão	2	2,4	-	-
Capelão e representantes de diversas religiões	2	2,4	-	-
Espírita	-	-	3	3,5
De acordo com a crença do paciente	1	1,1	7	8,3
Representantes de diversas religiões	2	2,4	4	4,7
Padre	4	4,7	-	-
Não encaminhou	71	83,5	63	74,1
Não especificou	2	2,4	5	5,9
Outros	1	1,1	3	3,5

O fato de não haver um profissional religioso na instituição pode ter relação com o número reduzido de encaminhamentos relatados pelos participantes do estudo. Estudiosos indicam a necessidade da ação integrada entre o trabalho de profissionais da saúde e religiosos, respeitando-se as demandas da família e do paciente (Fitchett et al., 2010; Junqueira, 2008; Maciejewski et al., 2011). Faz-se premente, portanto, o trabalho conjunto entre profissionais da saúde e religiosos, para que futuramente possam ser implementados serviços de capelania hospitalar nas instituições brasileiras.

Ao final da segunda parte do questionário, foi indagado aos profissionais sobre as possíveis influências que religiosidade/espiritualidade podem proporcionar ao paciente, no que se refere à maneira como ele vivencia o câncer. Todos os profissionais responderam à questão, sendo que cada um poderia escolher mais de uma alternativa. Como pode ser visto na Figura 21, a maioria dos profissionais assinalou mais aspectos positivos do que negativos.

A questão “fonte de conforto” foi a mais selecionada pelos participantes, correspondendo a 97,6% da amostra ($n = 83$). Em seguida, está o item referente ao “fortalecimento”, apontado por 72 participantes (84,7%). As duas questões menos escolhidas foram “aumento do estresse” ($n = 9$; 10,6%) e “pessimismo sobre a doença e o prognóstico” ($n = 2$; 2,3%).

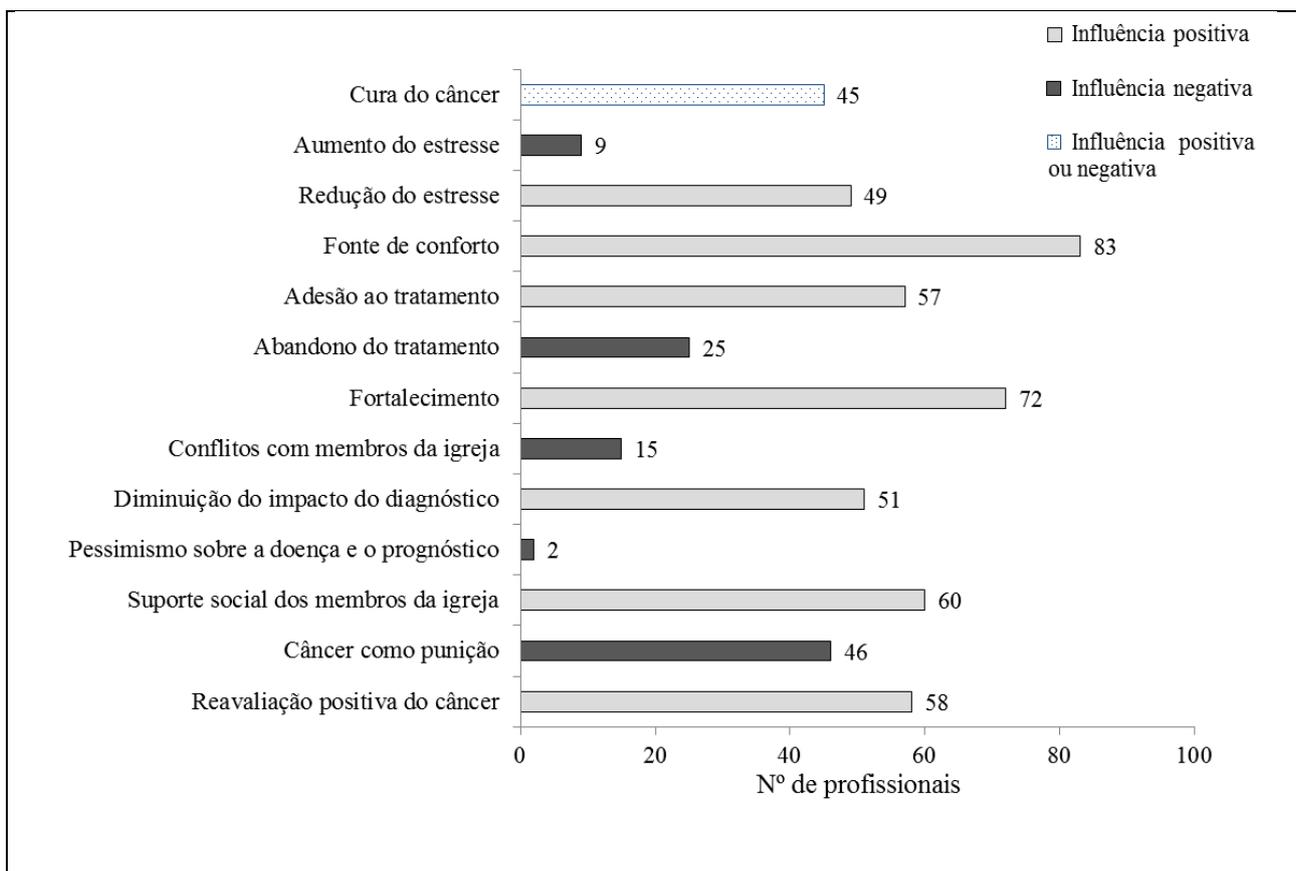


Figura 21. Percepção dos participantes do estudo sobre as influências da religiosidade/espiritualidade na experiência oncológica dos pacientes.

Entre os efeitos negativos, o câncer como punição foi assinalado por mais de 50% dos participantes ($n = 46$; 54,1%). Assim, de acordo com a opinião dos profissionais, as estratégias religiosas para enfrentar a doença são potencialmente prejudiciais ao paciente. Estudos identificaram que a avaliação da doença como punição é geralmente associada a maneiras desadaptativas de lidar com o câncer (Barbosa & Freitas, 2009; Maciejewski et al., 2011; Thuné-Boyle et al., 2011). O enfrentamento negativo deve ser averiguado pelo profissional em seus atendimentos, a fim de que possam ser promovidas formas mais assertivas de lidar com a doença (Maciejewski et al., 2011).

O item “cura do câncer” foi escolhido por 45 profissionais (52,9%), ocupando papel de destaque na questão. Tal item pode assumir uma conotação tanto positiva quanto negativa para a vivência da doença, atrelada ao modo como o paciente irá significar sua cura. Uma delas é a crença do paciente na cura exclusivamente religiosa, levando-o a adiar ou mesmo não buscar tratamento médico, comportamento que pode comprometer sua saúde. De outro modo, o paciente que acredita na intercessão divina, numa ação conjunta de Deus com os médicos, pode proporcionar efeitos positivos para o seu tratamento (Pargament, 1997; Wildes et al., 2009).

A procura por tratamentos complementares é um dos meios para buscar a cura do câncer utilizando a influência da religiosidade. Estudos apontam um melhor ajustamento à doença, com a predominância da utilização conjunta com as terapias convencionais (Barbosa & Freitas, 2009; Cruz et al., 2009; Davidson et al., 2005; Lyons & Chamberlain, 2006; Rabelo, 1993; Spadacio & Barros, 2009; Trinkaus et al., 2011). Trata-se de um tópico que merece ser estudado em outras pesquisas.

4.1.4 Religiosidade/espiritualidade no enfrentamento do estresse

Neste subcapítulo, serão expostos, analisados e discutidos os resultados referentes ao uso de estratégias que envolvem a religião, espiritualidade ou fé para lidar com situações geradoras de estresse. Os dados foram obtidos pela aplicação da Escala Breve de Enfrentamento Religioso (Faria, 2004), traduzida para a língua portuguesa.

A análise da consistência interna do instrumento (*alpha* de *Cronbach*) nesse estudo mostrou índices satisfatórios tanto para o fator positivo (7 itens; $\alpha = 0,92$) como para o fator negativo (7 itens; $\alpha = 0,72$), revelando a confiabilidade da escala. No estudo de validação, foram encontrados valores de *alpha* de 0,87 para o padrão positivo de enfrentamento e 0,71 para o negativo (Faria, 2004).

O instrumento foi respondido por 82 participantes, representando 96,5% do total da amostra; desses, apenas oito (10,5%) sinalizaram não utilizar estratégias religiosas positivas nem negativas para lidar com o estresse. Com relação especificamente ao ERE negativo, mais da metade dos respondentes (incluindo os oito previamente citados) apresentaram a pontuação mínima da escala ($n = 44$; 53,6%), indicando não utilizar esse tipo de estratégia. Assim, constatou-se, em

média, a menor utilização de estratégias negativas do ERE pela amostra estudada, como pode ser conferido na Figura 22.

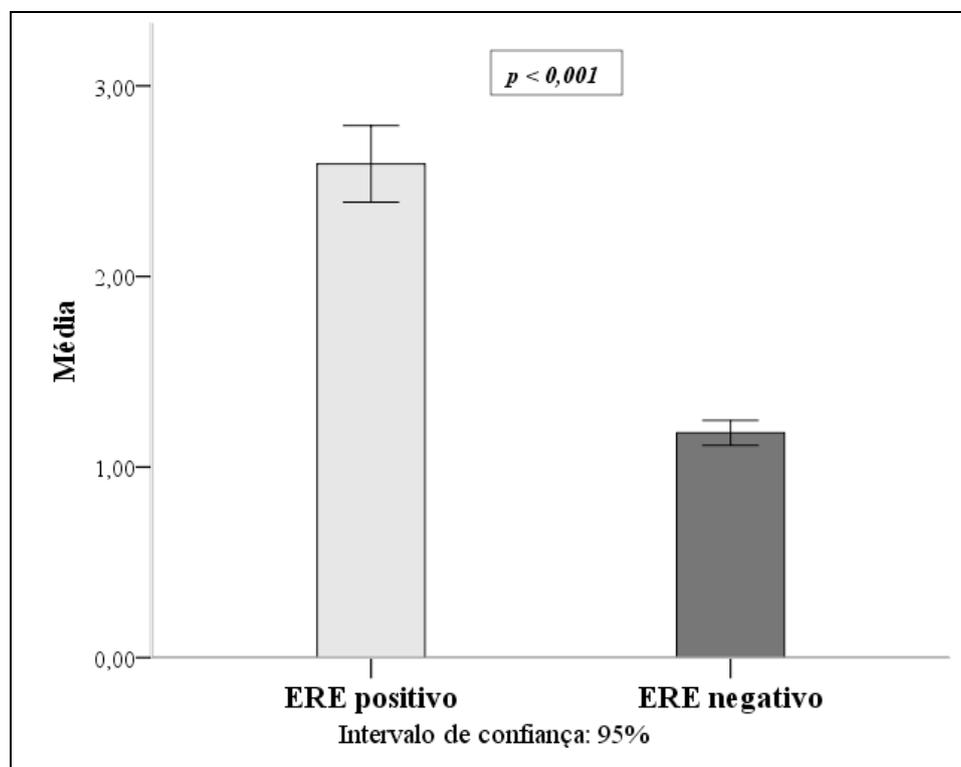


Figura 22. Médias de escores referentes ao enfrentamento religioso/espiritual (ERE) positivo e negativo dos participantes do estudo ($n = 82$).

Utilizou-se teste t de Student para verificar diferenças entre as médias de respostas aos itens relativos ao ERE positivo e ao ERE negativo. Os resultados evidenciaram diferenças altamente significativas, denotando maior utilização de estratégias positivas (Tabela 13). Não houve correlação entre as médias dos escores de ambos os padrões de ERE, ($r = 0,08$; $p = 0,453$), ou seja, os profissionais do estudo escolheram estratégias positivas de maneira independente do uso de estratégias negativas.

Tabela 13

Comparação entre as médias de escores de enfrentamento religioso/espiritual (ERE) positivo e negativo dos participantes do estudo ($n = 82$)

ERE	M	DP	GL	t	p	r
Positivo	2,59	0,91				
Negativo	1,18	0,30	81	13,62	0,000	0,83

Nota. n = número de participantes; M = média; DP = desvio padrão; GL = graus de liberdade; t = índice do teste t de Student; p = significância; r = tamanho do efeito

Os dados dos médicos, nutricionistas e psicólogos da amostra também tiveram médias diferentes para os padrões positivo e negativo do ERE, mostrando que as diversas categorias lançam mão de estratégias religiosas predominantemente positivas para lidar com o estresse (Tabela 14).

Tabela 14

Comparação entre as médias dos escores de enfrentamento religioso/espiritual (ERE) positivo e negativo de médicos, nutricionistas e psicólogos

Profissional	ERE	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>GL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Médico	Positivo	17	2,40	1,11	16	5,07	0,000	0,78
	Negativo	17	1,07	0,14				
Nutricionista	Positivo	16	2,59	1,00	15	4,82	0,000	0,78
	Negativo	16	1,23	0,33				
Psicólogo	Positivo	38	2,50	0,83	37	9,68	0,000	0,85
	Negativo	38	1,22	0,34				

Nota. *n* = número de respostas ao item; *M* = média; *DP* = desvio padrão; *GL* = graus de liberdade; *t* = índice do teste *t* de Student; *p* = significância; *r* = tamanho do efeito

Por meio do teste de correlação de Spearman, foram comparadas as variáveis de ERE positivo e ERE negativo com as variáveis sociodemográficas. Não foram encontrados valores estatisticamente significativos para as variáveis associadas ao padrão negativo ($p > 0,05$). O ERE positivo foi correlacionado à afiliação religiosa ($\rho = -0,32$; $p = 0,003$), indicando maior média de estratégias positivas entre os respondentes que possuem religião. Houve, ainda, correlação com a frequência a instituições religiosas ($\rho = 0,51$; $p < 0,001$) e de leituras religiosas ($\rho = 0,55$; $p < 0,001$), ou seja, quanto maior a assiduidade em ambas as atividades religiosas, maior a utilização do padrão positivo de enfrentamento. Os participantes que se consideraram mais espiritualizados também apresentaram maiores níveis de ERE positivo ($\rho = 0,54$; $p < 0,001$).

Os profissionais que tiveram maiores médias nas variáveis de influências positivas da religiosidade/espiritualidade para a saúde das pessoas também apresentaram maior ERE positivo ($\rho = 0,53$; $p < 0,001$). Verificou-se, ainda, a relação entre a percepção sobre a influência positiva da religiosidade/espiritualidade na experiência oncológica do paciente e o ERE positivo do profissional ($\rho = 0,31$; $p = 0,004$).

Esses dados seguem o padrão descrito pela literatura, com predominância das estratégias positivas em detrimento das negativas (Koenig, 2000; Koenig 2009; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 1997). A religiosidade foi citada entre as estratégias utilizadas para o manejo de estresse em uma amostra de estudantes de Medicina (Zonta et al., 2006). Médicos oncologistas se apoiam nas próprias estratégias religiosas para o cuidado dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, inclusive nas decisões a serem tomadas sobre o paciente (Junqueira, 2008).

As crenças religiosas e/ou espirituais podem influenciar a interação com colegas e pacientes. Destaca-se o papel fê no respeito às crenças, favorecendo a abordagem da religiosidade e espiritualidade nos atendimentos, conforme o desejo do paciente/familiar. Além disso, religiosidade/espiritualidade de profissionais da saúde também influenciam na construção de sua visão sobre a morte, tendo reflexos práticos para o tratamento e para a ética no cuidado e no resgate da humanidade nos atendimentos (Ecklund et al., 2007; Nascimento & Roazzi, 2007; Peixoto, 2006).

Na amostra estudada, as estratégias positivas correlacionaram-se às práticas religiosas, à espiritualidade e aos efeitos positivos para a vida das pessoas, para sua saúde e para a vivência do câncer pelo paciente. Assim, a utilização positiva do ERE para lidar com o estresse pode auxiliar na maneira como os participantes concebem a religiosidade de seus pacientes. Existe a expectativa de que os profissionais da saúde, independente de sua especialidade, reflitam sobre a própria necessidade de se apoiar em uma religião para enfrentar uma doença, bem como lidar com a enfermidade de outras pessoas (Espíndula et al., 2010).

Entre os estudos brasileiros com profissionais da saúde, há um número expressivo de autores da área da Enfermagem que têm se interessado pela relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade. A expressão de esperança e de fê e comportamentos como rezar e pedir a proteção divina são importantes fontes de apoio de profissionais frente ao sofrimento decorrente do estresse vivenciado no trabalho (Calderero et al., 2008). A espiritualidade está relacionada com o cuidado de si por meio de orações, contato com a natureza e conexão com uma Força Superior, promovendo sensação de tranquilidade, bem-estar e fortalecimento no trabalho (Dezorzi & Crossetti, 2008).

Contrariamente ao esperado, a presente pesquisa contou com um número pequeno de profissionais da categoria da Enfermagem (dois enfermeiros e um técnico de enfermagem). Trata-se de uma limitação importante, considerando-se a importância desses profissionais para no cuidado do paciente oncológico. Supõe-se que a participação reduzida esteja relacionada à sobrecarga de trabalho que esses profissionais muitas vezes possuem, assumindo serviços em instituições diferentes.

4.2 Etapa grupo focal *online*

4.2.1 Caracterização dos participantes

A segunda etapa dessa investigação contou com a participação de sete profissionais da saúde que responderam à primeira parte do estudo (Tabela 15). A maioria possui formação em Psicologia ($n = 4$) e é do gênero feminino ($n = 5$). Quanto à procedência, ambos os grupos tiveram representantes das Regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste. A maior parte dos respondentes declarou não viver com companheiro ($n = 5$). Houve predomínio de profissionais com mestrado ($n = 5$). Do total, quatro participantes declararam afiliação religiosa (dois católicos e dois espíritas) e três se intitularam sem religião.

Tabela 15

Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos focais online

Variável		Grupo 1 (n = 3)	Grupo 2 (n = 4)	Total (n = 7)
Gênero	Feminino	2	3	5
	Masculino	1	1	2
Procedência	Centro-Oeste	1	1	2
	Nordeste	1	1	2
	Sudeste	1	2	3
Situação Conjugal	Com companheiro	1	1	2
	Sem companheiro	2	3	5
Escolaridade	Especialização	-	1	1
	Mestrado	2	3	5
	Doutorado	1	-	1
Profissão	Médico	-	1	1
	Nutricionista	1	1	2
	Psicólogo	2	2	4
Local de trabalho	Hospital privado	1	1	3
	Hospital público	2	2	3
	Hospitais privado e público	-	1	1
Religião	Catolicismo	2	-	2
	Espiritismo Kardecista	1	1	2
	Sem religião	-	3	3
Renda (salários mínimos)	Entre 3 e 6	1	3	4
	Entre 6 e 10	1	-	1
	Acima de 10	1	1	2

A idade dos integrantes variou entre 27 e 44 anos ($M = 35,7$, $DP = 6,5$). O primeiro grupo teve média de idade de 39,3 anos e o segundo de 33 anos. O tempo médio de atuação foi de 13,3 anos no primeiro grupo e sete anos no segundo grupo. Com relação ao tempo de atuação em Oncologia, a amplitude total foi de três a 10 anos ($M = 5,2$, $DP = 2,9$), sendo que, para ambos os grupos, a média foi bastante próxima ($M = 4,8$ e $M = 5$, respectivamente).

A seguir, serão descritos e analisados os dados resultantes dos grupos focais *online*. Foi efetuada a categorização das respostas dos componentes do grupo, sendo agrupadas em quatro categorias (Tabela 16), a partir das verbalizações registradas em ambos os grupos. A ordem de exposição seguiu o critério numérico, iniciando-se com a categoria que obteve maior quantidade de registros.

Tabela 16

Categorização dos grupos focais online

Categoria 1: Influências	Categoria 2: Preparação do profissional de saúde	Categoria 3: Crenças	Categoria 4: Papel dos representantes religiosos
Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias
Tratamento	Formação acadêmica	Respeito	Relacionamento
Cura	Disciplinas/cursos	Imposição	Assistência religiosa
Caráter ambivalente	Autopercepções	Autoconhecimento	Limites de atuação
Enfrentamento/suporte emocional	Resistências	Dicotomia entre ciência e religião	
Crises e questões existenciais	Interesse pessoal		
Busca de explicação	Iniciativas de integração		
Conflitos	Definições		
Rituais	Dilemas éticos		

Nos relatos ilustrativos das categorias e subcategorias, os participantes foram identificados com a letra inicial correspondente à classe profissional a qual pertence, seguida da representação numérica da ordem de participação nos grupos. Assim, os componentes do primeiro grupo foram nomeados por N1, P1 e P2, enquanto os do segundo grupo foram denominados por M1, N2, P3 e P4. Realizou-se a correção gramatical e dos erros de digitação cometidos pelos participantes, mantendo, contudo, as expressões originalmente por eles utilizadas. Quanto à frequência, foram computadas 102 verbalizações no primeiro grupo e 120 no segundo grupo, totalizando 222 relatos.

4.2.1 Categoria 1: influências

Na primeira categoria, foram agrupadas as verbalizações sobre as influências da religiosidade e espiritualidade no estado de saúde dos pacientes oncológicos e seus familiares/cuidadores. Foram identificados 31 relatos dos participantes no primeiro grupo e 38 no segundo grupo, somando 69 verbalizações, dispostas em oito subcategorias. Vale ressaltar que foram selecionados apenas alguns trechos com o intuito de ilustrar as verbalizações dos integrantes dos grupos.

- **Tratamento**

Incluiu as verbalizações sobre as influências positivas e/ou negativas que a religiosidade/espiritualidade do paciente e/ou familiar podem acarretar no tratamento do câncer.

- Influências positivas

P1 “(...) aumento na sobrevida média esperada para seu caso. (...) Há também uma redução no uso de medicações para a dor”.

N1 “(...) [paciente] lidar melhor com as adversidades do tratamento e curso da doença”.

P4 “É, eu acho que é positiva”.

○ Influências negativas

P3 “[influência] negativa quando interfere na adesão ao tratamento...(…) ou então em casos como os pacientes ‘Testemunhas de Jeová’... que muitas vezes agravam ou prologam internações pela recusa a um procedimento aparentemente simples...”

P4 “Já acompanhei caso de paciente que não aceitava a transfusão de sangue por conta da religião”.

M1 “Já tive pacientes que se negaram a receber tratamento curativo por ir contra a crença dela”.

○ Influências tanto positivas como negativas

N1 “(...) dependendo do vínculo entre eles [familiares], a religiosidade passa a fazer parte de uma estratégia de tratamento”.

M1 “(...) a religiosidade/e espiritualidade pode influenciar a forma como o paciente e sua família encaram o processo de adoecimento, adesão à terapêutica e enfrentamento, e isso pode, indiretamente, afetar a evolução clínica”.

Em geral, os participantes reportaram influências da religiosidade e espiritualidade no tratamento do câncer, tanto para os pacientes como para os familiares, sendo predominantemente positivas, o que está de acordo com estudos de autores brasileiros e de outros países (Aquino & Zago, 2007; Barbosa & Freitas, 2009; Bouso et al., 2010; Fitchett & Canada, 2010; Hanson et al., 2008; Thuné-Boyle et al., 2011).

Porém, a influência negativa da espiritualidade/ religiosidade também foi destacada pelos integrantes dos grupos, assim como por pesquisadores da área (Barbosa & Freitas, 2009; Fitchett & Canada, 2010; Tarakeshwar et al., 2006; Thuné-Boyle et al., 2011), devendo ser alvo de atenção dos profissionais da saúde (Koenig, 2000; Koenig 2009; Pargament, 1997). Tal necessidade é reforçada por Wildes et al. (2009), os quais defendem que a atribuição do controle divino da doença pelo paciente pode levar à procrastinação na busca por tratamento. Quando as crenças dos pacientes prejudicam o tratamento, sentimentos de raiva podem ser vivenciados pelos profissionais de saúde (Junqueira, 2008).

• **Cura**

Verbalizações relativas à cura do câncer proporcionada pela religião (unicamente religiosa ou combinada ao tratamento médico).

○ Exclusivamente religiosa

P1 “É relativamente comum que pacientes digam que vão abandonar o tratamento por se dizerem curadas por seus líderes religiosos ou que ‘já estou curado’”.

P1 “Até onde acompanho no hospital, a grande busca dos familiares em sua religiosidade é

pela busca da cura de seu parente adoecido, realizando orações em família, em seu grupo religioso (...) para que haja um milagre”.

P3 *“Já acompanhei casos de pacientes com situações de bom prognóstico, mas que compreendiam que a cura viria por uma via exclusivamente religiosa (...)”.*

M1 *“[influência] negativa, quando o paciente acredita única e exclusivamente na cura via espiritual e não adere ao tratamento...”.*

o Associação entre cuidados médicos e religiosos

P1 *“(...) realizando orações em família, em seu grupo religioso (...) para que Deus auxilie os médicos”.*

P2 *“Há uma busca conjunta do tratamento e da religião, pela cura (quando possível) ou alívio (sempre)”.*

De acordo com os relatos dos profissionais, os pacientes podem prescindir das recomendações médicas, recorrendo exclusivamente à cura por meio da religião. Esse abandono pode ser decorrente da cisão entre as terapias convencionais e as questões espirituais almeçadas pelos pacientes, bem como devido à negligência das necessidades espirituais dos pacientes/familiares pela equipe de saúde (Hoffmann et al., 2006a; Lyons & Chamberlain, 2006; Maciejewski et al., 2011; Post et al., 2000; Spadacio & Barros, 2009; Trinkaus et al., 2011).

Pargament (1997) alerta também para o risco da utilização dos recursos religiosos em detrimento de outras formas de enfrentamento, principalmente quando há problemas graves que necessitam de outras ferramentas para ser solucionados. Estudos têm revelado, porém, a hegemonia da utilização concomitante às terapias convencionais ao invés do uso substitutivo, havendo evidências de que os pacientes que recorrem a estratégias complementares apresentam melhor ajustamento ao câncer (Barbosa & Freitas, 2009; Cruz et al., 2009; Davidson et al., 2005; Lyons & Chamberlain, 2006; Rabelo, 1993; Teixeira & Lefrève, 2008; Trinkaus et al., 2011). Daí a importância dos profissionais de saúde atentarem para a religiosidade de seus pacientes, buscando promover a aproximação de suas crenças e aliando-as às ações clínicas de combate ao câncer.

- **Caráter ambivalente**

Relatos sobre a influência ambivalente da religiosidade/espiritualidade na vivência do câncer, com referência aos aspectos negativos e positivos para o paciente oncológico e seus familiares.

P1 *“Então, penso que a religiosidade pode ter fatores positivos e negativos, dependendo do uso que se faça dela”.*

P4 *“Acho que a religiosidade e a espiritualidade afetam o emocional que por sua vez influencia a saúde física, e isso tanto de forma positiva quanto de forma negativa, depende (...)”.*

P3 *“A crença religiosa pode funcionar tanto como um suporte, quanto como um entrave...”.*

N2 *“A religião na minha opinião, tem uma força gigantesca na melhora ou piora do*

paciente.”

N1 *“Na verdade se avaliarmos não há nada que seja sempre bom ou sempre ruim! Mas, neste contexto, penso que a influência está mais para auxiliar do que para prejudicar”.*

Os profissionais do estudo indicaram o duplo aspecto que espiritualidade/ religiosidade podem assumir, a depender de como ela é expressa pelos pacientes. Entre as estratégias positivas referidas por Pargament (1997), é possível citar o suporte espiritual, a ação conjunta com Deus, o suporte recebido dos membros da Igreja e a redefinição positiva do estressor como formas benéficas de ERE. Já as formas prejudiciais incluem o descontentamento com os membros da igreja e com Deus, culpa e medo provocados pela redefinição do estressor como punição divina. Há, ainda, tipos de enfrentamento com implicações tanto positivas como negativas, como alguns tipos de rituais religiosos, a relação entre estilos e controlabilidade do estressor e a conversão ou mudança religiosa.

Correlações entre uso de estratégias positivas de ERE e maior qualidade de vida, melhor percepção do suporte social e dimensão espiritual foram identificadas por Tarakeshwar et al. (2006), bem como piores índices de qualidade de vida associados ao uso de estratégias negativas. Esse exemplo ilustra a opinião dos profissionais sobre a ambivalência das estratégias religiosas/espirituais. Vale frisar, ainda, que há mudanças das estratégias no decorrer dos diversos estágios do câncer, sendo necessária uma avaliação contínua pelo profissional (Thuné-Boyle et al., 2011).

- **Enfrentamento/suporte emocional**

Uso da religiosidade/espiritualidade como estratégia de enfrentamento do câncer, proporcionando alívio do sofrimento e funcionando como suporte emocional aos pacientes oncológicos e seus familiares.

P1 *“(...) a partir de seus recursos pessoais, internos, vai se dirigir à religião buscando algo que a socorra (...)”.*

N1 *“Há também aqueles que, conscientes da gravidade, pedem a Deus que fortaleça o enfermo e família para suportar os percalços”.*

P3 *“Acho que ela [influência] é positiva no sentido do suporte (...) e uma crença religiosa muitas vezes traz um consolo / conforto... que nem medicações podem trazer”.*

M1 *“(...) no conforto e maior facilidade de enfrentamento de situações limites...”.*

Conforme foi discutido nos Capítulos 1 e 2, nas últimas décadas, os pesquisadores têm se dedicado cada vez mais ao estudo da influência da religião e da espiritualidade como auxílio no enfrentamento das doenças. No caso do câncer, as pesquisas têm revelado que a religião é um importante recurso dos pacientes oncológicos e seus familiares para enfrentar problemas físicos e psicológicos relacionados ao tratamento (Costa & Leite, 2009; Guerrero et al., 2011; Hanson et al., 2008; Sanchez et al., 2010; Wildes et al., 2009). Assim como os participantes se pronunciaram,

religião/espiritualidade podem proporcionar conforto e segurança aos pacientes/familiares, além de ser uma estratégia para lidar com as incertezas frente à evolução da doença (Oliveira et al., 2005; Pargament, 1997).

É possível notar, ainda, a referência ao estilo de ERE pautado na súplica (*petitionary*), em que os pacientes/familiares oram para que Deus auxilie a suportar o sofrimento advindo da doença (Pargament, 1997). De acordo com Tosta (2004), a prece pode ser classificada em petição, na qual se faz um pedido para si mesmo, e intercessão, em que o pedido é direcionado a outras pessoas. Pesquisas são necessárias a fim de conhecer os mecanismos pelos quais a oração influencia os estados de saúde dos pacientes.

De acordo com Malinowski, a religião atua de modo a auxiliar as pessoas a tolerar os momentos de sobrecarga emocional, recorrendo-se às crenças e rituais relacionados ao sobrenatural (conforme citado por Geertz, 1973/2008). Nesse sentido, a estratégia religiosa é uma forma recorrente dos pacientes oncológicos e seus familiares tentarem minimizar as consequências emocionais acarretadas pelo câncer. A questão que surge, de acordo com Geertz (1973/2008), “é, paradoxalmente, não como evitar o sofrimento, mas como sofrer, como fazer da dor física, da perda pessoal, da derrota frente ao mundo ou da impotente contemplação da agonia alheia algo tolerável, suportável – sofrível, se assim podemos dizer” (p. 76).

Um aspecto não encontrado diretamente nos trechos transcritos se refere à busca de apoio social de pessoas vinculadas a instituições religiosas. Estudos indicaram que religiosidade/espiritualidade promovem feitos benéficos para os pacientes, familiares e cuidadores, por meio da atribuição de significados positivos, práticas de orações, rituais, meditação, auxílio no enfrentamento da doença, como também do suporte social dos membros da Igreja (Balboni et al., 2007; Hoffmann et al., 2006a; Howsepian & Merluzzi, 2009; Pargament, 1997; Sanchez et al., 2010), podendo ser foco de investigações futuras.

- **Crises e questões existenciais**

Relatos referentes à religiosidade/espiritualidade como promotora de reflexões existenciais.

P1 “(...) o câncer vem acompanhado de uma representação social muito marcada pela ideia de morte (*finitude*) e isso traz questões de ordem existencial que tanto paciente como seus familiares”.

P3 “(...) em geral tende a ser um tipo de crença muito central na vida das pessoas quando adoecem, pois oferece uma alternativa de reflexão existencial”.

O câncer é uma doença crônica, cujos simbolismos são frequentemente vinculados à ideia de morte, sofrimento e solidão, ainda que alguns tratamentos sejam potencialmente curativos em muitos casos da doença. Receber o diagnóstico de câncer é um estressor que pode gerar um grande abalo na vida das pessoas, suscitando questionamentos de valores pessoais, mudanças de papéis familiares e reavaliação de planos futuros (Aquino & Zago, 2007; Carvalho, 2003; Decat & Araujo,

2010; Prada, 2006).

Nesse contexto, é possível situar os relatos de P1 e P3, referindo-se à religião como mediadora das crises existenciais geradas a partir da doença. Cabe ressaltar que as reflexões sobre o sentido da vida e da morte são exacerbadas no caso de pacientes fora de possibilidades terapêuticas (Junqueira, 2008).

- **Busca de explicação**

Influência da religiosidade/espiritualidade na maneira como os pacientes e familiares formulam explicações para o acometimento do câncer, sejam elas positivas ou negativas.

- Positiva

P4 *“Sim, acho que nos momentos em que a angústia aparece, principalmente diagnóstico, recidiva, internações inesperadas, os familiares recorrem para buscar uma explicação, uma resposta e um conforto”.*

- Negativa

P4 *“(...) a mãe tinha crenças religiosas e a menina [filha] acabava ficando limitada em sua vida, mesmo tendo um tumor benigno que não a impedia de frequentar a escola. Ela [mãe] trazia crenças sobre o nascimento, sobre a doença, tudo explicado pela religião”.*

É relativamente comum que os pacientes recorram à religião para lidar com o sofrimento, especialmente nos períodos de crises que o tornam mais intenso (Dalgarrondo, 2008; Figueiredo & Santi, 2004). Ao fazer parte do sistema de orientação da vida dos indivíduos, a religião é fonte de explicação para os eventos adversos, especialmente nos casos em que as experiências evocam sentimentos relativos à limitação e à finitude do homem. Como bem colocado pelos participantes, as explicações podem propiciar tanto o conforto e a reavaliação positiva, como vincular-se a maneiras prejudiciais de lidar com a doença, tais como sensação de punição e abandono por Deus, culpa, interferindo, também, na utilização adequada de recursos para lidar com os problemas (Pargament, 1997; Pargament et al., 2000).

De fato, a religião fornece elementos explicativos para o sofrimento humano. Porém, há uma lacuna nas explicações sobre o porquê de indivíduos bons, do ponto de vista moral, serem acometidos pelo câncer. Geertz (1973/2008) denomina esse hiato como o “problema do mal” (p.78), que gera contradições entre o que os indivíduos recebem e o que mereciam receber, a partir das concepções de certo e errado que servem de guia para as ações humanas. Assim, caso o paciente avalie que o surgimento da doença não condiz com suas atitudes e comportamentos, sua fé pode ser abalada, suscitando sentimentos de raiva e revolta.

Cabe lembrar que, para algumas religiões, a punição não é somente avaliada de forma negativa, mas se ajusta a preceitos religiosos como o carma, presente na doutrina espírita, no budismo e no hinduísmo. Em razão da diversidade de crenças religiosas e dos diversos impactos gerados pelos sistemas religiosos, é inviável qualificar a religião em “boa” ou “má”, “funcional” ou

“disfuncional”, devendo-se avaliar cada caso conforme suas particularidades (Geertz, 1973/2008; James, 1902/1994). Como ressalta Pargament (1997), a classificação das estratégias religiosas em potencialmente positivas ou negativas fornece diretrizes para a avaliação do profissional, não dispensando, no entanto, a avaliação dos resultados proporcionados ao paciente.

- **Conflitos**

Verbalizações sobre possíveis conflitos com Deus ou com líderes religiosos suscitados pelas crenças dos pacientes oncológicos.

P1 *“Uma vez, conversando com uma médica do nosso serviço, ela dizia que uma paciente queria abandonar o tratamento devido a seu líder religioso ter afirmado que ela já estava curada. Então a médica sugeriu fazer uma tomografia para confirmar o fato. A paciente então disse que se o resultado fosse positivo se a médica daria seu testemunho em sua igreja e a médica confirmou que iria. Mas... Na tomografia a doença se mostrou ainda presente, sem alterações. E a paciente acabou ficando muito brava com seu líder religioso”.*

P1 *“As famílias e pacientes tendem a sentirem abandonados por Deus.... e ficam um tanto perdidos até encontrarem uma saída para esse conflito”.*

Os dois exemplos supracitados envolvem maneiras negativas de lidar com a doença, conforme preconizado por Pargament et al. (2000). Vale ressaltar, entretanto, que a religião é também fonte de soluções para as crises existenciais (Pargament, 1997), devendo ser avaliada a possibilidade de incluir profissionais religiosos na equipe de saúde, para que esses possam ajudar os pacientes a ressignificar os conflitos dessa natureza.

- **Rituais**

Realização de rituais religiosos solicitados por pacientes oncológicos em internação hospitalar.

P1 *“(...) até casamentos são comuns dentro do hospital, com pacientes muitas vezes próximos à morte”.*

Conforme cita Pargament (1997), rituais religiosos podem facilitar momentos de transição por meio de cerimônias que marcam as mudanças de papéis e a integração na comunidade. Os rituais são comportamentos originados em concepções religiosas, em que ocorre a união entre o mundo vivido e o mundo imaginado, mediada por um conjunto de formas simbólicas transformadoras da realidade do indivíduo. Não cabe ao cientista que não está inserido no contexto de uma convicção religiosa opinar sobre o papel da intervenção divina na criação da fé (Geertz, 1973/2008). Assim, o significado atribuído pelo paciente a um determinado comportamento religioso merece o respeito do profissional, ainda que não esteja de acordo com suas próprias concepções.

O exemplo mencionado por P1 demonstra o respeito pelas crenças dos pacientes,

promovendo experiências significativas ainda que num contexto em que as possibilidades de cura são remotas. Outro aspecto que pode ser mencionado é a realização de rituais fúnebres, que oferecem aos familiares e amigos um momento de expressar o sofrimento pela perda (Pargament, 1997).

4.2.2 Categoria 2: preparação do profissional de saúde

Essa categoria agrupou os relatos sobre o preparo do profissional da saúde para atuar com a demanda religiosa e espiritual no contexto oncológico. Foram identificadas 69 verbalizações, sendo 37 provindas do primeiro grupo e 32 do segundo grupo. Nove subcategorias foram organizadas, as quais serão descritas a seguir.

- **Formação acadêmica**

Preparação formal do profissional para atuar sobre questões religiosas/espirituais dos pacientes oncológicos.

N1 *“Não... eu não tive esta abordagem em minha formação”.*

P2 *“Na graduação, não recebi nada sobre isso”.*

P1 *“Não há nenhum tipo de informação sobre essa área na graduação, nem na especialização em psicologia hospitalar”.*

P4 *“Eu não recebi na graduação, e depois nunca procurei”.*

M1 *“Não, não recebi”.*

P3 *“Não recebi formação teórica nesse sentido...”.*

De acordo com os relatos, os participantes foram unânimes em declarar não ter cursado nenhuma disciplina sobre a temática. Observa-se nos relatos a lacuna quanto à formação dos participantes dos grupos sobre a temática religiosa/espiritual, retratando, em parte, a realidade brasileira (Dal-Farra & Geremia, 2010).

- **Disciplinas/cursos**

Opinião dos participantes sobre a necessidade da criação de disciplinas e cursos sobre a temática religiosa/espiritual, a fim de preparar os profissionais para atuação junto aos pacientes oncológicos.

P1 *“Ahhh eu acho que deveria haver em todos os cursos voltados para as áreas de saúde, ao menos um semestre sobre bioética, tanatologia e espiritualidade”.*

N1 *“Bom, aqui no meu curso, como já tenho um projeto, oferecerei como núcleo livre, uma modalidade de disciplina aberta a quem interessar, o tema: influência [da] religiosidade/espiritualidade no estado nutricional e imunidade”.*

P3 *“(...) me parece que é uma coisa que fica muito no âmbito da prática, da vivência dos profissionais, mas acho que esse é um tema que deveria entrar na formação, pois ampliaria a visão*

dos profissionais no sentido do respeito, inclusive, da diversidade religiosa, e de como lidar com os momentos em que há discordâncias que interferem no tratamento”.

P2 *“Eu não sei ao certo... Pode se tornar algo obrigatório, gerando um caráter de ‘mais uma disciplina’...”.*

De maneira geral, os integrantes dos grupos manifestaram-se favoráveis à criação de disciplinas que verssem sobre religiosidade/espiritualidade. Um exemplo de disciplina de caráter optativo em fase de implementação foi mencionado por N1, com conteúdo relacionado aos aspectos nutricionais dos pacientes. Dal-Farra e Geremia (2010) identificaram apenas duas faculdades de Medicina – uma na Universidade Federal do Ceará e outra na Universidade Federal do Triângulo Mineiro – que possuem em seu currículo disciplinas que abordam especificamente a interface entre religião e espiritualidade na área da saúde. Cortez (2009) identificou, segundo a perspectiva dos alunos do curso de Enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite, que religiosidade e espiritualidade estão mais presentes nos momentos práticos de ensino. Ademais, existem disciplinas generalistas, como Ciência da Religião e Antropologia da Religião oferecidas aos cursos da Universidade Católica de Brasília (Alves, 2004).

No Brasil, Dal-Farra e Geremia (2010) salientam a necessidade de sistematizar o conteúdo espiritual em disciplinas específicas, possibilitando uma abordagem mais aprofundada. A incorporação de conteúdos sobre o tema incidiria por meio da criação de disciplinas, de cursos de extensão e de estágios, bem como na abordagem transversal no período de formação acadêmica. Para tanto, os autores sugerem a realização de um estudo curricular no intuito de evitar a sobrecarga do aluno, preocupação também evidenciada no relato de P2.

Peixoto (2006) averiguou que, segundo a ótica de estudantes, os aspectos espirituais dos pacientes situam-se periféricamente às atividades da Enfermagem, não integrando a rotina de atendimentos. Os participantes reconheceram, no entanto, a necessidade do ensino da temática em disciplinas e nos estágios práticos. Os docentes também apresentaram dificuldades com relação a esse assunto, podendo prejudicar a formação dos futuros profissionais (Tomasso et al., 2011).

Nos Estados Unidos, a realidade assume o extremo oposto do Brasil. De acordo com um levantamento recente em 122 faculdades de Medicina realizado por Koenig et al. (2010), cerca de 90% possuem conteúdos direta ou indiretamente abordam espiritualidade e saúde em seus currículos, sendo que 34% indicaram haver uma disciplina optativa dedicada exclusivamente ao tema. De acordo com Lucchetti et al. (2011), o conteúdo das disciplinas envolve tópicos sobre o efeito da religiosidade e espiritualidade na saúde, maneiras de se obter a história espiritual do paciente, aspectos éticos e o impacto para as decisões médicas.

- **Autopercepções sobre o preparo**

Foram agrupados os trechos relativos às percepções dos profissionais quanto ao preparo para lidar com a temática religiosa/espiritual. Quatro participantes relataram sentir-se preparados;

dois referiram que não se sentem preparados. Uma psicóloga denotou ambivalência quanto à preparação.

○ Preparo

P1 *“Me sinto relativamente preparado sim, mas por conta de um percurso de interesse pessoal na intersecção das áreas-saúde-espiritualidade”.*

P2 *“Sim. É um tema particularmente importante aqui, como eu disse antes. Há uma diversidade religiosa grande aqui na Bahia, e estou sempre em contato com esta temática”.*

M1 *“De certa forma sim...”.*

P3 *“Sim... para mim é uma dimensão na vida e como toda dimensão merece atenção, escuta... é uma expressão do sujeito...”.*

○ Despreparo

N1 *“Não... sinto-me preparada...há muito que percorrer! ainda é um tema cercado de misticismo, acientífico e normalmente dentro do hospital, os pacientes parecem até se “envergonhar” em dizer de suas crenças. Penso que devo continuar estudando... entendendo as diversas representações desta entidade, para então tentar poder fazer uma abordagem adequada”.*

N2 *“Não. Nunca estou preparada.”.*

○ Ambivalência

P4 *“Eu acho que sim, eu não me sinto preparada para conversar sobre assuntos que a outra pessoa está irredutível. (...) Não sei se irredutível seria a palavra adequada, mas quando há um posicionamento do paciente que se mostre intolerante(...) É isso, em relação ao tema, não me oponho, como falei, não introduzo, mas escuto e pontuo o que o paciente traz, mas em relação a postura firme, eu tenho sim, receio”.*

As justificativas dos profissionais que se sentem preparados para lidar com a temática religiosa envolvem o interesse pessoal, a percepção da religião como uma das maneiras do paciente se expressar e a inserção em uma cultura na qual a religião manifesta-se corriqueiramente. A religião, ao mesmo tempo em que modela as ações humanas a uma “ordem cósmica imaginada”, realiza projeções das imagens provindas dessa ordem cósmica para as experiências dos indivíduos (Geertz, 1973/1998). Estudiosos sugerem que o aspecto cultural está relacionado ao modo como as pessoas vivenciam a relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade (Balboni et al., 2007; Holt et al., 2009; Koenig et al., 2004; Wildes et al., 2009).

O Brasil é caracterizado pelo sincretismo cultural e uma complexa configuração social (Dal-Farra & Geremia, 2010), abarcando, também, o pluralismo religioso (Dalgarrondo, 2008). Um levantamento populacional recente encontrou maiores índices de frequência religiosa em indivíduos do Nordeste brasileiro (Moreira-Almeida et al., 2010), Região de procedência de P2.

Entre as possíveis barreiras dos médicos em atender ao pedido espiritual dos pacientes, é possível citar a falta de treinamento, a falta de habilidade em identificar as demandas dos pacientes e as preocupações em se projetar crenças nos mesmos (McCauley et al., 2005; Monroe et al.,

2003). Esse tipo de limitação pode estar relacionada, por um lado, à ausência de treinamento dos profissionais para lidar com questões dessa natureza. Por outro lado, é possível que o próprio sistema de valores e crenças do indivíduo seja influente, merecendo atenção também os aspectos pessoais.

As duas nutricionistas relataram não se sentirem capacitadas para lidar com a temática religiosa/espiritual, que pode ser devido à preparação dessa categoria profissional estar ainda vinculada à tradição biomédica. A necessidade de aprofundar os estudos sobre religião e espiritualidade foi mencionada por N1. No trabalho de Tomasso et al. (2011), apenas 36% de acadêmicos e docentes da área de Enfermagem se sentem preparados para lidar com essa temática. Peixoto (2006) também identificou o despreparo para atuar no âmbito psicoespiritual em uma amostra de docentes e futuros enfermeiros. Esse dado retrata que a dificuldade atinge também a área da Enfermagem, cuja representação não foi contemplada nessa parte do estudo.

A natureza do trabalho psicológico envolve lidar com questões de cunho existencial de seus pacientes, as quais frequentemente incluem aspectos religiosos. Porém, Gastaud et al. (2006) observaram em seu estudo que os estudantes do curso de Psicologia apresentaram índices menores de bem-estar espiritual do que aqueles dos cursos de Direito e Medicina. Dessa forma, é necessária a capacitação dos profissionais da saúde, em especial, da área da Psicologia, a fim de promover em ambientes favoráveis ao desenvolvimento de competências para lidar de forma assertiva com relação à temática religiosa, espiritual e existencial referentes à própria vivência e a dos pacientes.

- **Resistências**

Englobou os relatos sobre as resistências e preconceitos de alguns profissionais da saúde, dificultando a abordagem de questões religiosas/espirituais trazidas pelos pacientes.

P1 *“O que percebo é que em alguns colegas a ideia de "espiritualidade" traz a ideia de que iríamos agir como religiosos, ou apregoando algum tipo de crença, ou que seria uma espécie de tratamento alternativo. Mas não se trata disso. A ideia é compreendermos melhor as demandas espirituais dos pacientes, como acessar esse campo da experiência das pessoas e nos prepararmos para conversar com os pacientes a respeito”.*

P3 *“Fica muito na dependência do bom senso de cada profissional... e aí isso cria dificuldades...”.*

N2 *“(...) há um certo mal estar geral, pois ninguém sabe muito bem como lidar com essa questão”.*

P1 *“As resistências são menores, mas ainda existem sim (...) a resistência também acontece por falta de conhecimento mesmo. Como não se sabe abordar... se afastam da questão”.*

N1 *“(...) confesso que dentro da minha faculdade, há resistência, (...) e o interesse pelo tema pode significar "desvio" do científico, gerar críticas...e, há resistência, mas o que não me impede de seguir”.*

Os relatos dos participantes remeteram a dificuldades que profissionais da área oncológica ainda vivenciam acerca da inserção de temas religiosos/espirituais nos atendimentos, seja devido à ausência de preparação teórica e prática ou, ainda, por não considerar que esse tema pertence ao âmbito científico. Reconhecer preconceitos é um passo fundamental para que sejam consideradas as divergências de concepções, tornando-os produtivos para a relação terapêutica (Neubern, 2010).

A falta de conhecimento está entre as barreiras para a abordagem de assuntos religiosos/espirituais nos atendimentos (McCauley et al., 2005; Tomasso et al., 2011). A inclusão desse conteúdo na formação curricular dos profissionais pode fornecer um espaço para discussão, favorecendo a desmistificação do tema. A educação e o treinamento de profissionais da saúde para lidar com as questões religiosas e espirituais dos pacientes envolve o desenvolvimento de habilidades e competências. É preciso capacitar os profissionais para reconheçam/compreendam as necessidades religiosas/espirituais de seus pacientes, a fim de que possam delinear intervenções efetivas e reconhecer demandas para o encaminhamento do cuidado espiritual (Holloway et al., 2010).

- **Interesse pessoal**

Verbalizações sobre a busca ativa pelo conhecimento da temática da religiosidade e espiritualidade pelos profissionais.

P1 *“Tomei mais contato no mestrado por conta do meu orientador”.*

P4 *“Já havia iniciado algumas [discussões], em grupos de amigos, em disciplinas - discussão extra matéria - mas depois que recebi o convite da pesquisa, considero algo importante mesmo”.*

P3 *“Acho que essa discussão entra em alguns congressos... mas fica muito pulverizada a discussão e na dependência na busca de cada profissional”.*

Destaca-se que o interesse em se aprofundar sobre assuntos relacionados à religião/espiritualidade foi expresso apenas por psicólogos, podendo ser explicado pelas características inerentes à atuação de profissionais da Psicologia, cujos aspectos existenciais e religiosos são recorrentes (Gastaud et al., 2006)

- **Iniciativas de integração**

Experiências dos participantes com grupos de estudos nas instituições em que trabalham.

P1 *“No [local de trabalho] foi criado um grupo de pesquisa sobre espiritualidade e oncologia, iniciativa de alguns médicos do ambulatório. O grupo ainda é bem recente e só temos o horário de almoço para nos reunirmos. E na última semana foi convidado um padre para falar sobre espiritualidade, uma vez que ele é um capelão e acompanha vários dos pacientes. No próximo encontro teremos um representante do Islamismo e depois um rabino. Todos os profissionais foram convidados [a participar]. Há assistentes sociais, enfermeiros, médicos residentes, o médico responsável pelo serviço de cuidados paliativos também e vários psicólogos e*

depois um rabino”.

N1 *“Dentro da [instituição] há a liga de espiritualidade onde a temática é discutida à luz da ciência e contempla a abertura para várias religiões. [Participam] médicos, enfermeiros, eu, nutricionista, assistente social. Duas terças ao mês nos reunimos por 2 horas, para a discussão. Há sempre um profissional responsável por conduzir a discussão. Há convidados externos para falar, líderes religiosos e após a fala, o debate à luz da ciência. (...) o responsável pode convidar um líder externo para falar e então após esta fala, vamos buscar o entendimento”.*

Observou-se nos relatos que esses grupos contam com a participação de profissionais de diversas categorias, inclusive religiosos, promovendo um intercâmbio essencial para o avanço do conhecimento e o aprimoramento da atuação junto aos pacientes oncológicos. Trata-se de duas experiências de grande relevância para suprir as lacunas deixadas pela ausência de preparo na formação acadêmica.

- **Definições**

Reuniu as verbalizações em que os profissionais diferenciam os conceitos de religião e espiritualidade.

P1 *“Mas acho importante aqui fazer uma discriminação. Uma coisa me parece ser ‘a religião’ e outra a ‘religiosidade’. Porque a religião não determina a maneira como a pessoa deve se posicionar. É a própria pessoa que a partir de seus recursos pessoais, internos, vai se dirigir à religião buscando algo que a socorra ou responda a seus questionamentos existenciais em sua busca de cura ou alívio para seus sofrimentos.”*

N1 *“Eu penso que espiritualidade poderia ser definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, ou seja, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal.”*

P1 *“Bom... tomo religiosidade e espiritualidade como sinônimos.”*

P2 *“Acho que algumas religiões, de fato, orientam as pessoas sobre como devem se conduzir na vida prática, inclusive em relação à doença. Mas a religiosidade e/ou espiritualidade é algo mais próprio mesmo, que pode vir ou não através de uma prática religiosa ‘organizada’”.*

As definições de religião, religiosidade e espiritualidade descritas na literatura não são idênticas, podendo existir divergências entre autores (Dalgalarrondo, 2008). No âmbito acadêmico, existem pesquisadores que exprimem a preferência pela adoção do termo “religião”, abrangendo em sua definição, entretanto, formas não institucionalizadas de atribuição de significado por meio do sagrado (Koenig, 2007; Pargament, 1997). Porém, há autores que propõem a utilização da expressão espiritualidade, excluindo as questões religiosas, muitas vezes por considerá-las prejudiciais (Paloutzian & Park, 2004; Pargament, 1997; Zinnbauer & Pargament, 2004).

Os participantes do estudo mencionam ambos os termos – religião e religiosidade (ou espiritualidade) – exemplificando-os a partir da vivência de pacientes. Não foram constatadas objeções explícitas à religião, ainda que as explicações de P1 e P2 sugiram a preferência pela segunda expressão.

- **Dilemas éticos**

Relatos sobre alguns dilemas éticos atrelados às crenças dos pacientes e suas implicações para o tratamento, discutindo a postura dos profissionais de saúde.

M1 *“Já tive que recusar realizar uma cirurgia devido ao elevado risco já que a paciente se negava a receber transfusão. Agora, no caso de crianças, apesar da vontade da mãe, do ponto de vista de bioética (acho) e jurídico, podemos intervir”.*

P3 *“Do ponto de vista técnico, isso cria dificuldades às vezes para o próprio paciente sobretudo. Por outro lado... acho importante garantir o espaço da autonomia. Acompanhei uma mãe de uma paciente ‘Testemunha de Jeová’ que colocou que se não podia salvar o corpo da filha, ao menos queria que a alma fosse preservada. Então,... transfundir uma pessoa dessa... do ponto de vista global... pode ser mais prejudicial do que benéfico (...) A questão, eu acho, é que esses casos exigem muito diálogo”.*

P4 *“Eu acho que a situação é complicada mesmo... mas muitas vezes, é preciso perguntar: será que não se trata de uma vontade minha operar, curar o paciente pode não estar implicado na situação. Precisa de um tempo. Por isso, adiar, recusar, pode ser uma atitude do médico para trazer essa implicação para o paciente.”.*

M1 *“Mas sempre lembrando que, do ponto de vista oncológico, às vezes, o tempo acaba levando a inoperabilidade”.*

Os profissionais divergem quanto à realização de procedimentos cirúrgicos contra os preceitos religiosos dos pacientes. Nas verbalizações de M1 e de P3 são aludidas questões de ordem técnica, além dos riscos à saúde física do paciente. Os trechos citados por P3 e P4 citam problemas de natureza psicológica que podem surgir em decorrência dos procedimentos clínicos, apontando o diálogo como ferramenta para resolução dos conflitos entre paciente e equipe.

O modelo biopsicossocial considera não só os aspectos físicos e biológicos, mas também os psicológicos, sociais e espirituais, numa visão integrada do indivíduo (Gurung, 2010; Lyons & Chamberlain, 2006; Ogden, 2007; OMS, 1999; Straub, 2005). Nesse sentido, os profissionais da equipe de saúde devem valorizar a opinião do paciente, a fim de inseri-lo nas decisões sobre seu tratamento.

4.2.3 Categoria 3: Crenças

A terceira categoria contém as verbalizações relacionadas às crenças dos profissionais de saúde e dos pacientes/famíliares, explicitando a necessidade de respeito às crenças dos pacientes e

também a presença de conflitos. No total, foram contabilizados 48 relatos, sendo 20 provenientes do primeiro grupo e 28 do segundo grupo, subdivididas em quatro subcategorias.

- **Respeito**

Necessidade do profissional de saúde respeitar a crença dos pacientes oncológicos, ainda que seja distinta de suas concepções.

P1 *“(...) cada paciente porta o sagrado... então... sempre há de se ter sensibilidade e respeito para com as diferenças”.*

N2 *“Mesmo que o profissional cuidador não acredite, ele precisa respeitar a crença do paciente (...) E aí sua ‘não crença religiosa’ [de M1] aparece e pode diminuir o ‘bem estar’ do paciente, entende?”*

P3 *“(...) no caso dos pacientes e familiares vejo os que ficam felizes com a presença dos religiosos e outros que se sentem incomodados... mais uma vez entra o diálogo...”.*

P4 *“Eu acho que abordar o tema é diferente de atuar no âmbito. Eu acho que posso sim, trabalhar o tema com o paciente de acordo com o que ele me traz. Inclusive posso acompanhar o paciente numa reza, numa conversa espiritual, mas não posso por exemplo dizer o que Deus pode fazer pelo paciente ou por exemplo, dizer pro paciente que para mim existe vida após a morte”.*

P3 *“Concordo com a P4, podemos trabalhar com a religião como algo que integra as crenças daquela pessoa, como um ponto de força inclusive, isso não significa induzir uma adesão religiosa”.*

A partir da leitura dos trechos, contata-se a preocupação dos profissionais da amostra em respeitar as crenças dos pacientes e familiares, não as desqualificando, nem induzindo seu ponto de vista numa postura proselitista. Koenig (2006) sublinha que a postura do profissional deve ser sempre de respeito, proporcionando um ambiente acolhedor e suportivo ao paciente, mesmo que haja conflitos entre suas crenças e o tratamento.

O relato de P4 evidencia o receio de abordar a temática, talvez por julgar que irá influenciar as crenças dos pacientes (Balboni et al., 2007). Dentre as barreiras referidas pela literatura é citado o medo de impor as próprias crenças aos pacientes ou de ofendê-los (Monroe et al., 2003; Tomasso et al., 2011). Porém, desde que de maneira respeitosa aos preceitos seguidos pelos pacientes, os profissionais podem introduzir assuntos sobre religiosidade e espiritualidade nos atendimentos clínicos (Koenig, 2006; Panzini & Bandeira, 2007; Saad et al., 2001).

- **Imposição**

Incluiu as verbalizações relacionadas aos possíveis conflitos gerados pela hegemonia das crenças dos profissionais em detrimento das crenças dos pacientes.

N1 *“Bom... penso que partimos do princípio em dar apenas o que temos... logo nossas crenças influenciam. Se eu não penso sobre o tema, não tenho uma reflexão acerca, não tem*

porque eu fazer o paciente refletir sobre e utilizar isso como ferramenta. O mais importante é saber filtrar a sua crença suas convicções para não impor uma postura similar à sua”.

P1 *“Seu [do profissional] conjunto de crenças e práticas são a ‘única’ correta, não havendo outras possibilidades de interpretação da religião ou da vida. Essa postura mais fundamentalista, sem dúvida pode interferir negativamente”.*

M1 *“Talvez, por eu ser ateu, isso é mais fácil para mim. Eu não tenho limitações impostas pelas minhas crenças. Acredito, se eu fosse evangélico, me sentiria incomodo com crenças espíritas, por exemplo”.*

P2 *“Acho que a questão da valorização [da crença do paciente pelo profissional] entra quando de alguma forma aquilo que o paciente traz encontra ressonância com a nossa crença pessoal... e isso passa inclusive pelo nosso comportamento não verbal”.*

Pargament (1997) avalia que a falha do profissional em reconhecer como as próprias crenças afetam os pacientes seja, ao mesmo tempo, a maneira mais sutil e mais nociva. O autor mencionou alguns estudos que apontam menor envolvimento em religiões tradicionais pelos profissionais da saúde mental. Nesses casos, há o risco da adoção de uma postura de “conversão para valores seculares” (p. 361), que pode ser, igualmente, prejudicial ao paciente.

As crenças de profissionais e de pacientes podem ser fontes de conflito, especialmente nos casos em que a divergência entre elas é marcante. Nos casos de transfusão de sangue, por exemplo, os embates entre pacientes/famíliares e equipe são recorrentes no contexto oncológico. O diálogo, mais uma vez, assume um papel primordial no intercâmbio entre a perspectiva religiosa dos pacientes e a visão dos profissionais de saúde (Pargament, 1997).

- **Autoconhecimento**

Relatos acerca da necessidade do conhecimento pelos profissionais da saúde de suas crenças e valores, para que estes não interfiram negativamente nos atendimentos aos pacientes oncológicos.

P1 *“Penso que esse cuidado deve começar por cada profissional se apropriar de suas concepções, religiosas, existenciais; para saber de que forma lidar com as diferenças no contato com os pacientes”.*

P3 *“Com certeza [pergunta sobre a influência da crença do profissional]... e isso pode ser feito de uma maneira mais ou menos consciente... por isso a importância de se autoconhecer para trabalhar com atendimento clínico, em qualquer categoria profissional (...) acho que nossas crenças estão sempre presentes, a questão é ter consciência para minimizar os efeitos dessas interferências”.*

O câncer é uma doença que oferece riscos à saúde dos indivíduos. A experiência oncológica associa-se à ideia de finitude, suscitando reflexões sobre o sentido da vida e da morte para os pacientes e também para os profissionais que atuam na assistência oncológica, sobretudo

em cuidados paliativos. Sublinha-se a importância da atuação do psicólogo na equipe, auxiliando os profissionais a identificar e pensar sobre suas crenças (Junqueira, 2008).

Os próprios psicólogos necessitam realizar autoquestionamentos referentes às suas crenças sobre a vida, incluindo aspectos religiosos e espirituais (Neubern, 2010). Há estudos que indicam a influência das crenças dos profissionais da saúde no cuidado do paciente (Ecklund et al., 2007; Peixoto, 2006). Aos profissionais da saúde, cabe a reflexão sobre a própria necessidade de ter uma religião que ofereça conforto para lidar com situações de doença (Espíndula et al., 2010).

- **Dicotomia entre ciência e religião**

Agrupou as frases cujo conteúdo envolve conflitos entre ciência e religião, distanciando as questões religiosas/espirituais da prática clínica de profissionais da saúde, numa postura positivista que ainda é repassada em sua formação.

N1 *“(...) é a velha imagem de que religião não caminha ao lado da ciência (...) que nós mesmos, profissionais de saúde, fizemos questão de reforçar ao longo da trajetória”.*

P2 *“(...) falamos sobre profissionais que se formam dentro de um paradigma positivista, ainda”.*

M1 *“Não creio que a religiosidade/espiritualidade tenha ação direta sobre a evolução clínica de um paciente”.*

P4 *“Como eu acho que as coisas interagem, não estão isoladas: corpo físico e corpo emocional, eu acho que há interação, ficando difícil separar”.*

P3 *“Compreendo que pode ser de uma maneira indireta como colocado pelo ‘M1’, mas muitas vezes esse indireto ocupa uma centralidade tal que pode ser definidor de muitos processos”.*

N2 *“É o velho embate CIÊNCIA X RELIGIÃO”.*

As mudanças na maneira de conceber saúde favorecem a integração dos aspectos espirituais e religiosos na compreensão do processo saúde-doença, conforme vem sendo discutido exaustivamente no âmbito acadêmico (Gurung, 2010; Lyons & Chamberlain, 2006; Ogden, 2007; Straub, 2005). No entanto, a prática clínica ainda encontra resistências para a aplicação do paradigma biopsicossocial, em parte explicadas pela necessidade do direcionamento oferecido pelas pesquisas empíricas, principalmente das profissões cujo desenvolvimento seguiu por décadas os preceitos positivistas, com ênfase no conhecimento biológico.

A aproximação entre saberes psicológicos e religiosos não deve se reduzir à aplicação de conceitos de um sobre o outro, e sim, por meio de análise crítica, integrar os conhecimentos científicos e os provindos de tradições religiosas (Ancona-Lopez, 2002). A Psicologia da Religião, do ponto de vista científico, instrumentaliza os pesquisadores para a compreensão da religiosidade a partir de evidências de suas concepções (Paloutzian & Park, 2004).

Geertz (1973/2008) contrapõe a perspectiva religiosa à perspectiva científica pelo

questionamento da realidade a partir do “compromisso” e do “encontro” pela primeira, e do “desligamento” e da “análise” pela segunda. Mais do que identificar correlatos entre os aspectos religiosos e seculares, a compreensão do papel social e psicológico da religião para a vida dos indivíduos visa compreender os sentidos atribuídos ao real a partir de suas disposições religiosas.

O tema religioso ainda é tabu no âmbito acadêmico, em geral, onde os resquícios do positivismo perduram até os dias atuais, como pode ser notado nos relatos dos profissionais. A procura pelo conhecimento verdadeiro e único acaba, por vezes, levando o profissional a desconsiderar as contribuições advindas dos próprios pacientes (Neubern, 2010). Porém, tanto religião como ciência visam compreender e organizar o conhecimento sobre o universo, podendo dialogar entre si de forma produtiva (Pargament, 1997).

4.2.4 Categoria 4: papel dos representantes religiosos

Essa categoria reuniu as verbalizações dos participantes sobre as atribuições dos profissionais religiosos no contexto oncológico, sua relação com os profissionais da saúde e os limites de atuação entre ambos. Em termos quantitativos, foram registradas 36 relatos (14 do primeiro grupo e 22 do segundo grupo), agrupados em três subcategorias.

- **Relacionamento**

Foram selecionados os trechos que se referem ao relacionamento entre os profissionais de saúde e religiosos que acompanham pacientes oncológicos. No geral, há profissionais que mantêm tanto uma relação mais próxima quanto os que não procuram se envolver com as questões religiosas.

- Respeito

N1 *“Dentro do serviço que vivencio, vejo uma relação de respeito!”.*

P2 *“Normalmente os profissionais [de saúde] abrem espaço”.*

P1 *“Sim... nunca vi restrição à presença de representantes religiosos”.*

- Proximidade

P1 *“Tende a ser um trabalho conjunto sim (...)”.*

M1 *“Sim, mas deveria haver mais. Inclusive, foi uma preocupação nossa. Até mesmo para evitar que haja falsas expectativas destes representantes e que sejam passadas para os pacientes”.*

- Distanciamento

P2 *“O grande impedimento é quando a religião reforça alguma conduta ou enfrentamento considerado oposto ou disfuncional em relação ao quadro clínico do paciente. (...) Há muitas críticas a religiões específicas, pelo que percebo”.*

N2 *“Vejo padres e pastores rezando à beira do leito na clínica de internação. Nessa hora os profissionais de saúde meio que se afastam... (...) Não. Não há interação. São trabalhos individuais”.*

P4 *“O núcleo é separado: saúde e religião. Acho que como ‘N2’ falou, ninguém quer se envolver muito”.*

P3 *“Eu não tenho um diálogo sistemático... os contatos em geral são feitos mediante necessidades específicas dos pacientes que atendo... mas acho que deveria ter mais diálogo”.*

- **Assistência religiosa**

Englobou os relatos cujo conteúdo alude à presença de profissionais religiosos nas instituições hospitalares.

P2 *“É comum que os representantes religiosos visitem os pacientes hospitalizados para fazer orações”.*

N2 *“Tem um padre e uma mini-capela católica no hospital”.*

P3 *“Onde trabalho tem um oratório... (...) e alguns religiosos frequentam o hospital também...”.*

M1 *“No caso da nossa equipe de cuidados paliativos, acabou-se formando um núcleo de representantes das algumas religiões”.*

P4 *“(...) acho que a presença religiosa deveria ser solicitada pelo paciente e não algo imposto pelo hospital”.*

Os capelães podem oferecer auxílio por meio de rituais, sacramentos, promovendo conforto e favorecendo a transição no caso de perdas, além de facilitar a comunicação entre pacientes/familiares e a equipe. Adicionalmente, esses profissionais também são responsáveis por proporcionar apoio aos profissionais de saúde, incluindo tópicos sobre luto ou a morte de um paciente em especial, valores conflitantes com o trabalho, autocuidado, entre outros (Fitchett et. al., 2010).

Conforme já mencionado, o Brasil ainda não possui serviços de capelania na maioria de seus hospitais (Gentil et al., 2011). Assim, a maioria dos provedores de cuidados religiosos são voluntários ou membros da comunidade religiosa do paciente/familiar.

Um levantamento representativo da população brasileira constatou que, para a grande maioria, a religião é considerada muito importante, havendo uma parcela ínfima de brasileiros que se autodenomina sem religião (Moreira-Almeira et al., 2010). Assim, em momentos de sofrimento, os pacientes oncológicos podem recorrer às crenças religiosas, exigindo, muitas vezes, o direcionamento a profissionais responsáveis por fornecer um adequado cuidado religioso/espiritual.

Algumas diretrizes são apontadas por Fitchett et. al. (2010) sobre o encaminhamento dos pacientes aos capelães. Por exemplo, há situações em que o paciente/familiar se encontra longe de sua comunidade religiosa. Os membros da igreja podem não se sentirem confortáveis em frequentar o hospital ou, ainda, não têm tempo para deixar suas obrigações cotidianas. É possível, ainda, que os capelães atendam às necessidades espirituais dos pacientes, não obrigatoriamente vinculadas a uma doutrina religiosa.

Alguns dos futuros desafios dos cuidados religiosos concerne à padronização das práticas de capelães, o que favoreceria o encaminhamento de pacientes para profissionais religiosos. Assim, os profissionais da saúde podem ter diretrizes sobre em que momento referenciar seus pacientes a assistência religiosa especializada. Para tanto, é primordial a condução de pesquisas que avaliem as intervenções de cuidado espiritual, visando comprovar sua eficácia (Fitchett et al., 2010).

Como ressaltou P4, há necessidade da solicitação pelo paciente do apoio religioso. De fato, o profissional da saúde deve respeitar sua autonomia, o que não impede de averiguar se existem demandas que não são demonstradas espontaneamente pelo paciente. Cabe salientar que capelães e líderes religiosos devem fazer parte da equipe multidisciplinar, participando das discussões sobre os cuidados médicos dos pacientes e contribuindo com a equipe (Fitchett et al., 2010; Puchalski et al., 2009).

- **Limites de atuação**

Delimitação dos papéis de profissionais da saúde e religiosos. Alguns trechos remetem às especificidades da atuação do profissional da saúde e dos líderes religiosos. O relato de M1 descreve a postura mais flexível assumida pelos profissionais religiosos que atuam no mesmo serviço oncológico.

P1 *“Como já fui vocacionado, tenho algum conhecimento até teológico, então quando o paciente, o que é comum, fala algo sobre religião, ou quando adota uma determinada interpretação bíblica, também tenho tranquilidade em realizar intervenções nesse sentido, claro, sempre dentro do campo psicológico e simbólico”.*

P4 *“(...) A religião não é nosso campo de atuação. Assim como enquanto psicóloga não dou palpite médico (...) mas não posso por exemplo dizer o que Deus pode fazer pelo paciente”.*

M1 *“Os representantes religiosos que trabalham conosco na equipe de cuidados paliativos perceberam que é importante essa informação também técnica dos limites de ação e, numa capacitação que eles fizeram com outros representantes religiosos, eles focaram muito nisso. Até mesmo, para evitar ‘vender’ ao paciente uma falsa expectativa de cura. Eles passam a focar mais em outras questões porque eles perceberam que, em situações que eles focaram nesta expectativa de cura acabaram por prejudicar a ação clínica dos profissionais de saúde”.*

N2 *“Queria eu que as religiões (vou colocando todas em um saco) tivessem essa capacidade de se desprender de seus dogmas e vivessem o real daquilo que é possível. Seria muito mais leve para todos”.*

P3 *“(...) convivência de dois sistemas de atuação distintos, sem necessidade de sobreposições”.*

Algumas redes internacionais de Oncologia fornecem orientações para que os profissionais da saúde, de forma geral, incentivem o paciente a procurar atividades religiosas em sua comunidade, respeitando suas necessidades e crenças (National Cancer Institute, 2009; National

Comprehensive Cancer Network, 2011). Conforme afirmado por Kristeller et al. (2005), as intervenções para avaliar a religiosidade/espiritualidade dos pacientes não necessitam de conhecimentos aprofundados sobre doutrinas religiosas. Em situações que exigem abordagens mais específicas, é preciso encaminhá-los a pessoas especializadas nesse tipo de cuidado.

Os médicos, ao oferecer um tratamento integral aos pacientes, devem abarcar as questões espirituais, tendo em vista a posição privilegiada para identificar as necessidades espirituais dos pacientes e realizar encaminhamentos (Sulmasy, 2009). Como bem salientado por P3, o trabalho de profissionais da saúde e profissionais religiosos não se sobrepõem completamente, o que permite atuar em diferentes níveis e com objetivos diversos (Rabelo, 1993).

Cabe aos psicólogos avaliar os efeitos – positivos ou negativos – das crenças dos indivíduos em seus comportamentos e sobre os diversos aspectos da vida, não fazendo julgamentos de valores morais de adequação, nem questionando a existência de Deus ou da vida após a morte, papel esse pertencente aos teólogos e pastores (Jung, 1962/1965; Paiva, 2007, Pargament, 1997). É importante ressaltar que a análise do fenômeno religioso deve ultrapassar a mera acomodação desse tipo de experiência às teorias postuladas, cedendo espaço para que o profissional conheça genuinamente as vicissitudes dessa vivência para o paciente (James, 1902/1994).

Os participantes M1 e N2 mencionam a necessidade de uma postura tolerante dos representantes religiosos diante de concepções que contrariem suas crenças. No entanto, não há menção sobre a compreensão das posições religiosas pelo profissional da saúde. Como refere P3, os papéis não devem ser sobrepostos, o que pode levar à perda da identidade de ambos os tipos de profissional (Pargament, 1997). Vale lembrar que o diálogo entre os profissionais de saúde e de assistência religiosa deve favorecer a troca de opiniões de maneira isonômica, com a escuta recíproca dos argumentos apresentados por ambas as partes. Ademais, independente da especialidade, os profissionais devem sempre buscar uma atuação conjunta com os profissionais religiosos, promovendo estratégias religiosas dos pacientes de maneira construtiva (Junqueira, 2008; Maciejewski et al., 2011).

Os dados obtidos por meio do questionário eletrônicos e dos grupos focais *online* trouxeram uma série de elementos para a compreensão da concepção dos participantes do presente estudo sobre a relação entre saúde, religiosidade e espiritualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisadores contemporâneos têm progressivamente investigado a influência das crenças da população para seu estado de saúde, tendo por base uma concepção de saúde não restrita à ausência de doenças, a fim de construir diretrizes para a atuação do profissional da saúde que leve em consideração os pacientes em sua singularidade, bem como em sua totalidade (Lyons & Chamberlain, 2006; Straub, 2005).

A partir dessa perspectiva, delineou-se o presente trabalho, com o intuito de pesquisar as concepções dos profissionais da saúde sobre as possíveis influências que a religiosidade/espiritualidade proporciona para a vida das pessoas e, especificamente, àquelas que foram acometidas pelo câncer. Na primeira etapa, realizou-se um levantamento de natureza quantitativa. Na segunda parte do estudo, o tema foi explorado de maneira qualitativa, por meio de grupos focais *online*. Considera-se que os objetivos foram alcançados, de acordo com o que é esperado de um estudo descritivo e exploratório. Os principais resultados serão sintetizados a seguir.

Apesar de mais da metade dos participantes ter mencionado alguma denominação religiosa, seus hábitos religiosos públicos e privados não são frequentes, com exceção dos psicólogos, que se distribuíram em muito ou pouco assíduos. A maioria dos respondentes considerou-se espiritualizada, consonante com alguns estudos (Alves, 2004; Ecklund et al., 2007; Paiva, 2002; Pargament, 1997).

Quanto à percepção dos respondentes sobre a influência da religiosidade e espiritualidade, houve predominância de uma visão positiva, tanto na vida das pessoas em geral como em suas próprias vidas. Da mesma forma, foram percebidos mais efeitos positivos sobre a saúde, tais como auxílio do enfrentamento de doenças e a promoção de comportamentos saudáveis. Na discussão em grupo, os participantes também relataram mais influências positivas do que negativas, corroborando a literatura (Faria & Seidl, 2005; Fitchett & Canada, 2010; Hanson et al., 2008; Koenig 2001a, Koenig 2001b; Koenig 2001c; Koenig, 2009; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 1997; Sanchez et al., 2010).

Em geral, os efeitos negativos foram citados em menor proporção. Os profissionais do estudo indicaram influência maior da religião em comparação à espiritualidade, sugerindo atribuições negativas ao papel da primeira (Zinnbauer & Pargament, 2004). Contudo, na discussão grupal, apesar dos participantes diferenciarem os conceitos de religião e religiosidade (ou espiritualidade), não foram mencionados explicitamente aspectos negativos vinculados à religião. Possíveis distinções dos papéis da religião e da espiritualidade são temas que merecem ser elucidados em pesquisas futuras.

Os respondentes afirmaram que assuntos relacionados a temas religiosos/ espirituais são frequentemente expostos pelos pacientes nos atendimentos. No entanto, os médicos da pesquisa

evidenciaram uma frequência menor comparativamente às demais categorias profissionais. Esse dado sugere que os pacientes podem não se sentir estimulados a falar sobre suas crenças nos atendimentos médicos. Outra suposição diz respeito à falta de treinamento dos profissionais para identificar as demandas dos pacientes, conforme a literatura (McCauley et al., 2005; Monroe et al., 2003; Tomasso et al., 2011). Vale lembrar que, de acordo com o Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2009), a atuação do profissional deverá ser isenta de discriminações, seja qual for sua natureza, o que abrange o respeito às crenças religiosas dos pacientes.

A maioria dos profissionais (63,5%) relatou a abordagem de questões religiosas/espirituais com seus pacientes oncológicos. Porém, a maneira como os participantes descreveram essa abordagem supõe sua ocorrência a partir do conteúdo mencionado pelo paciente. É possível que os itens do questionário acerca desse tema tenham sido alvo de interpretações equivocadas, ocasionando imprecisão na avaliação da abordagem por iniciativa do profissional. Outros estudos podem vir a complementar essa informação.

Com relação ao encaminhamento dos pacientes para os profissionais religiosos na instituição, mais de 80% dos profissionais que responderam ao questionário negaram essa conduta. Esse dado pode ser explicado, em parte, pela quantidade expressiva de profissionais que relatou atuar em clínicas particulares. Além disso, a ausência de um serviço de referência no local de trabalho dos participantes também é um fator relevante, tendo em vista que somente 15 profissionais disseram contar com o apoio de capelães na instituição em que trabalham.

No tangente às influências que a religiosidade/espiritualidade do paciente pode exercer na experiência do câncer, os profissionais sinalizaram a percepção de maiores efeitos positivos do que negativos, com destaque para o conforto e o fortalecimento do paciente. Porém, os pacientes também podem avaliar o câncer como punição divina, de acordo com a opinião dos participantes, constituindo-se num foco de atuação dos profissionais da saúde para sua identificação e possível encaminhamento a líderes religiosos, a fim de ressignificar a experiência oncológica (Fitchett et al., 2010).

A respeito do uso de estratégias religiosas para lidar com o estresse pelos participantes, detectou-se média significativamente maior do padrão positivo de enfrentamento do que negativo, tanto na análise global quanto por categorias profissionais, assim como registrado na literatura (Koenig, 2000; Koenig 2009; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 1997). Houve correlação entre o enfrentamento positivo e as variáveis referentes a práticas religiosas, à espiritualidade e aos efeitos positivos para a vida das pessoas, para sua saúde e para a vivência do câncer pelo paciente. Desse modo, o uso positivo da religião ou espiritualidade para lidar com o estresse pode favorecer a maneira como os profissionais do estudo concebem a religiosidade de seus pacientes (Ecklund et al., 2007; Nascimento & Roazzi, 2007; Peixoto, 2006).

É válido lembrar que os participantes foram avaliados a partir de uma escala de autorrelato, que pode ter incrementado as respostas positivas em função da desejabilidade social. Além disso, a escala possui itens negativos que mencionam elementos vinculados a tradições religiosas, tais como “pergunto se minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou” e “chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer”. Isso pode ter provocado a redução da média de respostas vinculadas ao enfrentamento negativo pelos respondentes sem afiliação religiosa ou que possuem crenças sem vínculos institucionais. Sugere-se que estudos futuros incluam instrumentos de avaliação mais generalistas da religiosidade, como, por exemplo, a Escala de Bem-Estar Espiritual, adaptada e validada para a língua portuguesa por Marques et al. (2009).

Na discussão de ambos os grupos conduzidos da segunda etapa do estudo, os participantes disseram não ter recebido formação acadêmica para a atuação no contexto oncológico, apontando a lacuna de disciplinas com conteúdo religioso/espiritual nos currículos de cursos da área da saúde. Dois profissionais relataram não se sentir preparados para lidar com esse tema e um deles demonstrou sentimentos ambivalentes quanto à preparação. A falta de treinamento e de conhecimento, a inabilidade em identificar as demandas dos pacientes e as preocupações em se projetar crenças nos pacientes são possíveis barreiras para a abordagem da temática, segundo a literatura (McCauley et al., 2005; Monroe et al., 2003; Tomasso et al., 2011). Dessa forma, ratifica-se a importância de oferecer disciplinas para instrumentalizar os profissionais para lidar com as questões religiosas/espirituais dos pacientes.

O respeito às crenças dos pacientes foi citado pelos participantes dos grupos, salientando-se a necessidade do autoconhecimento a fim de evitar que assumam uma postura proselitista com o paciente, ainda que de maneira velada. A visão positivista do binômio religião-ciência ainda está presente no contexto oncológico, segundo a opinião desses profissionais. É possível notar, também, tentativas de integração entre religião e ciência. Cabe ressaltar que o embasamento teórico da atuação deve servir como orientação ao profissional (Neubern, 2010), não excluindo a contribuição do próprio paciente no enfrentamento de sua doença.

Os participantes mencionaram a presença de representantes religiosos nas instituições, com os quais os profissionais da saúde se relacionam de maneira respeitosa, mas também evitam o contato. Foi debatida, ainda, a necessidade de delimitação dos papéis de profissionais da saúde e de religiosos, com a expectativa de que os últimos sejam mais flexíveis com relação às próprias crenças. Salienta-se a necessidade dos profissionais de saúde também serem mais transigentes com relação aos representantes religiosos, estabelecendo um diálogo em que ambas as partes possam ser devidamente ouvidas.

Essa pesquisa empregou recursos eletrônicos para a coleta dos dados em ambas as etapas. A avaliação do uso dessas estratégias de investigação aponta vantagens e desvantagens em se adotar esse método (Abreu et al., 2009; Flick, 2009). Entre os pontos positivos identificados na presente pesquisa, é possível destacar a eliminação da etapa de transcrição do banco de dados, o

anonimato dos participantes, permitindo maior liberdade de expressão de suas opiniões. Além disso, as respostas ao questionário poderiam ser efetuadas de acordo com a disponibilidade do profissional. Na segunda etapa, houve a possibilidade de interação entre pessoas de regiões do país distantes entre si, fato que, em um grupo presencial, seria bastante dificultado.

Ainda quanto ao método, as desvantagens constatadas, de maneira geral, foram: ser necessário o profissional ter acesso à internet e a sua insegurança sobre o endereço do questionário (vírus e *spams*). Quanto ao questionário, houve problemas no registro das respostas a uma das questões, devidamente corrigidos de modo a não inviabilizar as análises. Uma restrição importante foi a impossibilidade de esclarecer dúvidas que o profissional eventualmente apresentasse no momento de suas respostas. Apesar do acesso não gerar custos para o participante, o ambiente do grupo exigia um complemento de uso corriqueiro, mas que atrasou o ingresso de uma das integrantes do primeiro grupo.

Avalia-se, de maneira geral, que a escolha de ferramentas eletrônicas foi adequada para o tipo de pesquisa realizada, bem como para a problemática investigada. Recomenda-se que estudos futuros com esse método contem com pesquisadores auxiliares devidamente capacitados durante todo o período da pesquisa, a fim de otimizar a coleta de dados tanto em questionários eletrônicos quanto em grupos *online*.

É possível mencionar algumas limitações desse trabalho. Primeiramente, não foram encontrados registros sobre o quantitativo de profissionais da saúde que atuam na área da Oncologia, impossibilitando o cálculo da representatividade da amostra estudada. Ademais, os estudos brasileiros com profissionais da saúde são escassos, motivando a realização de um estudo descritivo e exploratório. Da literatura revisada, os participantes da maioria dos trabalhos foram profissionais da área da Enfermagem, especialidade pouco expressiva no corrente trabalho. Pode ser que o número reduzido de respondentes dessa categoria profissional esteja relacionado à dificuldade do acesso ao questionário, bem como à elevada carga horária laboral desses profissionais.

Além dos profissionais da Enfermagem, outras categorias profissionais não foram contempladas pelo estudo, como assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros. Apenas os psicólogos tiveram uma participação elevada, permitindo análises mais confiáveis, sendo os dados de médicos e nutricionistas analisados com cautela. Ressalta-se que a pesquisadora possui formação em Psicologia, fato que pode ter fomentado a maior taxa de respostas de profissionais dessa classe.

Outra ponderação a ser feita sobre a pesquisa concerne à natureza da temática investigada. A religião, conforme citada pelos próprios participantes, ainda hoje é vista com preconceito no meio acadêmico-científico, fator que pode ter desestimulado a participação de alguns profissionais. Além disso, elaborou-se o questionário com um número de itens que motivasse o respondente a concluí-lo. Esse fator, associado às possíveis dúvidas que surgissem para os participantes, limita

alguns temas a hipóteses que requerem mais investigações.

Diante disso, propõem-se sugestões para pesquisas futuras. Primeiramente, as implicações da perspectiva do profissional sobre as diferenças entre os conceitos de religiosidade e espiritualidade podem ser aprofundadas. A abordagem da temática nos atendimentos também deve ser contemplada, recomendando-se como método a realização de intervenções grupais, com o intuito de instrumentalizar o profissional para a sua prática clínica. É importante, também, que seja feita a avaliação posterior da eficiência do treinamento. Outro ponto a ser contemplado em estudos subsequentes se refere à religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde da área oncológica, incluindo instrumentos que abarquem conceitos como qualidade de vida e bem-estar espiritual.

As contribuições deste estudo para o conhecimento e aprimoramento da prática profissional envolvem a constatação da escassez de disciplinas preparatórias para lidar com a temática, a necessidade de oferecer treinamento e de estabelecer um trabalho conjunto com profissionais religiosos, em prol de um atendimento integral para o paciente oncológico.

REFERÊNCIAS

- Abreu, N. A., Baldanza, R. F., & Gondim, S. M. G. (2009). Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. *Journal of Information Systems and Technology Management (Online)*, 6(1), 5-24. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-17752009000100002&script=sci_arttext
- Aldwin, C.M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. London: Guilford Press.
- Almeida, A. M., Cho, H. J., Amaro, J. W. F., & Lotufo Neto, F. (2000). Núcleo de estudos de problemas espirituais e religiosos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(2), Retirado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/carta.htm>
- Alves, V. P. (2004). Fenomenologia da religião: pesquisas sobre a experiência religiosa com universitários e suas implicações para o ensino religioso. Em A. Holanda (Org.), *Psicologia, religiosidade e fenomenologia* (pp. 79-95). Campinas: Editora Alínea.
- American Cancer Society. (2008). Spirituality and prayer. Retirado de <http://www.cancer.org/Treatment/TreatmentsandSideEffects/ComplementaryandAlternativeMedicine/MindBodyandSpirit/spirituality-and-prayer>
- American Psychological Association. (1995). *DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6. ed.). Washington, DC: APA.
- Ancona-Lopez, M. (2002). Psicologia e religião: recursos para construção do conhecimento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(2), 78-85. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v19n2/a05.pdf>
- Andrykowski, M. A., Beacham, A. O., Schmidt, J. E., & Harper, F. W. K. (2006). Application of the theory of planned behavior to understand intentions to engage in physical and psychosocial health behaviors after cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 15(9), 759-771. doi: 10.1002/pon.1007
- Aquino, T. A. A.; Correia, A. P. M., Marques, A. L. C., Souza, C. G., Freitas, H. C. A., Araújo, I. F., ... Araújo, W. F. (2009). Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29(2), 228-243.
- Aquino, V. V., & Zago, M. M. F. (2007). O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 42-47. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a07.pdf
- Azari, N. P., Nickel, J., Wunderlich, G., Niedeggen, M., Hefter, H., Tellmann, L., ... Seitz, R. J. (2001). Neural correlates of religious experience. *European Journal of Neuroscience*, 13, 1649-1652. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11328359>

- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560. doi: 10.1200/JCO.2006.07.9046
- Barbosa, K. A., & Freitas, M. H. (2009). Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos. *Revista Kairós*, 12(1), 113-134. Retirado de <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2783/1818>
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (5ª ed.). (L. A. R. e A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Beltrão, M. R. L. R., Vasconcelos, M. G. L., Pontes, C. M., & Albuquerque, M. C. (2007). Câncer infantil: Percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. *Jornal de Pediatria*, 83(6), 562-566. doi: 10.2223/JPED.1723
- Borneman, T., Ferrell, B., & Puchalski, C. M. (2010). Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 163-173. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019
- Bouso, R. S., Serafim, T. S., & Misko, M. D. (2010). Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2). Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_03.pdf
- Calderero, A. R. L., Miasso, A. I., & Corradi-Webster, C. M. (2008). Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de Enfermagem de pronto atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 51-62. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>
- Calveti, P. U. (2006). *Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com hiv/aids*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, Rio Grande do Sul.
- Calveti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: Perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n4/v27n4a11.pdf>
- Carvalho, M. M. M. J. (Org.). (2003). *Introdução à psiconcologia*. Campinas: Livro Pleno.
- Castañon, G. (2007). *Introdução à Epistemologia*. São Paulo: EPU.
- Chaves, E. C. L., Carvalho, E. C., Beijo, L. A., Goyatá, S. L. T., & Pillon, S. C. (2011). Eficácia de diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de Enfermagem sofrimento espiritual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4). Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_08.pdf
- Conselho Federal de Medicina (2009). *Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009*. Retirado de http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122
- Conselho Nacional de Saúde (1996). *Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996*. Retirado de <http://conselho.saude.gov.br>

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1998). Brasília, DF. Retirado de http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm
- Cortez, E. A. (2009). *Religiosidade e espiritualidade no ensino de Enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Costa, P., & Leite, R. C. B. O. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 355-364. Retirado de http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/355_artigo5.pdf
- Costa Júnior, A. L., Coutinho, S. M. G., & Kanitz, S. (2000). O enfrentamento do câncer em crianças. *Pediatrica Moderna*, 36(5), 330-333.
- Costanzo, E. S., Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28(2), 147-156. doi: 10.1037/a0013221
- Cruz, C. T., Barros, N. F., & Hoehne, E. L. (2009). Evidências sobre o uso de práticas alternativas e complementares no tratamento convencional de neoplasias mamárias. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(3), 237-246. Retirado de http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/41_artigo5.pdf
- Dal-Farra, R. A., & Geremia, C. (2010). Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(4), 587-597. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n4/v34n4a15.pdf>
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Davidson, R., Geoghegan, L., McLaughlin, L., & Woodward, R. (2005). Psychological characteristics of cancer patients who use complementary therapies. *Psycho-Oncology*, 14, 187-195. doi: 10.1002/pon.834
- Decat, C. S. (2008). *Avaliação diagnóstica do distress: contribuições para a rotina de atendimento em serviço de oncologia*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Decat, C. S., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Psico-oncologia: apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar. *Brasília Médica*, 47(1), 93-99.
- Decreto n. 30.582, de 16 de julho de 2009*. (2009). Regulamenta a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva de que trata a Lei nº 3.216, de 5 de novembro de 2003, alterada pela Lei nº 3.540, de 11 de janeiro de 2005, no âmbito do Distrito Federal. Brasília, DF. Retirado em 25/02/2011, de <http://www.cl.df.gov.br>
- Dezorzi, L. W., & Crossetti, M. G. O. (2008). A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de Enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2). Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_07.pdf
- Ecklund, E. H., Cadge, W., Gage, E. A., & Catlin, E. A. (2007). The religious and spiritual beliefs and practices of academic pediatric oncologists in the United States. *Journal of Pediatric*

- Hematology/Oncology*, 29(11), 736-742. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17984690>
- Elias, A. C. A., Giglio, J. S., Pimenta, C. A. M., & El-Dash, L. G. (2007). Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl 1), 60-72. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a09v34s1.pdf>
- Espíndula, J. A., Valle, E. R. M., & Bello, A. A. (2010). Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6). Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_25.pdf
- Faria, J. B. (2004). *Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf>
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18.pdf>
- Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group. (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research: a report of a national working group*. Fetzer Institute, Kalamazoo, MI. Retirado de <http://www.fetzer.org/research/248-dses>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). London: Sage.
- Figueiredo, L. C. M., & Santi, P. L. R. (2004). *Psicologia, uma (nova) introdução* (2ª ed.). São Paulo: Educ.
- Fitchett, G., & Canada, A. L. (2010). The hole of religion/spirituality in coping with cancer: evidence, assessment, and intervention. Em J. C. Holland et al. (Orgs.), *Psycho-oncology* (pp. 440-446). New York: Oxford University Press.
- Fitchett, G., King, S. D. W., & Vandenhoeck, A. (2010). Education of chaplains in psycho-oncology. Em J. C. Holland et al. (Orgs.), *Psycho-oncology* (pp. 605-609). New York: Oxford University Press.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16779.pdf>
- Flick, U. (2009). Pesquisa qualitativa *online*: a utilização da internet. Em U. Flick (Ed.), *Introdução à pesquisa qualitativa* (pp. 238-253). Porto Alegre: Artmed.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3701593>

- Freitas, M. H. (2005). Notícia: X Congresso Internacional da Sociedade Italiana de Psicologia da Religião. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(1), 123. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a17v21n1.pdf>
- Freitas, M. H. (2011). Notícia: VII Seminário “Psicologia e Ensino Religioso” – Enfrentamento (Coping) Religioso e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(2), 257. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n2/a19v27n2.pdf>
- Freud, S. (1997). O futuro de uma ilusão. (J. O. A. Abreu, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).
- Gastaud, M. B., Souza, L. D. M., Braga, L., Horta, C. L., Oliveira, F. M., Sousa, P. L. R., & Silva, R. A. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 12-18. Retirado de http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/bem_estar_espiritual_28_01_06.pdf
- Geertz, C. (2008). A religião como sistema cultural. Em C. Geertz (2008), *A interpretação das culturas*. (pp. 65-91). Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos (Trabalho original publicado em 1973).
- Gentil, R. C., Guia, B. P., & Sanna, M. C. (2011). Organização serviços de capelania hospitalar: estudo bibliométrico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15 (1), 162-170. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/23.pdf>
- Gimenes, M. G. G. (2000). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp.111-147). São Paulo: Editorial Psy.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 52-63. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a05.pdf>
- Gonçalves, A. M. S. (2008). *Estudo dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 53-59. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a08.pdf>
- Gurung, R. A. R. (2010). *Health Psychology: a cultural approach*. (2. ed.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Gussi, M. A., & Dytz, J. L. G. (2008). Religião e espiritualidade no ensino e assistência de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 377-384. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a17v61n3.pdf>

- Hanson, L. C., Dobbs, D., Usher, B. M., Williams, S., Rawlings, J., & Daaleman, T. P. (2008). Providers and types of spiritual care during serious illness. *Journal of Palliative Medicine*, *11*(6), 907-914. doi: 10.1089/jpm.2008.0008
- Hoffmann, F. S., Müller, M. C., & Frasson, A. L. (2006a). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *7*(2), 239-254. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a07.pdf>
- Hoffmann, F. S., Müller, M. C., & Rubin, R. (2006b). A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, *14*(2), 143-150.
- Holloway, M., Adamson, S., McSherry, W., & Swinton, J. (2010). *Spiritual care at the end of life: a systematic review of the literature*. Retirado de <http://www.abdn.ac.uk/cshad/documents/SpiritualCareattheEndofLife.pdf>
- Holt, C. L., Caplan, L., Shulz, E., Blake, V., Southward, V. L., & Buckner, A. V. (2009). Development and validation of measures of religious involvement and the cancer experience among african americans. *Journal of Health Psychology*, *14*(4), 525-535. doi: 10.1177/1359105309103572
- Holt, C. L., Clark, E. M., Kreuter, M. W., & Rubio, D. M. (2003). Spiritual health locus of control and breast cancer beliefs among urban african american women. *Health Psychology*, *22*(3), 294-299. doi: 10.1037/0278-6133.22.3.294
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Comitê de Assistência Religiosa*. Retirado de <http://www.hcnet.usp.br/adm/care/index.htm>
- Howsepian, B. A. & Merluzzi, T. V. (2009). Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, *18*, 1069-1079. doi: 10.1002/pon.1442
- Instituto de Medicina do Além (2011). *Cirurgia Espiritual*. Retirado de <http://www.espiritismodralonso.org.br/site/cirurgia-espiritual>
- Instituto Nacional de Câncer (2011). *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Retirado de <http://www.inca.gov.br>
- James, W. (1994). *The varieties of religious experience*. New York: The Modern Library. (Trabalho original publicado em 1902).
- Japiassú, H. (1995). *Introdução à epistemologia da Psicologia*. (5ª. ed.). São Paulo: Ed. Letras e Letras.
- Jarros, R. B., Dias, H. Z. J. D., Müller, M. C., & Sousa, P. L. R., (2008). Estudo bibliométrico da produção brasileira na interface da Psicologia com espiritualidade-religiosidade. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, *9*(2), 251-258.
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, *25*(6): 753-761. doi: 10.1037/0278-6133.25.6.753

- Jung, C. G. (1965). *Psicologia e religião*. (F. Guimarães, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Trabalho original publicado em 1962).
- Junqueira, L. C. U. (2008). *Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Kang, J., Shin, D. W., Choi, J. Y., Park, C. H., Baek, Y. J., Mo, H. N., ... Son, K. Y. (2011). Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious Asian country. *Psycho-Oncology*. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1901/pdf>
- Koenig, H. G. (2000). Religion and medicine I: historical background and reasons for separation. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30(4), 385-398. Retirado de [http://66.199.228.237/mof/pdf/Koenig_\(2000-2001\)_ReligionandMedicine.pdf](http://66.199.228.237/mof/pdf/Koenig_(2000-2001)_ReligionandMedicine.pdf)
- Koenig, H. G. (2001a). Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(1), 97-109. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529395>
- Koenig, H. G. (2001b). Religion and medicine III: developing a theoretical model. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(2), 199-216. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11760863>
- Koenig, H. G. (2001c). Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(3), 321-336. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11841129>
- Koenig, H. G. (2006). The spiritual history. *Southern Medical Journal*, 99(10), 1159-1160. doi: 10.1097/01.smj.0000242751.31841.35
- Koenig, H. G. (2007). Religion, spirituality and medicine in Australia: research and clinical practice. *Medical Journal of Australia*, 186(10), 45-46. Retirado de http://www.mja.com.au/public/issues/186_10_210507/koe10330_fm.html
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19497160>
- Koenig, H. G., George, L. K., Titus, P., & Meador, K. G. (2004). Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1579-1585. Retirado de <http://www.archinternmed.com>
- Koenig, H. G., Hooten, E. G., Lindsay-Calkins, E., & Meador, K. G. (2010). Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(4), 391-398. doi: 10.2190/PM.40.4.c
- Kristeller, J. L., Rhodes, M., Cripe, L. D., & Sheets, V. (2005). Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *International*

- Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(4), 329-47. Retirado de http://indstate.edu/psychology/cshrs/docs/OASIS_Paper.pdf
- Larson, E. J., & Witham, L. (1997). Scientists are still keeping the faith. *Nature*, 386, 435-436. doi:10.1038/386435a0
- Lederberg, M. S., & Fitchett, G. (1999). Can you measure a sunbeam with a ruler? *Psycho-Oncology*, 8, 375-377. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<375::AID-ON418>3.0.CO;2-C
- Lei n. 9.982, de 14 de julho de 2000. (2000). Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Brasília, DF. Retirado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19982.htm
- Liberato, R. P., & Macieira, R. C. (2008). Espiritualidade no enfrentamento do câncer. Em V. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 414-431). São Paulo: Summus Editorial.
- Lucchetti, G., Almeida, L. G. C., & Granero, A. L. (2010). Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 32(1), 128-132. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a20.pdf>
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L., & Puchalski, C. M. (2011). Spirituality in medical education: global reality? *Journal of Religion and Health*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10943-011-9557-6
- Lyons, A. C. & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology*. Sage Publications: London.
- Maciejewski, P. K., Phelps, A. C., Kacel, E. L., Balboni, T. A., Balboni, M., Wright, A. A., Pirl, W., & Prigerson, H. G. (2011). Religious coping and behavioral disengagement: opposing influences on advance care planning and receipt of intensive care near death. *Psycho-Oncology*. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1967/pdf>
- Malta, J. D. S., Schall, V. T., & Modena, C. M. (2008) Câncer pediátrico: O olhar da família/cuidadores. *Pediatria Moderna*, 44(3), 114-118.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage.
- Marques, L. F., Sarriera, J. C., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Adaptação e validação da escala de bem-estar espiritual (EBE). *Avaliação Psicológica*, 8(2), 179-186. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n2/v8n2a04.pdf>
- McCauley, J., Jenckes, M. W., Tarpley, M. J., Koenig, H. G., Yanek L. R., & Becker, D. M. (2005). Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. *Journal of Religion and Health*, 44(2), 137-146. doi:10.1007/s10943-005-2772-2
- Mills, P. J. (2002). Spirituality, religiousness, and health: from research to clinical practice. *Annals of Behavioral Medicine*. 24(1), 1-2. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

- pubmed/12061322
- Monroe, M. H., Bynum, D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Franco, M., ... Garrett, J. (2003). Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2751-2756. Retirado de <http://www.archinternmed.com>
- Moreira-Almeida, A. (2007). Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1). Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a01v34s1.pdf>
- Moreira-Almeida, A. (2010). O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(2), 41-42. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n2/a01v37n2.pdf>
- Moreira-Almeida, A., & Cardeña, E. (2011). Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(Supl. 1), 21-28. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33s1/04.pdf>
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 12-15. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a03v37n1.pdf>
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2002). Brincar no hospital: Câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 23-41. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a03.pdf>
- Muramoto, O. (2004). The role of the medial prefrontal cortex in human religious activity. *Medical Hypotheses*, 62(4), 479-485. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15050093>
- Nascimento, A. M. N., & Roazzi, A. (2007). A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 435-443. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a11v20n3.pdf>
- Nascimento, L. C., Oliveira, F. C. S., Moreno, M. F., & Silva, F. M. (2010). Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 437-440. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a21.pdf>
- National Cancer Institute. (2009). *Spirituality in Cancer Care*. U.S. National Institutes of Health. Retirado de <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality>
- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *Finding Comfort in Spirituality*. Retirado de <http://www.nccn.com/living-with-cancer/188-cancer-and-spirituality.html>
- Neubern, M. S. (2004). Subjetividade & ciência: o encontro possível. Em M. S. Neubern, *Complexidade e psicologia clínica: desafios epistemológicos* (pp. 21-47). Brasília: Plano.
- Neubern, M. S. (2010). Psicoterapia e religião: construção de sentido e experiência do sagrado. *Interação em Psicologia*, 14(2), 263-273. Retirado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/>

- ojs2/index.php/psicologia/article/view/14937/13927
- Newberg, A. B., & Newberg, S. K. (2004). The neuropsychology of religious and spiritual experience. Em R. F. Paloutzian & C. L. Park (Ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 199-215). New York: Guilford Press.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: a textbook*. (4. Ed.) Maidenhead/New York: Open University Press/McGraw–Hill Education.
- Oliveira, M. S., Fernandes, A. F. C., & Galvão, M. T. G. (2005). Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 150-155. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a06v18n2>
- Organização Mundial da Saúde (1999). *Amendments to the Constitution*. Retirado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf
- Paiva, G. J. (2002). Ciência, religião, psicologia: conhecimento e comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 561-567. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a10v15n3.pdf>
- Paiva, G. J. (2006). Congresso da Associação Internacional da Psicologia da Religião. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 26(3), 38-44. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a17v21n1.pdf>
- Paiva, G. J. (2007). Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 99-104. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a11.pdf>
- Paiva, G. J., Zangari, W., Verdade, M. V., Paula, J. R. M., Faria, D. G. R., Gomes, D. M., ... Gomes, A. M. A. (2009). Psicologia da religião no Brasil: a produção em periódicos e livros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 441-446. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a19v25n3.pdf>
- Paloutzian, R. F., & Park C. L. (2004). Integrative themes in the current science of the Psychology of Religion. Em R. F. Paloutzian & C. L. Park (Ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Panzini, R. G. (2004). *Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a16v34s1.pdf>
- Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2011). Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 153-165. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1765.pdf>

- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 105-115. Retirado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 18, 710-724.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90-104. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/1387404>
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G., & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30(3), 497-513. doi: 10.1111/0021-8294.00073
- Peixoto, L. F. (2006). *A assistência psicoespiritual na Enfermagem: ensino e prática*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo-SP.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P., & Nasello, A. G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 136-145. Retirado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/136.html>
- Pillon, S. C., Santos, M. A., Gonçalves, A. M. S., & Araújo, K. M. (2011). Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 100-107. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/14.pdf>
- Post, S. G., Puchalski, C. M., & Larson, D. B. (2000). Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 132(7), 578-583.
- Prada, A. A. (2006). *Manual de psicooncología*. Bogotá: Javegraf.
- Puchalski, M. D., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129-137. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15859737>
- Puchalski, M. D., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., ... Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. doi: 10.1089=jpm.2009.0142
- Rabelo, M. C. (1993). Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes

- populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 316-325. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/19.pdf>
- Ribeiro, J. P. (2004). Religião e Psicologia. Em A. Holanda (Org.), *Psicologia, religiosidade e fenomenologia* (pp. 11-36). Campinas: Editora Alínea.
- Rocha, N. S., & Fleck, M. P. A. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1),19-23. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n1/a05v38n1.pdf>
- Rocha, N. S., Panzini, R. G., Pargendler, J. S., & Fleck, M. P. A. (2008). Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB). Em M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida* (pp. 93-101). Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, M. P. C. (2011). *Reabilitação de pessoas com lesão medular: relevância, aplicações e desafios relacionados ao uso da internet*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica* 8(3), 107-112. Retirado de http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/A3C65C2974270FD093EE8A9BF8AE7D0B/vl_08_n_03_107_112.pdf
- Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2008). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 265-272. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6163.pdf>
- Sanchez, K. O. L., Ferreira, N. M. L. A., Dupas, G., & Costa, D. B. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 290-299. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/19.pdf>
- Santos, E. M. M. (2008). *Modelo de crenças em saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal*. Tese de doutorado, Fundação Antônio Prudente, São Paulo.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Sheeran, P., & Abraham, C. (1996). The health belief model. Em M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior* (pp. 23-61). Buckingham: Open University Press.
- Silva, J. M. (2007). Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. *Saúde e Sociedade*, 16(2), 171-177. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/17.pdf>
- Silva, C. A. F. (2010). *Impacto da meditação prânica sobre a função de fagócitos e os níveis de hormônios em praticantes recentes*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

- Silvestri, G. A., Knittig, S., Zoller, J. S., & Nietert, P. J. (2003). Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, *21*, 1379-1382. doi: 10.1200/JCO.2003.08.036
- Spadacio, C., & Barros, N. F. (2009). Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *13*(30), 45-52. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a05.pdf>
- Speck, P., Higginson, I., & Addington-Hall, J. (2004). Spiritual needs in health care. *British Medical Journal*, *329*, 123-124. doi:10.1136/bmj.329.7458.123
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde* (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Sulmasy, D. P. (2009). Spirituality, religion, and clinical care. *Chest*, *135*, 1634-1642. doi: 10.1378/chest.08-2241
- Symonds, L. L., Yang, L., Mande, M. M., Mande, L. A., Blow, A. J., Osuch, J. R., ... & Smith, S. S. (2011). Using pictures to evoke spiritual feelings in breast cancer patients: development of a new paradigm for neuroimaging studies. *Journal of Religion and Health*, *50*, 437-446. doi: 10.1007/s10943-010-9403-2
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, *9*(3), 646-657. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16752970>
- Tates, K., Zwaanswijk, M., Otten, R., Dulmen, S., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A. & Bensing, J. M. (2009). Online focus groups as a tool to collect data in hard-to-include populations: examples from paediatric oncology. *BMC Medical Research Methodology*, Retirado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/9/15>
- Teixeira, J. J. V., & Lefèvre, F. (2008). Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(4), 1247-1256. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/21.pdf>
- Thuné-Boyle, I. C. V.; Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, *20*(7), 771-782. doi: 10.1002/pon.1784.
- Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(2), 411-422. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9583344>
- Tomasso, C. S., Beltrame, I. L., & Lucchetti, G. (2011). Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*(5), 1205-1213. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/19.pdf>
- Tosta, C. E. (2004). Prece e cura. Em E. F. B. Teixeira, M. C. Müller & J. D. T. Silva (Orgs.),

- Espiritualidade e qualidade de vida* (pp. 105-124). Porto Alegre: EDIPUCRS. Retirado de <http://www.pucrs.br/edipucrs/digitalizacao/irmaosmaristas/espiritualidade.pdf>
- Trinkaus, M., Burman, D., Barmala, N., Rodin, G., Jones, J., Lo, C., & Zimmermann, C. (2011). Spirituality and use of complementary therapies for cure in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 20(7), 746-754. doi: 10.1002/pon.1773
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J. & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445. Retirado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n4/16778.pdf>
- Wiist, W. H., Sullivan, B. M., Wayment, H. A. & Warren, M. (2010). A web-based survey of the relationship between buddhist religious practices, health, and psychological characteristics: research methods and preliminary results. *Journal of Religion and Health*, 49, 18-31. doi: 10.1007/s10943-008-9228-4
- Wildes, K. A., Miller, A. R., Majors, S. S. M., & Ramires, A. G. (2009). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-Oncology*, 18, 831-840. doi: 10.1002/pon.1475
- Woods, T.E., & Ironson, G.H. (1999). Religion and spirituality in the face of illness: how cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 393-412. doi: 10.1177/135910539900400308
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2004). Religiousness and spirituality. Em R. F. Paloutzian & C. L. Park (Ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York: Guilford Press.
- Zonta, R., Robles, A. C. C., & Grosseman, S. (2006). Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(3), 147-153. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n3/04.pdf>

ANEXO 1
CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0042/2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 015/2011 – RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM ONCOLOGIA: UM ESTUDO SOBRE AS CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 21/02/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 21 de fevereiro de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
 Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
 SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907

BRASILIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE

ANEXO 2
QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO



RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você a colaborar com a pesquisa intitulada "Religiosidade e Espiritualidade em Oncologia: Um Estudo sobre as Concepções de Profissionais de Saúde", que tem como objetivo investigar a concepção de profissionais de saúde sobre a relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade e verificar se essa temática está presente durante os atendimentos aos pacientes. Para participar desta pesquisa, você precisa ser um profissional da área da saúde e prestar assistência a pacientes oncológicos.

A pesquisa é composta, inicialmente, por um questionário que levará cerca de vinte minutos para ser respondido. Ao completá-lo, você poderá participar da segunda etapa da pesquisa, que consiste na realização de um grupo de discussão online, em data e horário a serem definidos. Haverá um campo específico para inserir o seu e-mail de contato, caso seja de sua vontade colaborar com a realização do grupo acima descrito.

Cabe ressaltar que a sua participação é voluntária e será mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Você tem a liberdade para deixar de responder alguma questão, bem como cancelar sua concordância com este termo de consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Para interromper a sua participação, basta apenas não concluir o preenchimento do questionário, selecionando a opção "sair da pesquisa".

Não são esperados benefícios diretos e individuais; entretanto, você poderá contribuir para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Não haverá ganhos financeiros para nenhuma das partes. Não haverá ônus nem riscos para você e/ou para a instituição à qual está vinculado.

As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para a realização desta pesquisa. Os dados obtidos por meio desta pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável e poderão ser divulgados em trabalhos científicos.

Qualquer dúvida a respeito desta pesquisa poderá ser esclarecida diretamente com a pesquisadora responsável, Caroline Amado Gobatto, por meio do endereço eletrônico carolinegobatto@unb.br, ou do telefone (61) 3107-6830. Esta pesquisa é orientada pela Profª Drª Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.

O projeto desta pesquisa foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE e aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos pelo telefone: (61) 3325-4955.

*** 1. Declaro que li as informações constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e fui suficientemente informado a respeito do presente estudo. Estão claros para mim quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem utilizados e as garantias de confidencialidade.**

Confirmo a informação de que eu sou um profissional da saúde e atuo na assistência a pacientes oncológicos.

Concordo em participar, voluntariamente, deste estudo e estou ciente de que posso interromper a minha participação a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

Concordo

Não concordo

2. Religiosidade/espiritualidade e saúde

1. Você participa de alguma atividade vinculada a temas religiosos?

Não

Sim

Qual(s)?

2. Com que frequência você participa de atividades vinculadas a alguma instituição religiosa?

Não frequente

1 vez por mês

2 vezes por mês

1 vez por semana

2 vezes por semana

3 vezes por semana

Diariamente

3. Com que frequência você realiza leituras de textos religiosos?

Não realizo esse tipo de leitura.

1 vez por mês

2 vezes por mês

1 vez por semana

2 vezes por semana

3 vezes por semana

Diariamente

4. Você se considera uma pessoa espiritualizada?

- Não Pouco Muito Completamente

5. Nos itens a seguir, escolha a opção que melhor se adequa a sua opinião:

	Não influencia	Pouco	Muito	Completamente
Em que medida você julga que a religião influencia positivamente a vida das pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em que medida você julga que a religião influencia negativamente a vida das pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em que medida você julga que a religião influencia positivamente sua própria vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em que medida você julga que a religião influencia negativamente sua própria vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em que medida você julga que algum "Ser" ou "força" superior podem exercer influências positivas sobre as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em que medida você julga que algum "Ser" ou "força" superior pode exercer influências negativas sobre as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Na sua opinião, com que frequência as crenças religiosas/espirituais podem influenciar direta ou indiretamente a saúde das pessoas?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Auxiliar o enfrentamento das doenças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Causar doenças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Curar doenças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Favorecer a adoção de comportamentos saudáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Favorecer o uso de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra (especifique)	<input type="text"/>			

3. Abordagem de questões religiosas e espirituais com pacientes

1. Com que frequência os seus pacientes falam sobre religião/espiritualidade?

	Nunca	Pouco	Frequentemente	Sempre
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Algum paciente solicitou ajuda religiosa ou espiritual?

- Não
 Sim

3. Na sua opinião, os profissionais de saúde devem abordar questões religiosas/espirituais com os pacientes oncológicos?

- Não
 Sim
 Eventualmente, se o paciente abordar
 Eventualmente, se perceber a necessidade

4. Da lista abaixo, quais profissionais da saúde devem abordar questões religiosas/espirituais com os pacientes oncológicos?

- Assistente social
 Enfermeiro
 Farmacêutico
 Fisioterapeuta
 Fonoaudiólogo
 Médico
 Nutricionista
 Psicólogo
 Técnico de enfermagem
 Terapeuta ocupacional
 Todos os profissionais acima citados
 Nenhum profissional deve abordar o tema

5. No seu serviço, existe algum profissional responsável por fornecer suporte religioso aos pacientes?

- Capelão
 Padre
 Pastor
 Voluntário
 Em meu serviço não existe profissional responsável por fornecer suporte religioso aos pacientes
 Outro (especifique)

6. Você já encaminhou algum paciente para um profissional religioso DENTRO da instituição?

- Não
 Sim

Especifique (Capelão, Padre, Pastor, Outros)

7. Você já encaminhou algum paciente para um profissional religioso FORA da instituição?

- Não
 Sim

Especifique (Capelão, Padre, Pastor, Outros)

8. Você aborda temas vinculados à religiosidade / espiritualidade com seus pacientes?

- Não
 Sim

Como?

9. Da lista abaixo, quais dos itens você relaciona à vivência do câncer ligada à religiosidade / espiritualidade de seus pacientes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abandono do tratamento | <input type="checkbox"/> Fonte de conforto |
| <input type="checkbox"/> Adesão ao tratamento | <input type="checkbox"/> Fortalecimento |
| <input type="checkbox"/> Aumento do estresse | <input type="checkbox"/> Pessimismo sobre a doença e o prognóstico |
| <input type="checkbox"/> Câncer como punição | <input type="checkbox"/> Reavaliação positiva do câncer |
| <input type="checkbox"/> Conflitos com membros da igreja | <input type="checkbox"/> Redução do estresse |
| <input type="checkbox"/> Cura do câncer | <input type="checkbox"/> Suporte social recebido dos membros da igreja |
| <input type="checkbox"/> Diminuição do impacto do diagnóstico | |

10. Considerando o tema da pesquisa, existe algum comentário adicional que você gostaria de fazer e não foi questionado anteriormente?

11. Comentários sobre o questionário:

4. Religiosidade/espiritualidade no enfrentamento do estresse

Escala Breve de Enfrentamento Religioso*

Este questionário se refere às maneiras como as pessoas utilizam a religião, espiritualidade ou fé para enfrentar acontecimentos estressantes ou difíceis em suas vidas. O estresse ocorre quando uma determinada situação é percebida como difícil ou problemática, pois vai além do que você julga suportar e ameaça o seu bem-estar. Para escolher as questões, tenha em vista o EVENTO DE MAIOR ESTRESSE VIVENCIADO POR VOCÊ NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS.

1. Nós queremos saber QUANTO ou com que FREQUÊNCIA você pensa ou faz o que o item afirma. Escolha uma das opções de resposta abaixo para cada item:

	Nunca	Um pouco	Algumas vezes	Quase sempre
Exemplo de resposta para a questão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Ao responder, procure indicar as maneiras como você agiu na situação estressante identificada conforme as instruções descritas, tenham elas surtido efeitos positivos ou não. Não há respostas certas ou erradas para cada item; assinale a resposta que melhor se aplica a você.

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

5. Dados Sociodemográficos

1. Sexo

- Feminino
 Masculino

2. Cidade/Estado onde reside

3. Idade

4. Situação conjugal

- Casado
 Divorciado
 Separado
 Solteiro
 União Estável
 Viúvo

5. Escolaridade

- Ensino Médio
 Ensino Técnico
 Ensino Superior
 Especialização
 Mestrado
 Doutorado
 Pós-Doutorado

6. Qual é a sua Profissão?

- Assistente social
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Médico
- Nutricionista
- Psicólogo
- Técnico de enfermagem
- Terapeuta ocupacional
- Outro (especifique)

7. Qual é o seu local de trabalho?

- Clínica privada
- Hospital privado
- Hospital público
- Outro (especifique)

8. Há quanto tempo exerce sua profissão?**9. Há quanto tempo atua com pacientes oncológicos?****10. Qual é a sua Religião?**

- Candomblé
- Catolicismo
- Espiritismo Kardecista
- Evangélico
- Umbanda
- Sem religião
- Outra (especifique)

11. Qual é a sua renda mensal? (1 Salário mínimo = R\$545,00)

- Até 1 salário mínimo
- Entre 1 e 3 salários mínimos
- Entre 3 e 6 salários mínimos
- Entre 6 e 10 salários mínimos
- Acima de 10 salários mínimos

6. Encerramento da Primeira Etapa

Agradeço a sua colaboração para esta etapa da presente pesquisa.

A próxima etapa desta pesquisa será a realização de um grupo de discussão online, durante o qual serão aprofundadas algumas questões sobre a relação entre religião/espiritualidade e saúde.

1. Você concorda em participar da segunda fase da pesquisa?

- Concordo
- Não concordo

2. Autorizo o envio das informações necessárias para participar da próxima fase ao e-mail abaixo:

ANEXO 3
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Grupo Focal *Online*)

Convido você a colaborar com a segunda fase da pesquisa intitulada “Religiosidade e Espiritualidade em Oncologia: Um Estudo sobre as Concepções de Profissionais de Saúde”, que tem como objetivo investigar a concepção de profissionais de saúde sobre a relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade e verificar se essa temática está presente durante os atendimentos aos pacientes. Para participar desta pesquisa, você precisa ser um profissional da área da saúde e atuar em uma equipe de assistência oncológica hospitalar. Além disso, você deve ter participado da primeira fase da pesquisa, respondendo a um questionário *online* e, ao final, ter fornecido o seu contato.

Esta fase da pesquisa consiste na realização de um grupo online que tem por objetivo discutir a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, especificamente no que tange aos serviços de oncologia. O grupo será realizado em ambiente virtual e será composto por cinco a oito profissionais de diversas áreas que atuam em diferentes equipes de atendimento oncológico, tendo duração prevista de uma hora e meia. Nesta atividade, você será convidado a contribuir com sua opinião a respeito do tema e sobre a abordagem dessa temática junto aos pacientes oncológicos.

Cabe ressaltar que a sua participação é voluntária e será mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo, assegurando-se que seu nome não aparecerá em nenhum momento. Você tem a liberdade para cancelar sua concordância com este termo de consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

Não são esperados benefícios diretos e individuais; entretanto, você poderá contribuir para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Não haverá ganhos financeiros para nenhuma das partes. Não haverá ônus nem riscos para você ou para a instituição à qual está vinculado.

As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para a realização desta pesquisa. Os dados obtidos por meio desta pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável e poderão ser divulgados em trabalhos científicos.

Qualquer dúvida a respeito desta pesquisa poderá ser esclarecida diretamente com a pesquisadora responsável, Caroline Amado Gobatto, por meio do endereço eletrônico carolinegobatto@unb.br, ou pelo telefone (61) 3107-6830. Esta pesquisa é orientada pela Prof^a Dr^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. As dúvidas com relação ao TCLE e aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos pelo telefone: (61) 3325-4955.

Declaro que li as informações constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e fui suficientemente informado a respeito do presente estudo. Estão claros para mim quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem utilizados e as garantias de confidencialidade. Confirmando a informação de que eu sou um profissional da saúde e atuo na assistência a pacientes oncológicos.

Concordo em participar, voluntariamente, deste estudo e estou ciente de que posso interromper a minha participação a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

A minha concordância com este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será afirmada a partir do meu acesso ao ambiente virtual do Grupo de Discussão *Online*.

ANEXO 4
MENSAGEM DE DIVULGAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

Olá!

Meu nome é Caroline, sou mestranda da **Universidade de Brasília** e minha pesquisa tem como tema as concepções dos profissionais da saúde que atuam com pacientes na área de Oncologia a respeito da relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde.

Gostaria de convidá-lo a participar deste estudo. Segue, abaixo, o endereço do questionário eletrônico; caso você não consiga acessar a página ao clicar no link, você poderá copiar e colar em seu navegador:

<http://www.surveymonkey.com/s/unbpsquisaonco>

Peço, por gentileza, que ajude na divulgação da pesquisa encaminhando este e-mail a quem possa se interessar em participar, solicitando que também reenviem a mensagem aos seus contatos.

Estou disponível para esclarecimentos, sugestões ou comentários pelo e-mail carolinegobatto@unb.br ou pelo telefone (61) 9188-5223.

Agradeço pela atenção e disponibilidade em colaborar com esta pesquisa!

Atenciosamente,

Caroline Amado Gobatto

Caroline Amado Gobatto
Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano
Instituto de Psicologia
Universidade de Brasília
tel. (61) 9188-5223

ANEXO 5
MENSAGENS DE DIVULGAÇÃO DO GRUPO *ONLINE*

a) GRUPO 1

Grupo 1 – E-mail 1: Convite para o Grupo Online

Boa tarde!

Sou a Caroline, psicóloga e mestranda da Universidade de Brasília. Recentemente, você participou da primeira etapa da pesquisa sobre a relação entre Religiosidade, Espiritualidade e Saúde, respondendo a um questionário *online*. Agradeço pela sua contribuição!

Naquela ocasião, você demonstrou interesse em participar da segunda etapa da pesquisa, que consistirá em um **Grupo de Discussão Online**. A previsão é de que o grupo ocorra no dia **25/09/2011**, domingo, às 11h, com duração de aproximadamente uma hora e meia.

Peço, por gentileza, sua confirmação sobre a possibilidade de participação no grupo. Em caso de dúvidas, sugestões, críticas ou comentários você pode entrar em contato pelo *e-mail* carolinegobatto@unb.br, ou pelo telefone (61) 9188-5223.

Abraço,

Caroline Amado Gobatto

Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano
Instituto de Psicologia
Universidade de Brasília
Telefone: (61) 9188-5223

Grupo 1 – E-mail 2 – Confirmação do Grupo Online

Caro(a) (nome),

Agradeço mais uma vez pela sua disponibilidade em participar do Grupo de Discussão *Online*!

Escrevo para **CONFIRMAR** que ele ocorrerá no dia **25/09/2010, domingo, a partir das 11h**, e terá duração aproximada de uma hora e meia. Durante o grupo, será realizada uma discussão com os profissionais da saúde participantes sobre a temática da pesquisa, por meio de um “*chat*” de texto que será “moderado” pela pesquisadora.

A partir das **10h30**, você já poderá acessar a sala de *webconferência* (seguem as orientações ao final da mensagem), a fim de que você possa se familiarizar e compreender o funcionamento da sala virtual, que é bastante simples.

Em caso de dúvidas, você pode responder a este e-mail, ligar ou mandar mensagem de texto para (61) 9188-5223.

IMPORTANTE!!!

Antes de acessar a sala você deverá ler atentamente o documento abaixo:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
[Apresentação do termo]

ORIENTAÇÕES PARA ACESSO:

ENDEREÇO: <http://www.gvolive.com/conference.68956243.private> (clique no *link* ou copie e cole no seu navegador)

LOGIN INFORMATION: **digite o seu nome ou apelido**

ROOM PASSWORD: **oncounb2011**

As demais informações sobre o funcionamento das ferramentas da sala serão fornecidas no domingo, dia 25 de setembro, a partir das 10h30.

Grupo 1 – E-mail 3 – Lembrete do Grupo Online

Bom dia!

A sala virtual para o grupo *online* já está aberta!
Lembrando que começaremos a discussão às 11 horas.
Aguardo você!

Abraço,
Caroline.

ORIENTAÇÕES PARA ACESSO:

ENDEREÇO: <http://www.gvolive.com/conference.68956243.private> (clique no *link* ou copie e cole no seu navegador)

LOGIN INFORMATION: digite o seu nome ou apelido

ROOM PASSWORD: **oncounb2011**

b) GRUPO 2Grupo 2 – E-mail 1: Convite para o Grupo Online

Olá! Tudo bem?

Convido você novamente para participar da segunda etapa da pesquisa sobre Religiosidade, Espiritualidade e Saúde. A previsão é que o **Grupo de Discussão Online** ocorra na **próxima semana, com duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.**

Para que possamos “fechar” o dia exato, é preciso a confirmação dos participantes sobre a disponibilidade.

Peço, por gentileza, que responda a este *e-mail* com os **horários de sua preferência**, assinalando com x na tabela abaixo.

Horário/Dia	Segunda (03/10)	Terça (04/10)	Quarta (05/10)	Quinta (06/10)	Sexta (07/10)
20h às 21h30					
20h30 às 22h					
21h às 22h30					

Em caso de dúvidas, sugestões, críticas ou comentários você pode entrar em contato pelo *e-mail* carolinegobatto@unb.br ou pelo telefone (61) 9188-5223.

Abraço,

Caroline Amado Gobatto

Grupo 2 – E-mail 2 – Confirmação do Grupo Online

Caro(a) (nome),

Agradeço mais uma vez pela sua disponibilidade em participar do Grupo de Discussão *Online*!

Escrevo para **CONFIRMAR** que ele ocorrerá no dia **05/10/2011, quarta-feira, a partir das 21h**, e terá **duração de uma hora e trinta minutos**. Durante o grupo, será realizada uma discussão com os profissionais da saúde participantes sobre a temática da pesquisa, por meio de um “*chat*” de texto que será “moderado” pela pesquisadora.

A partir das **20h30**, você já poderá acessar a sala de webconferência (seguem as orientações ao final da mensagem), a fim de que você possa se familiarizar e compreender o funcionamento da sala virtual, que é bastante simples.

Peço, por gentileza, que você confirme a sua disponibilidade.

Em caso de dúvidas, você pode responder a este e-mail, ligar ou mandar mensagem de texto para (61) 9188-5223.

IMPORTANTE!!!

Antes de acessar a sala você deverá ler atentamente o documento abaixo:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
[Apresentação do termo]

ORIENTAÇÕES PARA ACESSO:

ENDEREÇO: <http://www.gvolive.com/conference.68956243.private> (clique no link ou copie e cole no seu navegador)

LOGIN INFORMATION: **digite o seu nome ou apelido**

ROOM PASSWORD: **oncounb2011**

As demais informações sobre o funcionamento das ferramentas da sala serão fornecidas na quarta-feira, dia 5 de outubro, a partir das 20h30.

Grupo 2 – E-mail 3 – Lembrete do Grupo Online

Boa noite!

A sala virtual para o grupo *online* já está aberta!
Lembrando que começaremos a discussão às 21 horas.
Aguardo você!

Abraço,
Caroline.

ORIENTAÇÕES PARA ACESSO:

ENDEREÇO: [http://www.gvolive.com/conference.68956243,private](http://www.gvolive.com/conference.68956243.private) (clique no link ou copie e cole no seu navegador)

LOGIN INFORMATION: **digite o seu nome ou apelido**

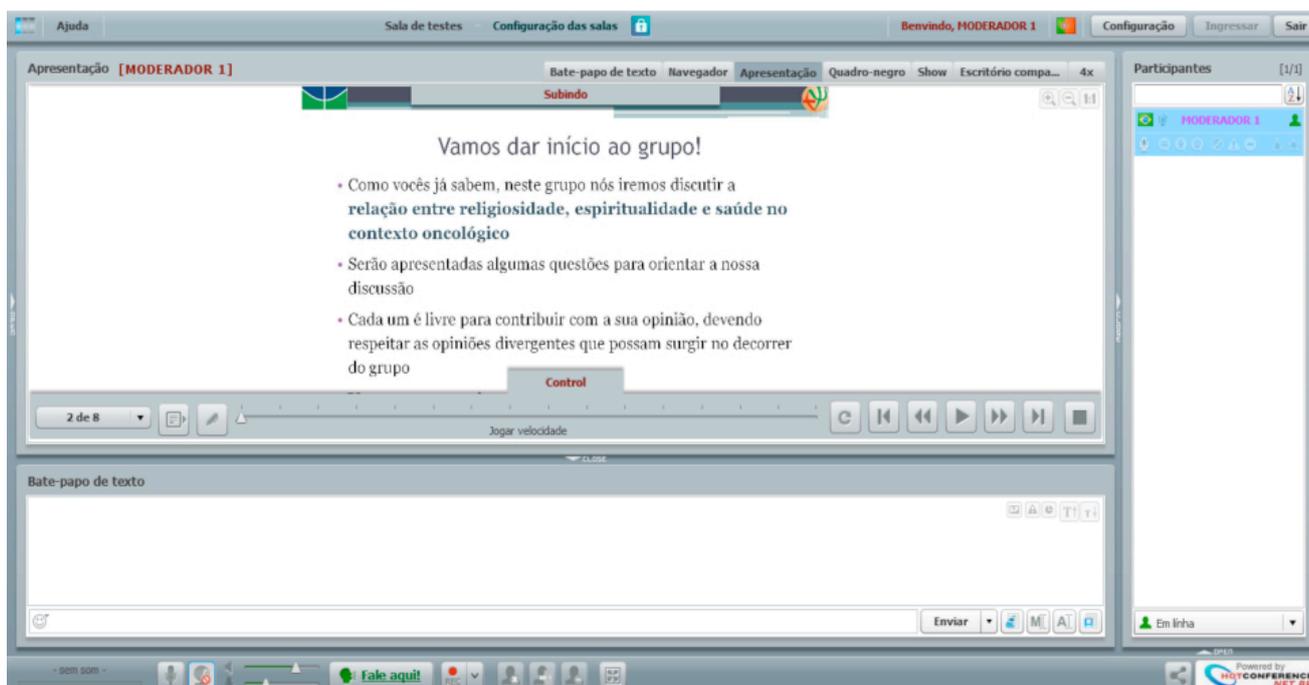
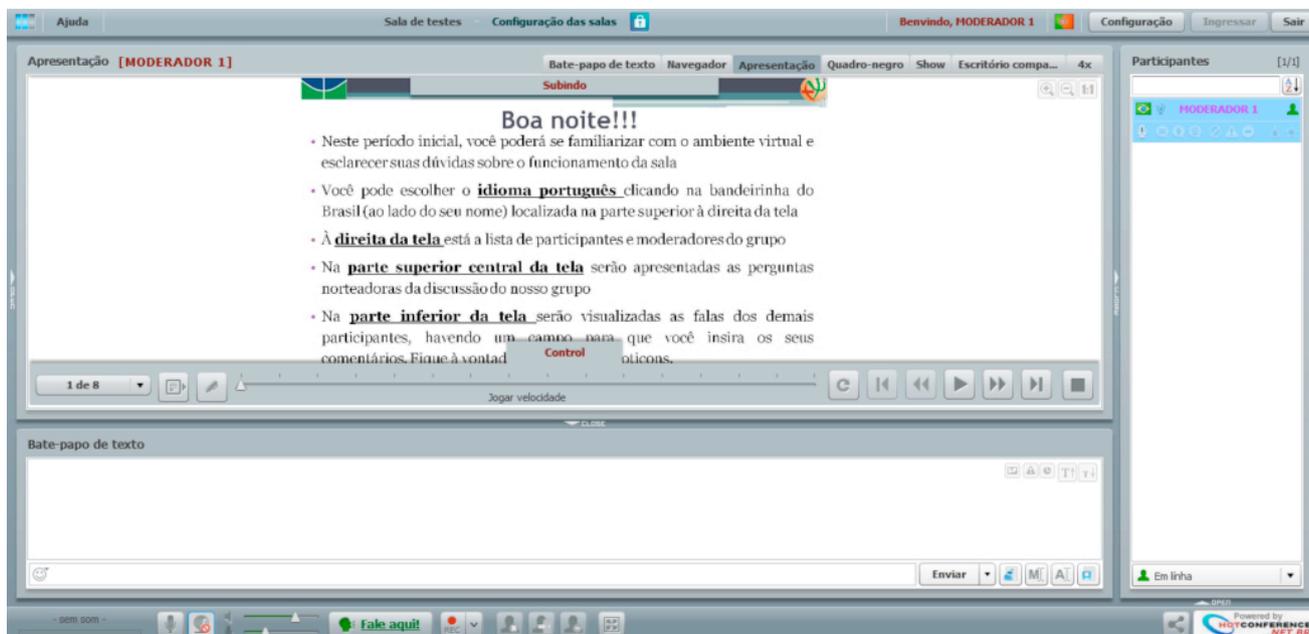
ROOM PASSWORD: **oncounb2011**

ANEXO 6
ROTEIRO DE PERGUNTAS – GRUPO *ONLINE*

- 1) A religiosidade e a espiritualidade podem influenciar o estado de saúde dos pacientes oncológicos?
- 2) Os familiares e os cuidadores dos pacientes oncológicos recorrem à religiosidade e espiritualidade para lidar com as situações de estresse relacionadas ao câncer?
- 3) Vocês receberam algum tipo de formação profissional relacionada às questões religiosas e espirituais dos pacientes? (Ex.: disciplinas na graduação, especialização, cursos etc.)
- 4) As crenças dos profissionais de saúde podem influenciar na maneira de lidar com a temática religiosa junto aos pacientes oncológicos?
- 5) Vocês se sentem preparados para conversar com seus pacientes sobre questões religiosas e espirituais?

ANEXO 7

AMBIENTE VIRTUAL DO GRUPO *ONLINE*



Ajuda Sala de testes Configuração das salas Bem-vindo, MODERADOR 1 Configuração Ingressar Sair

Apresentação [MODERADOR 1] Bate-papo de texto Navegador Apresentação Quadro-negro Show Escritório compa... 4x

Subindo

• A religiosidade e a espiritualidade podem influenciar o estado de saúde dos pacientes oncológicos?

Control

3 de 8 Jogar velocidade

Bate-papo de texto

Enviar

Participantes [1/1]

MODERADOR 1

Em linha

Fale aqui!

Powered by CONFERENCE .NET.BR

Ajuda Sala de testes Configuração das salas Bem-vindo, MODERADOR 1 Configuração Ingressar Sair

Apresentação [MODERADOR 1] Bate-papo de texto Navegador Apresentação Quadro-negro Show Escritório compa... 4x

Subindo

• Os familiares e cuidadores dos pacientes oncológicos recorrem à religiosidade e espiritualidade para lidar com as situações de estresse relacionadas ao câncer?

Control

4 de 8 Jogar velocidade

Bate-papo de texto

Enviar

Participantes [1/1]

MODERADOR 1

Em linha

Fale aqui!

Powered by CONFERENCE .NET.BR

Ajuda Sala de testes Configuração das salas Bem-vindo, MODERADOR 1 Configuração Ingressar Sair

Apresentação [MODERADOR 1] Bate-papo de texto Navegador Apresentação Quadro-negro Show Escritório compa... 4x

Subindo

• Vocês receberam algum tipo de formação profissional relacionada às questões religiosas e espirituais dos pacientes? (Ex.: disciplinas na graduação, especialização, cursos etc.)

Control

5 de 8 Jogar velocidade

Bate-papo de texto

Enviar

Participantes [1/1]

MODERADOR 1

Em linha

Fale aqui!

Powered by CONFERENCE .NET.BR

Ajuda Sala de testes Configuração das salas Bem-vindo, MODERADOR 1 Configuração Ingressar Sair

Apresentação [MODERADOR 1] Bate-papo de texto Navegador Apresentação Quadro-negro Show Escritório compa... 4x

Subindo

As crenças dos profissionais de saúde podem influenciar na maneira de lidar com a temática religiosa junto aos pacientes oncológicos?

Control

6 de 8 Jogar velocidade

Bate-papo de texto

Enviar

Participantes [1/1]

MODERADOR 1

Em linha

Powered by MYCONFERENCE.NET.BR

Ajuda Sala de testes Configuração das salas Bem-vindo, MODERADOR 1 Configuração Ingressar Sair

Apresentação [MODERADOR 1] Bate-papo de texto Navegador Apresentação Quadro-negro Show Escritório compa... 4x

Subindo

Vocês se sentem preparados para conversar com seus pacientes sobre questões religiosas e espirituais?

Control

7 de 8 Jogar velocidade

Bate-papo de texto

Enviar

Participantes [1/1]

MODERADOR 1

Em linha

Powered by MYCONFERENCE.NET.BR

Ajuda Sala de testes Configuração das salas Bem-vindo, MODERADOR 1 Configuração Ingressar Sair

Apresentação [MODERADOR 1] Bate-papo de texto Navegador Apresentação Quadro-negro Show Escritório compa... 4x

Subindo

Muito obrigada pelas contribuições!

Control

8 de 8 Jogar velocidade

Bate-papo de texto

Enviar

Participantes [1/1]

MODERADOR 1

Em linha

Powered by MYCONFERENCE.NET.BR