UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GISELLE PATRÍCIA GUERRERO

**Associação da espiritualidade na qualidade de vida
relacionada à saúde de pacientes com
câncer de cabeça e pescoço**

Ribeirão Preto

2011

GISELLE PATRÍCIA GUERRERO

**Associação da espiritualidade na qualidade de vida
relacionada à saúde de pacientes com
câncer de cabeça e pescoço**

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com
doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa Dra Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Guerrero, Giselle Patrícia

Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Ribeirão Preto, 2011.

121 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Sawada, Namie Okino.

1. Espiritualidade. 2. Enfrentamento. 3. Enfermagem.
4. Neoplasias. 5. Qualidade de vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: GUERRERO, Giselle Patrícia

Título: Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Dissertação de Mestrado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todos os participantes do estudo que confiaram e compartilharam suas histórias e saberes. São exemplos de vida e foram a inspiração para a concretização desta pesquisa. Sou eternamente grata!

AGRADECIMENTOS

À Deus por gerar a vida, prover minha existência e trajetória, conceber tudo que me rodeia e pelas infinitas oportunidades a fim de lapidar meu ser.

À minha orientadora, Profa. Dra. Namie Okino Sawada pelo apoio, confiança, incentivo, ensinamentos, paciência e por proporcionar meu crescimento profissional e pessoal.

Às Profas. Márcia M. F. Zago e Maria Helena Pinto pelo incentivo constante, paciência, apoio, ensinamentos, desde a graduação e inestimáveis colaborações, minha eterna admiração.

Às Profas. Rosana Spadoti Dantas e Márcia M. F. Zago pelas valiosas sugestões no exame de qualificação, minha admiração.

Ao Prof. Jair L. F. Santos pela paciência e grandiosa colaboração na análise estatística.

Às Profas. Rosana A. S. Dantas, Lídia A. Rossi, Cristina M. Galvão, Helena M. Sonobe e Prof. Manoel A. Santos por todas as aulas maravilhosas que pude acompanhar durante a pós-graduação, por compartilharem seus saberes, por serem exemplos na profissão. “Quando eu crescer, quero ser como vocês!”.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela satisfação de fazer parte desse grupo de discentes, um sonho realizado.

À FAPESP, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, por incentivar e apoiar a concretização de importantes pesquisas nacionais e por acreditar em minha pesquisa (Processo nº 2009/03591-4).

À toda equipe de enfermagem e colaboradores do 12º andar do HCRP pelo acolhimento, respeito e amizade, em especial à Enfermeira Sandra R. Furiama e ao Prof. Dr. Rui Mamede, diretores da enfermaria e departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Ao meu noivo, Rodrigo D. S. Pádua, companheiro, amigo, namorado, cúmplice, por incentivar meu crescimento pessoal e profissional, pela paciência, por minimizar as angústias e incertezas e por estar presente em todos os momentos. Te amo muito!!

Aos meus pais, José e Antônia, por me aceitarem como filha nesta existência. Aos meus irmãos Dani, Nael e Ju, por fazerem parte da família Guerrero. A vocês todos pelo apoio de forma singular e pela torcida rumo a mais uma importante conquista em minha vida.

Ao grupo de pesquisa da Profa Namie: Alexandra, Andrea, Fernanda, Adriana, Viviane e Juliana pela amizade e consideração.

Às amigas e companheiras da EERP: Maria Eugênia, Lucimara, Thaís, Flávia, Giovana, Miriam e Caroline por compartilharem momentos de agonia e alegrias.

Às amigas da XV da FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto: Luciene, Denise, Marcilene e Lyvia pela amizade, incentivo, aprendizagem e companheirismo, amigas para sempre!

Às amigas Janaina, Cristiane e Marielle pela certeza de que mesmo durante minha ausência vocês sempre estão presentes.

A todos vocês e muitos outros não citados aqui, meu eterno agradecimento por não esquecerem de mim e torcerem sempre por minhas conquistas. Sem vocês eu nada seria!

“Ei, dor!
Eu não te escuto mais
Você não me leva a nada...
Ei, medo!
Eu não te escuto mais
Você não me leva a nada...

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha Sol
É pra lá que eu vou...”

Composição:
A.J. Nastácia – Jota Quest
Voz:
Milton Nascimento

RESUMO

GUERRERO, G. P. **Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** 2011. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a associação do enfrentamento religioso-espiritual na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes em pré-operatório de cirurgia de câncer de cabeça e pescoço. Estudo descritivo, correlacional, transversal, desenvolvido em enfermagem de cabeça e pescoço de um hospital público do interior do estado de São Paulo. As entrevistas individuais foram realizadas pela pesquisadora após a internação do paciente em seu período pré-operatório. Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: roteiro estruturado para caracterização da amostra; o *Functional Assessment Cancer Therapy-Head and Neck* (FACT-H&N), para avaliar a QVRS em pacientes com câncer de cabeça e pescoço; a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), para avaliação do enfrentamento e da espiritualidade. Os dados foram analisados de forma quantitativa, utilizando-se dos princípios da estatística descritiva e inferencial. Participaram da investigação 55 pacientes, predominantemente do sexo masculino, com idade média de 57,1 anos. Todos participantes acreditavam em Deus e, em sua maioria, consideravam-se católicos (87,3%). Com relação ao enfrentamento religioso-espiritual, as médias das variáveis da Escala CRE foram satisfatórias, assim como as variáveis do instrumento FACT H&N. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as médias de CRE Total comparadas com grupos etários, sexo e com as medianas dos domínios do FACT-H&N. Embora seja possível deduzir uma correlação entre os constructos CRE e QVRS, não detectamos associação entre a Escala CRE e FACT H&N. Não obstante, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre as correlações nos grupos que apresentaram CRE Total Alto e Médio da Escala CRE e os altos e baixos escores nos domínios do instrumento FACT H&N, indicando que aquele que apresenta alta utilização do enfrentamento religioso-espiritual apresenta melhores índices nos domínios da qualidade de vida relacionada à saúde. Ressalta-se que tal correlação não implica em causa e efeito, ainda são complexas as relações entre a espiritualidade, religiosidade e seus benefícios para a saúde, mas este assunto tem merecido grande destaque em meios científicos.

Palavras-chave: espiritualidade, enfrentamento, enfermagem, neoplasias, qualidade de vida relacionada à saúde

ABSTRACT

GUERRERO, G. P. **Association between spirituality and health-related quality of life in head and neck cancer patients.** 2011. 121 p. Master's Thesis – University of São Paulo School of Nursing, Ribeirão Preto, 2011.

The main goal of this study was to assess the association between religious-spiritual coping and the health-related quality of life (HRQoL) of patients in the preoperative phase of head and neck cancer surgery. A descriptive correlational and cross-sectional study was developed at a head and neck ward of a public hospital in the interior of São Paulo State, Brazil. The researcher held individual interviews after the patient's hospitalization in the preoperative phase. The following data collection instruments were used: structured script for sample characteristics; the *Functional Assessment Cancer Therapy-Head and Neck* (FACT-H&N), to assess the HRQoL in head and neck cancer patients; the Religious Spiritual Coping Scale (CRE), to assess coping and spirituality. The data were subject to quantitative analysis, using the principles of descriptive and inferential statistics. Research participants were 55 patients, predominantly male, with a mean age of 57.1 years. All participants believed in God and the majority considered they were Catholic (87.3%). Concerning religious-spiritual coping, the mean scores for the CRE Scale variables were satisfactory, as well as the FACT H&N variables. No statistically significant differences were found, though, between the mean scores of the Total CRE compared with age groups, gender and median scores for the FACT-H&N domains. Although a correlation can be deduced between the CRE and HRQoL constructs, we did not detect an association between the CRE and FACT H&N Scales. Nevertheless, a statistically significant difference was found between the groups with High and Medium total CRE on the CRE Scale and high and low scores in the FACT H&N domains, indicating that patients with high usage rates of religious-spiritual coping present better scores in the health-related quality of life domains. It is highlighted that this correlation does not imply cause and effect. Relations among spirituality, religiosity and their benefits for health remain complex, but this topic has received great attention in the scientific context.

Key words: spirituality, coping, nursing, neoplasms, health-related quality of life

RESUMEN

GUERRERO, G. P. **Asociación de la espiritualidad en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.** 2011. 121 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

La finalidad principal de este estudio fue evaluar la asociación del enfrentamiento religioso-espiritual en la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de los pacientes en el preoperatorio de cirugía de cáncer de cabeza y cuello. Estudio descriptivo, correlacional, transversal, desarrollado en enfermería de cabeza y cuello de un hospital público del interior del estado de São Paulo, Brasil. Las entrevistas individuales fueron realizadas por la investigadora tras la hospitalización del paciente en su período preoperatorio. Fueron utilizados los siguientes instrumentos para la recolecta de datos: guión estructurado para caracterización de la muestra: el *Functional Assessment Cancer Therapy-Head and Neck* (FACT-H&N), para evaluar la CVRS en pacientes con cáncer de cabeza y cuello; la Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), para evaluación del enfrentamiento y de la espiritualidad. Los datos fueron analizados de forma cuantitativa, utilizándose los principios de la estadística descriptiva e inferencial. Participaron de la investigación 55 pacientes, predominantemente del sexo masculino, con edad promedio de 57,1 años. Todos los participantes creían en Deus y la mayoría se consideraba católica (87,3%). Respecto al enfrentamiento religioso-espiritual, los promedios de las variables de la Escala CRE fueron satisfactorias, y también de las variables del instrumento FACT H&N. Sin embargo, no fueron encontradas diferencias estadísticamente significantes entre los promedios de CRE Total comparadas con grupos de edad, sexo y con las medianas de los dominios del FACT-H&N. Aunque sea posible deducir una correlación entre los constructos CRE y QVRS, no detectamos asociación entre la Escala CRE y FACT H&N. Aunque así, fue encontrada diferencia estadísticamente significativa entre las correlaciones en los grupos con CRE Total Alto y Medio de la Escala CRE y los *scores* altos y bajos en los dominios del instrumento FACT H&N, indicando que aquel con alta utilización del enfrentamiento religioso-espiritual muestra mejores índices en los dominios de la calidad de vida relacionada a la salud. Se destaca que tal correlación no implica en causa y efecto. Siguen complejas las relaciones entre la espiritualidad, religiosidad y sus beneficios para la salud, pero este tema ha merecido gran destaque en el contexto científico.

Palabras-clave: espiritualidad, enfrentamiento, enfermería, neoplasias, calidad de vida relacionada a la salud

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 -	Distribuição das referências bibliográficas obtidas de acordo com o cruzamento dos descritores controlados e não controlados nas bases de dados LILACS, PSYCINFO e CINAHL, no período de Fevereiro de 2011.....	29
-------------------	---	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 -	Fluxograma dos artigos encontrados, pré-selecionados e selecionados nas bases de dados LILACS, PSCYCINFO e CINAHL.....	31
Ilustração 2 -	Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes do câncer. Fonte: FERRELL, B. R. et al. Measurement of quality of life in cancer survivors, 1995.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise descritiva das características sociodemográficas dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	55
Tabela 2 -	Análise descritiva dos aspectos religiosos dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	56
Tabela 3 -	Caracterização da amostra segundo a frequência religiosa e grupo etário. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	57
Tabela 4 -	Caracterização clínica dos sujeitos, segundo o diagnóstico e tipo de cirurgia proposta. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	58
Tabela 5 -	Análise descritiva das variáveis da Escala CRE dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	60
Tabela 6 -	Frequência da utilização do CRE Total dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	60
Tabela 7 -	Análise descritiva das variáveis do instrumento FACT-H&N dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	61
Tabela 8 -	Análise descritiva dos itens do instrumento FACT-H&N dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	62
Tabela 9 -	Distribuição de frequências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo nas subescalas do FACT H&N. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	64
Tabela 10 -	Correlação entre os principais índices de avaliação da Escala <i>Coping</i> Religioso-Espiritual (CRE) e os domínios do instrumento FACT-H&N de acordo com o Teste de Correlação de Spearman dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	66
Tabela 11 -	Correlação de Spearman entre os grupos com alto e médio escores de CRE Total na Escala <i>Coping</i> Religioso-Espiritual (CRE) e altos e baixos escores nos domínios do instrumento FACT-H&N dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.....	67

LISTA DE SIGLAS

CEC	Carcinoma espinocelular
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CRE	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual
CREN	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo
CREP	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Positivo
CRET	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Total
D.P.	Desvio Padrão
FACT-G	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy Scale-General</i>
FACT H&N	<i>Functional Assessment Câncer Therapy-Head and Neck</i>
FACIT-Sp	<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being</i>
FICA	<i>Faith, Importance and Influence, Community, and Address</i>
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NANDA	<i>North American Diagnosis Association</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OASIS	<i>Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study</i>
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 O câncer de cabeça e pescoço.....	19
1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde.....	22
1.3 Espiritualidade e enfrentamento.....	24
1.4 Revisão Integrativa da Literatura	28
2. REFERENCIAL TEÓRICO	38
3. OBJETIVOS.....	45
4. MÉTODO.....	47
4.1 Delineamento do estudo.....	48
4.2 Aspectos éticos.....	48
4.3 Local.....	48
4.4 População.....	48
4.5 Amostra.....	48
4.6 Coleta de dados.....	49
4.7 Instrumentos para coleta de dados.....	49
4.8 Análise de dados.....	51
5. RESULTADOS.....	53
5.1 Caracterização dos sujeitos.....	54
5.2 Teste de consistência interna.....	58
5.3 Enfrentamento religioso-espiritual (CRE).....	59
5.4 Qualidade de vida relacionada à saúde (FACT H&N).....	61
6. DISCUSSÃO.....	68
7. CONCLUSÕES.....	77
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES.....	93
ANEXOS.....	109

APRESENTAÇÃO

“Mestre não é aquele que sempre ensina, mas aquele que de repente aprende.”

Guimarães Rosa

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha trajetória profissional na área de enfermagem há 11 anos, inicialmente como auxiliar de enfermagem, voltada para a assistência direta aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Essa experiência despertou minha paixão por esse campo das ciências da saúde e me incentivou a progredir na carreira.

Ingressei na graduação em enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e decidi me dedicar exclusivamente aos estudos. Desenvolvi trabalhos científicos, identifiquei-me com a oncologia em enfermagem e reconheci a necessidade de uma atenção diferenciada a esse tipo de paciente.

Por isso, escolhi pesquisar a relação da Qualidade de Vida e da Espiritualidade, pois, além da realização de técnicas com embasamento científico, o enfermeiro também deve contemplar o ser humano em sua totalidade.

O desenvolvimento desta dissertação me proporcionou uma experiência singular por meio do conhecimento adquirido a respeito de como realizar uma pesquisa, seus diversos tipos de metodologias, princípios éticos, além de uma satisfação excepcional durante a coleta de dados, quando foi possível estabelecer um contato direto com o paciente que ultrapassou a técnica de perguntas e respostas, ampliou minha forma de comunicação, de escuta e, principalmente, de como enxergar os vários tipos de dores e sofrimentos durante o processo da luta contra uma doença ainda estigmatizada pela morte.

Utilizo aqui o termo luta, pois o câncer ainda é considerado, pela maioria das pessoas, uma grande batalha; dessa forma, como em toda batalha, existem conflitos a serem vencidos, cada um encontrará a melhor forma de superar e enfrentar essas dificuldades, por isso meu foco de pesquisa foi o enfrentamento religioso-espiritual, o qual julgo ser de grande relevância para melhoria da assistência ao paciente, já que as pessoas, ao se depararem com grandes conflitos, buscam uma força interior, seja por meio de uma crença religiosa ou de um sentido maior para a própria vida, para que possam continuar a viver dignamente, talvez de forma resignada, mas com um outro olhar da vida.

Consciente da importância da pesquisa em enfermagem para o progresso em nossa área de atuação, admito ainda ser uma iniciante na pesquisa, mas assumo o compromisso na busca pelo aperfeiçoamento nas diversas áreas da enfermagem, sempre com dedicação, responsabilidade e amor.

1. INTRODUÇÃO

“O câncer é um vulcão [...] que solta sua lavas e causa a destruição.”

Relato de paciente - Reben, v. 64, n. 1, p. 53-9, 2011

“Câncer é uma palavra, não uma sentença.”

Jornalista John Diamond

1. INTRODUÇÃO

1.1 O câncer de cabeça e pescoço

O câncer é um grave problema de saúde pública, tanto em relação ao controle de casos registrados como atividades de prevenção, situação socioeconômica e desigualdades regionais do país (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005), além de ser considerado a segunda causa de morte nos E.U.A e no Brasil (SMELTZER; BARE, 2002; GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008; DATASUS, 2008). Segundo previsões do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), para os anos de 2010 e 2011, são estimados 489.270 casos novos de câncer, sendo esperados 236.240 em homens e 253.030 em mulheres.

Também denominado de neoplasia ou tumor maligno, o câncer representa um amplo grupo de doenças que pode afetar qualquer área corporal, sem causa exata, e manifesta uma sequência de eventos. A carcinogênese, formação do câncer, ocorre lentamente e envolve um longo processo com alterações dos mecanismos de regulação da proliferação e diferenciação celular, gerando um crescimento desordenado, descontrolado e irreversível de células anormais; ademais, caracteriza-se pelo aparecimento de metástase, principal causa de mortalidade do câncer, pois pode alastrar-se em partes adjacentes do corpo e invadir outros órgãos (CAPONERO, 2008; INCA, 2009; WHO, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), mais de 70% de todas as mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda, onde os recursos disponíveis para prevenção, diagnóstico e tratamento são limitados ou inexistentes. Em 2005, 13% de todas as mortes mundiais (7,6 milhões de pessoas) foram ocasionadas pelo câncer. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 9 milhões de pessoas morrerão de câncer em 2015, e 12 milhões, em 2030.

Segundo a Sociedade Americana de Câncer, foram estimados 36.540 casos novos de câncer de cavidade oral e faringe em 2010, sendo 25.420 em homens e 11.120 em mulheres. Sabe-se que a taxa de incidência é duas vezes maior nos homens em relação às mulheres. Além disso, em 2010, a referida sociedade estimou 7.880 mortes por esse tipo de câncer (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008).

Já a estimativa para o ano de 2010, válida também para 2011, realizada pelo INCA, conforme a localização primária, magnitude de mortalidade e/ou de incidência, para o câncer de cavidade oral, no Brasil, foi de 14.120 casos novos, sendo 10.330 em homens e 3.790 em

mulheres, ocupando a sétima posição na classificação de maior incidência dos tipos de câncer, sem a inclusão do tipo pele não melanoma. O estado de São Paulo apresenta a segunda maior taxa de incidência de casos novos por câncer de cavidade oral (localização primária) estimada em 15,19 casos para cada 100.000 homens. Esse tipo de câncer ainda é mais frequente nos homens do que nas mulheres (INCA, 2009).

O termo “câncer de cabeça e pescoço” é definido com base na anatomia topográfica para representar os tumores malignos do trato aéreo-digestivo superior e pode acometer a cavidade oral (mucosa da boca, lábio, língua, base da língua, gengiva, assoalho da boca e palato), faringe (hipofaringe, orofaringe e nasofaringe) e laringe, sendo este um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, representado pelo carcinoma espinocelular (CEC); já os cânceres de cavidade oral (carcinoma epidermoide) classificados como bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado, são considerados de maior incidência, com 40% de ocorrência, 15% na faringe e 25% na laringe, e o restante nos demais sítios remanescentes (glândulas salivares, tireoide) (INCA, 2001; DEDIVITIS et al., 2004; DÖBROSSY, 2005; BERGAMASCO et al., 2008).

Alguns fatores de risco não são necessariamente agentes causais, porém apresentam potencial para maior probabilidade ou risco de ocorrência desses cânceres, seja de forma isolada ou associados, principalmente, o tabagismo e a ingestão de álcool; além do mais, a persistência do consumo do tabaco e do álcool diminui o índice de cura e aumenta a ocorrência de um segundo tumor primário. Outros fatores de risco para o desenvolvimento dos cânceres de cabeça e pescoço são deficiências nutricionais, má higiene oral, infecção por Papiloma Vírus Humano (HPV), poluição ambiental, predisposição e suscetibilidade genética (INCA, 2001; DÖBROSSY, 2005).

Os principais sintomas dos cânceres de cabeça e pescoço são: ferida em boca, que sangra facilmente com difícil cicatrização (mais de uma semana), manchas vermelhas ou brancas persistentes, nódulo ou espessamento, dor no ouvido, massa palpável no pescoço, tosse com sangue, além de dificuldades para falar, na mastigação, na deglutição, na movimentação da língua ou mandíbulas e emagrecimento acentuado. Porém a maioria desses sintomas é apresentada apenas em estágio avançado da doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008; INCA, 2009).

No entanto, para a confirmação diagnóstica, deve ser realizado o exame físico, com extrema atenção à cavidade oral e o uso de próteses dentárias, além da biópsia da lesão. Quando indicado, fazem-se radiografias da mandíbula, seios da face e tórax para avaliação da extensão da doença e acometimento ósseo; também é possível a realização de tomografia

computadorizada e ressonância magnética em casos excepcionais. No pré-operatório, também é necessária a realização de outros exames: hemograma completo e bioquímico, eletrocardiograma e risco cirúrgico (INCA, 2001).

Com relação ao tipo de tratamento para os casos de cânceres de cabeça e pescoço, a cirurgia e a radioterapia ou combinação de ambos são os principais métodos aplicáveis e podem variar de acordo com o local e estadiamento clínico das lesões, tamanho do tumor, presença de metástase em linfonodos cervicais e metástase a distância (INCA, 2009). O prognóstico dos casos de lesões iniciais é muito bom, no entanto a prevenção e o diagnóstico precoces são as mais importantes condutas, embora continuem sendo um desafio na mudança do perfil e do prognóstico desses pacientes (INCA, 2001; DEDIVITIS et al., 2004; ALVARENGA et al., 2008; BERGAMASCO et al., 2008; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008).

Para a reabilitação de um paciente após o tratamento cirúrgico de uma doença maligna de cabeça e pescoço, ele deverá ser assistido por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, entre outros). Além disso, o tratamento pode contar com a cura da doença, sobrevida prolongada com o controle da doença e alívio dos sintomas, associados aos cuidados paliativos, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida (QV) do paciente. É importante ressaltar a necessidade de atenção de todos os profissionais com relação às medidas preventivas, formas de minimizar os efeitos colaterais dos tratamentos, fornecimento de informações adequadas, consideração dos desconfortos para aliviá-los e proporcionar apoio, a fim de reduzir a ansiedade, a depressão e melhorar o enfrentamento desses pacientes (INCA, 2001; GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; SAWADA; DIAS; ZAGO, 2006).

1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

O constructo “qualidade de vida” ainda é descrito sem uma uniformidade e tem necessidade de clareza conceitual, porém alguns pesquisadores ainda recusam a importância da abordagem dessa semântica; deve-se ressaltar que, se não se compreende o significado de algo, provavelmente os esforços para medi-lo serão em vão, e não se pode esquecer que se trata de uma questão que poderá afetar a vida de muitos pacientes e também a decisão de seus cuidados (HUNT, 1997).

É evidente a importância da avaliação da qualidade de vida (QV) na área da saúde e, principalmente, com relação ao avanço no rigor metodológico das investigações nos últimos 30 anos, porém tal evolução ainda está prejudicada pelo fato de que o termo “qualidade de vida” ainda tem sido utilizado para designar uma variedade de assuntos, como estado de saúde, capacidade física, sintomas, adaptação psicossocial, bem-estar, satisfação de vida e felicidade (FERRANS et al., 2005).

Existem diferentes pontos de vista e modelos teóricos para o conceito de qualidade de vida, porém o grupo da Organização Mundial de Saúde de Qualidade de Vida (WHOQOL) cita três aspectos fundamentais para o constructo: a subjetividade (relacionada à realidade e à perspectiva do indivíduo, suas experiências, cultura etc.), a multidimensionalidade (refere-se aos vários domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/religião/crenças pessoais) e a bipolaridade (que pode variar de bom a ruim, dimensões positivas e negativas) (WHOQOL GROUP, 1995).

Dessa maneira, esses aspectos possibilitaram a definição de “qualidade de vida” proposta pelo Grupo WHOQOL como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), o constructo “qualidade de vida” envolve vários significados, que podem relacionar a história ou a evolução de uma sociedade em um determinado tempo de seu desenvolvimento, a construção cultural, com seus valores e necessidades, e as classes sociais, com seus padrões e concepções de bem-estar diferenciados.

No que diz respeito à qualidade de vida do paciente, deve existir um envolvimento harmonioso e responsável de toda a equipe de saúde, paciente e família para uma melhor comunicação, compreensão e suporte durante todo o processo saúde-doença. Além disso, a enfermeira, como integrante dessa equipe e pelo seu longo período em contato com os

pacientes, deve estar preparada e capacitada para apoiar o paciente oncológico em todas as situações de crises, sejam elas física, emocional, social, cultural e/ou espiritual (SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo Ferrans et al. (2005), para minimizar os assuntos controversos com relação ao conceito de qualidade de vida (QV), foi introduzido o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS), que também já é muito utilizado na literatura e foi designado para estreitar o foco dos efeitos de saúde, doença e tratamento na qualidade de vida. Assim, QVRS compreende as necessidades humanas básicas, materiais, espirituais e os aspectos relacionados à enfermidade ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). Para Cleary, Wilson e Fowler (1995, p. 91) QVRS “refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde e que são significativos para a sua qualidade de vida”.

É importante destacar a complexidade e o desafio para a medida de qualidade de vida relacionada à saúde, pois a aplicação do instrumento adequado proporcionará um aprimoramento nos diagnósticos e tratamentos e, conseqüentemente, ações de cuidados de enfermagem adequados. Os instrumentos de qualidade de vida podem ser genéricos (sem especificar patologias) ou específicos (relacionados à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas; exemplo: câncer) e ainda ser utilizados separada ou simultaneamente (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; SCATOLLIN, 2006).

1.3 Espiritualidade e enfrentamento

Sabe-se que o conceito saúde deve abranger “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2006, p. 01), portanto viver plenamente requer saúde espiritual, bem-estar físico e mental.

Apesar de ter aumentado o número de estudos em relação à espiritualidade, crenças e saúde, tal assunto ainda apresenta escassez de referências associadas à assistência de enfermagem, mesmo com os diagnósticos de enfermagem “Angústia Espiritual” e “Religiosidade Prejudicada” encontrados na Taxonomia de NANDA (2005) e em outros estudos que têm auxiliado os enfermeiros a entenderem e a fornecerem apoio espiritual ao paciente.

Chaves, Carvalho e Hass (2010, p. 269), realizaram a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Angústia Espiritual” por um grupo de peritos e concluíram que o título “Espiritualidade Prejudicada” seria a melhor descrição para investigação desse fenômeno, pois “deve retratar os prejuízos que possam ocorrer, tanto no senso de significado e objetivo da vida, como na habilidade de transcendência e de conexão do indivíduo com ele mesmo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor”.

No entanto, muitos profissionais acreditam que abordagem da espiritualidade, religiosidade e crenças com o paciente deva ser realizada somente por pessoas religiosas, alguns por terem receio de impor seus valores aos mais vulneráveis, outros por desconhecerem o assunto, por não se considerarem religiosos ou também por subestimar a influência da religião e da espiritualidade na vida das pessoas no processo de terapia (BRUSCAGIN, 2004).

Aquino e Zago (2007) apreenderam em seu estudo que o diagnóstico de câncer pode indicar uma sentença de morte, e já a compreensão desse diagnóstico e sua terapêutica pode levar a uma transformação ou segunda chance de vida. Ainda, relatam que a espiritualidade é uma expressão da identidade e o propósito da vida de cada um mediante a própria história, experiências e aspirações. O alívio do sofrimento acontece na medida em que a fé religiosa permite transformações na perspectiva pela qual o paciente e a comunidade percebem a doença grave.

Por isso,

O atendimento à paciente com câncer deve ser embasado não apenas em seu aspecto clínico-cirúrgico, mas também em conhecimento, crenças e valores relacionados à doença... Conhecer a percepção que os pacientes possuem quanto aos fatores etiológicos e o modo como

vivenciam o processo da doença constituem elementos importantes para uma assistência de enfermagem embasada culturalmente (FUGITA; GUALDA, 2006, p. 502).

É necessário entender que os termos “espiritualidade” e “religiosidade” estão relacionados, mas, apesar de muitas vezes serem utilizados como sinônimos, não apresentam as mesmas características (BENKO; SILVA, 1996; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). O ser humano possui uma espiritualidade, mas nem sempre expressada por uma religião (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; BRUSCAGIN, 2004). A espiritualidade é mais ampla e pessoal, está relacionada a um conjunto de valores íntimos, completude interior, harmonia, conexão com os outros; estimula um interesse pelos outros e por si, numa unidade com a vida, a natureza e o universo; é aquilo que dá sentido à vida, independentemente de sua religião, e, dessa maneira, produz capacidade de suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (BENKO; SILVA, 1996; BRUSCAGIN, 2004; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; POTTER; PERRY, 2002; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; GUERRERO et al., 2011).

Para alcançar a dimensão espiritual, uma pessoa não necessita pertencer a uma religião, ou seja, a um sistema de crenças organizado, que envolve um culto compartilhado por um grupo, inclui a existência de uma força divina ou um ser superior e propõe normas, idéias, práticas e rituais (BENKO; SILVA, 1996; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; BRUSCAGIN, 2004; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Espiritualidade relaciona-se com elementos que transcendem o tangível e conduz um propósito à vida. Além disso, os aspectos espiritualistas podem mobilizar energias positivas e melhorar a qualidade de vida das pessoas (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

A assistência espiritual e sua avaliação tornam-se necessárias em razão da possibilidade de perceber e compreender a situação real do paciente para, assim, estar em condições de identificar problemas emocionais não resolvidos, conflitos interpessoais, memórias infelizes, sentimento de culpa, ou seja, saber trabalhar com a angústia mental (PESSINI, 2003).

Westman, Bergenmar e Andersson (2006) relatam em seu estudo a necessidade de apoio existencial; e alguns pacientes afirmam maior confiança devido à própria fé, além de melhor capacidade para adaptar-se a novas situações. Porém, mostram alguns obstáculos para executar um apoio existencial adequado, como a falta de tempo para um diálogo prolongado e a dificuldade para identificar a necessidade do paciente.

Ainda para a grande maioria das pessoas, o câncer carrega o estigma do sofrimento, da angústia, da indignação e do medo frente às incertezas do futuro, assim o diagnóstico de câncer pode ser motivo de sofrimento, de preocupação, de estresse e até ser desestruturante com relação à própria vida e também àqueles que vivenciam tudo isso. Dessa forma, para enfrentar essa situação de adoecimento, serão geradas estratégias e mudanças de comportamento singulares para cada indivíduo e de acordo com suas experiências anteriores, valores e crenças (COSTA; LEITE, 2009).

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos têm o intuito de minimizar situações estressantes para adaptarem-se a circunstâncias adversas; o termo *coping* pode significar: enfrentar, manejar, lidar com, adaptar-se, porém não possui tradução literal em português (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; PANZINI et al., 2007).

Para Lazarus (1993), enfrentamento é como um conceito-chave para a teoria e pesquisa sobre adaptação e saúde. Esse autor classifica o enfrentamento em duas categorias: enfrentamento focalizado na emoção “esforço para regular o estado emocional, que é associado ao estresse, ou é resultado de eventos adversos, exemplo: assistir a uma comédia para reduzir a sensação física desagradável do estresse” e o enfrentamento focalizado no problema “esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la, exemplo: negociar para resolver um conflito, solicitar ajuda prática de outras pessoas” (ANTONIAZZI et al., 1998).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), citado por Antoniazzi, Dell'Aglío e Bandeira (1998, p. 276):

coping é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais.

Enfim, para que os profissionais de saúde possam atender às demandas relacionadas à doença e às reais necessidades dos pacientes, sejam eles crentes ou não crentes, a estratégia do enfrentamento espiritual pode ser utilizada no relacionamento com os amigos, os familiares, Deus, na natureza e, dessa forma, levar o indivíduo a uma transcendência. Como consequência, proporcionar a autocapacitação ou capacidade de lidar com uma situação estressante e promover um entendimento sobre o significado e propósito da doença (BALDACCHINO; DRAPER, 2001).

Segundo Panzini et al. (2007), o relacionamento de questões espirituais com a qualidade de vida está cada vez mais presente nos estudos, por isso se faz necessário um

mediador desse domínio para facilitar o aprimoramento das intervenções e da assistência à saúde. Ressaltam, porém, a importância da utilização de escalas que abordem de forma ampla e envolvam os aspectos sobre religiosidade e espiritualidade. Para isso, é necessário que todos os profissionais da saúde busquem maior compreensão sobre a espiritualidade e sua relação em todos os momentos da vida, pois é evidente, nos dias de hoje, o crescimento pela busca da fé, da esperança e do sentido da vida por todas as pessoas (BRUSCAGIN, 2004).

1.4 Revisão Integrativa da Literatura

Com o propósito de verificar as evidências científicas sobre espiritualidade e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer, foi realizado um levantamento bibliográfico com o método de revisão integrativa da literatura.

A revisão integrativa da literatura trata-se de uma estratégia metodológica inserida na Prática Baseada em Evidências que incentiva o enfermeiro a buscar conhecimento científico, amplia a compreensão sobre a abordagem metodológica das pesquisas, possibilita a incorporação dos resultados, a competência clínica do profissional e as preferências do cliente em busca das melhores evidências disponíveis (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Para a elaboração dessa revisão integrativa, as seguintes fases foram percorridas: identificação do tema, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados. Dessa forma, entende-se que uma revisão integrativa permite sintetizar estudos publicados acerca do tema abordado, sendo que, será apresentada uma questão norteadora, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão referente à amostra, definição de características dos estudos primários, análise de dados e apresentação dos resultados obtidos (GANONG, 1987).

Assim, para pesquisar o tema dessa revisão integrativa da literatura, foram consultadas as seguintes bases de dados:

- LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) – É o índice da literatura científica e técnica mais importante e abrangente da América Latina e do Caribe, com mais de 13 mil indexações, coordenada pela Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME, onde foi realizado o acesso gratuito pelo endereço <<http://www.bvs.br>> no link LILACS.
- PSYCINFO – Essa base de dados abrange artigos com temas relacionados a psicologia, educação, psiquiatria, ciências sociais. Dispõe de publicações em periódicos internacionais e contem, aproximadamente, 1.500.000 registros; o acesso foi realizado pelo *site* da Biblioteca Central USP de Ribeirão Preto, <<http://bcrp.pcarp.usp.br>> em Portais de Pesquisa – Bases de Dados – Acesso Restrito – Base de dados por ordem alfabética - PsycINFO, acesso regulamentado pela Universidade de São Paulo, USP.
- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) – Uma completa base de dados estão disponíveis no CINAHL EBSCOhost®. O CINAHL with Full Text é a fonte mais abrangente do mundo de revistas científicas sobre enfermagem e áreas

correlatas de saúde, fornecendo o texto completo de mais de 600 revistas científicas; o acesso também foi realizado pelo *site* da Biblioteca Central USP de Ribeirão Preto <<http://bcrp.pcarp.usp.br>> em Portais de Pesquisa – Bases de Dados – Acesso Restrito – Base de dados por ordem alfabética - CINAHL with Full Text, acesso regulamentado pela Universidade de São Paulo, USP.

O levantamento bibliográfico teve como base os seguintes descritores em português, inglês e espanhol, respectivamente: “espiritualidade”, “spirituality”, “espiritualidad”; “religião”, “religion”, religión; “qualidade de vida”, “quality of life”, “calidad de vida”; “câncer”, “cancer”, “cáncer”; “neoplasias”, “neoplasms”, “neoplasias”, “oncologia”, “oncology”, “oncología”; “influência”, “influence”, “influencia”; “impacto”, “impact”, “impacto”. Foram utilizados descritores controlados e não controlados para ampliar o número de artigos encontrados. A questão norteadora da revisão foi: Quais são as evidências científicas sobre a relação entre espiritualidade e qualidade de vida em pacientes adultos com diagnóstico de câncer?

Cruzamento dos Descritores	LILACS	PSYCINFO	CINAHL
“espiritualidade” or “spirituality” or “espiritualidad” or “religião” or “religion” or “religion”	426	20301	5610
“espiritualidade” or “spirituality” or “espiritualidad” or “religião” or “religion” or religión” AND “qualidade de vida” or “quality of life” or “calidad de vida”	9	541	399
“espiritualidade” or “spirituality” or “religião” or “religion” AND “qualidade de vida” or “quality of life” or “calidad de vida” AND “cancer” or “neoplasias” or “neoplasms” or “oncologia” or “oncology”	1	141	133
“espiritualidade” or “spirituality” or “espiritualidad” or “religião” or “religion” or religion” AND “qualidade de vida” or “quality of life” or “calidad de vida” AND “cancer” or “cancer” or “neoplasias” or “neoplasms” or “oncologia” or oncología or “oncology” AND “influência” or “influence” or impacto or “impact”	1	38	35
Total de Referências	1	38	35

Quadro 1 – Distribuição das referências bibliográficas obtidas de acordo com o cruzamento dos descritores controlados e não controlados nas bases de dados LILACS, PSYCINFO e CINAHL, no período de Fevereiro de 2011.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos originais indexados nas bases de dados selecionadas; artigos publicados no período de janeiro de 2000 até fevereiro de 2011; artigos publicados em inglês, espanhol e português; e artigos relacionados ao tema de interesse: a influência da espiritualidade na qualidade de vida em pacientes adultos (≥ 18 anos) com diagnóstico de câncer. Já os critérios de exclusão foram: publicações que não eram artigos de periódicos, como dissertações, capítulos de livros, livros, resenha, editorial e ponto de vista e artigos que não pertenceram ao período estipulado e ao tema proposto.

Foi possível realizar um levantamento bibliográfico de 74 referências nas bases de dados citadas, com a utilização dos descritores controlados ou não e, destas, foram pré-selecionados 16 artigos e analisados, criticamente, 11 artigos, seguindo os critérios de inclusão e exclusão.

Após a leitura exhaustiva dos títulos e dos resumos, foram pré-selecionados para análise 16 artigos, sendo um artigo na base de dados LILACS; na PSYCINFO, seguindo os mesmos critérios de inclusão foram encontrados 38 artigos e, destes, foram pré-selecionados 12 artigos, sendo excluídos: sete dissertações, dois capítulos de livros, um editorial, um no idioma dinamarquês e 15 não relacionados ao tema; na CINAHL, foram encontrados 35 artigos e, destes, oito estavam repetidos na base PSYCINFO e 24 não se relacionavam com o tema proposto; dessa forma, três artigos foram pré-selecionados dessa base. Após a leitura integral dos artigos pré-selecionados houve a exclusão de cinco que não atenderam aos critérios de inclusão, assim, obteve-se um total de 11 artigos selecionados para a análise crítica, conforme a Ilustração 1.

Ilustração 1 - Fluxograma dos artigos encontrados, pré-selecionados e selecionados nas bases de dados LILACS, PSCYCINFO e CINAHL.

Para a realização da análise crítica dos artigos incluídos nessa revisão, ou seja, extração dos dados obtidos, foi utilizado um instrumento de coleta de dados construído e validado com base em outro instrumento elaborado e validado por Nicolussi (2008), que contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, critérios da avaliação da qualidade de vida, avaliação do rigor metodológico, intervenções estudadas, principais resultados e conclusões encontradas (ANEXO A); além disso, foram adicionadas algumas questões específicas do tema e adaptadas para o objetivo desta revisão realizada pela pesquisadora, com informações encontradas na literatura contendo conceitos sobre espiritualidade, religiosidade e sua influência na qualidade de vida (APÊNDICE A).

Após as alterações e a construção de um novo instrumento para atingir os objetivos desta revisão, foi necessária nova validação de aparência e conteúdo realizada por três juízes, docentes de enfermagem, especialistas nessa metodologia e temática envolvida. Foram analisadas as sugestões realizadas pelos juízes, com relação à concordância ou não dos itens modificados, e, após, foi considerado válido o item que obteve concordância mínima de 80%; a versão final do instrumento consta de 24 itens (APÊNDICE A).

Dessa forma, foi possível extrair os dados dos artigos de forma sintetizada e descritiva, com conseqüente análise dos estudos selecionados com ênfase em algumas características, como: conceitos envolvidos, tipo e delineamento da pesquisa, objetivos, principais resultados e conclusões. Vale destacar que estes estudos foram agrupados em categorias temáticas de acordo com o tipo de câncer.

O *corpus* dessa revisão obteve um total de 11 artigos extraídos das diferentes combinações e bases de dados já mencionados. Em relação à identificação dos artigos, todos (100%) estavam na língua inglesa, sendo dez dos EUA e um da Austrália.

Foi possível observar a ausência de publicações com relação ao tema “espiritualidade e qualidade de vida” em periódicos nacionais e latino-americanos nas bases selecionadas; embora seja um tema atual e com um aumento evidente do número de publicações internacionais, ressalta-se a importância de maiores investigações nacionais, o que justifica a proposição do presente estudo.

Com relação ao ano de publicação, dois (18,2%) eram de 2005; dois (18,2%) de 2006; dois (18,2%) de 2008; quatro (36,4%) de 2009; e um (9%) de 2010. Todos os artigos (100%) desta revisão foram publicados após o ano de 2005, e isso pode ser justificado pelo crescente número de investigações sobre o tema espiritualidade e saúde nos últimos anos e pelo

reconhecimento e interesse de pesquisadores sobre a influência da espiritualidade na qualidade de vida de pacientes oncológicos.

Quanto ao tipo de periódico científico cinco (45,4%) artigos foram publicados em periódico específico da área de psico-oncologia. Apenas dois artigos relataram a formação do principal autor, sendo um enfermeiro e um capelão, mas foi possível observar diversos departamentos das áreas de saúde envolvidos nos estudos.

Ao analisar os delineamentos de pesquisa, foram observados oito (72,7%) de delineamento não-experimental, dois (18,2%) de delineamento de pesquisa experimental; um (9,1%) estudo de coorte. Assim, relacionando a hierarquia das evidências científicas, essa revisão consta de dois artigos (18,2%) com nível de evidência III (ensaio clínico bem delineado, sem randomização); um artigo (9,1%) com nível de evidência IV (estudo de coorte bem delineado); oito artigos (72,7%) com nível de evidência VI (estudos descritivos). É importante destacar a ausência ou número reduzido de estudos com maior força de evidência científica (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Sobre os conceitos de espiritualidade, religiosidade, qualidade de vida (QV) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) foi possível observar que dois (18,2%) não conceituaram nenhum termo ou constructo investigado; seis (54,5%) não definiram nem QV, nem QVRS; dois (18,2%) definiram QV de forma bem simplificada, apenas com relação aos seus domínios; três (27,3%) definiram QVRS; quatro (36,4%) não definiram espiritualidade, nem religiosidade; sete (63,3%) definiram o termo espiritualidade; cinco (45,5%) definiram o termo religiosidade; cinco (45,5%) definiram e diferenciaram os termos espiritualidade e religiosidade; um (9,1%) definiu e diferenciou bem-estar espiritual de bem-estar religioso, porém não abordou os termos espiritualidade e religiosidade de forma isolada (APÊNDICE B).

Embora, ainda existam muitas controvérsias em relação aos constructos qualidade de vida e espiritualidade, principalmente, por se tratar de constructos subjetivos, já existe um consenso entre os estudiosos que QV apresenta aspectos relacionados à subjetividade, à multidimensionalidade e à bipolaridade (WHOQOL GROUP, 1995; SEIDL; ZANNON, 2004). Enquanto que a espiritualidade traz uma relação com o significado da vida sem a presença de um ser superior ou crença religiosa (SAAD; BATTISTELLA, 2001).

Vale destacar que apenas três artigos trouxeram o conceito de QVRS justificando sua utilização de forma coerente, já que todos os estudos analisados referem-se à condição patológica do câncer e intervenções em saúde. Apesar dos estudos não apresentarem como objetivo a fundamentação de tais conceitos, acredita-se que suas definições de forma mais

clara proporcionaria maior facilidade na compreensão da pesquisa e teria menor margem para ambiguidades.

Para a mensuração dos domínios de qualidade de vida e das questões sobre espiritualidade os estudos utilizaram diversos instrumentos, gerais ou específicos, os instrumentos mais utilizados foram: *Medical Outcomes Study Short Form 36* (SF-36), *Medical Outcomes Study Short Form 12* (SF-12), *Functional Assessment of Cancer Therapy Scale-General* (FACT-G) e o *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp). Vale destacar que entre os estudos avaliados um estudo testou a viabilidade de uma ferramenta para avaliação espiritual - *Spiritual Assessment Tool-FICA* (APÊNDICE C).

Para a síntese dos estudos selecionados, estes foram agrupados em categorias temáticas de acordo com o tipo de câncer, a saber: espiritualidade e QV em pacientes com diferentes tipos de câncer; espiritualidade e QV em pacientes com câncer de mama e ovário; espiritualidade e QV em pacientes com câncer de próstata; espiritualidade e QV em pacientes com câncer hematológico.

Categoria 1: Espiritualidade e qualidade de vida (QV) em pacientes com diferentes tipos de câncer

Nos estudos dessa categoria os pesquisadores contaram com a participação de pacientes com diversos tipos de cânceres, como: linfomas, câncer de mama, de cólon/reto, de pulmão, de próstata e outros.

Em um estudo experimental foi realizado uma intervenção espiritual assistida por oncologista (OASIS), o grupo controle recebeu os cuidados habituais, e o grupo experimental participou do modelo OASIS, que envolveu questões de preocupações espirituais as quais podem ser realizadas de forma sensível e eficaz com os pacientes, dentro dos limites da prática habitual; o modelo OASIS poderá melhorar a relação médico-paciente, pois demonstrar um impacto positivo sobre a percepção de bem-estar e cuidados do paciente, especialmente para aqueles que possam estar vivenciando um menor nível de bem-estar espiritual no enfrentamento do câncer (KRISTELLER et al., 2005).

Com relação às diferenças conceituais e correlações estatísticas entre bem-estar espiritual, bem-estar religioso e QV, observa-se que elevados níveis de espiritualidade entre os pacientes com câncer foram associados a menor sofrimento dos sintomas com melhor qualidade de vida, independentemente da percepção da ameaça de vida pela doença; essas relações foram atribuídas, principalmente, ao bem-estar espiritual e sua relação com um

resultado benéfico; além disso, os aspectos da espiritualidade apresentaram uma maior relação positiva com a QV (significado e propósito de vida) quando comparado com a religiosidade (EDMONDSON et al., 2008; WHITFORD; OLVER; PETERSON, 2008).

Borneman, Ferrell e Puchalski (2010), viabilizaram o instrumento FICA (F - fé, crença, significado; I – importância, influência; C – comunidade; A – importância no cuidado) para avaliação da espiritualidade, seus resultados mostraram correlações moderadas com os itens de qualidade de vida (subescala bem-estar espiritual, ansiedade, depressão, isolamento, psicológica), porém não foram associados aos sintomas físicos. A maioria dos pacientes avaliados relataram serem muito importantes em suas vidas as questões de fé ou crença, e muitos deles admitiram que queriam a espiritualidade integrada nos cuidados clínicos, embora muitos tenham relatado que essas necessidades foram atendidas fora do sistema de saúde. Além disso, as estratégias de avaliação espiritual ou intervenções revelam-se muito importantes na atenção humanizada dos pacientes e também melhoram a relação paciente-profissional e não necessariamente afetarão os cuidados específicos do tratamento.

Categoria 2: Espiritualidade e QV em pacientes com câncer hematológico

Já em estudo realizado com pacientes sobreviventes pós-transplante de células-tronco hematopoéticas, que apresentam um longo tratamento e profundo impacto na qualidade de vida relacionada à saúde, foi observado que, em comparação com o grupo de pessoas saudáveis, os sobreviventes pós-transplante de células-tronco hematopoéticas, relatam uma piora no bem-estar físico, psicológico e social, porém apresentam um crescimento psicológico, espiritual e interpessoal, experiência que persisti por muitos anos após o transplante (ANDRYKOWSKI et al., 2005).

Os autores Rippentrop, Altmaier e Burns (2006) verificaram que a espiritualidade representou maior variância na QV do que a religiosidade; constructos espirituais como sentimentos de paz e harmonia, senso de propósito, e crenças espirituais apresentam maior impacto na qualidade de vida do que o tempo dedicado a atividades ou crenças religiosas em igreja. O estudo reafirmou que a espiritualidade e a religiosidade são importantes no contexto de um enfrentamento da doença. Além disso, crenças espirituais e/ou religiosas podem aumentar a QV, proporcionar apoio para o enfrentamento da doença, desenvolver uma compreensão mais profunda da vida e do significado ou finitude, bem como fortalecer a própria vontade de viver.

Categoria 3: Espiritualidade e QV em pacientes com câncer de próstata

Com relação à categoria Espiritualidade e QV em pacientes com câncer de próstata, foi possível observar mudanças associadas à espiritualidade e outros domínios, como: bem-estar psicossocial e aspectos físicos da QVRS; Krupski et al. (2006) mostraram que quanto maior a espiritualidade melhor é a associação com os domínios psicossociais e físicos da QVRS. Além disso, a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer de próstata pode ser melhorada através de intervenções que reconhecem as necessidades espirituais, incorporando-as no tratamento convencional ou com o objetivo de melhorar fatores psicossociais não-espirituais.

Ademais, o domínio espiritualidade (significado/paz) foi positivamente associado com os escores da QVRS em vários domínios psicossociais em homens de baixa renda com câncer de próstata, mas não esteve associado à fé religiosa. Também foram verificados efeitos negativos entre escores baixos de significado/paz com elevada fé, constatou-se nesse caso, uma pior avaliação da dor, comparada àqueles com altos índices de fé combinados com altos escores de significado/paz, que resultaram em uma redução acentuada da dor (ZAVALA et al., 2009).

Categoria 4: Espiritualidade e QV em pacientes com câncer de mama e ovário.

Outros resultados não foram estatisticamente significantes com relação às práticas religiosas, o que demanda maior distinção conceitual e metodológica das questões relacionadas a religiosidade e espiritualidade em saúde; já que a espiritualidade apresentou uma relação estatisticamente significativa com a QV, com a adaptação psicológica e o estresse relacionado ao trauma ocasionado pelo câncer em sobreviventes de câncer de mama (PURNELL; ANDERSEN; WILMOT, 2009).

Conforme Wildes et al. (2009) que também avaliaram quantitativamente a influência da religiosidade/espiritualidade na QVRS entre sobreviventes latinas com câncer de mama, observaram elevados níveis positivos estatisticamente significantes de religiosidade/espiritualidade correlacionados com as dimensões da QVRS (bem-estar social, funcional e relacionamento médico-paciente).

Em um estudo piloto que objetivou avaliar a influência da oração de centramento sobre o humor, bem-estar espiritual e a qualidade de vida em mulheres com câncer ovariano recorrente, em tratamento quimioterápico foi possível constatar que o bem-estar emocional melhorou três meses após o término da intervenção, mas não manteve o mesmo resultado em seis meses; já o bem-estar social foi mantido ao longo do tempo. Com relação ao bem-estar

espiritual mostrou uma melhora na subescala fé imediatamente após a intervenção e foi mantida ao longo do tempo. A subescala significado/paz melhorou significativamente em três e seis mês após a intervenção. Vale ressaltar que o câncer recorrente em tratamento é um momento de alto estresse e gasto de energia das pacientes, assim o estudo sugere que a oração de centramento pode ter alguma influência sobre o bem-estar espiritual e pode ser uma intervenção viável para o ajustamento psicológico e espiritual de pacientes com câncer ovariano recorrente (JOHNSON et al., 2009).

Logo, com os resultados apresentados nesse levantamento bibliográfico, foi possível notar que a espiritualidade apresenta-se associada com a QVRS dos pacientes com câncer e até com correlações estatisticamente significativas e positivas. Foram observados alguns aspectos com relação às experiências de sofrimento da doença aliados à espiritualidade, tais como: estratégias de enfrentamento, fatores culturais, sentimentos de autotranscendência, maiores reflexões sobre a vida e seu significado e alívio do sofrimento, além do mais, constatou que quanto maior a espiritualidade, melhor é a percepção da QVRS e/ou de seus domínios (psicossocial, físico, emocional, entre outros).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

"O importante não é por quanto tempo viverás, mas que qualidade de vida terás."

Sêneca

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Com relação ao marco referencial teórico, foi utilizado o Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes de câncer, elaborado por Ferrel, Dow e Grant (1995), o qual foca os domínios de bem-estar físico, social, psicológico e espiritual, que interagem de forma dinâmica, com influência na qualidade de vida do paciente.

Esse modelo de qualidade de vida aborda a interação dinâmica entre os maiores domínios de QV (bem-estar físico, psicológico, social e espiritual), e, caso ocorra algum distúrbio em qualquer um desses domínios, conseqüentemente afetará a QV como um todo. Exemplo: um sintoma físico não controlado afetará o bem-estar psicológico, pois gera ansiedade, depressão e frustração do paciente; uma limitação física também pode restringi-lo do convívio social; além disso, o bem-estar físico pode influenciar a espiritualidade. Estudos demonstram que o declínio da condição física cria nas pessoas um sentimento de fatalidade e finitude e, frequentemente, aumenta a necessidade espiritual (FERREL; DOW; GRANT, 1995).

Para Ferrel, Dow e Grant (1995), o bem-estar físico é definido como o controle ou alívio dos sintomas e a manutenção da função e da independência; o bem-estar social é definido como uma forma de visualizar não apenas o câncer com os seus sintomas, mas também o significado ocasionado pelo impacto da doença e tratamento sobre a pessoa com câncer, a perda de seus papéis e relacionamentos; o bem-estar psicológico é definido como a procura por um sentido de controle diante das ameaças da vida pela doença caracterizada pelo estresse emocional que modifica as prioridades da vida, gera o medo do desconhecido, bem como as mudanças positivas da vida. O bem-estar espiritual, ênfase desta pesquisa, é caracterizado pelas dimensões existenciais e religiosas norteadas pelos sentimentos de incertezas, desesperanças, objetivos de vida, mudanças espirituais positivas, aumento do significado de vida e importância das atividades espirituais.

O modelo de qualidade de vida proposto por Ferrell, Dow e Grant (1995) está representado na ilustração 2.

Ilustração 2 – Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes do câncer. Fonte: FERRELL, B. R. et al. Measurement of quality of life in cancer survivors, 1995.

Com o intuito de minimizar a situação estressante pelos indivíduos que passam por experiências de doenças como o câncer de cabeça e pescoço foi adotado o referencial teórico relacionado ao enfrentamento religioso-espiritual.

O enfrentamento religioso, segundo Pargament, Koenig e Peres (2000) apresentaram cinco objetivos principais, que estão incorporados pela religião: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com os outros membros da sociedade, transformação de vida. Dessa forma, com base nesses cinco objetivos, foram definidos alguns métodos de enfrentamento religiosos, por exemplo, redefinição de um fator estressante como uma oportunidade de crescimento espiritual (reavaliação religiosa benevolente), redefinição da situação estressante como uma punição de Deus (reavaliação de Deus como punitivo), redefinição do estressor como um fenômeno do diabo (reavaliação demoníaca ou malévola), redefinição dos poderes de Deus para influenciar a situação estressante (reavaliação dos poderes de Deus). Dessa forma, é reconhecido que qualquer forma de enfrentamento religioso

pode servir para mais de uma finalidade, e esse enfrentamento pode ser positivo ou negativo, eficaz ou ineficaz (PARGAMENT; KOENIG; PERES, 2000).

Pargament, Koenig e Peres (2000) desenvolveram e validaram a Escala RCOPE, a qual foi testada em uma amostra de estudantes universitários que lidavam com um estresse de vida significativo. A análise fatorial demonstrou-se consistente com a concepção e construções das subescalas, revelando uma avaliação abrangente dos enfrentamentos religiosos com integração das dimensões religiosas e espirituais no processo de aconselhamento. A Escala RCOPE é composta tanto de itens de enfrentamento religioso como de enfrentamento espiritual; ainda, segundo o autor, o termo “espiritualidade” é utilizado em seu estudo para referir-se à função-chave da religião, o esforço para encontrar, manter e transformar uma relação com o sagrado (PARGAMENT; KOENIG; PERES, 2000).

Panzini e Bandeira (2005) com base na escala norte americana RCOPE de Pargament, Koenig e Peres (2000), adaptaram e validaram para a cultura brasileira a Escala *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), constituída de quatro índices principais: (1) CRE Positivo: indica o nível de enfrentamento religioso-espiritual positivo praticado pelo avaliado; (2) CRE Negativo: indica o nível de enfrentamento religioso-espiritual negativo praticado; (3) Razão CREN/CREP: revela a razão de CRE Negativo utilizado em relação ao CRE Positivo; (4) CRE Total: indica a quantidade total de CRE utilizado pelo avaliado.

A escala é composta por duas dimensões CRE Positivo e CRE Negativo, sendo oito fatores da dimensão de *Coping* Religioso Espiritual Positivo (CREP) e quatro fatores da dimensão de *Coping* Religioso Espiritual Negativo (CREN). Segundo Panzini (2004) os fatores apresentam as seguintes descrições:

FATOR P1: TRANSFORMAÇÃO DE SI E/OU DE SUA VIDA – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual tem como consequência uma transformação pessoal, seja ela uma modificação interna, da própria pessoa que o pratica, e/ou uma modificação externa em sua vida. Esta última pode incluir modificações de direção, objetivos e/ou circunstâncias pessoais de vida. A modificação interna pode dar-se através de uma revisão das próprias atitudes, seguida de comportamentos que estejam mais de acordo com as leis de Deus e/ou com os preceitos religioso-espirituais a que se filia, ou com as posições morais que julga serem melhores que as atuais. Ou a pessoa pode comportar-se diferentemente e observar uma consequência positiva que modifica a perspectiva de si, dos outros e/ou do mundo, trazendo uma transformação. Ou seja, a pessoa se modifica e/ou modifica sua vida praticando determinado CRE, já com o objetivo de transformação, ou ela acontece como consequência posterior de sua prática.

FATOR P2: AÇÕES EM BUSCA DE AJUDA ESPIRITUAL – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual em que o indivíduo faz um movimento de busca no outro, seja este individual, institucional, familiar ou

social, uma espécie de ajuda espiritual, seja procurando fazer tratamentos espirituais, procurando orientação com entidades espirituais, procurando uma reposição de energias vitais, praticando ações em busca da espiritualidade ou de uma maior conexão com ela.

FATOR P3: OFERTA DE AJUDA AO OUTRO – Todo comportamento de *coping* religioso-espiritual no qual o indivíduo procura ajudar o outro, seja este individual, institucional, familiar ou social. Tal ajuda pode manifestar-se como orações, apoio e/ou orientação espiritual oferecida a outros, bem como atos de caridade, trabalho voluntário e/ou modificações internas afetivo-cognitivas em benefício de outras pessoas.

FATOR P4: POSICIONAMENTO POSITIVO FRENTE A DEUS – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que expõe um posicionamento pessoal frente a Deus em relação à situação. Poderão manifestar-se através de estilos de CRE, estabelecimento de limites religiosos, busca de apoio em Deus, de uma maior conexão com Ele e/ou de reavaliações positivas através d'Ele. Revelam-se em atitudes como contar, colaborar, suplicar, se aproximar e/ou se apoiar em Deus, ou ainda em ações individuais independentes da ajuda de Deus. Cabe realçar que, quanto mais a pessoa faz estas últimas, menos realiza as primeiras.

FATOR P5: BUSCA PESSOAL DE CRESCIMENTO ESPIRITUAL – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que revela uma busca individual de Deus e/ou da espiritualidade (ao contrário da busca institucional), ou uma busca de si mesmo através de Deus e/ou da espiritualidade. Poderão manifestar-se através de reavaliações positivas, práticas não institucionais, busca de conexão profunda consigo ou com forças transcendentais ao indivíduo.

FATOR P6: AÇÕES EM BUSCA DO OUTRO INSTITUCIONAL – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que realiza um movimento de aproximação com o institucional, ou seja, uma aproximação com os locais, membros ou representantes religiosos, ou ainda com as manifestações formais e institucionalizadas das religiões.

FATOR P7: BUSCA PESSOAL DE CONHECIMENTO ESPIRITUAL – Todo comportamento de *coping* religioso-espiritual no qual a pessoa procura por um maior conhecimento religioso-espiritual. Os objetivos dessa procura de conhecimento podem ser variados: fortalecimento espiritual em relação ao problema, ao mundo e/ou aos desígnios divinos; incremento da prática religiosa ou das próprias atitudes; procura de auxílio para lidar e/ou para entender a situação; ou ainda, a simples busca de acréscimo intelectual. Poderão ocorrer através da literatura ou da mídia religiosa/espiritual.

FATOR P8: AFASTAMENTO ATRAVÉS DE DEUS, DA RELIGIÃO E/OU DA ESPIRITUALIDADE – Mudança de perspectiva pessoal em relação à situação, na qual a pessoa se afasta do problema aproximando-se de Deus e/ou das questões religiosas/espirituais. Ou seja, todo comportamento de *coping* religioso espiritual que alguém realiza buscando aproximar-se de Deus, da religião ou da espiritualidade e que tem como consequência um afastamento do problema ou da situação de estresse que vivencia. Cabe ressaltar que o *coping* afastamento se diferencia do *coping* esquiva. Este último é considerado negativo por configurar uma tentativa de fuga em relação ao problema, enquanto o afastamento é positivo, pois a pessoa não nega o problema, nem tenta fugir dele, apenas encontra alívio temporário, procurando focar sua atenção noutro tema, no caso, nos aspectos espirituais e religiosos.

FATOR N1: REAVALIAÇÃO NEGATIVA DE DEUS – Todo comportamento de *coping* religioso-espiritual que configura uma reavaliação

cognitiva negativa da ideia que a pessoa faz de Deus, seja de suas características, comportamentos etc., levantando questionamentos em relação a este Deus e seus desígnios. Pode expressar-se através do questionamento da existência, do poder, do amor, da proteção, da responsabilidade, da vontade, dos atos e/ou das punições de Deus. Em geral, acontece acompanhado da expressão de sentimentos negativos, como revolta, culpa, desamparo e mágoa.

FATOR N2: POSICIONAMENTO NEGATIVO FRENTE A DEUS – Todo comportamento de *coping* religioso-espiritual no qual a pessoa pede a Deus ou simplesmente espera que Ele tome o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la, sem a sua participação individual. Pode expressar-se através do estilo de *coping* delegação religiosa passiva ou do estilo de *coping* súplica negativa, quando a prece tenciona a modificação da vontade divina.

FATOR N3: REAVALIAÇÃO NEGATIVA DO SIGNIFICADO – Todo comportamento de *coping* religioso-espiritual no qual a pessoa reavalia negativamente o significado da situação como um ato e/ou consequência do Mal ou como uma punição aos seus próprios atos, estilo de vida, erros, pecados etc. O Mal pode ser associado a um ser personalizado, figurado como diabo, demônio, satanás, belzebu, entre outras denominações; ou a uma figura abstrata, como a escuridão, as trevas, o lado negro ou o Mal em si; ou, ainda, encarnado em figuras que praticam esse mal, como espíritos malignos, forças das trevas, mau-olhado e/ou desejos negativos de outras pessoas. Enfim, o porquê da situação estressante é entendido como uma punição pessoal ou como resultado de algo malévolo.

FATOR N4: INSATISFAÇÃO COM O OUTRO INSTITUCIONAL – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que revela sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com qualquer representante institucional, seja ele frequentador, membro, representante ou líder da instituição religiosa, ou mesmo simbolizado pelo conjunto de crenças religiosas ou espirituais que a pessoa possui.

Assim, deve-se considerar que a QV apresenta dinâmica própria e dependerá dos valores do indivíduo e momento de vida pelo qual está vivenciando, nesta pesquisa, refere-se aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em período pré-operatório. Assim, a QV poderá ser influenciada pelos fatores sociais, físicos, psicológicos, espirituais e também dependerá diretamente das estratégias de enfrenamento religioso-espiritual praticadas pelo indivíduo.

Diante disto, a presente pesquisa justifica sua relevância em função da importância do estudo sobre as relações entre espiritualidade, qualidade de vida e câncer; da escassa aplicação de instrumentos/escalas de avaliação com relação à espiritualidade e saúde no Brasil; da importância da condução deste tema para o avanço científico no campo da enfermagem e outras áreas de saúde; e da importância em ascensão que a literatura internacional/nacional tem apresentado sobre o tema, às novas medidas e cuidados assistenciais que podem acrescentar à prática terapêutica clínica. Um exemplo de exploração

do assunto pode ser encontrado no *site* do *National Cancer Institute*¹ dos Estados Unidos da América, que procura aperfeiçoar a abordagem sobre espiritualidade e religiosidade durante o tratamento dos pacientes oncológicos.

A hipótese provável deste estudo foi:

- Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço que apresentam um maior nível de enfrentamento religioso espiritual possuem melhor qualidade de vida relacionada à saúde

¹ Endereço na internet: <http://www.cancer.org> . Acesso em: 22/09/2010.

3. OBJETIVOS

“A Ciência sem a Religião é manca; a Religião sem a Ciência é cega.”

Albert Einstein

3. OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Avaliar a associação do enfrentamento religioso-espiritual com a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes no pré-operatório de câncer de cabeça e pescoço em acompanhamento de um hospital público do interior do estado de São Paulo.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil (sociodemográfico e clínico) dos pacientes em pré-operatório da cirurgia de câncer de cabeça e pescoço;
- Avaliar o enfrentamento religioso-espiritual e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes no pré-operatório;
- Identificar e correlacionar os domínios de qualidade de vida relacionados à saúde dos pacientes no pré-operatório com os índices do enfrentamento religioso-espiritual.

4. MATERIAL E MÉTODO

“A mera formulação de um problema é muito mais essencial do que sua solução, a qual pode ser meramente uma questão de habilidade matemática ou experimental.

Levantar novas questões, novas possibilidades, olhar velhos problemas de um novo ângulo requer imaginação criativa e marca real avanço na ciência.”

Albert Einstein

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, correlacional e corte transversal (POLIT; BECK, 2006).

4.2 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, e aprovado em sua 289^a Reunião Ordinária, realizada em 22 de junho de 2009, conforme o processo nº 3820/2009 (ANEXO B).

Os sujeitos da pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, seus direitos e cuidados garantidos, sendo-lhes assegurados que, independente de sua participação na pesquisa, seu tratamento de saúde não seria prejudicado; assim, após manifestarem concordância em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), com a garantia do anonimato dos entrevistados, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996).

4.3 Local

O estudo foi realizado na enfermaria de Cabeça e Pescoço de um hospital público do interior do estado de São Paulo, de nível terciário, geral, de ensino e gestão estadual.

4.4 População

Pacientes internados, no período pré-operatório, para tratamento cirúrgico de câncer de cabeça e pescoço.

4.5 Amostra

A amostra deste estudo foi formada por 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, conforme os seguintes critérios de inclusão:

- pacientes adultos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos;
- em condições clínicas que possibilitem responder aos questionários, seja oralmente ou pela escrita;

- internados na enfermaria de cabeça e pescoço, com diagnóstico médico de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, em período pré-operatório, de junho de 2009 a janeiro de 2011.

Foram excluídos deste estudo os pacientes com diagnóstico de câncer de pele na região de cabeça e pescoço e também aqueles que não estavam cientes do seu diagnóstico.

4.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora por meio de entrevistas individuais e preenchimento dos questionários e instrumentos, mediante as respostas dos participantes; caso o entrevistado relatasse dúvida no entendimento de alguma questão, o entrevistador repetia a pergunta lentamente por até três vezes; se persistisse o não entendimento da questão, o dado era considerado perdido.

As entrevistas foram realizadas no período de junho de 2009 a janeiro de 2011, num dia antes da data do procedimento cirúrgico, no período da tarde, em local adequado, com duração de aproximadamente 40 minutos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: o *Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck* FACT-H&N (ANEXO C) para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, e a Escala *Coping* Religioso–Espiritual - CRE² (ANEXO D), além de um roteiro estruturado para complementar os dados necessários em relação à caracterização sociodemográfico e clínico dos pacientes (APÊNDICE E).

4.7 Instrumento para coleta de dados

Para a caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos do estudo, foi realizado um questionário (APÊNDICE E) com as seguintes informações: iniciais e registro do paciente, data de nascimento, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação profissional, renda mensal familiar, atividade religiosa – crença em Deus, religião, importância da religião e espiritualidade para lidar com a doença – diagnóstico médico, data da cirurgia e tipo de cirurgia.

Para avaliar a QVRS, foi utilizado o instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck* FACT-H&N (ANEXO C), desenvolvido por Cella et al. (1993) e validado para a cultura brasileira por Sawada (2002).

Esse instrumento, específico para avaliar a QVRS em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, contém 38 itens, sendo sete no domínio de bem-estar físico, sete no bem-estar

² Foi autorizada a utilização da Escala CRE para essa pesquisa por Raquel G. Panzini (ANEXO E).

social/familiar, seis no bem-estar emocional, sete no bem-estar funcional e 11 específicos de preocupações adicionais; os escores variam de “nem um pouco” (escore um) até “muito” (escore cinco) e, quanto maior a pontuação, melhor a positividade em relação ao domínio mensurado.

As subescalas bem-estar físico, bem-estar social/familiar e bem-estar funcional (sete itens cada) possuem escore mínimo sete, e o total máximo possível 35; já na subescala bem-estar emocional (seis itens), o escore mínimo é de seis, e o máximo é 30; as preocupações adicionais (11 itens) apresentam escore mínimo de 11, e máximo de 55.

O coeficiente alfa de Cronbach (α), para o FACT-H&N, obteve o valor de $\alpha=0,83$, significando confiabilidade desse instrumento na amostra estudada. Já que o coeficiente alfa de Cronbach (α), reflete o grau de covariância dos itens entre si e, portanto serve como indicador da consistência interna do próprio teste.

Para avaliação do enfrentamento religioso-espiritual, foi utilizada a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), validada para a cultura brasileira por Panzini e Bandeira (2005), com base na tradução e adaptação da escala norte americana RCOPE de Pargament, Koenig e Peres (2000), constituindo-se de duas dimensões: **CRE Positivo** (8 fatores, 66 itens) e **CRE Negativo** (4 fatores, 21 itens), num total de 87 itens, as respostas são dadas em escala de Likert, “método dos pontos somados”, de cinco pontos: um (“nem um pouco”) a cinco (“muitíssimo”).

Foram criados quatro índices principais para a avaliação do *Coping* Religioso-Espiritual: (1) **CRE Positivo**: indica o nível de enfrentamento religioso-espiritual positivo praticado pelo avaliado, através da média das 66 questões da dimensão CREP, que apresenta os valores entre 1,00 e 5,00, e, quanto mais alto for o valor, maior será o uso CRE positivo; (2) **CRE Negativo**: indica o nível de enfrentamento religioso-espiritual negativo praticado através da média das 21 questões da dimensão CREN, com valores entre 1,00 e 5,00, e, quanto mais alto for o valor, maior será o CRE negativo; (3) **Razão CREN/CREP**: revela a razão de CRE Negativo utilizado em relação ao CRE Positivo, através da divisão simples ($\text{Razão CREN/CREP} = \text{CRE NEGATIVO/CRE POSITIVO}$), assim, o valor estará entre 0,20 e 5,00, e, quanto mais alto for seu valor, maior será o uso do CREN e, quanto mais baixo for, maior será o uso de CREP em relação ao CREN, portanto esse índice apresenta-se inversamente proporcional, já que os valores mais baixos são considerados os melhores; (4) **CRE Total**: indica a quantidade total de CRE utilizado pelo avaliado, obtido através da média entre o índice CRE Positivo e a média das respostas invertidas aos 21 itens CRE Negativo (CRE Negativo Invertido), com valores de 1,00 a 5,00, e, quanto maior for o valor obtido pelo

CRE Total, mais o avaliado utiliza da religiosidade/espiritualidade para enfrentar as situações estressantes, de forma positiva ou negativa (PANZINI, 2004).

O parâmetro arbitrário utilizado por Panzini (2004), para análise dos valores das médias de CRE Total, foram: Irrisória ou Nenhuma (1 a 1,5); Baixa (1,51 a 2,5); Média (2,51 a 3,5); Alta (3,51 a 4,5); Altíssima (4,51 a 5).

Segundo Panzini (2004), esta escala serve como exemplo de investigação acerca da saúde física e da espiritualidade e poderá servir de meio para a prática clínica, como orientar, planejar e implementar intervenções na assistência da saúde.

O coeficiente alfa de Cronbach (α) da Escala CRE obtido no presente estudo foi de $\alpha = 0,95$, significando confiabilidade desse instrumento.

4.8 Análise dos dados

Os dados foram analisados de forma quantitativa, utilizando-se dos princípios da estatística descritiva e inferencial. Os dados dos 55 sujeitos foram digitados em planilha, elaborada na versão Excel 2003, com dupla digitação das respostas e validação dos dados; assim, após a validação do banco de dados, os procedimentos estatísticos foram realizados no programa Stata, versão 11.0.

Para a análise descritiva das variáveis nominais ou categóricas (exemplo: sexo, escolaridade, estado civil, renda mensal, profissão, religião), foram utilizadas medidas de posição (média, mediana), valores mínimos e máximos e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis contínuas (exemplo: idade).

Na comparação dos resultados das variáveis de interesse e para atingir os objetivos do estudo, foram empregados os seguintes testes estatísticos: Testes não paramétricos para amostras independentes: Teste de Kruskal-Wallis, para comparar os escores de mais de duas variáveis; Teste de Mann-Whitney para comparar os escores de duas variáveis de grupos independentes e o Teste exato de Fischer, utilizado para comparar duas variáveis dicotômicas.

Para as correlações entre as medianas da Escala CRE e do instrumento FACT H&N foi utilizado o coeficiente ρ de Spearman, o qual mede a intensidade da relação entre variáveis numéricas, pode variar de -1 a 1, quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação, quanto mais próximo estiver de zero, mais fraca é a relação entre as duas variáveis, o coeficiente negativo expressa uma relação inversa entre as duas variáveis (POLIT; BECK, 2006; SIEGEL; CASTELLAN, 2008).

O nível de significância adotado foi de 0,05 exceto para o teste de correlação de Spearman dos grupos de correlação de altos e baixos CRE e QVRS que foi utilizado $p < 0,001$.

Para a realização do teste de consistência interna dos instrumentos FACT-H&N e escala CRE, foi realizado o coeficiente alfa de Cronbach (α), utilizando o programa *Statistical Package Social Science* (SPSS), versão 15.0.

5. RESULTADOS

"Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados."

Florence Nightingale

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos sujeitos

Participaram da pesquisa 55 pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em período pré-operatório, acompanhados pela clínica de cirurgia de cabeça e pescoço, no período de julho de 2009 a janeiro de 2011, e que atenderam aos critérios de inclusão.

Em relação às características sociodemográficas dos participantes 45 (81,9%) eram do sexo masculino e 10 (18,2%), do sexo feminino, com uma relação masculino/feminino de 4,5:1; a idade variou de 38 a 79 anos, média de 57,1 anos (D.P.=9,8), predominando os casados 29 (52,7%), com ensino fundamental incompleto 37 (67,3%), renda mensal familiar de dois a três salários mínimos 28 (50,9%); 34 (61,8%) encontram-se inativos ou sem ocupação profissional, 37 (67,3%) trabalharam ou trabalham no setor terciário (serviços e comércio), 31 (56,4%) não recebem aposentadoria e 47 (85,5%) moram com os familiares. Esses dados são apresentados na Tabela 1:

Tabela 1 – Análise descritiva das características sociodemográficas dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.

Variáveis	n (%)	Mediana	Amplitude	Média (D.P.)
Sexo				
Masculino	45 (81,8)			
Feminino	10 (18,2)			
Idade (anos)		57	38 a 79	57,1 (9,8)
Até 49 anos	17 (30,9)			
50 a 64 anos	23 (41,8)			
≥ 65 anos	15 (27,3)			
Estado Civil				
Casado/União consensual	29 (52,7)			
Divorciado/Separação consensual	13 (23,6)			
Solteiro	9 (16,4)			
Viúvo	4 (7,3)			
Escolaridade				
Analfabetismo funcional	3 (5,5)			
Fundamental incompleto	37 (67,3)			
Fundamental completo	5 (9,1)			
Médio incompleto	2 (3,6)			
Médio completo	4 (7,3)			
Superior completo	2 (3,6)			
Pós-graduação completa	2 (3,6)			
Renda Mensal Familiar (salário mínimo)				
1	13 (23,6)			
2 a 3	28 (51,0)			
3 a 5	8 (14,6)			
5 a 10	1 (1,8)			
10 a 20	1 (1,8)			
Sem renda	2 (3,6)			
Não sabe	2 (3,6)			
Ocupação				
Inativo	34 (61,8)			
Ativo	21 (38,2)			
Profissão				
Setor Primário	9 (16,4)			
Setor Secundário	5 (9,1)			
Setor Terciário	37 (67,3)			
Trabalho doméstico “Do lar”	4 (7,3)			
Aposentadoria				
Não	31 (56,4)			
Sim	24 (43,6)			
Residente				
Com a família	47 (85,5)			
Sozinho	6 (10,9)			
Outro (asilo)	2 (3,6)			

*D.P.= Desvio Padrão

Com relação à atividade religiosa, todos (100%) os participantes referiram acreditar em Deus, sendo que 54 (98,2%) sempre acreditaram em Deus, 43 (78,2%) consideram-se católicos, 48 (87,3%) nunca mudaram de religião ao longo da vida – porém alguns pacientes relataram a frequência em mais de uma religião –, 34 (61,8%) não se consideram praticantes e 53 (96,4%) referiram que a religião/espiritualidade é importante ou muito importante para lidar com a doença.

Tabela 2 – Análise descritiva dos aspectos religiosos dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.

Variáveis	n (%)
Religião	
Católica	43 (78,2)
Evangélico	7 (12,7)
Espiritismo	1 (1,8)
Outra	1 (1,8)
Sem religião, mas espiritualizado	3 (5,5)
Mudou de religião ao longo da vida	
Não	48 (87,3)
Sim	7 (12,7)
Praticantes*	
Não	34 (61,8)
Sim	21 (38,2)
Se SIM, sempre foi praticante	
Sim	16 (29,1)
Não	5 (9,1)
Crença em Deus	
Sim	55 (100)
Há quanto tempo acredita em Deus	
Sempre acreditou	54 (98,2)
≥ 10 anos	1 (1,8)
Importância da Religião/ Espiritualidade para lidar com a doença	
Não é importante	2 (3,6)
Importante	15 (27,3)
Muito importante	38 (69,1)

*Considerado praticantes aqueles que participam de instituição religiosa pelo menos uma vez por semana.

A Tabela 3 compara o grupo etário com a prática religiosa da amostra estudada. Para essa associação, foi aplicado o Teste Estatístico Exato de Fischer (probabilidade-significância $p < 0,05$), que, nesse caso, apresentou diferença estatisticamente significativa. Foi possível observar que a frequência em instituições religiosas, de pelo menos uma vez por semana, aumentou conforme a idade, demonstrando que, com o avançar dos anos, essa prática religiosa é valorizada.

Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo a frequência religiosa e grupo etário. Ribeirão Preto, 2009-2011.

Grupo Etário	Praticantes*		Total n(%)
	SIM n(%)	NÃO n(%)	
Até 49 anos	5 (29,4)	12 (70,6)	17 (100)
50 a 64 anos	6 (29,1)	17 (73,9)	23 (100)
≥ 65 anos	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100)
Total	21 (38,2)	34 (61,8)	55 (100)

Teste Exato de Fisher = 0,038

*Considerado praticantes aqueles que freqüentam alguma instituição religiosa pelo menos uma vez por semana.

Quanto ao diagnóstico médico, a Tabela 4 mostra que 26 (47,3%) estavam relacionados ao carcinoma espinocelular (CEC) de laringe, faringe, hipofaringe, faringe-esofágica, supraglótico, glótico e de seio piriforme, e 14 (25,4%) estavam relacionados ao carcinoma espinocelular de língua. O procedimento cirúrgico mais indicado pela cirurgia de cabeça e pescoço aos pacientes participantes dessa pesquisa, com 27 (49,1%) do total da amostra estudada, foi a laringectomia ou faringolaringectomia total ou parcial, com ou sem esvaziamento cervical lateral ou bilateral; o tempo de diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço até o momento de preparo para o procedimento cirúrgico variou de um mês a oito anos, em sua maioria, o tempo foi inferior a três meses (45,5%). Foi possível observar poucos casos de recidiva, muitos não souberam relatar a ocorrência de metástase, e observaram-se alguns relatos de demora para a descoberta do diagnóstico de câncer e o início do tratamento.

Tabela 4 – Caracterização clínica dos sujeitos, segundo o diagnóstico e tipo de cirurgia proposta. Ribeirão Preto, 2009-2011.

	n (%)
Diagnóstico Médico	
CEC* de laringe/de hipofaringe/de faringe/de faringe-esofágica/supraglótico/glótico/de seio piriforme	26 (47,3)
CEC* de língua/de base de língua	14 (25,4)
CEC* de amígdala/de cavidade oral/de palato duro/assoalho de boca	9 (16,4)
Neoplasia ou Metástase cervical	4 (7,3)
Neoplasia de parótida	2 (3,6)
Procedimento Cirúrgico Proposto	
Faringo/Laringectomia parcial ou total com ou sem esvaziamento cervical lateral ou bilateral	27 (49,1)
Glossectomia radical ou parcial com ou sem esvaziamento cervical	9 (16,4)
Prull Trough (câncer de boca bilateral); amigdalectomia com esvaziamento cervical; exereses por lesão maligna de boca	9 (16,4)
Esvaziamento Cervical por lesão maligna	5 (9,1)
Sub/Hemimandibulectomia segmentar	3 (5,4)
Parotidectomia total por lesão maligna	2 (3,6)

*CEC: carcinoma espinocelular

5.2 Teste de consistência interna

Para a realização do teste de consistência interna dos instrumentos utilizados, foi realizado, na amostra estudada, o teste de confiabilidade medido pelo coeficiente alfa de Cronbach (α), com todos os escores dos instrumentos FACT-H&N e índices da Escala CRE, pois esse teste reflete o grau de covariância dos itens entre si e a confiabilidade dos instrumentos. Obteve-se um resultado de $\alpha = 0,83$ para o instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde, o FACT-H&N específico para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, e $\alpha = 0,95$ para a escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), demonstrando que tais instrumentos apresentam-se confiáveis para esse estudo uma vez que atingiu $\alpha \geq 0,70$ (PASQUALI, 1997).

5.3 Enfrentamento religioso-espiritual (CRE)

A Tabela 5 mostra a relação das médias e desvios padrão da Escala *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), considerando as respostas dos 55 sujeitos. Foi possível observar que os participantes atingiram, em média, um valor de CRE Positivo (CREP) igual a 2,9, lembrando que esse valor indica o nível de enfrentamento religioso-espiritual positivo praticado e deve estar situado entre 1,00 e 5,00; além disso, quanto mais alto, maior o uso de CRE Positivo pelo avaliado.

Em relação ao CRE Negativo (CREN), a média obtida foi de 1,7; nesse caso, o valor indica o nível de enfrentamento religioso-espiritual negativo praticado, e, quanto mais alto, maior será o uso de CRE Negativo pelo avaliado, e seu valor também deverá situar entre 1,00 e 5,00.

A proporção de CRE Negativo em relação ao CRE Positivo, ou seja, a razão CREN/CREP, deve estar entre 0,20 e 5,00, e, quanto mais alto resultar esse valor, maior será o uso de CREN em relação ao uso de CREP, ou, quanto mais baixo for esse valor, maior será o uso de CREP em relação ao CREN. Nesse estudo, a razão CREN/CREP foi igual a 0,6 e indica que, em média, os sujeitos da pesquisa utilizaram 60% de CREN da quantidade de CREP empregado, aproximando-se da proporção encontrada por Panzini (2004), que, em seu estudo, obtiveram valor igual a 0,54. A autora propõe, para obtenção mínima de um resultado positivo final, a relação de 2CREP:1CREN, com razão $CREN/CREP \leq 0,50$.

Segundo a autora acima, tal parâmetro proporcional ainda necessita de confirmação em estudos futuros. Embora, em nosso estudo, a razão CREN/CREP seja igual a 0,6, quer dizer, os sujeitos da pesquisa utilizaram 60% de CREN da quantidade de CREP empregado; 30,9% de todos os participantes apresentaram uma razão $CREN/CREP \leq 0,50$, indicando um resultado positivo final na relação de 2CREP:1CREN por esses participantes.

Corroborando Panzini (2004), as médias que alcançaram o maior e o menor valor, respectivamente, segundo os fatores de CRE Positivo, foram P4 “Posicionamento positivo frente a Deus” e P7 “Busca pessoal de conhecimento”. Quanto aos fatores de CRE Negativo, o que mostrou maior média foi o N2 “Posicionamento negativo frente a Deus”, e, nesse estudo, o de menor valor foi o N4 “Insatisfação com o outro institucional”.

Tabela 5 – Análise descritiva das variáveis da Escala CRE dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.

Variável	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio padrão
CRE* POSITIVO	1,09	4,58	2,90	0,68
CRE* NEGATIVO	1,00	3,00	1,68	0,40
Razão CREN/CREP	0,26	1,06	0,60	0,17
CRE* TOTAL	2,96	4,69	3,61	0,34
P1: Transformação de Si/Sua Vida	1,00	4,85	3,08	0,82
P2: Busca de Ajuda Espiritual	1,00	4,87	2,08	0,88
P3: Oferta de Ajuda a Outro	1,00	4,85	2,96	0,86
P4: Posição Positiva frente a Deus	1,54	5,00	3,92	0,70
P5: Busca de Crescimento Espiritual	1,00	5,00	2,86	0,89
P6: Busca do Outro Institucional	1,00	4,70	2,44	0,91
P7: Busca de Conhecimento Espiritual	1,00	4,00	1,88	0,87
P8: Afastamento através Deus/Religião/Espiritualidade	1,00	5,00	3,28	0,93
N1: Reavaliação Negativa de Deus	1,00	2,50	1,26	0,33
N2: Posição Negativa frente a Deus	1,00	4,75	2,62	1,00
N3: Reavaliação Negativa do Significado	1,00	4,80	1,97	0,76
N4: Insatisfação com Outro Institucional	1,00	2,25	1,18	0,30

*CRE = *Coping* Religioso Espiritual

Quanto à utilização do CRE Total, índice que apresenta o conjunto da quantidade de CRE praticado pelo avaliado, a média dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes desse estudo foi de 3,61; dessa forma, considera-se um alto valor, seguindo o mesmo parâmetro arbitrário de Panzini (2004), utilizado para a análise dos valores das médias de CRE Total, quanto à sua utilização: Irrisória ou Nenhuma (1 a 1,5); Baixa (1,51 a 2,5); Média (2,51 a 3,5); Alta (3,51 a 4,5); e Altíssima (4,51 a 5). Tabela 6

Tabela 6 – Frequência da utilização do CRE Total dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.

Variável	n (%)	Média	Desvio Padrão
Média 2,45 a 3,50	21 (38,2)	3,29	0,16
Alta 3,51 a 4,50	33 (60,0)	3,77	0,21
Altíssima 4,51 a 5,00	1 (1,8)	--	--
CRE* Total	55 (100)	3,61	0,34

*CRE = *Coping* Religioso Espiritual

Quando comparados os grupos etários e o sexo com o parâmetro arbitrário para a análise dos valores das médias de utilização do *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) Total, realizado pelo Teste Estatístico Exato de Fischer, não houve diferença significativa na amostra.

Também não foi encontrada diferença significativa na amostra estudada entre os valores arbitrários das médias de utilização do *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) Total com as medianas dos domínios do FACT-H&N, realizado pelo Teste de Mann-Whitney.

5.4 Qualidade de vida relacionada à saúde (FACT-H&N)

Quanto ao instrumento FACT-H&N, pode-se observar que a maior média encontrada foi do domínio do bem-estar físico (Tabela 7), com valor igual a 4,2; todos os outros domínios ficaram abaixo da média 4. Do total de 38 itens da escala FACT-H&N, apenas 9 itens apresentaram média igual ou acima de 4 (Tabela 8). São eles: GP2 “Fico enjoado”, GP3 “Por causa da minha condição física, tenho dificuldades em atender as necessidades da minha família”, GP5 “Os efeitos colaterais do tratamento me incomodam”, GB3 “Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença”, GB5 “Estou preocupado(a) com a idéia de morrer”, GP3 “Sou capaz de sentir prazer em viver”, HN2 “Tenho a boca seca”, HN3 “Tenho dificuldade de respirar”, HN9 “Tomo bebidas alcoólicas” (por exemplo, cerveja, vinho etc). Os demais itens não apresentaram aspectos totalmente satisfatórios com relação à qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Tabela 7 – Análise descritiva das variáveis do instrumento FACT-H&N dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.

Subescalas	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Bem estar físico	2,00	5,00	4,19	0,71
Bem estar social/familiar	1,43	5,00	3,46	0,66
Bem estar emocional	2,00	5,00	3,93	0,76
Bem estar funcional	1,86	4,86	3,41	0,74
Preocupações adicionais	2,45	4,91	3,42	0,61

As médias dos domínios bem-estar social/familiar, bem-estar emocional, bem-estar funcional e preocupações adicionais/específicas que apresentaram-se com valores iguais ou abaixo de 3, do total de 38 itens do instrumento FACT-H&N, conforme a Tabela 8, foram: GS4 “A minha família aceita a minha doença”, GP1 “Sou capaz de trabalhar” (inclusive em casa), GP4 “Aceito a minha doença”, HN1 “Posso comer alimentos que gosto”, HN4 “A minha voz tem a qualidade e força habituais”, HN5 “Posso comer tanto quanto quero”, HN7 “Posso engolir natural e facilmente”, HN11 “Posso comer alimentos sólidos”.

Tabela 8 – Análise descritiva dos itens do instrumento FACT-H&N dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.

Itens	Escore Mínimo/Máximo	Média	Desvio Padrão
BEM ESTAR FÍSICO			
GP1 Estou sem energia	1 - 5	3,80	1,45
GP2 Fico enjoado	1 - 5	4,72	0,70
GP3 Por causa da minha condição física, tenho dificuldades em atender as necessidades da minha família	2 - 5	4,50	0,95
GP4 Tenho dores	1 - 5	3,52	1,33
GP5 Os efeitos colaterais do tratamento me incomodam	1 - 5	4,81	0,72
GP6 Sinto-me doente	1 - 5	3,98	1,34
GP7 Tenho que me deitar durante o dia	1 - 5	3,92	1,23
BEM ESTAR SOCIAL/FAMILIAR			
GS1 Tenho um relacionamento próximo com meus amigos	1 - 5	3,49	1,18
GS2 Recebo apoio emocional da minha família	1 - 5	3,90	1,04
GS3 recebo apoio dos meus amigos	1 - 5	3,67	1,27
GS4 A minha família aceita a minha doença	1 - 5	2,70	1,42
GS5 Estou satisfeito com a comunicação da minha família sobre a minha doença	1 - 5	3,52	1,25
GS6 Sinto-me próximo (a) do meu (minha) parceiro(a) ou da pessoa que me dá maior apoio.	1 - 5	3,79	1,04
GS7 Estou satisfeito com minha vida sexual	1 - 5	3,09	1,50
BEM ESTAR EMOCIONAL			
GB1 Sinto-me triste	1 - 5	3,54	1,51
GB2 Estou satisfeito(a) com a maneira em que enfrento a minha doença	1 - 5	3,21	1,16
GB3 Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	2 - 5	4,90	0,48
GB4 Sinto-me nervoso	1 - 5	3,63	1,37
GB5 Estou preocupado(a) com a idéia de morrer	1 - 5	4,47	1,18

Continua

Itens	Escore Mínimo/Máximo	Média	Desvio Padrão
GB6 Estou preocupado(a) que a minha condição venha a piorar	1 - 5	3,78	1,35
BEM ESTAR FUNCIONAL			
GP1 Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	1 - 5	3,00	1,31
GP2 Sinto-me realizado(a) com meu trabalho (inclusive em casa)	1 - 5	3,65	1,14
GP3 Sou capaz de sentir prazer em viver	1 - 5	4,10	1,04
GP4 Aceito a minha doença	1 - 5	2,69	1,43
GP5 Durmo bem	1 - 5	3,18	1,45
GP6 Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	1 - 5	3,98	1,04
GP7 Estou satisfeito(a) com a qualidade de vida neste momento	1 - 5	3,23	1,21
PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS			
HN1 Posso comer alimentos que gosto	1 - 5	2,85	1,48
HN2 Tenho a boca seca	1 - 5	4,07	1,35
HN3 Tenho dificuldade de respirar	2 - 5	4,63	0,88
HN4 A minha voz tem a qualidade e força habituais	1 - 5	2,36	1,60
HN5 Posso comer tanto quanto quero	1 - 5	2,63	1,48
HN6 Estou descontente com a aparência do meu rosto e pescoço	1 - 5	3,98	1,35
HN7 Posso engolir natural e facilmente	1 - 5	2,81	1,64
HN8 Fumo cigarros ou outros produtos a base de tabaco	1 - 5	3,98	1,42
HN9 Tomo bebidas alcoólicas (por ex. cerveja, vinho, etc)	1 - 5	4,37	0,93
HN10 Sou capaz de comunicar-me com os outros	2 - 5	3,38	1,00
HN11 Posso comer alimentos sólidos	1 - 5	2,54	1,56

Conclusão

Além disso, podemos observar, na Tabela 9, a frequência de respostas nas cinco subescalas: os pacientes com câncer de cabeça e pescoço responderam ter boa qualidade de vida, visto que todas as subescalas apresentaram mais de 50% das respostas com os escores 4 e 5. A subescala Preocupações Adicionais apresentou a frequência mais baixa, com 55,8% das respostas com os escores 4 e 5, e também apresentou mais itens com médias abaixo de 3 (Tabela 9), demonstrando as alterações com relação à fala e à deglutição.

Tabela 9 – Distribuição de frequências dos escores e respectivas porcentagens das respostas dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo nas subescalas do FACT H&N. Ribeirão Preto, 2009-2011.

Subescalas	Frequência e porcentagem dos escores					Total
	1	2	3	4	5	
Bem estar físico	18 (4,7%)	40 (10,4%)	31 (8,0%)	60 (15,6%)	236 (61,3%)	385 (100%)
Bem estar social/familiar	50 (13,2%)	41 (10,8%)	60 (15,8%)	143 (37,6%)	86 (22,6%)	380* (100%)
Bem estar emocional	26 (7,9%)	43 (13,0%)	27 (8,2%)	67 (20,3%)	167 (50,6%)	330 (100%)
Bem estar funcional	51 (13,2%)	50 (13,0%)	65 (16,9%)	129 (33,5%)	90 (23,4%)	385 (100%)
Preocupações adicionais	120 (19,9%)	72 (11,9%)	75 (12,4%)	108 (17,9%)	229 (37,9%)	604* (100%)

*Missing: não quiseram ou não souberam responder.

Na Tabela 10, podem ser observados os valores de correlação de Spearman (ρ), com correção de Sidak para comparações múltiplas, entre os índices da escala CRE e as subescalas do instrumento FACT-H&N. O índice CRE Total, que transforma os valores das duas dimensões no sentido positivo, correlacionou positivamente com o CRE Positivo e negativamente com o CRE Negativo. O índice Razão CREN/CREP, que indica a proporção de CRE Negativo em relação ao CRE Positivo, correlacionou negativamente com o CRE Positivo.

Além disso, foi possível observar as correlações entre as subescalas do FACT-H&N, nota-se que a subescala bem-estar funcional possui correlação significativa ao nível de $p < 0,05$ com as subescalas bem-estar físico, bem-estar social/familiar e bem-estar emocional. O mesmo ocorre entre as subescalas bem-estar emocional e bem-estar físico.

Assim, essas correlações significativas entre os domínios bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional sustenta o modelo de QV adotado neste estudo, que pressupõe a existência de uma interação dinâmica entre os domínios, sendo que, se existe qualquer distúrbio em um dos domínios, este consequentemente afetará a Qualidade de Vida como um todo.

Verificou-se que as correlações entre os índices da escala CRE e os domínios do instrumento FACT-H&N não foram significativas. Embora seja possível deduzir uma correlação entre os constructos CRE e QVRS, não detectamos associação entre os dois instrumentos.

Tabela 10 – Correlação entre os principais índices de avaliação da Escala *Coping* Religioso Espiritual (CRE) e os domínios do instrumento FACT-H&N de acordo com o Teste de Correlação de Spearman dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.

	CRET	CRER	CREP	CREN	Bem estar físico	Bem estar social/familiar	Bem estar emocional	Bem estar funcional	Preocupações adicionais
CRET**	1,0000								
CRER***	-0,9285*	1,0000							
CREP****	0,7858*	-0,5795*	1,0000						
CREN*****	-0,2983	0,5688*	0,2332	1,0000					
Bem estar Físico	0,0383	-0,0239	-0,0075	-0,0914	1,0000				
Bem estar social/familiar	0,2919	-0,3079	0,1523	-0,2651	0,2564	1,0000			
Bem estar emocional	0,1538	-0,1061	0,0359	-0,0773	0,6695*	0,2234	1,0000		
Bem estar funcional	0,0824	-0,1249	0,0821	0,1090	0,5726*	0,5114*	0,4539*	1,0000	
Preocupações adicionais	0,0896	-0,0879	0,1323	0,0032	0,3601	0,2303	0,2342	0,3185	1,0000

*Coeficiente de Spearman (ρ) $p < 0,05$ = significância estatística; **CRET = *Coping* Religioso Espiritual Total;

CRER = Razão CREN/CREP; *CREP = *Coping* Religioso Espiritual Positivo; *****CREN = *Coping* Religioso Espiritual Negativo

A Tabela 11, demonstra os resultados obtidos no teste de Correlação de Spearman para os grupos que apresentaram CRE Total Alto e Médio da Escala CRE e os altos e baixos escores nos domínios do instrumento FACT H&N, encontrou-se diferença significativa ($p<0,001$) entre todas as correlações, indicando que aquele que apresenta alta utilização do enfrentamento religioso-espiritual apresenta melhores índices nos domínios da qualidade de vida relacionada à saúde.

Dessa forma, os resultados respondem de forma parcial a hipótese do estudo uma vez que, o grupo de pacientes que apresentaram altos índices de CRE correlacionou de forma positiva com os altos índices de QVRS, essa associação positiva entre QVRS e CRE acarreta benefícios ao paciente.

Tabela 11 – Correlação de Spearman entre os grupos com alto e médio escores de CRE Total na Escala *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) e altos e baixos escores nos domínios do instrumento FACT-H&N dos 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009-2011.

FACT-H&N Alto/Baixo	CRE TOTAL Alto		CRE TOTAL Médio	
	ρ	p	ρ	p
Bem estar físico	0,98	0,000	0,98	0,000
Bem estar social	0,97	0,000	0,95	0,000
Bem estar emocional	0,98	0,000	0,99	0,000
Bem estar funcional	0,98	0,000	0,98	0,000
Preocupações adicionais	0,97	0,000	0,99	0,000

Nível de Significância: $p<0,001$

6. DISCUSSÃO

“Historicamente podemos entender a ciência e a religião como antagônicas...
Eu acredito que o verdadeiro sentimento religioso é o mais forte
e nobre incentivo à pesquisa científica.”

Albert Einstein

6. DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes deste estudo quanto ao sexo, idade e grau de escolaridade se assemelha à de outros, com predominância do sexo masculino, média de idade acima de 50 anos e ensino fundamental incompleto (GERVÁSIO et al., 2001; DEDIVITIS et al., 2004; MANFRO et al., 2006; BERGAMASCO et al., 2008; ALVARENGA et al., 2008; PANDEY et al., 2009; TSCHIESNER et al., 2009; MACHADO et al., 2009; CARVALHO, KOIFMAN, KOIFMAN, 2010) corroborando as características descritas tanto internacionalmente, pela Sociedade Americana de Câncer (2008), como nacionalmente, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010).

A distribuição homem/mulher de 4,5:1 encontrada neste estudo aproxima-se dos resultados obtidos de outros (GERVÁSIO et al., 2001; DEDIVITIS et al., 2004; OLIVEIRA, RIBEIRO-SILVA, ZUCOLOTO, 2006; MANFRO et al., 2006; ALVARENGA et al., 2008), que evidenciam maior incidência do câncer de cabeça e pescoço no sexo masculino, como mostra em um estudo retrospectivo de 11 anos, em que foi relatada a ocorrência de 740 casos de carcinoma bucal, com uma relação masculino/feminino de 4,8:1 (GERVÁSIO et al., 2001). Nos últimos anos, observa-se um aumento da incidência dos cânceres de cabeça e pescoço em mulheres, podendo ser uma consequência das mudanças no comportamento feminino, como maior consumo de bebidas alcoólicas e do tabaco e associação a eles (CARVALHO et al., 2001; BRADLEY, RAGHAVAN, 2004), porém devemos considerar o aumento na prevalência da doença para o sexo feminino após os 60 anos, sugerindo que, além das diferenças na expectativa de vida, as mulheres expõem-se em menor quantidade ou mais tardiamente aos fatores de risco da doença (OLIVEIRA, RIBEIRO-SILVA, ZUCOLOTO, 2006).

Com relação às condições socioeconômicas predominantes neste estudo, como baixa escolaridade, renda mensal familiar de até três salários mínimos, inativos ou sem ocupação profissional, em sua maioria trabalhadores do setor terciário (serviços e comércio), tais condições também foram encontradas na literatura (SAWADA, DIAS, ZAGO, 2006; ALVARENGA et al., 2008; DAHER, PEREIRA, OLIVEIRA, 2008; CURADO, HASHIBE, 2009; SANTOS et al., 2009; MACHADO et al., 2009; CARVALHO, KOIFMAN, KOIFMAN, 2010)

Alguns autores (BOING, ANTUNES, 2011; CONWAY et al., 2008) investigaram em revisões sistemáticas e meta-análises a relação do câncer de cabeça e pescoço com as desigualdades sociais e evidenciam uma associação significativa entre o risco de câncer oral

com condição socioeconômica baixa. Ambos os estudos obtiveram uma prevalência da associação entre as piores condições socioeconômicas e o câncer de cabeça e pescoço, demonstrada nos estudos realizados em diversos países. Embora ainda sejam necessárias maiores investigações sobre o tema, as presentes abordagens já devem ser discutidas com a finalidade de eliminar a desigualdade da doença entre as classes sociais, ampliar as estratégias de saúde pública, com integração da prevenção e diagnóstico precoce, e, com isso, diminuir a incidência e mortalidade dos tumores de cabeça e pescoço.

Neste estudo, todos os participantes da pesquisa estavam em período pré-operatório; a maioria realizou laringectomia ou faringolaringectomia total ou parcial, com ou sem esvaziamento cervical lateral ou bilateral. No Brasil, o tratamento padrão-ouro para o câncer de laringe com tumores iniciais tem como principal indicação a radioterapia ou a cirurgia endoscópica com ou sem laser; nos casos de tumores avançados, o tratamento radical padrão envolve a laringectomia total associado à radioterapia. No Brasil, ainda há dificuldades de estabelecer, ou são pouco utilizadas, outras opções terapêuticas como avanços em protocolos de radioterapia, quimioterapia e próteses fonatórias, visto o perfil dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço; além disso, há uma tendência de maior indicação de cirurgias parciais/subtotais, como a laringectomia supracricóidea para o tratamento de pacientes com tumores de laringe avançados selecionados (FARIAS et al., 2006).

Torna-se importante e válida essa pesquisa com ênfase no período pré-operatório do paciente com câncer de cabeça e pescoço, por envolver o momento da revelação do diagnóstico de câncer, ainda carregado de estigmas e representações negativas, pois é no pré-operatório que são identificadas as reais necessidades do paciente, planejada e implementada a assistência de enfermagem, através da exploração e desenvolvimento da comunicação interpessoal com o paciente e até mesmo com a sua família (SONOBE et al., 2001).

Diversas reações são observadas no período pré-operatório, podendo ou não estender-se para as outras fases, como ansiedade, medo, angústia, incertezas, entre outras. Tais modificações, extrínsecas e intrínsecas, geradas por uma cirurgia, exigirão uma nova forma de adaptação para o retorno a vida social, profissional ou de lazer (SONOBE et al., 2001).

No período pré-operatório, nota-se uma intensa preocupação com as futuras alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social, inclusive com relação à estética, decorrentes do tratamento da região de cabeça e pescoço e que podem trazer repercussões importantes no desempenho do papel social, expressão emocional e na comunicação; no entanto cada paciente tem um modo particular de enfrentar a

doença, e o tratamento vai variar de acordo com sua personalidade, seus princípios, seu contexto familiar e social, seus valores, entre outros (BARBOSA et al., 2004).

Nesse cenário, a avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde nessa população de pacientes, que envolve diversos domínios (físico, psicológico, mental, espiritual e social), pode ajudar a melhor compreender o real impacto da doença e seu tratamento, principalmente pela característica mutilatória, perda da voz e alteração da imagem corporal, ocasionada pelo tratamento cirúrgico. Além disso, as características socioeconômicas e educacionais, a faixa etária, o gênero, a etiologia da doença fazem desses pacientes um grupo que merece atenção especial do enfermeiro para compreender a alteração dos componentes biopsicossociais sobre sua reabilitação, planejada e implementada desde o período pré-operatório (ZAGO, 1999; SONOBE et al., 2001; ZANDONAI et al., 2010).

Com relação à atividade religiosa, todos os participantes deste estudo acreditam em Deus com predomínio da religião católica (78,2%). Segundo o censo demográfico do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), a diversidade religiosa brasileira tem crescido muito nas últimas décadas, e o Brasil continua sendo mais católico apostólico romano, entretanto, com um ritmo de crescimento pequeno. Em pesquisa realizada por Datafolha (2007), Gerência de Pesquisas de Opinião do Datafolha, em março de 2007, foram entrevistados 5700 brasileiros com 16 anos ou mais, de forma aleatória e representativa nas regiões sul, sudeste, nordeste, norte e centro-oeste em um total de 236 municípios, com margem de erro de dois pontos percentuais para mais ou menos e nível de confiança de 95%. Constataram que 97% dos brasileiros referiram acreditar totalmente na existência de Deus, 64% eram católicos, 90% freqüentavam igrejas, cultos ou serviços religiosos, 87% acreditaram na ocorrência de milagres e apenas 7% referiram não ter religião ou ser ateus.

Em estudo qualitativo com a participação de quatorze pacientes com câncer em tratamento quimioterápico foi possível observar nos relatos dos entrevistados a presença da fé, a crença em Deus, a importância da religião e inclusive sobre o pensamento positivo (GUERRERO et al., 2011). Por consequência, uma das formas de enfrentamento da doença e da morte está diretamente ligada à força da fé e a crenças religiosas; ou seja, formas de expressar a espiritualidade. A fé em Deus é um sentimento arraigado na nossa cultura e é tão necessária quanto são outros modos de enfrentamento; o discurso mostra que a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas e mostra também que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários ao planejar o cuidado de enfermagem (TRENTINI et al., 2005).

É possível observar que pacientes oncológicos submetidos à cirurgia mutiladora buscam várias estratégias de enfrentamento em busca de comportamentos que aumentem o bem-estar psicológico e reduzam o desequilíbrio causado pelo impacto da doença. Em estudo prospectivo com pacientes oncológicos no pós-operatório foi constatado que 86% dos entrevistados utilizaram estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção com destaque a reflexão sobre o problema de saúde e o apoio religioso. Dessa forma, os envolvidos poderiam suportar e lidar positivamente consigo mesmos diante do processo de enfrentamento a uma doença ameaçadora à vida (COSTA; LEITE, 2009).

Em nosso estudo, procuramos investigar a associação do enfrentamento religioso-espiritual na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes em pré-operatório com câncer de cabeça e pescoço. Essa investigação se justifica diante da complexidade clínica apresentada por esse tipo de câncer com características mutilatórias e por pressupor que qualquer distúrbio em um dos domínios (físico, psicológico, mental, espiritual e social), consequentemente, afetará a qualidade de vida como um todo.

É importante ressaltar que este estudo é o primeiro, no Brasil, que avalia os índices de enfrentamento religioso-espiritual associando-os a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Portanto, em se tratando dos resultados obtidos desta associação entre o enfrentamento religioso-espiritual e a QVRS em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, destacamos que não foram encontrados estudos com a utilização dos mesmos instrumentos. Para avaliação do enfrentamento e da espiritualidade foi utilizada a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), validada por Panzini (2004) e o instrumento específico para avaliar a QVRS em pacientes com câncer de cabeça e pescoço *Functional Assessment of Câncer Therapy-Head and Neck* (FACT-H&N) validado para a cultura brasileira por Sawada (2002). Todavia, os resultados foram comparados com estudos que apresentassem similaridades importantes, como os estudos descritos a seguir.

No que se refere à medida de QVRS, segundo os valores médios das respostas dos participantes de nosso estudo, com relação às subescalas do FACT H&N variaram de 3,41 (bem-estar funcional) a 4,19 (bem-estar físico), demonstrando que, mesmo diante de um diagnóstico de câncer e em período pré-operatório, os pacientes não referiram graves dificuldades com sintomas físicos e consideraram uma boa percepção da própria qualidade de vida.

Esses dados corroboram com o estudo de Sawada, Dias e Zago (2006) que avaliaram os efeitos colaterais da radioterapia nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço e sua influência na qualidade de vida e mostraram que a maioria dos pacientes respondeu ter boa

qualidade de vida, uma vez que mais de 50% das respostas tiveram escores 4 e 5 nas subescalas.

Ainda sobre os resultados de QVRS de nosso estudo, os dados da Tabela 7 e 9, que demonstram a análise descritiva das variáveis do instrumento FACT H&N, confirmam os resultados mostrados por He e Liu (2005) que em seu estudo as porcentagens das subescalas do FACT H&N seguiram a mesma ordem decrescente: bem estar físico, bem estar emocional, bem estar social/familiar, bem estar funcional e preocupações adicionais com o câncer de cabeça e pescoço. Tal estudo foi realizado com 98 pacientes chineses após a internação hospitalar com diagnóstico de câncer de nasofaringe.

Em estudo de Rose e Yates (2001), realizado na Austrália, que teve como objetivo explorar a qualidade de vida de 58 pacientes com câncer de cabeça e pescoço durante e após a radioterapia em acompanhamento ambulatorial e que também utilizaram o instrumento FACT-H&N, constatou-se uma diminuição significativa em relação à percepção global de qualidade de vida dos pacientes ao longo dos três tempos, T1 (primeira semana de tratamento), T2 (última semana de tratamento) e T3 (um mês após o tratamento); além disso, tal estudo confirma as médias elevadas na subescala bem-estar físico no momento T1, ou seja, os pacientes não referiram sérios incômodos com relação aos sintomas físicos em fase de pré-tratamento.

Já outro estudo, realizado em um hospital de Tóquio, Japão, que avaliou o estado psicológico e a qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, agora em período perioperatório, e que também utilizou o instrumento FACT-H&N, demonstrou que, entre as relações do estado psicológico, a qualidade de vida e os fatores clínicos, a ansiedade foi maior antes da cirurgia, e a depressão, maior após a cirurgia. Em relação à qualidade de vida e seus domínios específicos, foi possível observar uma diminuição dos resultados imediatamente após a cirurgia, porém, na maioria dos domínios, obteve-se melhora após um mês da alta hospitalar (MOCHIZUKI, MATSUSHIMA, OMURA; 2009).

Ademais, os autores desse estudo concluem que tais resultados podem fornecer a toda equipe envolvida com o perfil desses pacientes oportunidades para um melhor atendimento e planejamento sobre o pré-operatório e o pós-operatório (alta), com base nas alterações do estado psicológico e da qualidade de vida, além da inclusão da participação dos familiares, programas de apoio educacional, apoio psicológico e intervenções de acordo com as necessidades de cada um (MOCHIZUKI, MATSUSHIMA, OMURA; 2009).

Com relação aos dados da Escala *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), o resultado da média do índice de *Coping* Religioso-Espiritual Total (CRET), neste estudo, foi igual a 3,61,

o que corresponde a uma alta utilização de enfrentamento religioso-espiritual pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Além disso, nenhum dos participantes do estudo apresentou utilização irrisória ou baixa do CRE Total.

Esse resultado encontrado em nosso estudo aproxima-se dos resultados de Panzini (2004) que elaborou e validou o construto da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), primeiro instrumento de avaliação de CRE do Brasil, com base na escala norte-americana RCOPE validada por Pargament, Koenig e Perez (2000), onde obteve a média do índice de *Coping* Religioso-Espiritual Total, igual a 3,80, em uma amostra de 616 participantes. Porém, do total dessa amostra, apenas 9,1% eram pacientes, familiares, visitantes ou funcionários de clínicas para tratamento de saúde, sendo o restante da amostra frequentadores de instituições religiosas e estudantes.

Macieira et al. (2007), que teve como objetivo avaliar a espiritualidade em mulheres com câncer de mama e também utilizou a Escala *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), obteve uma média de 3,74 para o índice de CRE Total e, assim como nos resultados de nosso estudo, nenhuma das participantes apresentaram utilização irrisória ou baixa do CRE Total.

Por outro lado, quando comparamos os grupos etários e o sexo com o parâmetro arbitrário para a análise dos valores das médias de utilização do *Coping* Religioso Espiritual (CRE) Total, realizado pelo Teste Estatístico Exato de Fischer, não houve diferença significativa na amostra. Ainda confirmando com estudo de Macieira et al. (2007), em sua análise de variância de Kruskal Wallis, também não houve diferença significativa na utilização do *Coping* Religioso-Espiritual, quando comparadas em relação à religião, renda, grau de instrução e estado civil.

Em outro estudo, agora com o intuito de investigar modalidades de enfrentamento religioso em homens portadores de HIV/AIDS pertencentes às religiões católica e evangélica, a média de *Coping* Religioso-Espiritual Total foi de 3,66, demonstrando altos índices para ambos os grupos católicos e evangélicos, com utilização concreta do *coping* religioso, com maior uso de estratégias de fatores positivos do que negativos (MELLAGI, 2009).

Ainda sobre estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer de mama, em pesquisa no Reino Unido, de corte longitudinal, com avaliação em três momentos (no momento da cirurgia, após 3 e 12 meses) e uso da escala RCOPE validada por Pargament, Koenig e Perez (2000), conclui-se que a utilização de estratégias de enfrentamento religioso, em alguns casos, apresentou mudanças nos padrões ao longo do tempo, enquanto outros se mantiveram estáveis e, além disso, algumas estratégias podem predominar no primeiro ano da doença. O uso das estratégias de enfrentamento religioso-espiritual parece comum no Reino

Unido e apesar de serem recomendadas, geralmente, as necessidades espirituais dos pacientes não são abordadas. Enfim, as estratégias de enfrentamento religioso também devem ser avaliadas na prática clínica desde a descoberta da doença (THUNE´BOYLE et al., 2011).

Poucos estudos descreveram a relação entre o sofrimento psicológico e a forma de enfrentamento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Elani e Allison (2011) revelaram que os pacientes com níveis elevados de ansiedade e depressão utilizavam com maior frequência as estratégias negativas de enfrentamento, como: "minha culpa", "otimismo exagerado" e "fuga". Os autores concluíram que as estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer de cabeça e pescoço variam de acordo com o nível de sofrimento psíquico.

A estratégia de enfrentamento positiva mais utilizada pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço desta pesquisa foi relacionada ao fator P4-“Posicionamento positivo frente a Deus” da Escala CRE que revela a busca de apoio espiritual em Deus, manifestadas em ações como contar, colaborar, suplicar, se aproximar e/ou apoiar em Deus; o mesmo fator P4 também foi o mais utilizado nos estudos de Panzini (2004), Macieira et al. (2007) e por Mellagi (2009).

Com relação à estratégia de enfrentamento negativa, os fatores menos utilizados em nosso estudo foram o N4-“Insatisfação com o outro institucional”, que está relacionado aos sentimentos de insatisfação com qualquer representante ou líder de instituição religiosa ou com a crença religiosa ou espiritual que a pessoa possui, e o fator N1-“Reavaliação negativa de Deus” que revela uma reavaliação cognitiva negativa da idéia que a pessoa faz de Deus, manifestadas em expressões de questionamentos da existência, poder, amor e proteção de Deus, acompanhadas de sentimentos negativos de revolta, culpa, desamparo e mágoa.

Assim, após a revelação do diagnóstico de câncer certas mudanças podem direcionar as pessoas para uma reflexão sobre a própria imortalidade, sobre questões teológicas, inclusive tentativas de compreender Deus e até questões existenciais. Os benefícios da espiritualidade e religiosidade para a saúde e suas relações ainda são bem complexas, sabemos que tal correlação não implicará em causa e efeito, mas esses fatores tornam-se cada vez mais dignos de atenção em meios científicos, afinal o câncer pode afetar a espiritualidade e vice versa. Dessa forma, o câncer pode ser uma forma de reflexão espiritual e a espiritualidade pode ser uma aliada nessa batalha (DYER, 2011).

Embora seja possível deduzir uma correlação entre os constructos CRE e QVRS e que a hipótese deste estudo apresentava-se provável em relação às associações entre as estratégias de enfrentamento religioso-espiritual e a QVRS, isso ocorreu de forma parcial, pois não detectamos associação significativa entre o instrumento FACT H&N e a Escala CRE, como

mostrado na tabela 10 de acordo com o teste estatístico de Correlação de Sperman, com $p < 0,05$ e correção de Sidak para comparações múltiplas. No entanto, quando comparamos os grupos que apresentaram CRE Total alto e médio da Escala CRE com os altos e baixos escores nos domínios do instrumento FACT H&N, demonstraram associações significativas entre todas as correlações ($p < 0,001$), indicando que aquele que apresenta alta utilização do enfrentamento religioso-espiritual apresenta melhores índices nos domínios da qualidade de vida relacionada à saúde, conforme Tabela 11.

Da mesma forma, alguns estudos evidenciaram que a espiritualidade e religiosidade foram associadas tanto negativamente com a depressão e ansiedade, ou seja, pacientes com alta religiosidade expressaram menos sintomas depressivos e baixo nível de ansiedade, quanto positivamente com resultados físicos de qualidade de vida relacionada à saúde, ou seja, pacientes com alta espiritualidade apresentaram melhores condições físicas (HE; LIU, 2005; HORNEY et al., 2011; LIM; YI, 2011).

7. CONCLUSÕES

"A arte é longa, a vida é breve, a experiência é falha,
a oportunidade é fugidia e o julgamento é difícil."

Hipócrates

7. CONCLUSÕES

Este estudo teve o intuito de avaliar a associação do enfrentamento religioso-espiritual com a QVRS de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em acompanhamento de um hospital público do interior do estado de São Paulo. Foi caracterizado o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, assim como determinado e correlacionado o enfrentamento religioso-espiritual e a QVRS, utilizando os instrumentos Escala CRE e FACT-H&N, conforme a percepção dos próprios participantes.

É importante ressaltar que uma correlação não implica em causa e efeito, lembrar os aspectos de subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade que estão interligados com a qualidade de vida e por mais que seja complexa a relação da espiritualidade e religiosidade com a saúde este assunto tem merecido grande destaque em meios científicos.

Dessa forma, serão apresentadas as conclusões do presente estudo, de acordo com os objetivos propostos e os resultados obtidos que envolveram 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço:

- O perfil sociodemográfico da amostra estudada mostrou que a maioria pertenceu ao sexo masculino (81,9%), com média de idade de 57,1 anos, baixa escolaridade (67,3% apresentavam ensino fundamental incompleto), baixa renda mensal (50,9% recebiam de dois a três salários mínimos); sem ocupação profissional (61,8%), sem aposentadoria (56,4%), moravam com os familiares (85,5%), acreditavam em Deus (100%), eram católicos (87,3%), consideravam-se praticantes (61,8%), acreditavam que a religião/espiritualidade era importante ou muito importante para lidar com a doença.
- Em relação ao diagnóstico médico a maior parte estava relacionada com o carcinoma espinocelular de laringe, faringe, hipofaringe, faringe-esofágica, supraglótico, glótico e de seio piriforme (47,3%); o procedimento cirúrgico indicado foi a laringectomia ou faringolaringectomia total ou parcial, com ou sem esvaziamento cervical lateral ou bilateral (49,1%); em sua maioria o tempo de diagnóstico foi inferior a três meses (45,5%).
- As médias obtidas das variáveis da Escala CRE, em geral, foram satisfatórias, a média referente ao índice que apresenta o conjunto da quantidade de CRE praticado pelo avaliado (CRE Total), foi considerada alta com valor de 3,61. O fator que apresentou maior e menor média de CRE Positivo, respectivamente, foi: P4-“Posicionamento positivo frente a Deus” e P7-“Busca pessoal de conhecimento”. No caso de CRE Negativo o fator

de maior e menor média, respectivamente, foi: N2-“Posição negativa frente a Deus” e N4-“Insatisfação com o outro institucional”. A razão CREN/CREP foi igual a 0,6, ou seja, em média, os sujeitos da pesquisa utilizaram 60% de CREN da quantidade de CREP empregado, porém 30,9% de todos os participantes apresentaram uma razão $CREN/CREP \leq 0,50$, indicando um resultado positivo final.

- O índice CRE Total, que transforma os valores das duas dimensões no sentido positivo, correlacionou positivamente com o CRE Positivo e negativamente com o CRE Negativo. O índice Razão CREN/CREP, que indica a proporção de CRE Negativo em relação ao CRE Positivo, correlacionou negativamente com o CRE Positivo.
- Quanto à QVRS, conforme o instrumento FACT-H&N, as médias obtidas em seus domínios também apresentaram-se satisfatórias, sendo o bem-estar físico com média acima de 4. Porém, apenas nove itens apresentaram média igual ou acima de 4: GP2-“Fico enjoado”, GP3-“Por causa da minha condição física, tenho dificuldades em atender as necessidades da minha família”, GP5-“Os efeitos colaterais do tratamento me incomodam”, GB3-“Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença”, GB5-“Estou preocupado(a) com a idéia de morrer”, GP3-“Sou capaz de sentir prazer em viver”, HN2-“Tenho a boca seca”, HN3-“Tenho dificuldade de respirar”, HN9-“Tomo bebidas alcoólicas” (por exemplo, cerveja, vinho etc). No entanto, os pacientes responderam ter boa qualidade de vida, visto que todas as subescalas apresentaram mais de 50% das respostas com os escores 4 e 5.
- A subescala bem-estar funcional possui correlação significativa com as subescalas bem-estar físico, bem-estar social/familiar e bem-estar emocional. O mesmo ocorre entre as subescalas bem-estar emocional e bem-estar físico.
- Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes na amostra estudada entre as médias de CRE Total comparadas com grupos etários, com sexo e com as medianas dos domínios do FACT-H&N. Também não foram estatisticamente significantes as correlação entre os constructos CRE e FACT H&N.
- Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre as correlações nos grupos que apresentaram CRE Total alto e médio da Escala CRE e os altos e baixos escores nos domínios do instrumento FACT H&N, indicando que aquele que apresenta alta utilização de enfrentamento religioso-espiritual apresenta melhores índices nos domínios da QVRS.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Viva como se você fosse morrer amanhã. Aprenda como se você fosse viver eternamente."

Mahatma Gandhi

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa corroboraram com a literatura no que tange as relações da espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde. Apesar de ser um tema com grande ascensão em meios científicos, ainda exige muita atenção quanto às definições de seus constructos, principalmente pelo fato da espiritualidade não ser sinônimo de religiosidade, além de outros conceitos relacionados como bem-estar espiritual e bem-estar religioso. Além do mais, suas relações podem apresentar efeitos diferenciados na qualidade de vida relacionada à saúde.

Na prática clínica existe uma preocupação com as questões relacionadas à espiritualidade e saúde, pois ainda são pouco exploradas e exercidas. Esta pesquisa apresentou uma revisão integrativa que evidencia a importância dessa abordagem e sua implementação, embora alguns pontos devam ser considerados: com relação aos profissionais que irão fornecer este cuidado, é necessário um conhecimento aprofundado com bases científicas e maior treinamento de todos os envolvidos; com relação ao paciente, este deve apresentar suas necessidades de forma singular frente ao processo saúde-doença e, desta forma, proporcionar uma abordagem da espiritualidade e inclusão do cuidado espiritual que reflita a forma de enfrentamento da sua doença e, conseqüentemente, uma melhora na relação equipe de saúde e paciente.

Neste estudo, para realizar a associação do enfrentamento religioso-espiritual com a qualidade de vida relacionada à saúde foram entrevistados pacientes com câncer de cabeça e pescoço com a utilização de instrumentos específicos. Vimos que não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes na amostra estudada entre as correlações das variáveis dos instrumentos aplicados, porém, separadamente com os grupos que apresentaram alta utilização do *Coping* Religioso-Espiritual Total e altos escores nos domínios da QVRS, demonstraram associações significativas indicando que aquele que apresenta alta utilização do enfrentamento religioso-espiritual apresenta melhores índices nos domínios da qualidade de vida relacionada à saúde.

Algumas limitações existentes neste trabalho podem ser destacadas, como o número reduzido da amostra, a coleta de dados realizada em apenas um momento, poucos instrumentos validados e confiáveis sobre o tema espiritualidade e dificuldades nas comparações devido à inexistência de estudos que utilizaram o mesmo método de pesquisa em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Os instrumentos utilizados foram válidos e confiáveis para a amostra estudada, sendo um diferencial deste estudo que foi aplicado a Escala CRE em pessoas diagnosticadas com câncer de cabeça e pescoço. Essa escala até então, não havia sido utilizada em pacientes com esse tipo de câncer, além disso, consideramos que este estudo contribui para ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde e subsidiar os profissionais a lidar com essas questões na prática clínica.

Esta pesquisa não se esgota aqui, pois requer outras investigações sobre as estratégias de enfrentamento religioso-espiritual e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com condições crônicas de saúde e com diferentes delineamentos metodológicos, inclusive de corte longitudinal, experimentais, randomizados e controlados. Assim, servirá para gerar evidências mais fortes, que embasem as tomadas de decisões clínicas dos profissionais de saúde e incrementem as intervenções relacionadas ao cuidado espiritual na assistência direta ao paciente. A utilização dessa abordagem implicará em ir além da formulação e aplicação de protocolos, visto que, somos seres humanos constituídos de sentimentos, em constante busca por conhecimento e significados tornando-se imprescindível a dinâmica de interação por meio das diversas formas de comunicação e estratégias de enfrentamento existente em nosso ser e presentes entre os profissionais de saúde e o paciente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS³

ALVARENGA, L. M. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 74, n. 1, p. 68-73, 2008.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2008**. Atlanta: American Cancer Society, 2008. Disponível em:
<<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/acspc-024113.pdf>>.
Acesso em: 5 set. 2010.

ANDRYKOWSKI M. A. et al. Long-Term Health-Related Quality of Life, Growth, and Spiritual Well-Being After Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. **Journal of Clinical Oncology**, v. 23, n. 3, p. 599-608, 2005.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n. 1, p. 42-47, 2007.

BALDACCHINO, D.; DRAPER, P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 34, n. 6, p. 833-841, 2001.

BARBOSA, L. N. F. et al. Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. **Revista da SBPH**, v.7, n.1, p. 45-58, 2004.

BENKO, M. A.; SILVA, M. J. P. Thinking about spirituality within nursing undergraduate program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, n. 1, p. 71-85, 1996.

BERGAMASCO, V. D. et al. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 37, n. 1, p. 15-19, 2008.

BOING, A. F.; ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas e cancer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 615-622, 2011.

³ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

BORNEMAN T.; FERRELL B.; PUCHALSKI C. M. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 40, n. 2, p:163-173, 2010.

BRADLEY, P. J.; RAGHAVAN, U. Cancers presenting in the head and neck during pregnancy. **Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery**, v. 12, p. 76-81, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. . **Coleção de leis da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 12 abr. 2004.

BRUSCAGIN, C. Família e religião. In: CERVENY, C. M. O. **Família e...: comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.163-186.

CANPONERO, R. Biologia do câncer. In: CARVALHO, V.A. et al. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 32-39.

CARVALHO, A. M. C.; KOIFMAN, R. J.; KOIFMAN, S. Caracterização da demanda de atenção para neoplasias de cabeça e pescoço no hospital de câncer de Rio Branco, AC, 2008-2009. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 39, n. 4, p. 255-260, 2010.

CELLA, D. F. Functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of general measure. **Journal Clinical Oncology**, v. 11, p. 570-579, 1993.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialista. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 264-270, 2010.

CLEARY, P. D.; WILSON, P. D.; FOWLER, F. J. Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 191-204.

CONWAY, D. I. et al. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. **International Journal of Cancer**, v. 122, p. 2811-2819, 2008.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

CURADO, M. P.; HASHIBE, M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. **Current Opinion in Oncology**, v. 21, p. 194-200, 2009.

DAHER, G. C. A.; PEREIRA, G. A.; OLIVEIRA, A. C. A. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 4, p. 584-596, 2008.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Research on quality of life: review on the scientific production of public universities in São Paulo State. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.

DATAFOLHA. Instituto de Pesquisa Datafolha. Gerência de Pesquisas de Opinião do Datafolha; Opinião Pública – Religião. São Paulo (BR), 2007. Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=445>. Acesso em: 10 out 2011.

DATASUS. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de Mortalidade do Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/c04.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2008.

DEDIVITIS, R. A. et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. . **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70, n. 1, p. 35-40, 2004.

DÖBROSSY, L. Epidemiology of head and neck cancer: Magnitude of the problem. **Cancer and Metastasis Reviews**, v. 24, p. 9-17, 2005.

DYER, A. R. Spirituality and cancer: na introduction. **Southern Medical Journal**, v. 104, n. 4, 2011.

EDMONDSON D. et al. Deconstructing spiritual well-being: existential well-being and HRQOL in cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v. 17, p. 161–169, 2008.

ELANI, H. W.; ALLISON, P. L. Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 19, p. 1735–1741, 2011.

FARIAS, T. et al. Tendências brasileiras no tratamento do câncer de laringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 35, n. 1, 2006.

FERRANS C. E. et al. Conceptual model of health-related quality of life. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 37, n. 4, p. 336-342, 2005.

FERREL, B. R.; DOW, K. H.; GRANT, M. Measurement of the Quality of life in cancer survivors. **Quality of Life Research**, v. 4, n. 6, p. 523-531, 1995.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, 1999.

FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 501-506, 2006.

FURIA, C. L. B. **Qualidade de vida em pacientes tratados de câncer de cavidade oral, faringe e laringe em São Paulo: estudo multicêntrico**. 2006. 101p. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002.

GANONG, L. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GERVÁSIO, O. L. A. S. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. **Brazilian Dental Journal**, v. 12, n. 1, p. 57-61, 2001.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

GUERRERO G. P.; ZAGO M. M. F.; SAWADA N. O.; PINTO M. H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física: revisão de Literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, supl. 1, p. 88-94, 2007.

HE, G.; LIU, S. Quality of life and coping styles in chinese nasopharyngeal cancer patients after hospitalization. **Cancer Nursing**, v. 28, n. 3, p. 179-186, 2005.

HORNEY, D. J. et al. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. **Head Neck**, v. 33, n. 1, p. 65-71, 2011.

HUNT, S. M. The problem of quality of life. **Quality of Life Research**, v. 6, p. 205-212, 1997. Editorial.

INCA. Carcinoma epidermoide da cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 4, p. 361-376, 2001.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2010: Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>>. Acesso em: 5 set. 2010.

JOHNSON M. E. et al. Centering Prayer for Women Receiving Chemotherapy for Recurrent Ovarian Cancer: A Pilot Study. **Oncology Nursing Forum**, v. 36, n. 4, p: 421-428, 2009.

KRISTELLER J. L. et al. Oncologist assisted spiritual intervention study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 35, n. 4, p: 329-347, 2005.

KRUPSKI T. L. et al. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. **Psycho-Oncology**, v. 15, p. 121-131, 2006.

LAZARUS, R. S. **Coping theory and research: past, present, and future**. Psychosomatic Medicine, v. 55, p. 234-247, 1993.

LIM, J. W.; YI, J. The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between korean american and korean breast and gynecologic cancer survivors. **Oncology Nursing Forum**, v. 36, n. 6, 2009.

MACHADO, B. C. P. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço no estado do Maranhão. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 4, p. 62-68, 2009.

MACIEIRA, R. C. et al. Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 17, n. 3, p. 102-106, 2007.

MANFRO, G. Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida em pacientes terminais com carcinoma epidermoide de laringe. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 17-24, 2006.

MELLAGI, A. G. **O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS**: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos. 2009. 84 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005. p. 10.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOCHIZUKI Y.; MATSUSHIMA E.; OMURA K. Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgry**, v. 38, n. 2, p. 151–159, 2009.

MONTICELLI, M. O conceito de cultura e a prática da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 15, n. 1/2, p. 20-6, 1994.

NANDA, North American Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2005-2006. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto**: revisão integrativa da literatura. 2008. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

OLIVEIRA, L. R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermoide oral em uma população brasileira. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 42, n. 5, p. 385-392, 2006.

PANDEY, M et al. Higher distress relates to poor quality of life in patients with head and neck cancer. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgry**, v. 38, p. 955-959, 2009.

PANZINI, R. G. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. 2004. 238 f Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2004.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade: revisão de literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **Mundo Saúde**, v. 27, n. 1, p. 15-32, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research – methods, appraisal, and utilization**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fatores psicossociais na saúde. In: **Grande tratado de enfermagem prática**: conceitos básicos, teoria e prática hospitalar. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002. p. 287-95.

PURNELL, J. Q.; ANDERSEN, B. L.; WILMOT, J. P. Religious Practice and Spirituality in the Psychological Adjustment of Survivors of Breast Cancer. **Couns Values**, v. 53, n. 3, 2009.

RIPPENTROP, A. E.; ALTMAIER, E. M.; BURNS, C. P. The Relationship of Religiosity and Spirituality to Quality of Life Among Cancer Patients. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 13, n. 1, p. 31-37, 2006.

ROSE, P.; YATES, P. Quality of life experienced by patients receiving radiation treatment for cancers of the head and neck. **Cancer Nursing**, v. 24, n. 4, p. 255-263, 2001.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SANTOS L. C. O. et al. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 75, n. 4, p. 524-529, 2009.

SAWADA, N. O. **Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. 2002. 104 f. Tese (Livre-Docência em Enfermagem Cirúrgica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SAWADA, N. O.; DIAS, A. M.; ZAGO, M. M. F. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 4, p. 323-329, 2006.

SCATTOLIN, F. A. A. Qualidade de vida a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 8, n. 4, p. 1-5, 2006.

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

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SONOBE, H. M. et al. O método do arco no ensino pré-operatório de pacientes laringectomizados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 4, p. 425-433, 2001.

THUNE´-BOYLE, I. C. V. et al. Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. **Psycho-Oncology**, v. 20, p. 771-782, 2011.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005.

TSCHIESNER, U. et al. Assessment of functioning in patients with head and neck cancer according to the international classification of functioning, disability, and health (ICF): a multicenter study. **The Laryngoscope**, v. 119, p. 915-923, 2009.

WESTMAN, B.; BERGENMAR, M.; ANDERSSON, L. Life, illness and death: existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 10, p. 169-76, 2006.

WHITFORD, H. S.; OLVER, I. A.; PETERSON, M. J. Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. **Psycho-Oncology**, v. 17, p. 1121-1128, 2008.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.

WILDES K. A. et al. The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. **Psycho-Oncology**, v. 18, p. 831-840, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**. Geneva, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>>. Acesso em: 5 set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Genebra, 1948. Basic Documents, 45 ed., sup., october 2006. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso 28 out 2011

ZAGO M. M. F. **A reabilitação do paciente cirúrgico oncológico do ponto de vista da enfermagem**: um modelo em construção. 1999. 55 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

ZANDONAI A. P. et al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 554-61, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a20.htm>>. Acesso em: 23 ago 2011.

ZAVALA M. W. et al. Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. **Psycho-Oncology**, v. 18, p. 753-761, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados para a revisão integrativa

1. IDENTIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

Título do Artigo	
Descritores / Palavras-chave	
Periódico/ volume/ número/ ano	
Autores	
Formação/ Profissão do autor principal	
Instituição/ local	
País/ idioma	

2.1 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE ESTUDOS DE QUALIDADE DE VIDA

O pesquisador define o que é Qualidade de Vida?	☐ Não ☐ Sim Definição utilizada: ☐ QV Geral ☐ QV relacionada à Saúde ☐ outra: _____ Especificar a definição utilizada: _____
Quais são os domínios que o pesquisador pretende mensurar?	☐ Físico ☐ Psicológico/ Mental ☐ Nível de Independência ☐ Relações Sociais ☐ Meio Ambiente ☐ Espiritualidade/ Religiosidade/ Crenças Pessoais ☐ Sexualidade e Interesses Sexuais ☐ Outros. Qual? _____
Quanto ao instrumento utilizado:	Qual é(são) o(s) instrumento(s) utilizado(s)? _____ _____ O pesquisador justifica a escolha? ☐ Não ☐ Sim Justificativa: _____ _____ O instrumento utilizado é validado para a população do estudo? ☐ Não ☐ Sim
O pesquisador solicita aos participantes da pesquisa dados complementares sobre QV, QVRS e/ ou outros dados?	☐ Não ☐ Sim Quais? ☐ Avaliação individual para QV ☐ Indicação de itens adicionais(não abordado pelo pesquisador) ☐ Dados sócio-demográficos ☐ Dados clínicos ☐ Outros. Qual? _____

Continua

2.2 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE ESTUDOS DE ESPIRITUALIDADE

O pesquisador conceitua os termos Espiritualidade e Religiosidade?	Espiritualidade: () Não () Sim Especificar definição utilizada: _____ _____ Religiosidade () Não () Sim Especificar definição utilizada: _____ _____
O pesquisador deixa explícita a diferença entre espiritualidade e religiosidade?	() Não () Sim
Foi utilizado instrumento ou escala específica para avaliar a espiritualidade?	() Não () Sim Se SIM. Qual (is): _____ _____ O pesquisador justifica a escolha? () Não () Sim Justificativa: _____ _____ O instrumento é validado para a população do estudo? () Não () Sim
Abordou a real influência e/ou impacto da espiritualidade na QV?	() Não () Sim

3. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Tipo de Publicação/ Delineamento de Pesquisa (Segundo POLIT, BECH e HUNGLER, 2004 e LOBIONDO-WOOD e HABER 2006)	Pesquisa: () Quantitativa () delineamento experimental () delineamento quase-experimental () delineamento não-experimental Corte: () transversal () longitudinal () Qualitativa () Etnografia/ Etnociência () Fenomenologia/ Hermenêutica () Teoria fundamentada Não Pesquisa: () Revisão de literatura () Revisão Sistemática () Relato de experiência () Metanálise () Estudo de caso () Outras. Qual? _____
Objetivos	
População	Faixa etária: () Adulto jovem () Adulto idoso (>60anos) Sexo: () Masculino () Feminino Local da assistência/ pesquisa: () Hospital () enfermaria () ambulatório () Comunidade/ Residência

Continua

Amostra (Segundo POLIT, BECH, HUNGLER, 2004)	Amostragem de não-probabilidade: ☐ conveniência ☐ quota ☐ proposital (intencional) Amostragem de probabilidade: ☐ aleatória simples (randômica) ☐ aleatória estratificada ☐ de grupo ☐ sistemática ☐ outro tipo de amostragem _____ Tamanho (n): inicial _____ final _____ Critérios de inclusão/ exclusão: _____
Tratamento dos Dados (Análise estatística)	
Nos estudos de intervenção, qual(is) a(s) intervenção(ões) usada(s)?	Variáveis: ☐ Independente (intervenção): _____ ☐ Dependente _____ Grupos: Experimental _____ Controle _____
Resultados	
Conclusões	
Nível de evidência (Segundo MELNIK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E., 2005)	☐ I – Revisão Sistemática (RS) ou metanálise de todos os Ensaios Clínicos Randomizados Controlados (ECRC) relevantes ou diretrizes clínicas baseadas em RS de ECRC ☐ II – pelo menos um ECRC bem delineado ☐ III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização ☐ IV – estudos de caso-controle e de coorte bem delineados ☐ V – RS de estudos descritivos ou qualitativos ☐ VI – único estudo descritivo ou qualitativo ☐ VII – opinião de autoridades e/ ou relatório de comitês de especialistas

Conclusão

APÊNDICE B - Distribuição dos artigos selecionados na revisão integrativa segundo os conceitos de qualidade de vida (QV), qualidade de vida relaciona à saúde (QVRS), espiritualidade e religiosidade de acordo com as citações realizadas pelos autores.

ARTIGO	QV	QVRS	ESPIRITUALIDADE	RELIGIOSIDADE
Andrykowski et al., 2005.	Não	Sim “Relaciona-se as dimensões habituais ou medidas do domínio físico, emocional e bem-estar social que são afetados por um tratamento ou condição médica” (Cella DF, 1995).	Não	Não
Kristeller et al., 2005.	Não	Não	Não	Não
Krupski et al., 2006.	Não	Não	Sim Transcende e permeia os aspectos de vida, biológicos, psicológicos e interpessoais (Kuhn, 1988; Koenig, 1995); Construto global abrange a religião tradicional (Elkins et al., 1988), conceito abstratos como um ponto de vista do "derradeiro significado e valor da vida"(Muldoon e King, 1995) e pela busca de paz e harmonia (Hungelmann et al., 1996). Conceitos como fé, adoração, amor, perdão é forma uma ligação entre espiritualidade e religião.	Não
Rippentrop; Altmaier; Burns, 2006.	Sim Embora mais de 30 diferentes dimensões da QV têm sido descritos (Kornblith, Holland, 1994), a QV inclui domínios de bem estar emocional, funcional, social, interpessoal, satisfação com tratamento, sexualidade e intimidade.	Não	Sim “Pode ou não ser um membro de uma religião organizada, significa o que é sagrado na vida (Larson, Swyers, & McCullough, 1997).	Sim “Um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a relação de compreensão e de divindade bem como para promover o entendimento e a harmonia de uma pessoa da sua relação com si própria e os outros” (Thoresen, 1998)

Continua

ARTIGO	QV	QVRS	ESPIRITUALIDADE	RELIGIOSIDADE
Edmondson et al., 2008.	Não	Sim “É composta de todos os aspectos do funcionamento humano que são essenciais para viver uma vida plena (Mcmillan, Mahon; 1994). Comumente estão incluídos domínios de bem estar físico, mental ou emocional, apoio social e funcional” (Dancey, 1997).	Não Conceitua Bem-Estar Espiritual “É considerado essencialmente um estado ou resultado individual, em oposição a um conjunto de crenças sobre a divindade, humanidade, ou última verdade. Apesar dos esforços para corrigir a confusão semântica, os investigadores muitas vezes ignoram a distinção fundamental entre bem-estar espiritual e os diversos aspectos da R/S.” (Gomez, 2003)	Não Conceitua Bem-Estar Religioso “Envolve uma sensação de conforto derivada de conexões de um poder superior, que é sagrado e eterno.” (Stefanek et al. 2005)
Whitford; Olver; Peterson, 2008.	Sim “Definição e avaliação de QV tão complexa quanto seu constructo multifacetado (Efficace, Marrone; 2002). Suas dimensões centrais incluem: bem estar físico, social/familiar, emocional, funcional e avaliação de sintomas” (Cella, Tulskey; 1993).	Não	Sim “Busca de significado e propósito de vida, ligação com uma dimensão transcendente da existência” (Peterman et al., 2002).	Sim “Participação em crenças sancionadas institucionalmente e atividades, em especial, de uma doutrina (fé em grupo)” (Peterman et al. 2002).
Purnell; Andersen; Wilmot, 2009.	Não	Não	Sim “Inclui consciência de uma dimensão transcendente (Elkins et al., 1988); uma capacidade inata e tendência de avançar para o conhecimento, o amor, ou seja, a esperança, transcendência, conexão e compaixão (Fukuyama, Sevig, 1999); uma busca pessoal de propósito e significado na vida, assim como conexão com uma realidade sagrada ou transcendente” (Hill et al., 2000).	Sim “Adesão às crenças e práticas de uma igreja ou instituição religiosa organizada (Shafranske, Malony; 1990); está preocupada com um conjunto de "doutrinas institucionalizadas, ética, rituais, textos, usos e costumes" (Helminiak, 2001); natureza socialmente organizada por religião e os rituais ou práticas que tenham sido aceitos por um grupo específico” (Koenig et al., 2001; Miller, Thoresen, 2003)

Continua

ARTIGO	QV	QVRS	ESPIRITUALIDADE	RELIGIOSIDADE
Zavala et al., 2009.	Não	Não	Sim “Não é preciso ser religioso para ser espiritual. Componentes da espiritualidade incluem a crença em um mundo ou ser além de si mesmo, um sentido de significado, uma crença em uma existência intencional (Elkins et al., 1998); uma conexão com algo maior que si mesmo, a busca em uma sentido de vida (ou seja, um sentido de identidade, propósito e significado, força e conforto que pode ser derivada da fé, que pode ocorrer fora da tradição religiosa organizada” (Peterman et al., 2002; Pargament, 1999).	Sim “Participação nas crenças institucionalmente sancionadas e em atividades de um determinado grupo de fé (Peterman et al., 2002); participação em rituais da religião tradicional, ou seja, rituais ortodoxos, incluindo missa, estudo individual da Bíblia, Templo, e o grupos de músicas” (Elkins et al., 1998).
Johnson et al., 2009.	Não	Não	Não	Não
Wildes et al., 2009.	Não	Sim “Subjetiva e multidimensional, engloba bem estar físico, social, funcional, emocional e psicológico e fatores relacionados à saúde de um indivíduo (Ware, 1984; Cella, 1993); é o grau em que são esperados em suas dimensões afetadas por uma doença ou relacionados a um tratamento” (Cella, 1995).	Sim “Espiritualidade tem a ver com o indivíduo, subjetivo caminho da experiência religiosa” (Elkins et al., 1988).	Sim “Refere à participação nas crenças, atividades, e rituais da religião tradicional (por exemplo, atendimento em igreja, leitura)” (Elkins et al., 1988).
Borneman; Ferrell; Puchalski, 2010.	Não	Não	Sim “É o aspecto da humanidade que se refere à maneira como as pessoas buscam e expressam um significado e propósito, o jeito de sua experiência/ significado e conexão com o momento, para si mesmo, aos outros, à natureza e ao sagrado” (Puchalski, Ferrell; 2010).	Não

Conclusão

APÊNDICE C - Relação dos instrumentos quantitativos apresentados pelos estudos e os domínios avaliados quanto a Qualidade de Vida e Espiritualidade.

ARTIGOS	INSTRUMENTOS	DOMÍNIOS AVALIADOS	DADOS COMPLEMENTARES
Andrykowski et al., 2005.	<p>Percepção Geral de Saúde: *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36-GH) *Perceived Health Questionnaire (PHQ)</p> <p>Ajustamento Psicológico: *Trait Anxiety subscale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Trait) *The mental health subscale of the SF-36 (SF-36-MH), *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</p> <p>Funcionamento físico: *Physical Functioning (SF-36-PF) *Pain (SF-36-Pain) *subscales of the SF-36 *Functional Assessment of Cancer Therapy scale (FACT-PWB) *Functional Assessment of Cancer Illness Therapy Fatigue subscale (FACIT-Fatigue) *Medical Outcomes Study Sexual Problems (MOS-Sex) *Sleep Problems (MOS-Sleep) *Alertness Behavior subscale of the Sickness Impact Profile (SIPAB).</p> <p>Aspecto social: *Social Functioning subscale of the SF-36 (SF-36-SF) *Medical Outcomes Study Family Functioning scale (MOS-Family) *Duke-University of North Carolina Social Support Loneliness scale * Dyadic Adjustment Scale (DAS)</p> <p>Crescimento ou Bem-estar espiritual: *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) *Spiritual Well-Being subscale of the Functional Assessment of Cancer Illness Therapy scale (FACIT-Sp).</p>	<p>PHQ informações sobre a saúde atual e a história regressa da saúde</p> <p>Ansiedade e Saúde Mental</p> <p>CES-D produz um escore total e índice dicotômico de casos prováveis de sintomas depressivos</p> <p>Bem-estar físico Dor</p> <p>Fadiga</p> <p>Sexualidade</p> <p>Perfil do comportamento relacionado ao impacto da doença (dificuldades de memorização, atenção, concentração, função cognitiva e de processamento).</p> <p>Apoio social Apoio familiar</p> <p>Solidão</p> <p>Satisfação e ajustamento matrimonial (consenso, expressão afetiva, coesão, e satisfação)</p> <p>Benefícios após um evento traumático específico Bem-estar espiritual</p>	Sócio-demográficos (idade, raça, estado civil, escolaridade e renda familiar anual).

Continua

ARTIGOS	INSTRUMENTOS	DOMÍNIOS AVALIADOS	DADOS COMPLEMENTARES
Kristeller et al., 2005.	The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale — General (FACT-G) BSI Depression Scale Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being (FACIT-Sp); Primary Care Assessment Survey (PCAS).	Qualidade de vida global Humor / depressão Espiritualidade em pessoas com doenças crônicas e/ou com risco de vida. Bem-estar espiritual Avalia a satisfação com o atendimento médico	Clínicos, sócio-demográficos
Krupski et al., 2006.	RAND Medicina Outcomes Study 12-Item Short Form Health Survey, versão 2 (SF-12) UCLA Prostate Cancer Índice formato curto (PCISF) Medical Outcomes Estudo 5-item Índice de Saúde Mental (MHI-5) Sintoma Distress Scale (SDS) Therapy-Spiritual Well Being Scale (FACIT-Sp)	Quantifica a QVRS em domínios Físicos (PCS) e mental Quantifica a QVRS em seis áreas distintas do aparelho urinário, sexual e intestino aspecto funcional e incômodos Saúde mental, depressão, transtornos, ansiedade Avalia o grau de desconforto percebidos por pacientes com câncer; sintomas específicos Medi a espiritualidade nas pessoas com doenças crônicas e/ou com risco de vida. Bem-estar espiritual	Avaliou a ansiedade
Rippentrop; Altmaier; Burns, 2006.	The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale — General (FACT-G) The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) The Duke Religion Index	27 itens, medida global da qualidade de vida nos domínios físico, funcional, social, emocional e bem-estar. Abrange aspectos da espiritualidade, tais como: sensação de um significado em sua vida, harmonia, tranquilidade, e uma sensação de força e conforto. Utilizado para avaliar a religiosidade.	Sócio-demográficos

Continua

ARTIGOS	INSTRUMENTOS	DOMÍNIOS AVALIADOS	DADOS COMPLEMENTARES
Edmondson et al., 2008.	Medical Outcome Survey Short Form-12 (SF-12) Function Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)	Medida em que a doença mental ou o estado da saúde físico tem limitado as atividades diárias no mês passado, assim como percepções relativas à sua saúde física ou status mental. FACIT-sp a escala mede o Bem-Estar espiritual e religioso, o grau em que os participantes experimentaram aspectos S/Rna semana passada. Duas subescalas: Significado / Paz e Fé. O Significado / Paz subescala (doravante referido como «EWB ») medidas bem-estar existencial e consiste de oito itens (por exemplo, 'Eu tenho uma razão para viver').	
Whitford; Olver; Peterson, 2008.	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy}Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale.	Avaliado os domínios físico, social ou familiar, emocional e bem-estar espiritual e religioso Verificado significado, paz, espírito de luta, fatalismo, desesperança, entre outros	Clínicos e demográficos
Purnell; Andersen; Wilmot, 2009.	Therapy-Spiritual Well Being Scale (FACIT-Sp) Medical Outcomes Study–Short Form (MOS-SF-36) Impact of Events Scale (IES) Marlowe–Crowne Social Desirability Scale	Bem-estar espiritual: abrange aspectos da espiritualidade, tais como: sensação de um significado em sua vida. Qualidade de Vida: Saúde Mental - saúde emocional, apoio social e vitalidade. Impacto do estresse-traumático relacionado ao câncer: experiência cognitivas, revivência (intrusão), pensamentos negativos e comportamentos de esquiva (evitar) relacionados ao trauma. Apoio social desejável	Dados sócio-demográficos e clínicos; itens sobre prática e participação religiosa Social Network Index (SNI; Berkman, 1977).

Continua

ARTIGOS	INSTRUMENTOS	DOMÍNIOS AVALIADOS	DADOS COMPLEMENTARES
Zavala et al., 2009.	Therapy-Spiritual Well Being Scale (FACIT-Sp) UCLA Prostate Cancer Index (PCI) RAND Medical Outcomes Study 12-item Health Survey (SF-12) Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI)	Bem-estar espiritual: abrange aspectos da espiritualidade, tais como: significado em sua vida, paz e fé. Qualidade de Vida relacionada à Saúde (QVRS): função e desconforto com relação ao sistema urinário, intestinal e sexual QVRS como componente físico e mental (PCS e MCS) Eficácia nas interações médico-paciente; confiança na capacidade de uma pessoa de se comunicar como seu médico	Dados sócio-demográficos e clínicos; avaliado a dor em um subitem do SF-12
Johnson et al., 2009.	Profile of Mood States Functional Assessment in Chronic Illness Therapy-Ovarian (FACIT-O) Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual-Expanded (FACIT-Sp-Ex)	Escala avalia angústia e ansiedade; estado do humor (ansiedade, depressão, raiva, vigor, fadiga e confusão) Qualidade de Vida relacionada a pacientes com doenças crônicas de ovário: domínios bem-estar físico, social, emocional, funcional e preocupações específicas relacionadas a doença ovariana. Bem-estar espiritual: significado da paz, fé e preocupações espirituais adicionais.	Dados sócio-demográficos e clínicos; Perguntas sobre as expectativas dos participantes com a oração centrante, a percepção, experiência, satisfação e avaliação dos benefícios e limitações da oração centrante.
Wildes et al., 2009.	Short Acculturation Scale (SAS) Systems of Belief Inventory-15 Revised (SBI-15R) Functional Assessment of Cancer Therapy-General, version 2 (FACT-G), com a inclusão da subescala FACT Breast Cancer Subscale (BC Subscale)	Nível de aculturação Religiosidade/Espiritualidade: SBI-15R engloba ambos os construtos de avaliação de crenças e práticas religiosas e espirituais, fé, apoio social/comunidade do âmbito religioso ou espiritual e aplica-se igualmente aos ateus, agnósticos, aqueles que não possuem filiação religiosa, e aqueles com moderada ou orientação religiosa ou espiritual forte. QVRS específica ao câncer: engloba o bem-estar físico, social, funcional, emocional e psicológico e fatores relacionados à saúde do indivíduo. Preocupações específicas do câncer de mama	Dados sócio-demográficos (incluindo nível de aculturação), incluiu: idade, origem étnica, estado civil, seguros, renda familiar anual, nível educacional, emprego, afiliação religiosa, tempo de diagnóstico, história da cirurgia de câncer de mama e história familiar de câncer de mama

Continua

ARTIGOS	INSTRUMENTOS	DOMÍNIOS AVALIADOS	DADOS COMPLEMENTARES
Borneman; Ferrell; Puchalski, 2010.	FICA Spiritual Assessment Tool City of Hope-QOLTool	FICA: F - Fé, Crença, Significado; I - importância e influência; C – Comunidade; A – Endereço/ direcionamento do cuidado Qualidade de Vida: abrange quatro domínios: físico, psicológico, social e bem- estar espiritual	Dados sócio-demográficos e clínicos

Conclusão

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****Seção 1.01 ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA**

- 1.PROJETO DE PESQUISA:** Influência da Espiritualidade na Qualidade de Vida dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço
2.PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Giselle Patrícia Guerrero - COREN Nº 7436. Aluna do Mestrado em Enfermagem Fundamental da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, USP
3.ORIENTADORA: Prof^a. Dr.^a Namie Okino Sawada - COREN Nº 36.936. Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Telefone para contato: 3602-3438
4.PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, EERP, USP

Estamos convidando você, que encontra-se em acompanhamento médico para tratamento cirúrgico pelo setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, para participar de uma pesquisa na qual pretendemos investigar e avaliar a influência dos aspectos Religioso-Espiritual sobre sua qualidade de vida no pré-operatório, ou seja, a entrevista ocorrerá apenas em um momento na enfermaria.

Caso você concorde em participar você terá que responder a algumas perguntas sobre como você se sente em relação ao seu bem-estar físico, social, familiar, emocional e espiritual. Você levará aproximadamente 20 minutos para responder as perguntas. Você não será identificado e as informações que você nos der serão confidenciais. A entrevista será após sua admissão na enfermaria de Cabeça e Pescoço, um dia antes da cirurgia, informamos ainda que não haverá interferência nos procedimentos e rotina hospitalar.

Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a entender o modo de enfrentamento do paciente frente a doença crônica e com isso implicar na melhoria da assistência prestada ao paciente com doença oncológica. A recusa em participar não trará nenhuma mudança no seu tratamento.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você não será identificado em momento algum. A participação no estudo não acarretará custos para você, não trará riscos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Giselle Patrícia Guerrero
PESQUISADORA RESPONSÁVEL
Telefone para contato 36337283

EU _____ R.G. _____,
abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;

2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
4. Que o pesquisador tenha o compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;
5. Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisadora responsável.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____. ASSINATURA _____

Nota: este termo de consentimento pós-esclarecimento foi elaborado em duas vias, ficando uma com o paciente e outra com a pesquisadora.

APÊNDICE E - Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

Data da Entrevista: ____/____/____

Nome (iniciais): _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () fem. () masc.

Telefone: _____

Naturalidade: _____

Procedência: _____

Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outro

Escolaridade: () analfabeto () ensino fundamental incomp. () ensino fundamental comp.

() ensino médio incomp. () ensino médio comp. () ensino superior incomp.

() ensino superior comp. () pós-graduação incomp. () pós-graduação comp.

Aposentado: () sim () não Causa da Aposentadoria: _____

Ex-profissão: _____

Profissão atual: _____

Renda familiar total aproximada: () 1 salário mínimo () 2 à 3 salários mínimos

() até 5 salários mínimos () entre 5 e 10 salários mínimos () mais de 10 salários

mínimos () mais de 20 salários mínimos

Mora com quem: () sozinho () família () outro

Atividade religiosa:

Acredita em Deus (poder, espírito, inteligência ou força superior, etc)? () Sim () Não

Se sim, há quanto tempo? () sempre acreditei () há 1 ano () há 5 anos

() há 10 anos () há mais de 10 anos

Com relação à sua religião/doutrina/seita/crença, você se considera...

() Ateu (não acredita em Deus)

() Sem religião, mas espiritualizado (acredita em Deus, mas não pertence a nenhuma religião)

() Católico () Espírita () Judeu () Protestante () Budista () Muçulmano

() Evangélico () Umbandista () Outro. Especifique: _____

O senhor considera-se () praticante () não praticante Sempre foi: () sim () não

Alguma vez mudou de religião/doutrina/crença ao longo da vida?

() Não 2 () Sim, mudei de _____ para _____

Quanto importante tem sido a religião/espiritualidade para lidar com a sua doença?

() Não é importante () Relativamente importante () Um pouco importante

() Importante () Muito importante

Dados clínicos

Nº prontuário: _____

Diagnóstico: _____

Descoberta: ____/____/____ Metástase: () sim () não

Tratamento: () cirúrgico () radioterapia () quimioterapia

() outro – alternativo. qual?

Nome da cirurgia: _____

Data da cirurgia: ____/____/____

O(a) senhor(a) teve alguma outra situação de estresse nesse período (3 anos)?

Assim, qual das situações acima citadas e comparada a doença atual foi mais estressante para o(a) senhor(a)? Dê um valor de 0 a 10 para cada situação de estresse, sendo que 0 é nenhum estresse e 10 é o estresse máximo.

ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados

NICOLUSSI, A.C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto**: revisão integrativa da literatura. 2008, 209f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

Título do Artigo	
Periódico/ volume/ número/ ano	
Autores	
Formação/ Profissão do autor principal	
Instituição/ local	
País/ idioma	

2.1 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE ESTUDOS DE QUALIDADE DE VIDA

O pesquisador define o que é Qualidade de Vida?	☐ Não ☐ Sim Definição utilizada: ☐ QV Geral ☐ QV relacionada à Saúde ☐ outra: _____ Especificar a definição utilizada: _____
Quais são os domínios que o pesquisador pretende mensurar?	☐ Físico ☐ Psicológico/ Mental ☐ Nível de Independência ☐ Relações Sociais ☐ Meio Ambiente ☐ Espiritualidade/ Religiosidade/ Crenças Pessoais ☐ Sexualidade e Interesses Sexuais ☐ Outros. Qual? _____
Quanto ao instrumento utilizado:	Qual é(são) o(s) instrumento(s) utilizado(s)? _____ O pesquisador justifica a escolha? ☐ Não ☐ Sim Justificativa: _____ O instrumento utilizado é validado para a população do estudo? ☐ Não ☐ Sim
O pesquisador solicita aos participantes da pesquisa dados complementares sobre QV, QVRS e/ ou outros dados?	☐ Não ☐ Sim Quais? ☐ Avaliação individual para QV ☐ Indicação de itens adicionais (não abordado pelo pesquisador) ☐ Dados sócio-demográficos ☐ Dados clínicos ☐ Outros. Qual? _____

Continua

Resultados	
Conclusões	
Nível de evidência (Segundo MELNIK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E., 2005)	<p>() I – Revisão Sistemática (RS) ou metanálise de todos os Ensaios Clínicos Randomizados Controlados (ECRC) relevantes ou diretrizes clínicas baseadas em RS de ECRC</p> <p>() II – pelo menos um ECRC bem delineado</p> <p>() III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização</p> <p>() IV – estudos de caso-controle e de coorte bem delineados</p> <p>() V – RS de estudos descritivos ou qualitativos</p> <p>() VI – único estudo descritivo ou qualitativo</p> <p>() VII – opinião de autoridades e/ ou relatório de comitês de especialistas</p>

Conclusão

ANEXO B - Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 24 de junho de 2009

Ofício nº 2015/2009
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 289ª Reunião Ordinária realizada em 22/06/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 3820/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente,

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
GISELLE PATRÍCIA GUERRERO
PROFª DRª NAMIE OKINO SAWADA (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cepi@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO C - Instrumento FACT-H&N (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de declarações, que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Fazendo um círculo em um número, favor indicar até que ponto cada declaração foi verdadeira para si/você durante os últimos 7 dias.

BEM ESTAR FÍSICO	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
GP1 Estou sem energia	1	2	3	4	5
GP2 Fico enjoado(a)	1	2	3	4	5
GP3 Por causa da minha condição física, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	1	2	3	4	5
GP4 Tenho dores	1	2	3	4	5
GP5 Os efeitos colaterais do tratamento me incomodam	1	2	3	4	5
GP6 Sinto-me doente	1	2	3	4	5
GP7 Tenho que me deitar durante o dia	1	2	3	4	5

BEM ESTAR SOCIAL/ FAMILIAR	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
GS1 Sinto que tenho um relacionamento próximo com os meus amigos	1	2	3	4	5
GS2 Recebo apoio emocional da minha família	1	2	3	4	5
GS3 Recebo apoio dos meus amigos	1	2	3	4	5
GS4 A minha família aceita a minha doença	1	2	3	4	5
GS5 Estou satisfeito(a) com a comunicação da família sobre a minha doença	1	2	3	4	5
GS6 Sinto-me próximo(a) do(a) meu(minha) parceiro(a) (ou da pessoa que me dá maior apoio).	1	2	3	4	5
QI Independente do seu nível atual de atividade sexual, favor responder à pergunta a seguir. Se preferir não responder. Assinale o quadrículo ☐ e passe para a próxima seção.	1	2	3	4	5
GS7 Estou satisfeito(a) com a minha vida sexual	1	2	3	4	5

Fazendo um círculo em um número, favor indicar até que ponto cada declaração foi verdadeira para si/você durante os últimos sete dias.

BEM ESTAR EMOCIONAL	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
GB1 Sinto me triste	1	2	3	4	5
GB2 Estou satisfeito(a) com a maneira em que enfrento a minha doença	1	2	3	4	5
GB3 Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	1	2	3	4	5
GB4 Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4	5
GB5 Estou preocupado(a) com a idéia de morrer	1	2	3	4	5
GB6 Estou preocupado(a) que a minha condição venha a piorar	1	2	3	4	5

BEM ESTAR FUNCIONAL	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
GP1 Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	1	2	3	4	5
GP2 Sinto-me realizado(a) com o meu trabalho (inclusive em casa)	1	2	3	4	5
GP3 Sou capaz de sentir prazer em viver	1	2	3	4	5
GP4 Aceito minha doença	1	2	3	4	5
GP5 Durmo bem	1	2	3	4	5
GP6 Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	1	2	3	4	5
GP7 Estou satisfeito(a) com a qualidade da minha vida neste momento	1	2	3	4	5

Fazendo um circulo em um número, favor indicar até que ponto cada declaração foi verdadeira para si/você durante os últimos sete dias.

PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
H&N ₁ Posso comer os alimentos que gosto	1	2	3	4	5
H&N ₂ Tenho a boca seca	1	2	3	4	5
H&N ₃ Tenho dificuldade em respirar	1	2	3	4	5
H&N ₄ A minha voz tem a qualidade e força habituais	1	2	3	4	5
H&N ₅ Posso comer tanto quanto quero	1	2	3	4	5
H&N ₆ Estou descontente com a aparência do meu rosto e pescoço	1	2	3	4	5
H&N ₇ Posso engolir naturalmente e facilmente	1	2	3	4	5
H&N ₈ Fumo cigarros ou outros produtos à base de tabaco	1	2	3	4	5
H&N ₉ Tomo bebidas alcoólicas (por exemplo, cerveja, vinho, etc)	1	2	3	4	5
H&N ₁₀ Sou capaz de comunicar-me com os outros	1	2	3	4	5
H&N ₁₁ Posso comer alimentos sólidos	1	2	3	4	5

ANEXO D - Escala *Coping* Religioso-Espiritual (CRE)

ESCALA CRE

ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL

PANZINI E BANDEIRA (2005) - VERSÃO BRASILEIRA DA RCOPE SCALE (PARGAMENT, KOENIG & PEREZ, 2000)
DESENVOLVIDA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Nº

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos **últimos três anos**. Por favor, descreva-a em poucas palavras: _____

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou **um pouco**, circule o (2)

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei uma ligação maior com Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Questionei o amor de Deus por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

- 7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 8. Procurei uma casa religiosa ou de oração**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais** (santos, espíritos, orixás, etc)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 13. Procurei em Deus força, apoio e orientação**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 21. Fui a um templo religioso**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 25. Senti que Deus estava atuando junto comigo**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Procurei por um total re-despertar espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Rezei por um milagre

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Confiei que Deus estava comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

- 48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 49. Procurei a misericórdia de Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 50. Pensei que Deus não existia**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 51. Questionei se até Deus tem limites**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 56. Pedi perdão pelos meus erros**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 57. Participei de sessões de cura espiritual**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 67. Procurei auxílio através da meditação**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

75. Montei um local de oração em minha casa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

77. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

80. Procurei conversar com meu eu superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

81. Voltei-me para a espiritualidade

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

84. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

87. Busquei uma casa de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

ANEXO E - Autorização de R. G. PANPZINI quanto à Escala *Coping* Religioso-Espiritual (por e-mail).

Data: Tue, 23 Jun 2009 23:28:23 -0700 [24-06-09 03:28 03:28:23 BRST]

De: Raquel Gehrke Panzini <ragepa@yahoo.com.br>

Para: giguerrero@usp.br

Assunto: Re: Escala Coping Religioso Espiritual

Cara Giselle,
 Tens minha autorização para usar a Escala CRE em tua pesquisa. Parabéns pela escolha do tema! Estou à disposição para maiores esclarecimentos que se façam necessários posteriormente (tenho co-orientado alguns trabalhos à distância, quando necessário). Envio em anexo a escala e forma de levantamento dos dados manual e computadorizada.

Att,
 Raquel Gehrke Panzini
 Psicóloga
 Técnica em Saúde e Ecologia Humana/DAS/SES/RS
 Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria/UFRGS
 Mestre em Psicologia do Desenvolvimento/UFRGS
 F. (51) 9128.8196 ou 3232.8718

--- Em **qui, 4/6/09**, giguerrero@usp.br <giguerrero@usp.br> escreveu:

De: giguerrero@usp.br <giguerrero@usp.br>
 Assunto: Escala Coping Religioso Espiritual
 Para: ragepa@yahoo.com.br
 Data: Quinta-feira, 4 de Junho de 2009, 20:39

Boa noite Raquel Panzini!

Meu nome é Giselle, sou enfermeira e mestranda em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

Em meu projeto de mestrado pretendo trabalhar com a espiritualidade e qualidade de vida, dessa forma decidimos pela utilização da Escala CRE por mostrar válida e confiável.

Gostaria muito da sua autorização para utilização da escala CRE em minha pesquisa e assim sendo, se for possível, peço também uma cópia da mesma caso esteja disponível.

Ainda peço sua colaboração caso eu encontre duvidas a respeito da utilização e análise da escala.

Parabenizo-a pelo belo trabalho e dissertação.
 Agradeço antecipadamente pela atenção,
 Giselle Guerrero
 giguerrero@usp.br
 Mestranda em Enfermagem Fundamental - EERP, USP.