

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MARIANA LOPES BORGES

**A utilização do *coping* religioso/espiritual por mulheres submetidas ao
tratamento do câncer de mama**

Ribeirão Preto

2015

MARIANA LOPES BORGES

**A utilização do *coping* religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do
câncer de mama**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da
Mulher no Ciclo Vital

Orientadora: Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco

Ribeirão Preto

2015

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

Borges, Mariana Lopes

A utilização do *coping* religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. Ribeirão Preto, 2015.

87 f.:il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP.
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Panobianco, Marislei Sanches.

1. Neoplasias da Mama. 2. Cuidado integral à saúde da mulher. 3. Adaptação Psicológica.

BORGES, MARIANA LOPES.

Título: A utilização do *coping* religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos amigos espirituais,

À minha família,

Às mulheres do REMA

Que tornaram possível a realização deste trabalho e me apoiaram em cada etapa desta jornada!

AGRADECIMENTOS

Aos companheiros e amigos espirituais

Por facilitarem meu aprendizado na área da Espiritualidade em Saúde, acompanhar minha trajetória de vida e por estarem comigo durante esta tarefa, felizmente cumprida.

À minha família

Pelo apoio e suporte em todos os momentos e estímulo para seguir em frente e realizar meus sonhos.

À minha orientadora Profa. Dra. Marislei

Por aceitar o desafio do tema, pela confiança depositada em mim para a concretização deste trabalho, pela amizade, companheirismo e pelo aprendizado, desde a época da graduação.

Aos queridíssimos amigos da PG

Edilaine A. Caetano, Leonardo B. Yochimochi, Paola A. Magalhães, Débora C. Moraes e Felipe Areco, pela amizade, solidariedade e principalmente acolhimento sempre que necessitei. Admiração por todos vocês! Obrigada pelo incentivo e força!

Ao REMA

Aos profissionais, discentes e docentes, especialmente, Enfa. Antonieta Prado, “Antô”, pelo acolhimento, respeito e ensinamentos sobre como cuidar plenamente de mulheres em tratamento do câncer de mama e também auxílio para o projeto.

Mulheres do REMA

Que aceitaram prontamente participar da pesquisa e estimularam-me em prosseguir com o estudo. São exemplos de superação e coragem na vida.

Ao grupo de Estudos em Oncologia – GEONC

Pela oportunidade da reflexão e discussão de temas relacionados ao desenvolvimento da pesquisa científica. Profa. Dra. Ana Maria de Almeida, especial agradecimento por todo conhecimento transmitido.

À Secretária do programa de PG Enfermagem em Saúde Pública

Shirley Figueiredo, pelos esclarecimentos, informações pertinentes sempre com um sorriso acolhedor.

Apoio Estatístico

Ao estatístico Jonas Bordin e à Enfa. Miyeko Hayashida, pela paciência e generosidade ao transmitir o conhecimento estatístico. Muita gratidão e admiração!

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq

Pelo financiamento da pesquisa.

À Associação de Pós-Graduação do campus de Ribeirão Preto - APG-USP-RP e Representantes Discentes da PG da EERP

Carinho especial aos amigos de luta, por me deixarem fazer parte de conquistas importantes para a PG em busca de uma melhor qualificação na formação do pós-graduando. Trabalho exaustivo e com prazo de validade indeterminado!

Às amigas(os)

Camila Megumi e Leonardo García pelo auxílio e disponibilidade em colaborar na finalização do meu projeto.

Anelise Sempionato e Callil João, pela força e compreensão de minhas ausências em atividades comuns.

Flávio de Andrade, por torcer pelo meu sucesso e proporcionar momentos de companheirismo, na piscina ou no mar.

Àqueles, que mesmo não diretamente relacionados com meu estudo, estiveram presentes, torcendo por mim e me empurrando para frente. Minha sincera gratidão!!!!

“Gente, não nasce pronta e vai se gastando; gente nasce não pronta e vai se fazendo. O grande desafio humano é resistir à sedução do repouso, pois nascemos para caminhar e nunca para nos satisfazer com as coisas como estão. A insatisfação é um elemento indispensável para quem, mais do que repetir, deseja criar, inovar, refazer, modificar, aperfeiçoar. Assumir este compromisso é aceitar o desafio de construir uma existência menos confortável, porém ilimitada e infinitamente mais significativa e gratificante”.

Mario Sérgio Cortella

RESUMO

BORGES, M.L. **A utilização do *coping* religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama.** 2015. 87 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O *Coping* Religioso/Espiritual (CRE) vem sendo apontado como importante estratégia utilizada no enfrentamento de estímulos estressores, especialmente no contexto da saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar o nível de CRE utilizado por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. Trata-se de uma pesquisa com delineamento quantitativo, descritivo e corte transversal. Participaram 94 mulheres submetidas aos tratamentos do câncer de mama, que frequentavam regularmente um núcleo de reabilitação. A coleta de dados ocorreu de outubro de 2013 a junho de 2014 e foram utilizados dois instrumentos: questionário com dados sociodemográficos, clínicos, religiosos/espirituais e estímulo estressor associado ao câncer de mama, e a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Breve (CRE-Breve). Os dados do questionário foram analisados descritivamente e utilizou-se o programa SPSS versão 16.0. Os itens da escala foram analisados segundo sugestão da autora que validou o construto no Brasil, utilizando os testes estatísticos apropriados. Foram respeitados os preceitos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados mostraram que: todas as participantes utilizaram o CRE, sendo 76,6% em nível alto/altíssimo e 23,4% em nível médio; o CRE Positivo (mediana 3,44; média 3,41; desvio padrão 0,59) foi mais utilizado em relação ao CRE Negativo (mediana 1,13; média 1,27; desvio padrão 0,40) e Razão CREN/CREP (mediana 0,35; média 0,38; desvio padrão 0,14). Foram significantes: as comparações dos escores do CRE Total com as variáveis “Quimioterapia” ($p=0,012$), “Participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,001$), “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,002$) e “Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida” ($p=0,032$); as comparações dos escores do CRE Positivo com as variáveis “Quimioterapia” ($p=0,011$), “Participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,004$) e “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,011$); as comparações dos escores do CRE Negativo com as variáveis “Participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,019$) e “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,002$). Apesar de não ter havido diferença significativa do CRE com as demais variáveis investigadas, elas devem ser consideradas ao se avaliar a utilização de CRE frente a estímulos estressores, especialmente o câncer de mama; o CRE se mostrou como uma importante estratégia de enfrentamento em situações de estresse vividas por mulheres com câncer de mama e as auxiliou enfrentar a doença e as consequências dos tratamentos realizados. O fato de as mulheres participarem de um núcleo de reabilitação integral pode ter contribuído na utilização do CRE como estratégia de enfrentamento do câncer de mama. Evidencia-se a importância de os profissionais da saúde se apropriarem de conhecimentos, habilidades e atitudes que os auxiliem a inserir o cuidado espiritual no planejamento e implementação das ações de assistência à saúde, principalmente de mulheres com câncer de mama. Sugere-se ainda a criação de serviços em saúde que ofereçam o suporte religioso/espiritual aos seus pacientes e a adequação daqueles que já se encontram em funcionamento, uma vez que esta se mostra como uma estratégia importante diante de eventos estressores, inclusive àqueles relacionados aos problemas de saúde.

Palavras-Chave: Neoplasias da mama. Assistência integral à saúde da mulher. Adaptação psicológica.

ABSTRACT

BORGES, M. L. The use of spiritual/religious coping for women undergoing treatment for breast cancer. 2015. 87 f. Dissertation (Master) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The Spiritual/Religious Coping (ERC) has been identified as an important strategy used in coping with stress, especially in the context of health. This study aimed to evaluate the level of ERC used by women undergoing treatment for breast cancer. It's a survey of quantitative, descriptive and cross-sectional design. Participated 94 women submitted to breast cancer treatments for regularly attendance on a rehabilitation center. Data collection took place from October 2013 to June 2014 and two survey instruments were used: questionnaire with sociodemographic and clinical, religious/spiritual data; and stressor stimulus associated with breast cancer, and the Spiritual/Religious Coping Scale (ERC-Short). Questionnaire data were analyzed descriptively using SPSS version 16.0. Scale items were analyzed according to construct validation in Brazil. The ethical precepts of the Resolution 466/2012 of the National Health Council were respected. Results showed that all participants used the ERC, and 76.6% in high/very high level and 23.4% in average level; Positive ERC (median 3.44, average 3.41, standard deviation 0.59) was used relative more than negative ERC (median 1.13, average 1.27, standard deviation 0.40) and the Ratio of ERCN/ERCPC (median 0.35, mean 0.38, standard deviation 0.14). Were significant for the comparisons scores of total ERC with the "Chemotherapy" variables ($p=0.012$); "takes part in religious/spiritual activity" ($p=0.001$); "frequency of participating in religious spiritual activity" ($p=0.002$), and "degree of importance of religiousness/spirituality at the time of life" ($p=0.032$). Comparisons scores of the ERC Positive with the variables "Chemotherapy" ($p=0.011$); "takes part in religious/spiritual activity" ($p=0.004$) and "frequency of participating in religious/spiritual activity" ($p=0.011$). Comparisons scores of the ERC negative with "participates in religious/spiritual activity" ($p=0.019$) and "frequency of participating in religious/spiritual activity" ($p=0.002$). Although there has been no significant difference in the ERC with other variables investigated, they should be considered when evaluating the use of ERC facing stressful factors, especially breast cancer. The ERC proved to be an important strategy in situations of stress experienced by women with breast cancer and confront the disease and the consequences of treatments. The fact that women participated in a comprehensive rehabilitation core may have contributed to the use of the ERC as a coping strategy of breast cancer. Highlights the importance of health professionals to appropriate knowledge, skills and attitudes that help them to introduce the spiritual care in planning and implementation of health care interventions, mainly of women with breast cancer. It is also suggested the creation and adequacy of health services that offer religious/spiritual support to their patients, since this appears as an important strategy in facing stressor stimulus, including those related to health problems.

Keywords: Breast neoplasms. Comprehensive health care. Adaptation, psychological.

RESUMEN

BORGES, M. L. **El uso do *coping* religioso/espiritual para las mujeres sometidas a tratamiento para el cáncer de mama.** 2015. 87 f. Tesis (MS) - Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

El *Coping* Religioso/Espiritual (CRE) ha sido identificada como una importante estrategia utilizada para hacer frente a los factores de estrés, especialmente em el contexto de la salud. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de CRE utilizado por las mujeres sometidas a um tratamiento para el cáncer de mama. Es um estudio de diseño cuantitativo, descriptivo y transversal. Participaron 94 mujeres sometidas a tratamientos contra el cáncer de mama, que frecuentaban regularmente un centro de rehabilitación. La recolección de los datos se llevó a cabo a partir de octubre del 2013 a junio 2014 y se utilizaron dos instrumentos: um cuestionario com datos sociodemográficos, clínicos, religioso/espiritual y el estímulo estres ante asociado com el cáncer de mama y una Escala *Coping* Religioso/Espiritual Breve (CRE-Breve). Los datos del cuestionario fueron analizados descriptivamente com la ayuda del programa SPSS versión 16.0. Los elementos de la escala se analizaron de acuerdo a la sugerencia del autor que validó la construcción en Brasil, utilizando las pruebas estadísticas apropiadas. Se respetaron los preceptos éticos de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. Los resultados mostraron que todas las participantes utilizaron el CRE, siendo el 76,6% em um nivel alto/muy alto y el 23,4% em um nivel medio; CRE Positiva (mediana 3,44, media 3,41; desviación estándar 0,59) fue más utilizado em relación con la CRE negativa (mediana 1,13, media 1,27; desviación estándar 0,40) y la Razón CREN/CREP (mediana de 0,35, con una media de 0,38, desviación estándar 0,14). Fueron significativas: las comparaciones de resultados de CRE total com las variables "Quimioterapia" ($p=0,012$), "Participa em actividades religiosas/espirituales" ($p=0,001$), "Frecuencia con que participa em actividades religiosas/espirituales" ($p=0,002$) y "Grado de importancia de la religiosidad/espiritualidad en este momento de la vida" ($p=0,032$); las comparaciones de los resultados positivos CRE com las variables "Quimioterapia" ($p = 0,011$), "participa em actividades religiosas/espirituales" ($p=0,004$) y "Frecuencia con que participa em actividades religiosas/espirituales" ($p=0,011$); las comparaciones de los resultados CRE negativos com las variables "Participa em actividades religiosas/espirituales" ($p=0,019$) y "Frecuencia con que participa em actividades religiosas/espirituales" ($p=0,002$). Aunque no hubo diferencias significativas de la CRE com respecto al resto de las variables investigadas, debe ser considerada a evaluarse el uso de la CRE frente a los estímulos estresantes, especialmente el cáncer de mama; la CRE resultó ser una estrategia importante em situaciones de estrés que experimentan las mujeres com cáncer de mama, las ayudó a enfrentar la enfermedad y las consecuencias de los tratamientos. El hecho de que las mujeres participen en un centro de rehabilitación integral, puede haber contribuido a la utilización de la CRE como estrategia de afrontamiento al cáncer de mama. Se evidencia la importancia de los profesionales de la salud de contar com conocimientos apropiados, habilidades y actitudes que les ayuden a brindar atención espiritual em el planeamiento e implementación de acciones em asistencia a la salud, principalmente em mujeres com cáncer de mama. Se sugere la creación de servicios de salud que ofrenda an apoyo religioso/espiritual para sus pacientes y la adecuación de aquellos que ya están em funcionamiento, una vez que esta mostró ser una importante estrategia de cara a los acontecimientos estresantes, incluidos los relacionados com problemas de salud.

Palabras clave: Neoplasias de la mama. Atención integral de salud; Adaptación psicológica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94) segundo variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto-SP, 2013-2014.....	40
Tabela 2-	Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto-SP, 2013-2014.....	41
Tabela 3-	Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo variáveis clínicas, Ribeirão Preto-SP, 2013-2014.....	42
Tabela 4-	Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo variáveis religiosas/espirituais e estímulo estressor associado ao câncer de mama, Ribeirão Preto-SP, 2013-2014.....	43
Tabela 5-	Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo comparação do <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Total com as variáveis investigadas, Ribeirão Preto-SP, 2013-2014.....	45
Tabela 6-	Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo comparação do <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Positivo com as variáveis investigadas, Ribeirão Preto-SP, 2013-2014.....	46
Tabela 7-	Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo comparação do <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Negativo com as variáveis investigadas, Ribeirão Preto-SP, 2013-2014.....	47
Tabela 8-	Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas, segundo as categorias de resposta dos valores dos escores de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Total, Ribeirão Preto-SP, 2013-2014.....	48
Tabela 9-	Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas, segundo os valores dos escores de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Positivo (CRE Positivo), <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Negativo (CRE Negativo) e <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Total (CRE Total), Ribeirão Preto-SP, 2013-2014.....	48

LISTA DE QUADRO

- Quadro 1-** Distribuição dos instrumentos validados no Brasil para pesquisas relacionadas ao *Coping* Religioso/Espiritual, Espiritualidade e Religiosidade, Estresse e Portadores de Câncer, segundo características e limitações, Ribeirão Preto - SP, 2014..... 30

LISTA DE SIGLAS

ANOVA	Análise de variância
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRE	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual
CREN	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual Negativo
CREP	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual Positivo
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
<i>RCOPE SCALE</i>	<i>Spiritual Religious Coping Scale</i>
Razão CREN/CREP	Razão <i>Coping</i> Religioso Negativo/ <i>Coping</i> Religioso Positivo
REMA	Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization
WHOQOL SBRP	Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Espiritualidade, Religiosidade e Religião.....	18
1.2	Estresse, Estímulo estressor, Estresse Psicológico e <i>Coping</i>	19
1.3	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual.....	21
2	OBJETIVO	25
3	MATERIAL E MÉTODO	26
3.1	Caracterização do Estudo.....	26
3.2	Local do Estudo.....	26
3.3	Participantes.....	27
3.3.1	Critérios de Inclusão.....	27
3.3.2	Critérios de Exclusão.....	27
3.4	Instrumentos de Coletas de Dados.....	28
3.4.1	Questionário.....	28
3.4.2	Escala de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve).....	28
3.5	Variáveis do Estudo.....	34
3.6	Procedimentos de Coleta de Dados.....	36
3.7	Análise de Dados.....	36
3.8	Riscos e Benefícios.....	38
3.9	Considerações Éticas.....	39
4	RESULTADOS	40
4.1	Caracterização dos Participantes.....	40
4.2	Análise dos escores do <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Total (CRE Total), Positivo (CREP) e Negativo (CREN) relacionados às variáveis investigadas.....	44
5	DISCUSSÃO	49
6	CONCLUSÃO	62
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	63
8	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	64
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	75
	ANEXOS	78

APRESENTAÇÃO

A oncologia sempre me interessou, especialmente por incluir o enfoque espiritual, além dos fatores biológicos e psicossociais relacionados às pessoas acometidas pelo câncer. Assim, quando ingressei no curso de Bacharelado em Enfermagem em 2007, busquei realizar atividades que me acrescentassem conhecimento sobre os desdobramentos e consequências desta patologia para os portadores de câncer em geral.

Participei ativamente de eventos científicos na área, grupo de estudos interdisciplinares, liga acadêmica oncológica e núcleo de reabilitação de mulheres com câncer de mama. Ao passo que ia acumulando conhecimento, dediquei-me a aprimorar atividades que objetivavam difundir o conhecimento entre estudantes de graduação, pós-graduação, profissionais da área da saúde e comunidade, para que pudessem melhor lidar com o câncer, em seu aspecto multidimensional.

Tais eventos me chamaram a atenção para a problemática do câncer de mama, e com a proposta deste estudo busco entender melhor a relação entre câncer, mulher e estratégias de cuidado espiritual na assistência à saúde.

No serviço de saúde hospitalar, trabalhei diretamente com pacientes em cuidados paliativos, sendo muitos deles, mulheres portadoras de câncer de mama. Neste cenário, tive a oportunidade de prestar cuidado/apoio espiritual, principalmente por solicitação dos próprios pacientes, e pude perceber que os profissionais de saúde não tinham conhecimento suficiente e nem estão preparados emocionalmente para atender a essas necessidades.

Esse fato instigou-me a estudar e pesquisar, na literatura, estratégias de enfrentamento do câncer, relacionadas à espiritualidade e decidi, para aprimorar essa pesquisa, realizar um mestrado, abordando esta temática.

Dessa forma, entrei em contato com a Professora Marislei, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), onde realizei meu curso de graduação. A professora, que foi minha orientadora do trabalho de conclusão de curso, é também tutora da Liga de Prevenção e Combate ao Câncer da EERP-USP, projeto do qual fui bolsista pelo Programa Aprender com Cultura e Extensão, exercendo a função de diretora da Liga, enquanto aluna de graduação em enfermagem.

Outro motivo pelo qual procurei a Professora Marislei para orientar-me no mestrado diz respeito à sua atuação como docente responsável pelo Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas -REMA, da EERP-USP.

Após aprovação no processo seletivo para o mestrado, iniciei o presente estudo que aborda o *Coping* Religioso/Espiritual como estratégia de enfrentamento de mulheres com câncer de mama, e o REMA foi o local onde coletei os dados.

Acredito que os resultados dessa investigação poderão despertar a importância do cuidado espiritual e seus desdobramentos no processo saúde-doença, tão importantes para uma assistência de enfermagem integral e de qualidade.

1 INTRODUÇÃO

Os progressos da medicina e da tecnologia evidenciam um aumento da sobrevivência e uma melhora da qualidade de vida das mulheres acometidas pelo câncer de mama. Apesar disso, esta doença ainda é considerada estigmatizante pelos portadores e também pela sociedade e com frequência, associada à morte (ARAÚJO, 2010).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (BRASIL, 2012), as estimativas para o ano de 2014, também válidas para 2015 são de 57.120 novos casos de câncer de mama no Brasil, correspondendo a uma taxa de incidência de 56,1 casos/100.000 mulheres. As regiões Sudeste e Sul apresentam as maiores taxas de mortalidade pela doença, correspondendo a 13,61 e 13,42 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente.

Em relação aos tratamentos para o câncer de mama, muito se tem avançado, no entanto as terapias tradicionais utilizadas como a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, apresentam eventos adversos indesejados como, por exemplo, náusea, vômito, inapetência, palidez, alterações no peso, fadiga, entre outros (BONASSA; GATO, 2012).

As cirurgias, às vezes mutiladoras, podem causar linfedema, diminuição de amplitude de braço e ombro, dor e outras complicações que chegam a prejudicar as atividades da vida diária (FANGEL et al., 2013). Além disso, a maioria das mulheres com reconstrução mamária após a mastectomia se queixa de diminuição da sensibilidade na mama (BARROS et al., 2009; GOMES, 2004).

Dessa forma, as alterações corporais advindas dos tratamentos podem ser traumáticas para as mulheres, dificultando o manejo da situação vivida e podem levar a um comprometimento emocional, potencializando o momento de fragilidade enfrentado (MISTURA; CARVALHO; SANTOS, 2011).

Esse comprometimento emocional é observado no desencadeamento da depressão e da ansiedade, que podem acompanhar a mulher durante todas as fases do tratamento da doença (SANTICHI et al., 2012) e até mesmo propiciar o surgimento de patologias concomitantes como insônia crônica e obesidade (MEFFERD et al., 2007; SAVARD et al., 2005).

O câncer de mama e seus tratamentos causam, portanto, comprometimentos físicos e psicológicos, que levam as mulheres a reflexões e questionamentos sobre suas vidas e seu futuro. Podem ocorrer mudanças na autoimagem e na autoestima, assim como no

relacionamento familiar, com o parceiro e com os amigos. Elas passam, ainda, por um confronto com preconceitos e estigmas, sofrem com o medo da recorrência da doença, com o medo da morte e, muitas vezes, têm necessidade de adotar novos posicionamentos acerca da sexualidade e vida sexual (AMBROSIO, 2010; CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009; FABRO; MONTRONE; SANTOS, 2008).

Isso indica que essas mulheres necessitam de apoio familiar, social e espiritual no enfrentamento da doença. Nesse sentido, estratégias focalizadas na resolução do problema, como planejamento das ações mais ativas, a percepção do autocuidado e recrutar informações acerca da doença, além de manter pensamentos positivos amparados pela fé, evidenciam a manutenção do controle diante de situações de estresse, ansiedade, angústia e medo (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a necessidade do planejamento do cuidado espiritual para pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, o câncer, pela equipe de saúde que o assiste (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O Ministério da Saúde (MS) brasileiro corrobora, e recomenda que a comunidade científica reconheça a importância da dimensão espiritual nas respostas individuais ao tratamento relacionadas à adesão e à confiança do paciente na equipe de saúde que lhe presta assistência. Por meio do INCA, o MS afirma que há evidências científicas de que, especialmente nos casos de câncer, em que o desgaste emocional e físico é intenso, os pacientes respondem melhor ao tratamento quando buscam o suporte espiritual (BRASIL, 2010).

Pesquisa recente demonstrou que a espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento utilizada pelo paciente com câncer, que possibilita a ele próprio a autonomia em ressignificar o seu processo saúde-doença na tentativa de minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança de cura durante o tratamento (GUERRERO et al., 2011).

Estudos incluindo mulheres com câncer de mama afirmam que o suporte espiritual pode ampará-las, agindo como uma força motivadora para lidar com as dificuldades, para seguir adiante com seus projetos e ideais de vida e enfrentar melhor o desafio de vencer a doença (ARAÚJO, 2010; CARVALHO; MERIGHI, 2005).

Os resultados de um trabalho de revisão integrativa sobre o papel da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama, envolvendo mulheres afro-americanas acometidas pela doença, demonstraram que a espiritualidade é um fator decisivo de apoio e força, diante de toda complexidade do processo que envolve o diagnóstico e o tratamento. Além disso, foi

observada melhora e/ou manutenção da qualidade de vida dessas mulheres, apoiadas pelo *Coping* Religioso/Espiritual (TATE, 2011).

Fica clara, dessa forma, a importância de ampliar os cuidados às mulheres com câncer de mama para além dos planos biológico e emocional, incluindo a esfera espiritual. E, para uma abordagem mais adequada dos termos Espiritualidade, Religiosidade, Religião, *Coping*, Estresse, Estímulo estressor e *Coping* Religioso/Espiritual, que serão mencionados em todo o texto deste estudo, aqui são apresentados alguns conceitos e/ou definições.

1.1 Espiritualidade, Religiosidade e Religião

Espiritualidade e Religiosidade têm definições complexas, e muitas vezes, esses termos são confundidos ou aplicados como se fossem sinônimos. Brito et al. (2013) esclarecem, entretanto, que espiritualidade e religiosidade são complementares, porém distintas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, considerando a espiritualidade como “o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, pressupondo que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo o indivíduo a questões como o significado e o sentido da vida, não necessariamente a partir de uma crença ou prática religiosa” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, 2006; WHOQOL SRPB GROUP, 2005).

Fleck et al. (2003) comenta que a espiritualidade remete a maneira mais ampla em dar significado à vida e os motivos pelos quais se vive, sem necessariamente pertencer ou compartilhar alguma prática religiosa. Para Koenig (2001), a espiritualidade está relacionada com o significado que cada indivíduo atribui à existência da própria vida e a maneira como estabelece vínculos com o transcendental ou sagrado.

Para Caldeira, Gomes e Frederico (2011), a espiritualidade é a junção dos aspectos individuais e universais, agindo de maneira dinâmica, integrando as múltiplas dimensões que a palavra traduz. Ela dá suporte aos indivíduos nas experiências vividas além de atribuir significado à própria existência.

Desta forma, a espiritualidade abrange o significado e o propósito da vida, que vão além da religião e da religiosidade.

Religião vem a ser a crença organizada, representada por símbolos, rituais e práticas sistematizadas que aproximam o indivíduo do transcendental e do sagrado (KOENIG, 2001).

Já a religiosidade, Oliveira e Junges (2012) comentam que essa se refere à prática religiosa capaz de provocar mudanças no comportamento e ações do indivíduo, e está relacionada às experiências pessoais, mantendo relação de proximidade com a espiritualidade. Dessa maneira, o desenvolvimento da religiosidade pode contribuir para o ajustamento em situações difíceis na vida.

1.2 Estresse, Estímulo estressor, Estresse Psicológico e *Coping*

A palavra *coping* não tem uma tradução exata para a língua portuguesa que exprima a complexidade do termo, mas pode ser entendida como “enfrentar” “lidar com” e “adaptar-se” a situações de estresse (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

Estresse seria o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina, produzindo diversas manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológico e psicológico. O termo estressor, por sua vez, define o evento ou estímulo que provoca ou conduz ao estresse (HOUAISS; VILLAR, 2009).

Já o estresse psicológico é definido por Lazarus e Folkman (1984) como sendo “a relação entre pessoa e contexto ambiental que é percebida como indo além do suportável, excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar”.

Koenig, Pargament e Nielsen (1998) comentam que o *coping* religioso pode ser considerado como a utilização de crenças e atitudes religiosas que visam auxiliar o indivíduo a adaptar-se a um estímulo estressor, minimizando os possíveis efeitos negativos advindos deste enfrentamento. Panzini e Bandeira (2005) advertem que o *coping* também pode significar atitudes de fuga ou negação frente ao estímulo estressor, impossibilitando a pessoa em manter o controle de suas reações.

Segundo a perspectiva cognitivista de Lazarus e Folkman (1984),

O *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 estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais.

Há ainda que se diferenciar Estilos de *Coping*, Estratégias de *Coping* e Recursos de *Coping*.

Os dois primeiros são fenômenos distintos e têm diferentes origens teóricas, sendo que Estilos de *Coping* estão relacionados diretamente com a disposição de enfrentamento de cada indivíduo, relacionado com sua personalidade e maneiras de lidar com a situação estressora, enquanto Estratégias de *Coping* se referem a atitudes cognitivas/comportamentais diante de um episódio particular de estresse, segundo fatores situacionais de vida (CARVER; SCHEIER, 1994; FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

Pargament et al. (1988, 1997) classificou os Estilos de *Coping* em *auto direção* (o indivíduo é proativo no enfrentamento da situação estressora), *delegação* (o indivíduo delega a resolução do seu problema a Deus), *colaboração* (há um compartilhamento de responsabilidade sobre o problema entre o indivíduo e Deus) e *súplica* (o indivíduo roga a intervenção divina de Deus). Ainda, o estilo *renúncia* foi proposto por Wong-McDonald e Gorsuch (2000), e está relacionado com o estilo *colaboração*, sendo Deus e o indivíduo atores principais na resolução dos problemas.

Folkman e Lazarus (1980) propõem ainda um modelo que divide estratégias de *coping* em duas categorias funcionais frente à situação estressora: *coping* com foco no problema (ações dirigidas para solucionar, administrar ou alterar o problema existente, ou seja, o agente agressor, buscando alternativas para agir na origem do estresse) e *coping* com o foco na emoção (tem o objetivo de regular a resposta emocional dos indivíduos frente às consequências desencadeadas pelo estímulo estressor e minimizar a sensação de desajuste causado pelo estresse).

Outros estudiosos acrescentam que Recursos de *Coping* estão relacionados com o suporte social utilizado e habilidades disponíveis para usá-lo como barreira, a fim de impedir que as consequências negativas do estresse influenciem nas respostas do indivíduo, que poderão vir a interferir na prática em ter pensamentos positivos, na manutenção do equilíbrio da saúde emocional e física e assim mascarar a resolução do problema. E ao falar sobre Estratégias de *Coping*, afirmam que estas estão diretamente relacionadas com os recursos mobilizados de *coping* e às atitudes frente aos estímulos estressores específicos, dada a

situação em que ela esteja inserida (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; MARTING; HAMMER, 1988).

Ainda em relação às estratégias de *coping*, segundo Lazarus e Folkman (1984), os indivíduos selecionam a maneira como responderão ao estímulo estressor, após realizar duas etapas de avaliação: a primária, em que a pessoa reflete se o agente agressor (estímulo estressor) poderá causar prejuízo no bem-estar, danos e ameaça à sua vida. Se considerado o estímulo potencialmente nocivo, inicia-se a avaliação secundária, em que o indivíduo seleciona as possíveis estratégias para o enfrentamento do problema.

Chaves et al., (2000) acrescentam que estas etapas não são independentes. Ocorrem mutuamente, e o indivíduo reconhece o estímulo estressor e visa adaptar-se da melhor maneira possível, visando reduzir as consequências negativas da situação.

Assim, o estresse se apresenta como um processo, que exige uma resposta, e desencadeia uma sucessão de etapas avaliadas pelo indivíduo, na busca de seu significado, para que consiga posteriormente, baseado em sua vivência, valores, sentimentos e cultura, optar pela estratégia de enfrentamento mais adequada (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009).

Dessa forma, após realizar essas etapas de avaliação, as estratégias de *coping* ou enfrentamento aos estímulos estressores, utilizadas por pessoas em situações difíceis e que ameaçam a vida, como no caso de doenças, podem se dar a partir de uma rede de apoio representada, por exemplo, pela família, amigos, religião, equipes de saúde e suporte social, proporcionando fortalecimento pessoal e motivação para lidar com essa nova condição de estresse (ANDRADE; PANZA; VARGENS, 2011).

1.3 *Coping* Religioso/Espiritual

Para este estudo, dentre as estratégias que podem ser utilizadas para o enfrentamento do câncer de mama, optamos por investigar o *coping* voltado ao suporte religioso/espiritual, por ser um tipo de enfrentamento pouco explorado nas pesquisas brasileiras e pela escassez de trabalhos publicados que esclareçam melhor esta estratégia.

Como já mencionado, durante muito tempo, e ainda hoje, algumas vezes os termos religião e espiritualidade são usados como sinônimos. Foi somente a partir de 1997 que surgiu um movimento visando discutir os diferentes conceitos e utilização destes termos, uma vez

que a religião é institucionalmente socializada, vinculada a uma doutrina em comum, compartilhada e/ou praticada, e a espiritualidade relaciona-se às buscas e práticas subjetivas, individuais e não-institucionais (GEORGE et al., 2000).

Por esse motivo, muitos textos, especialmente os mais antigos utilizam a denominação “*coping* religioso”, embora estejam se referindo também a *coping* espiritual, como é o caso da RCOPE Scale (PARGAMENT et al., 2000), composta de itens de *coping* religioso e *coping* espiritual, que foi originalmente denominada de escala de *coping* religioso, e em publicação posterior, Pargament utiliza o termo Religious/Spiritual *Coping* (FETZER/NIAWORKING GROUP, 1999). Ao traduzir e validar a escala norte-americana para o Brasil, Panzini (2004) também adotou o termo *Coping* Religioso Espiritual (CRE).

O conceito de *coping* religioso/espiritual é muito explorado na área da psicologia, nas mais diversas linhas de atuação, como por exemplo, na psicologia da saúde, psicologia da religião e nos estudos que abordam religião, espiritualidade e estresse. Desta forma, o conceito é compreendido como o conjunto de estratégias para lidar com estímulos estressantes, utilizado pelos indivíduos (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Pargament et al. (1998) identificou que a utilização do *Coping* Religioso/Espiritual como estratégia de enfrentamento pode apresentar resultados positivos e negativos de ajustamento e, almejando compreendê-los, classificou esta estratégia em *Coping* Religioso/Espiritual Positivo e Negativo.

As pesquisadoras brasileiras Panzini e Bandeira (2007) explicam que o *Coping* Religioso/Espiritual Positivo abrange estratégias que proporcionam maior benefício ao indivíduo que o utiliza, e é caracterizado pela busca da proteção Divina e por uma maior proximidade com a espiritualidade, como adquirir o hábito da leitura religiosa, visando ao conforto emocional; praticar o perdão; desejar o bem dos semelhantes e estabelecer uma conexão com Deus para ressignificar o agente estressor, sem julgá-lo punitivo. O *Coping* Religioso/Espiritual Negativo é identificado por envolver estratégias que desencadeiam consequências prejudiciais, levando a reflexões sobre a razão da própria vida, como buscar a fuga e delegar a Deus a resolução do problema; sentir-se desestimulado em frequentar uma instituição religiosa ou manter o hábito da prática de atividades religiosas/espirituais e redefinir o estímulo estressor como algo maléfico.

Para as estratégias do *Coping* Religioso/Espiritual, estudo de Pargament et al. (1998) e outros estudos posteriores verificaram tendência maior na utilização do enfrentamento positivo de *coping* religioso/espiritual em relação ao negativo, diante de estímulos estressores distintos e com populações variadas. Acrescentaram que a utilização do *Coping*

Religioso/Espiritual positivo resulta, para quem o utiliza, em maior satisfação no ajuste a situações estressantes, do que medidas religiosas globais, destacando os índices de bem-estar pessoal e de saúde.

Os achados de um estudo com mulheres acometidas pelo câncer de mama e sobre estratégias de enfrentamento da doença confirmaram que estratégias com foco na religiosidade/espiritualidade, para lidar com situações difíceis, foram mais recrutadas e que as mulheres se utilizaram da fé em Deus ou em algo Superior/Transcendental para conseguir encarar o tratamento da doença (LEITE et al., 2012).

Pesquisador renomado na área da religiosidade/espiritualidade, Koenig, Larson, Larson (2001) afirma a importância da articulação entre aspectos religiosos e saúde, destacando que os indivíduos que mantêm uma interação religiosa/espiritual apresentam maior postura positiva frente às situações conflitantes, gerando emoções positivas que os estimulam a superar os problemas e suas consequências.

No contexto da saúde brasileira, o *Coping* Religioso/Espiritual ainda é pouco aplicado e explorado na assistência, pelos profissionais, no entanto estudo com uma equipe multiprofissional que assiste pacientes oncológicos em domicílio, no Rio Grande do Sul-Brasil, reconheceu a necessidade de incluir este cuidado em suas práticas, visando promover uma abordagem integral do paciente e oferecer uma assistência mais humanizada, levando em consideração todas as dimensões do indivíduo (ARRIEIRA et al., 2011).

Em consonância com os resultados do estudo acima mencionado, pesquisa realizada com um grupo de enfermeiros de um hospital-escola do interior do estado de São Paulo concluiu que os profissionais entrevistados reconheciam a necessidade do apoio religioso/espiritual em suas atividades de assistência, mas nem todos aplicavam este cuidado em suas práticas assistenciais. Por razão de desconhecimento acerca desta estratégia, não havia um planejamento voltado ao cuidado espiritual. Contudo, os profissionais consideraram que há uma maior sensibilidade às questões espirituais, as quais merecem ser valorizadas no planejamento de suas ações (NASCIMENTO et al., 2013).

No que diz respeito ao câncer de mama, estudo europeu concluiu que as mulheres acometidas pela doença aumentaram sua fé em Deus, após o diagnóstico, o que demonstra importância da religiosidade/espiritualidade no processo de *coping* na adaptação à nova situação de vida e na busca pela cura da doença (AUKST-MARGETIC, 2009).

Veit e Castro (2013), em recente revisão sistemática da literatura sobre *Coping* Religioso/Espiritual e câncer de mama, apontam a sugestão que futuros estudos tenham por objetivo específico a avaliação do *Coping* Religioso/Espiritual em mulheres com a doença,

tendo em vista a agressividade dos tratamentos desta doença, bem como os seus respectivos impactos físicos e psicológicos.

Diante do exposto, pretende-se neste estudo, avaliar o *Coping* Religioso/Espiritual utilizado por mulheres acometidas pelo câncer de mama (estímulo estressor) e submetidas aos seus tratamentos. Compreender esta estratégia de enfrentamento em situações de estresse, como aquelas provocadas pelo câncer de mama, faz-se relevante no sentido de contribuir para a inserção do cuidado espiritual no planejamento da assistência dos profissionais de saúde e possibilitar a ampliação dos estudos publicados no contexto brasileiro sobre o tema.

2 OBJETIVO

Avaliar o nível de *Coping* Religioso/Espiritual utilizado por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama, aplicando a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Caracterização do Estudo

Este é um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem metodológica quantitativa.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa quantitativa é um método que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados, e aplicada quando é exigido um estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do problema ou objeto de pesquisa, e deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, podendo classificá-los e torná-los visíveis através de variáveis.

Segundo Barros e Lehfeld (2004), utilizar um questionário na pesquisa tem como vantagem possibilitar a abrangência de um grande número de pessoas, sendo útil para pesquisas em que os entrevistados estão dispersos geograficamente, sendo também o custo menor, uma vez que os mesmos podem ser aplicados para um grupo de pessoas ao mesmo tempo. No entanto, o questionário também apresenta algumas limitações, como por exemplo, o participante precisa ser alfabetizado(a) e ter boa vontade em responder as questões.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no REMA - Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

O REMA é constituído por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, docentes, alunos de pós-graduação e graduação, bolsistas de iniciação científica e apoio técnico. Funciona às segundas, quartas e sextas-feiras em um dos laboratórios da EERP/USP, das 7:30h às 12:00h, sendo oferecido um programa de atividades visando à recuperação física, emocional, social e espiritual da mulher mastectomizada.

Entre as diversas atividades do REMA, os três atendimentos semanais constam de exercícios em grupo, realizados a partir das 8 horas, com duração de 50 minutos. São coordenados por um profissional e direcionados, principalmente à reabilitação da amplitude de movimentos de braços e ombros e prevenção do linfedema.

Após os exercícios, durante uma hora, ocorre uma discussão, também em grupo com as mulheres, coordenado por profissionais do núcleo. Esse é um espaço em que as mulheres conseguem falar sobre dúvidas com relação à doença e aos tratamentos, incluindo os aspectos físicos, emocionais, psicossociais e espirituais. Os profissionais do serviço estão atentos, portanto, para as questões espirituais das frequentadoras do núcleo e oferecem esse suporte por meio da escuta ativa e do acolhimento afetivo.

O REMA oferece ainda, atividades direcionadas ao controle e tratamento do linfedema, atendimento individual às necessidades psicológicas, atividades de educação em saúde e de reintegração social. Neste ano, o serviço completa 26 anos de existência. É reconhecido e referenciado pela comunidade e por profissionais, por sua excelência no cuidado prestado às mulheres em reabilitação do câncer de mama, especialmente por essa assistência integral.

3.3 Participantes

3.3.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão no estudo foram: mulheres inscritas no REMA, maiores de 18 anos e que participavam do serviço com regularidade, ou seja, pelo menos, uma vez ao mês.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Já o critério de exclusão foi: apresentar dificuldades de entendimento dos itens dos instrumentos de coleta de dados aplicados. No entanto, não houve exclusão por este critério.

Até a finalização da coleta, constavam no banco de dados do REMA 1196 mulheres inscritas, das quais aproximadamente 100 frequentavam regularmente o serviço. Dentre estas, 94 aceitaram participar da pesquisa.

A opção por realizar a coleta neste local surgiu com intuito em evitar o deslocamento das mulheres em outros dias ou horários que não fossem aqueles reservados às atividades do REMA. No final de 2014 e início de 2015, no entanto, devido ao período de recesso da USP, o núcleo não prestou atendimentos e algumas participantes foram abordadas em sua residência (acordado anteriormente com elas) para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, visando cumprir o prazo estipulado para esta etapa da pesquisa.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

3.4.1 Questionário

Para caracterizar as mulheres, procedeu-se ao registro de dados sociodemográficos, dados clínicos e sobre as atividades religiosas/espirituais, utilizando-se um Questionário (Apêndice A). Antes de sua aplicação, o questionário foi enviado a quatro especialistas que estudam religiosidade/espiritualidade em saúde e câncer de mama, para validação de conteúdo e aparência. As sugestões de mudanças foram acatadas.

3.4.2 Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve)

Para avaliar o nível de *Coping* Religioso/Espiritual utilizado por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama, foi aplicada a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve) (Anexo A).

Lucchetti, Lucchetti e Vallada (2013) realizaram uma revisão sistemática dos instrumentos traduzidos e validados para a língua portuguesa disponíveis para aferir espiritualidade e religiosidade na pesquisa clínica, e encontraram 20 instrumentos. Concluíram, no entanto que, destes, 90% foram traduzidos (n = 15) ou criados (n = 3) para a língua portuguesa no Brasil e dois (10%) somente para Portugal, e apresentavam boa consistência interna, no entanto, a maioria dos instrumentos não foi avaliada quanto às suas qualidades psicométricas.

A opção pela escala que seria utilizada no presente estudo, com o objetivo avaliar o nível de *Coping* Religioso/Espiritual das participantes se deu a partir do estudo de Lucchetti, Lucchetti e Vallada (2013). Realizou-se a seleção dos instrumentos que propunham essa avaliação, validados no Brasil e posteriormente foram selecionados aqueles que já haviam sido utilizados para a avaliação religiosa/espiritual. O Quadro 1 mostra detalhadamente os achados dessa busca.

Quadro 1- Distribuição dos instrumentos validados no Brasil para pesquisas relacionadas ao *Coping* Religioso/Espiritual, Espiritualidade e Religiosidade, Estresse e Portadores de Câncer, segundo características e limitações, Ribeirão Preto - SP, 2014

Instrumentos	Características	Limitações
Moschella Religious Scale (MOSCHELLA et al., 1997)	Possui 34 itens que avaliam, dentre outras dimensões, o envolvimento religioso e <i>Coping</i> Religioso/Espiritual (CRE)	Seus itens estão intimamente associados à religiosidade. A versão em português, não realizou o teste-reteste para confirmar sua confiabilidade, nem a consistência interna e validade convergente ou discriminante.
Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001)	Possui 45 itens e duas questões discursivas. Objetiva identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa em situação de estresse, não exatamente de cunho religioso/espiritual.	Analisa a especificidade das respostas diante de agentes estressores, podendo ou não estar vinculados ao CRE.
Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade - (BMMRS-P) (CURCIO, 2013)	Instrumento multidimensional que avalia a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. Possui 38 itens, subdivididos em 11 dimensões.	Apesar da amostra ampla, os autores sugerem novas validações da escala em outras regiões do país e com populações distintas. Algumas dimensões não foram comparadas adequadamente, devido à falta de instrumentos multidimensionais no Brasil que avaliam religiosidade/espiritualidade.
Escala de Coping Religioso/Espiritual (Escala CRE) (PANZINI; BANDEIRA, 2005)	O objetivo da escala é identificar com qual frequência as pessoas utilizam a religiosidade e espiritualidade no enfrentamento mediante a situação de estresse e também qualidade de vida. Possui 87 itens que avaliam, além dos oito fatores positivos (66 itens) e quatro fatores negativos (21 itens) do <i>coping</i> , os fatores de qualidade de vida.	A escala é muito extensa e engloba informações sobre qualidade de vida, variável que não é objeto de estudo neste trabalho. Além disso, o tempo despendido na coleta pelas participantes poderia dificultar a participação na pesquisa.
Escala de Atitude Religiosa/ Espiritual (Versão abreviada) (AQUINO, 2005)	Possui 15 itens, que abordam a religiosidade e proteção existencial.	A validação da escala apenas avaliou a consistência interna e existem lacunas quanto aos parâmetros psicométricos.
Durel (TAUNAY et al., 2012)	Escala possui cinco itens que avaliam a dimensão de religiosidade.	O instrumento visa avaliar qualidade de vida e aspectos da dimensão religiosidade e não avalia espiritualidade.
Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (CHAVES et al. 2010).	Possui cinco itens com duas dimensões que avaliam crenças e esperança/otimismo.	Avalia a espiritualidade de maneira abrangente, não levando em consideração formas específicas de <i>coping</i> religioso/espiritual positivo e negativo.
Escala de Auto Avaliação da Espiritualidade (GONÇALVES; PILLON, 2009)	Possui seis itens que avaliam o julgamento dos indivíduos sobre a importância do aspecto espiritual em suas vidas.	Não foi realizado o teste-reteste validade convergente. Os autores recomendam cautela na interpretação dos dados, devido às limitações metodológicas de validação.
Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada - CRE-Breve (PANZINI; BANDEIRA, 2005)	Possui 49 itens e uma questão descritiva sobre estresse. A escala avalia os aspectos positivos e negativos do CRE	Avalia diretamente o CRE e suas dimensões diante de uma situação de estresse. É mais curta que a versão longa. Fácil aplicação.
Escala de Bem-estar Espiritual – EBE (MARQUES et al., 2009)	Possui 20 itens. Avalia o bem-estar religioso, relacionado a uma conexão com Deus e o bem-estar existencial, relacionado com a satisfação com a vida.	Segundo os autores, ainda não há uma universalização dos dados validados para a população brasileira em geral. Sugerem ainda a aplicação do instrumento em outros estados brasileiros afim de padronização dos dados. Não foram avaliados teste-reteste e validade convergente e discriminante.

Após o levantamento dessas escalas e de dados sobre sua utilização, o instrumento que se mostrou mais adequado para ser utilizado neste estudo foi a Escala CRE-Breve, que se trata de uma versão resumida a partir da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual (Escala CRE). A Escala CRE foi traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira, por Panzini e Bandeira (2005), contendo 87 itens e abordando o CRE Positivo e o CRE Negativo como estratégia de enfrentamento frente a situações de estresse. A Escala CRE teve como origem a Escala norte-americana *RCOPE SCALE – Spiritual/Religious Coping Scale* (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

A CRE-Breve possui 49 itens, agrupados em 11 fatores, sendo sete fatores de *Coping* Religioso/Espiritual Positivo (CREP- 34 itens) e quatro fatores de *Coping* Religioso Espiritual Negativo (CREN- 15itens). Segundo as pesquisadoras brasileiras que validaram o instrumento, a diferença desta para a CRE longa está na exclusão de um fator e a ordem dos fatores positivos e negativos é ligeiramente diferente. Para identificar o estímulo estressor que levou à necessidade de enfrentamento por meio do *Coping* Religioso/Espiritual, consta uma questão descritiva, solicitando um breve relato do maior estresse vivido nos últimos três anos.

No presente estudo, entretanto, a questão descritiva foi adaptada para o estresse vivenciado pelas participantes, no caso o câncer de mama e o fator tempo foi excluído da questão, uma vez que elas se encontravam em períodos distintos de reabilitação da doença. Este ajuste no instrumento foi solicitado às autoras da escala e a autorização foi concedida (Anexo C).

Os itens da escala devem ser respondidos considerando a forma como a pessoa agiu diante da situação de estresse referida. A escala objetiva avaliar as estratégias positivas e negativas de enfrentamento religioso/espiritual diante dos estímulos estressores (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

Na CRE-Breve, os fatores positivos e negativos estão agrupados da seguinte forma, segundo Panzini (2004):

Fatores Positivos

P1: Transformação de Si e/ou sua vida: nove itens, identificados nas questões 8, 16, 20, 21, 25, 29, 35, 47 e 49. Refere-se ao comportamento de CRE às transformações pessoais advindas da utilização do CRE, internas ou externas e vinculadas aos preceitos morais e religiosos ao qual faz parte e que leva o indivíduo a reflexões de suas próprias atitudes.

P2: Ações em busca de ajuda espiritual: seis itens, identificados nas questões 5, 15, 27, 36 e 42. Refere-se comportamento de CRE à busca do indivíduo por apoio espiritual de qualquer natureza, seja família, instituições, tratamentos espirituais visando uma conexão com a espiritualidade para alívio e conforto.

P3: Oferta de Ajuda a Outro: cinco itens, identificados nas questões 1, 4, 14, 18 e 39. Refere-se ao comportamento de CRE adotado pelo indivíduo que oferece à si mesmo, a outras pessoas ou instituições sociais auxílio ou práticas caritativas, por meio da oferta de orações e ou trabalho voluntário.

P4: Posição Positiva frente a Deus: cinco itens, identificados nas questões 2, 6, 30; 17 e 43 invertidos. Refere-se aos comportamentos de CRE que visam olhar ao estímulo estressor de maneira benéfica e estabelece uma conexão com a espiritualidade/religião visando maior aproximação e apoio com Deus. Além disso, os indivíduos sentem-se estimulados a agir em benefício próprio independente da ajuda divina. Ressalta-se que quanto mais a pessoa age independente da ajuda de Deus, maior é seu afastamento D'Ele.

P5: Busca do Outro Institucional: quatro itens, identificados nas questões 10, 26, 40 e 45. Refere-se ao comportamento de CRE em que o indivíduo busca a aproximação e apoio espiritual em outras pessoas/grupos que compartilham suas crenças e em instituições religiosas.

P6: Afastamento através de Deus/Religião/Espiritualidade: três itens, identificados nas questões 12, 24 e 38. Refere-se ao comportamento de CRE que visa afastar o estímulo estressor presente, sem negar a existência do mesmo, por meio da conexão com Deus, religião e/ou espiritualidade.

P7: Busca de Conhecimento Espiritual: três itens, identificados nas questões 31, 34 e 46. Refere-se ao comportamento de CRE em que o indivíduo busca maior conhecimento sobre religião e espiritualidade, nas ferramentas disponíveis como livros, programas audiovisuais, acréscimo intelectual, incluindo estes conhecimentos em suas práticas.

Fatores Negativos

N1: Reavaliação Negativa de Deus: cinco itens, identificados nas questões 19, 32, 33, 37 e 48. Refere-se ao comportamento de CRE em que o indivíduo reavalia negativamente os desígnios e poder de Deus, sua existência e amor. Neste fator, o indivíduo apresenta sentimentos negativos em relação a si mesmo, como culpa, revolta, desamparo e mágoa.

N2: Posição Negativa frente a Deus: três itens, identificados nas questões 3, 22 e 41. Refere-se ao comportamento de CRE em que o indivíduo transfere toda a responsabilidade da cura do estímulo estressor para Deus, sem que haja nenhum esforço próprio.

N3: Insatisfação com o Outro institucional: quatro itens, identificados nas questões 7, 11, 28 e 44. Refere-se a todo comportamento de CRE em que o indivíduo apresenta descrença ou insatisfação com as práticas religiosas e ou espirituais que utilizou como estratégia de enfrentamento e representantes de instituições religiosas ou espirituais.

N4: Reavaliação negativa do significado: três itens, identificados nas questões 9, 13 e 23. Refere-se a todo comportamento de CRE em que o indivíduo avalia que o estímulo estressor representa as forças negativas, entidades negativas, espíritos malignos, a escuridão e sentimentos negativos vindo de outras pessoas com a intenção punitiva, em que o indivíduo entende que o caráter negativo é necessário e advém de forças malévolas.

A questão descritiva da CRE-Breve refere-se ao estresse vivenciado pela pessoa.

As propriedades psicométricas desta escala são adequadas para sua aplicação no contexto brasileiro e a forma abreviada preserva as características da escala CRE (versão longa). Para a consistência interna das dimensões da CRE-Breve, obteve-se valor da consistência interna $\alpha = 0,93$. Para os fatores do CREP, encontrou-se $\alpha = 0,95$ e para o CREN $\alpha = 0,79$ e os valores variaram de $\alpha = 0,60$ a $\alpha = 0,89$ para os fatores das dimensões (PANZINI et al., 2011).

Em estudos brasileiros, a CRE-Breve apresentou consistência interna expressiva, evidenciando sua confiável aplicabilidade em pesquisas que investigam o *Coping* Religioso/Espiritual (MESQUITA et al., 2013; VALCANTI et al., 2012).

Dessa forma, a opção pela escala CRE-Breve no presente estudo foi determinada pelo fato desta abordar questões relacionadas às estratégias mais específicas de enfrentamento religioso/espiritual frente a situações de estresse, no caso, aquelas desencadeadas pelo estímulo estressor “câncer de mama”.

Além disso, o instrumento é um dos mais utilizados para investigar o *Coping* Religioso/Espiritual em pesquisas brasileiras, por sua confiabilidade e boa consistência interna (PANZINI et al., 2011). Apesar de ser considerada complexa para populações de baixa escolaridade, segundo Luchetti, Luchetti e Vallada (2013), esta escala abrange mais especificamente estratégias de *Coping* Religioso/Espiritual do que os demais instrumentos apresentados. Para o presente estudo, não foram identificadas dificuldades das participantes para responder aos itens do instrumento.

3.5 Variáveis do Estudo

Para o presente estudo, foram definidas as seguintes variáveis:

Dados sociodemográficos

Idade: em anos completos, declarada pelas mulheres à época da coleta de dados, categorizados em três intervalos de anos (<40; 40 a 60 e >60).

Estado Civil: considerada em três condições declaradas (Solteira/Separada/Desquitada/Divorciada; Casada/União estável; Viúva).

Escolaridade: referente à conclusão ou não das etapas de formação escolar: Ensino Fundamental Incompleto/Completo, Ensino Médio Incompleto/Completo, Ensino Superior Completo/Incompleto/Pós-Graduação.

Ocupação: para identificar qual a ocupação das mulheres à época da coleta de dados e anterior ao diagnóstico de câncer de mama;

Lazer: variável dicotômica, (sim/não) para identificar se as mulheres realizavam algum tipo de atividade de lazer à época da coleta de dados e anterior ao câncer de mama.

Dados clínicos (referentes ao câncer de mama)

Tempo de diagnóstico: em anos completos, desde o diagnóstico do câncer de mama até a coleta de dados, posteriormente categorizada em três intervalos de anos (<1; 1 a 5 e >5).

Tempo de cirurgia: em meses, desde a data da cirurgia em que as mulheres se submeteram até a coleta de dados, na análise foi categorizada em três intervalos de meses (<12; 12 a 60 e >60).

Tipo de cirurgia: para identificar as modalidades de cirurgia realizadas pelas participantes.

Quimioterapia, Radioterapia e Hormonioterapia: variável dicotômica, para identificar se as mulheres realizaram tais tratamentos à época da coleta de dados ou se já haviam sido realizados.

Sequelas do tratamento clínico

- 1- **Presença de sequela:** variável dicotômica, (sim/não) para identificar sequelas decorrentes dos tratamentos do câncer de mama;
- 2- **Tipo de sequela:** variável nominal, representada pelas sequelas linfedema, dificuldade de movimento e dor.

Atividade Religiosa/Espiritual

Religião: referente à qual religião se considerava: ateu; sem religião, mas espiritualizada; católica; espírita; evangélica; judia; protestante; budista; muçulmana ou umbandista.

Participação em atividade religiosa/espiritual: variável dicotômica, (sim/não) referente à participação das mulheres de atividades religiosas/espirituais à época da coleta de dados;

Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual: em número de vezes por semana ou mês.

Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida: referente ao quão importante a participante considera a espiritualidade/religiosidade no seu momento de vida: não é importante, relativamente importante, um pouco importante, importante ou muito importante.

Estímulo estressor associado ao câncer de mama: variável nominal referente a outros estímulos estressores associados ao câncer de mama.

Coping Religioso/Espiritual: escala de cinco pontos com os escores 1-nenhum pouco, 2-um pouco, 3-mais ou menos, 4-bastante e 5-muitíssimo, estratégia de enfrentamento positiva ou negativa relacionada à religiosidade/espiritualidade frente a situações de estresse.

3.6 Procedimentos para Coleta dos Dados

Após o levantamento nos arquivos do REMA e seguindo o cronograma previsto para coleta dos dados, todas as mulheres que contemplavam os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo.

A pesquisadora realizou o convite pessoalmente, nos dias e horários de funcionamento do serviço de reabilitação, ou por telefone. Os instrumentos de coleta de dados, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foram aplicados no núcleo de reabilitação, em sala reservada, em dia e horário agendados previamente, conforme preferência das participantes. Esse agendamento prévio e a busca de um local reservado, onde só estivessem a pesquisadora e a mulher, também aconteceu nos casos em que a coleta foi realizada nos domicílios.

O tempo médio para preenchimento dos instrumentos foi de aproximadamente 30 minutos. A escala CRE-Breve e o Questionário utilizado são autoaplicáveis.

As primeiras participantes apresentaram dificuldade em realizar a leitura dos instrumentos, principalmente por estarem sem seus óculos. Queixaram-se ainda do tempo dispensado para o preenchimento, que ultrapassava 30 minutos.

Foi sugerido por elas que a pesquisadora responsável fizesse a leitura dos instrumentos, e essa dinâmica foi adotada para estas e para as demais participantes. Cabe salientar que a pesquisadora isentou-se, no entanto de dar qualquer explicação que pudesse influenciar na resposta das mulheres aos itens dos instrumentos de coleta de dados.

3.7 Análise dos Dados

Os dados obtidos por meio da aplicação do Questionário foram digitados duplamente em planilhas do Microsoft Excel 2007. Após a verificação da consistência da dupla digitação, os dados foram transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.0 for Windows, para análise estatística.

Em relação aos dados obtidos com a aplicação da Escala CRE-Breve, foi adotada a análise proposta pelas autoras da escala, considerando-se quatro índices:

CRE POSITIVO, relativo ao nível de *Coping* Religioso/Espiritual positivo exercitado pela pessoa, obtido pela média das 34 questões da Dimensão CREP. Os valores variam entre 1,00 e 5,00 e quanto mais elevado o valor, maior é o uso do CRE positivo da pessoa avaliada.

CRE NEGATIVO, relativo ao nível de *Coping* Religioso/Espiritual negativo praticado pela pessoa, obtido pela média das 15 questões da Dimensão CREN. Quanto mais elevado o valor, maior é o uso do CRE negativo da pessoa avaliada.

RAZÃO CREN/CREP: percentagem do CREN em relação ao Total do CREP. Obtido pela simples divisão entre os dois. Este índice é inversamente proporcional, pois é esperado que a pessoa mobilize mais o CRE Positivo em relação ao CRE Negativo. A razão pode variar entre 0,20 e 5,00 ressaltando que, quanto maior a razão, maior é a utilização do CREN em relação ao CREP. Em contrapartida, quanto menor o valor da razão, maior é o uso do CREP em relação ao CREN.

CRE TOTAL: indica o Total de estratégias de *Coping* Religioso/Espiritual mobilizadas pela pessoa para o enfrentamento de estímulos estressores, obtido pela média entre o índice CRE POSITIVO e a média da inversão das respostas aos 15 itens do CRE NEGATIVO. Por se tratar de dimensões opostas, a média entre as estratégias positivas e negativas se torna inviável. Portanto, a inversão dos escores do CRE NEGATIVO indica que, quanto maior seu valor, maior é a utilização do CRE.

São mantidos valores entre 1,00 e 5,00, representando o conjunto do nível do CRE exercido pela pessoa avaliada. Para interpretação dos escores, os parâmetros adotados para análise das médias do CRE, quanto à sua utilização, podem ser: nenhuma ou irrisória (1,00 a 1,50); baixa (1,51 a 2,50); média (2,51 a 3,50); alta (3,51 a 4,50); altíssima (4,51 a 5,00).

Com o intuito de permitir a análise e compreensão dos dados da escala, as respostas foram dadas em escala tipo Likert de cinco pontos, que variam de 1- nem um pouco; 2- um pouco; 3- mais ou menos; 4- bastante a 5- muitíssimo.

Para comparar os escores do *Coping* Religioso/Espiritual Total das variáveis cujas categorias resultaram, pelo teste Shapiro-Wilk, em distribuição normal foram utilizados os testes t (“Ocupação Atual e Anterior ao câncer de mama”, “Lazer Atual e Anterior ao câncer de mama”, “Quimioterapia”, “Hormonioterapia”, “Radioterapia”, “Sequela do Tratamento”, “Religião”, “Participa de atividade religiosa/espiritual” e “Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida”) e o teste ANOVA (“Idade”, “Estado Civil”, “Escolaridade”, “Tempo de Diagnóstico”, “Tempo de Cirurgia”, “Tipo de Cirurgia”,

“Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” e “Estímulo estressor associado ao câncer de mama”).

Para comparar os escores de CREP e CREN, com base no resultado do teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da distribuição das variáveis, utilizou-se o teste Mann-Whitney para comparar os escores de CREN com as variáveis categóricas (“Ocupações Atual e Anterior ao câncer de mama”, “Lazer atual e anterior ao câncer de mama”, “Religião”, “Participa de atividade religiosa/espiritual”, “Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida”, “Quimioterapia”, “Hormonioterapia” e “Radioterapia e Sequela”) e o teste Kruskal-Wallis (“Tipo de cirurgia”, “Estímulo estressor associado ao câncer de mama”, “Escolaridade”, “Estado civil”, “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual”, “Idade”, “Tempo de Diagnóstico” e “Tempo de Cirurgia”).

Utilizou-se o teste t para comparar os escores de CREP, considerando as variáveis categóricas (“Quimioterapia”, “Hormonioterapia”, “Radioterapia”, “Ocupação atual e anterior ao câncer de mama”, “Religião”, “Lazer atual e anterior ao câncer de mama”, “Sequela do tratamento”, “Participa de atividade religiosa/espiritual”). Para os escores de CREP com a variável “Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida”, o teste utilizado foi o de Mann-Whitney. Para comparar as variáveis “Escolaridade” e “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual”, “Estado Civil”, “Idade”, “Tipo de cirurgia”, “Estímulo estressor associado ao câncer de mama”, “Tempo de diagnóstico” e “Tempo de cirurgia” com os escores totais de CREP, foi aplicada a análise de variância ANOVA.

A consistência interna da escala CRE-Breve foi avaliada pela aplicação do coeficiente *Alfa de Cronbach*. Adotou-se o nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

3.8 Riscos e Benefícios

O risco previsto para esta pesquisa foi o desconforto emocional das participantes pelo fato de que, ao responder às questões dos instrumentos, pudessem lembrar momentos difíceis vividos relacionados à doença, seus tratamentos e suas consequências.

Para isso, a pesquisadora esteve ao lado da mulher durante toda a coleta de dados e nos casos em que esta se demonstrou emocionada, o acolhimento aconteceu imediatamente,

por meio da escuta ativa. Não foi necessário encaminhamento a outro profissional da saúde neste período.

Os benefícios advindos deste estudo se concentram no estímulo à ampliação das pesquisas nesta área, bem como numa melhor compreensão desta estratégia de enfrentamento, o *Coping* Religioso/Espiritual, utilizada por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama, patologia de alta incidência na população feminina e que leva a óbito um número elevado de mulheres, por ano, no Brasil.

Além disso, os resultados deste estudo poderão contribuir para o planejamento da assistência em saúde e com a aplicação de intervenções relacionadas a esta estratégia, auxiliando outras mulheres que venham a desenvolver o câncer de mama.

3.9 Considerações Éticas

O desenvolvimento desta pesquisa obedeceu às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). A utilização da CRE-Breve foi autorizada pelas pesquisadoras que validaram e adaptaram o instrumento para o Brasil (Anexo B) e a coordenação do REMA também autorizou a realização do estudo naquele local (Anexo E).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EERP-USP (Instituição Proponente – Protocolo CEP EERP/USP 237/2013), (Anexo D), recebendo Protocolo de Pesquisa com Registro CAAE nº 20156713.6.0000.5393.

Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia assinada pela pesquisadora.

4 RESULTADOS

Para o presente estudo, a Escala CRE-Breve apresentou boa consistência interna avaliada pelo coeficiente *Alpha de Cronbach* ($\alpha=0,845$).

4.1 Caracterização das participantes

A média de idade das 94 participantes do estudo foi de 59,50 anos, com valores mínimo de 33 anos e máximo de 85 anos, desvio padrão 11,04. A maioria era casada, 57,4% (n= 54) e 74,5% (n=70) não concluíram o ensino fundamental (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94) segundo variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto- SP, 2013-2014

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
< 40	4	4,2
40 a 60	43	45,7
>60	47	50,0
Estado Civil		
Solteira/Separada/Desquitada/Divorciada	24	25,5
Casada/ União Estável	54	57,4
Viúva	16	17,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto/Completo	70	74,5
Ensino Médio Incompleto/Completo	16	17,0
Ensino Superior Incompleto/Completo/Pós-Graduação	8	8,5

Quanto à ocupação, tanto antes como após o adoecimento pelo câncer de mama, a mais referida foi “do lar”, sendo 42,5%, antes e 56,3% após. Os resultados mostraram que após o surgimento da doença, as mulheres mantiveram-se ativas, seja em atividades remuneradas ou não.

Tanto à época da coleta de dados, como anteriormente ao câncer de mama, a maior parte das mulheres praticava alguma atividade de lazer, sendo 88,3% e 85,1%,

respectivamente. A tabela 2 apresenta os resultados das variáveis Ocupação Atual e Anterior ao câncer de mama e Lazer Atual e Anterior ao câncer de mama.

Tabela 2-Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo dados sociodemográficos, Ribeirão Preto- SP, 2013-2014

Variáveis	n	%
Ocupação Atual		
Do lar	53	56,3
Doméstica	12	12,8
Aposentada/Pensionista	13	13,8
Copeira/Cozinheira	3	3,2
Vendedora	3	3,2
Diarista	2	2,1
Bancária	1	1,1
Religiosa	1	1,1
Cuidadora/Acompanhante	1	1,1
Funcionária Pública	3	3,2
Costureira/Artesã	1	1,1
Cabeleireira/Manicure/Pedicure	1	1,1
Ocupação Anterior ao câncer de mama		
Do lar	40	42,5
Doméstica	14	14,9
Aposentada/Pensionista	9	9,6
Copeira/Cozinheira	4	4,2
Vendedora	11	11,7
Diarista	1	1,1
Bancária	1	1,1
Professora	1	1,1
Profissional da Saúde	5	5,3
Religiosa	2	2,1
Cuidadora/Acompanhante	1	1,1
Auxiliar de Berçário	1	1,1
Costureira/Artesã	3	3,1
Cabeleireira/Manicure/Pedicure	1	1,1
Lazer atual		
Sim	83	88,3
Não	11	11,7
Lazer anterior ao câncer de mama		
Sim	80	85,1
Não	13	13,8
<i>Não informou</i>	1	1,1

Em relação aos dados clínicos, o tempo médio de diagnóstico foi de 52,62 meses, mediana 27,0 e desvio padrão 62,55. A abordagem cirúrgica mais realizada foi a mastectomia (69,2%). O tempo médio em que as pacientes haviam realizado a cirurgia foi de 45,71 meses, mediana 19,0 e desvio padrão 60,79. Tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes para o câncer de mama foram abordados nos dados clínicos: quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia.

No que diz respeito à quimioterapia, 71,2% das participantes realizaram este tratamento. O tempo mínimo de tratamento foi de um mês e o máximo de 325 meses, com média=43,8, mediana=21,0 e desvio padrão=58,5.

Em relação à hormonioterapia, 43,6% das mulheres a realizaram. O tempo mínimo de tratamento foi de um mês e o máximo de 168 meses, com média=70,4, mediana=60,0 e desvio padrão=56,7.

Já a radioterapia foi realizada por 50,0% das participantes. O tempo mínimo foi de um mês e o máximo de 325 meses, com média=68,6, mediana=38,0 e desvio padrão=69,8.

Questionadas sobre as sequelas decorrentes do tratamento para o câncer de mama, mais da metade (63,8%) afirmou apresentar uma ou mais. Das sequelas apontadas, a dor foi predominante (60,0%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo dados clínicos, Ribeirão Preto- SP, 2013-2014

Variáveis	n	%
Tempo de Diagnóstico (anos)		
< 1	22	23,4
1 a 5	46	48,9
> 5	26	27,7
Tempo de Cirurgia (meses)		
< 12	30	31,9
12 a 60	44	46,8
> 60	20	21,3
Tipos de Cirurgia		
Mastectomia	65	69,2
Quadrantectomia	24	25,5
Nodulectomia/Tumorectomia	5	5,3
Quimioterapia		
Sim	67	71,2
Não	27	28,8
Hormonioterapia		
Sim	41	43,6
Não	53	56,4
Radioterapia		
Sim	47	50,0
Não	47	50,0
Sequelas do tratamento		
Sim	60	63,8
Não	34	36,2
Tipo de Sequela		
Linfedema	18	19,1
Dificuldade de movimento	4	4,3
Dor	13	13,8
Linfedema e Dificuldade de movimento	1	1,1
Linfedema e Dor	2	2,1
Dificuldade de Movimento e Dor	10	10,6
Linfedema, Dificuldade de Movimento e Dor	12	12,8
Sem sequela	34	36,2

Ao serem questionadas sobre a religião, a maioria (60,6%) das mulheres declarou-se católica, e 66% participavam de atividades religiosas/espirituais. Sobre a frequência com que participavam de alguma atividade religiosa/espiritual, 34,0%, responderam que o faziam pelo

menos uma vez por semana. Afirmaram ainda que a religiosidade/espiritualidade era muito importante em seu momento de vida (92,6%) (Tabela 4).

As participantes responderam ainda a respeito de estímulos estressores que, associados ao estresse causado pelo câncer de mama e seus tratamentos, levaram à utilização do *Coping* Religioso/Espiritual. Nesse sentido, o conflito familiar foi o mais citado (48,9%). Outros estímulos como: morte na família, divórcio/separação, dificuldade financeira, doença de parente, conflito conjugal e outros problemas de saúde também foram mencionados (37,2%). E ainda, 13,8% não mencionaram outro estímulo associado ao câncer de mama (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo dados religiosos/espirituais e estímulo estressor associado ao câncer de mama, Ribeirão Preto- SP, 2013-2014

Variáveis	n	%
Religião praticante		
Sem religião, mas considera-se espiritualizada	3	3,2
Católica	57	60,6
Espírita	16	17,0
Evangélica	11	11,7
Testemunha de Jeová	6	6,4
Não informou	1	1,1
Participa de atividade religiosa/espiritual		
Sim	62	66,0
Não	32	34,0
Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual		
Nenhuma vez	25	26,6
1 a 5 vezes por semana	37	39,4
1 ou 2 vezes por mês	32	34,0
Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida		
Importante	7	7,4
Muito importante	87	92,6
Estímulo Estressor associado ao câncer de mama		
Conflito Familiar	46	48,9
Outras	35	37,2
Nenhum estímulo estressor associado à doença /Não soube responder	13	13,8

4.2 Análise dos escores do *Coping* Religioso/Espiritual Total (CRE Total), Positivo (CREP) e Negativo (CREN) relacionados às variáveis investigadas

Este item se refere aos resultados da comparação dos valores médios dos escores dos domínios da escala CRE-Breve com as variáveis do questionário.

A categoria “Outras”, em cada variável, corresponde às categorias individuais já apresentadas nas tabelas anteriores, desta forma, optou-se pelo agrupamento das variáveis nas apresentações seguintes.

Os valores médios do CRE Total apresentaram diferença significativa à comparação com as variáveis “Quimioterapia” ($p=0,012$), “Participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,001$), “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,002$) e “Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida” ($p=0,032$), o que não ocorreu nas comparações do CRE Total com as demais variáveis (Idade, Estado Civil, Escolaridade, Ocupação atual e anterior ao câncer de mama, Lazer atual e anterior ao câncer de mama, Hormonioterapia, Radioterapia, Tipo de Cirurgia, Sequela do Tratamento, Tempo de Diagnóstico e Cirurgia, Religião e Estímulo Estressor associado ao câncer de mama).

Assim, a seguir, a Tabela 5 detalha a comparação dos valores médios do *Coping* Religioso/Espiritual Total com os dados sociodemográficos, clínicos, religioso/espiritual e estímulo estressor associado ao câncer de mama.

As Tabelas 6 e 7 apresentam os resultados da comparação dos valores médios dos escores do *Coping* Religioso/Espiritual Positivo (CREP) e do *Coping* Religioso/Espiritual Negativo (CREN) com as variáveis investigadas, mostrando diferença significativa na comparação do CREP com as variáveis “Quimioterapia” ($p=0,011$), “Participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,004$) e “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,011$) e do CREN com as variáveis “Participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,019$) e “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,002$).

Tabela 5 -Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (N=94), segundo comparação do *Coping Religioso/Espiritual Total* com as variáveis investigadas, Ribeirão Preto- SP, 2013-2014

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	p
Idade (anos)							0,423**
<40	4	3,8	4,4	4,04	4,06	0,27	
40 a 60	43	2,5	4,8	3,80	3,77	0,51	
>60	47	3,3	4,5	3,82	3,83	0,33	
Estado Civil							0,382**
Solteira/Separada/Desquitada/Divorciada	24	3,06	4,69	3,72	3,79	0,46	
Casada/ União Estável	54	2,53	4,51	3,84	3,78	0,41	
Viúva	16	3,37	4,76	3,90	3,95	0,40	
Escolaridade							0,452**
Ensino Fundamental Incompleto/Completo	70	2,5	4,8	3,84	3,79	0,42	
Ensino Médio Incompleto/Completo	16	3,0	4,5	3,84	3,81	0,44	
Ensino Superior Incompleto/Completo/PG	8	3,5	4,5	3,94	3,99	0,41	
Ocupação atual							0,251*
Do Lar	53	2,53	4,76	3,90	3,86	0,42	
Outras	41	2,86	4,51	3,71	3,76	0,43	
Ocupação anterior ao câncer de mama							0,630*
Do Lar	40	2,53	4,76	3,88	3,84	0,43	
Outras	54	2,86	4,69	3,78	3,79	0,42	
Lazer atual							0,353*
Sim	83	2,53	4,76	3,86	3,83	0,43	
Não	11	3,06	4,51	3,73	3,70	0,40	
Lazer anterior ao câncer de mama							0,382*
Sim	81	2,53	4,76	3,86	3,83	0,42	
Não	13	3,06	4,51	3,61	3,72	0,44	
Tempo de Diagnóstico (anos)							0,884**
<1	22	2,5	4,5	3,80	3,80	0,42	
1 a 5	46	3,1	4,8	3,88	3,83	0,37	
> 5	26	2,9	4,7	3,84	3,78	0,51	
Tempo de Cirurgia (meses)							0,897**
< 12	30	2,5	4,5	3,80	3,78	0,41	
12 a 60	44	3,0	4,8	3,90	3,82	0,40	
≥ 60	20	2,9	4,7	3,84	3,83	0,50	
Quimioterapia							0,012*
Sim	67	2,5	4,8	3,92	3,87	0,44	
Não	27	3,0	4,5	3,61	3,66	0,32	
Hormonioterapia							0,181*
Sim	41	3,2	4,8	3,86	3,88	0,40	
Não	53	2,5	4,5	3,82	3,76	0,44	
Radioterapia							0,136*
Sim	47	3,1	4,8	3,86	3,88	0,42	
Não	47	2,5	4,5	3,82	3,75	0,42	
Tipo de Cirurgia							0,815**
Mastectomia	65	2,5	4,8	3,86	3,83	0,45	
Quadrantectomia	24	3,0	4,4	3,83	3,78	0,39	
Nodulesctomia/Tumorectomia	5	3,4	4,0	3,80	3,75	0,22	
Sequela do tratamento							0,230*
Sim	60	2,53	4,76	3,81	3,77	0,44	
Não	34	3,06	4,69	3,89	3,88	0,38	
Religião							0,289*
Católica	57	2,53	4,76	3,82	3,78	0,43	
Outras	37	2,98	4,69	3,90	3,87	0,41	
Participa de atividade religiosa/espiritual							0,001*
Sim	62	2,98	4,69	3,91	3,91	0,37	
Não	32	2,53	4,76	3,56	3,62	0,45	
Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual							0,002**
Nenhuma vez	25	2,53	4,76	3,51	3,57	0,46	
1 a 5 vezes por semana	32	3,20	4,51	3,91	3,95	0,36	
1 a 2 vezes por mês	37	2,98	4,69	3,90	3,86	0,38	
Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida							0,032*
Importante	7	2,53	3,90	3,51	3,48	0,46	
Muito importante	87	2,86	4,76	3,86	3,84	0,41	
Estímulo Estressor associado ao câncer de mama							0,200**
Conflito Familiar	46	2,86	4,76	3,95	3,89	0,47	
Outros	35	3,20	4,51	3,73	3,75	0,32	
Não teve/Não soube responder	13	2,53	4,22	3,78	3,70	0,46	

*Teste t **ANOVA

Tabela 6 - Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (n=94) segundo a comparação dos valores dos escores do *Coping Religioso/Espiritual Positivo* com as variáveis investigadas, Ribeirão Preto - SP, 2013- 2014

Variáveis	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	p
Idade (anos)							0,551***
< 40	4	3,21	4,41	3,64	3,72	0,50	
40 a 60	43	1,56	1,76	3,44	3,39	0,70	
> 60	47	2,59	4,29	3,35	3,40	0,48	
Estado Civil							0,689***
Solteira/Separada/Desquitada/Divorciada	24	2,32	4,59	3,36	3,44	0,64	
Casada/ União Estável	54	1,56	4,29	3,39	3,36	0,57	
Viúva	16	2,65	4,76	3,57	3,56	0,61	
Escolaridade							0,365****
Fundamental Incompleto/Completo	70	1,56	4,76	3,42	3,39	0,58	
Médio Incompleto/Completo	16	20,9	4,24	3,51	3,37	0,63	
Superior Incompleto/Completo/PG	8	3,03	4,50	3,53	3,70	0,62	
Ocupação Atual							0,214*
Do Lar	53	1,56	4,76	3,50	3,48	0,6	
Outras	41	2,09	4,41	3,24	3,32	0,57	
Ocupação Anterior à doença							0,782*
Do Lar	40	1,56	4,76	3,47	3,43	0,63	
Outras	54	2,09	4,59	3,32	3,40	0,56	
Lazer							0,443*
Sim	83	1,56	4,76	3,47	3,43	0,60	
Não	11	2,32	4,29	3,18	3,28	0,55	
Lazer Anterior à doença							0,456*
Sim	81	1,56	4,76	3,44	3,43	0,59	
Não	13	2,32	4,29	3,18	3,30	0,61	
Tempo de Diagnóstico (anos)							0,923***
< 1	22	1,56	4,24	3,32	3,35	0,59	
1 a 5	46	2,32	4,76	3,47	3,45	0,53	
> 5	26	2,09	4,59	3,39	3,39	0,70	
Tempo de Cirurgia (meses)							0,704****
< 12	30	1,56	4,41	3,32	3,34	0,59	
12 a 60	44	2,09	4,76	3,47	3,44	0,56	
> 60	20	2,12	4,59	3,50	3,47	0,67	
Tipo de Cirurgia							0,571****
Mastectomia	65	1,56	4,76	3,44	3,45	0,62	
Quadrantectomia	24	2,09	4,29	3,39	3,33	0,57	
Nodulesctomia/Tumorectomia	5	2,91	3,53	3,26	3,27	0,26	
Quimioterapia							0,011*
Sim	67	1,56	4,76	3,56	3,51	0,61	
Não	27	2,09	4,29	3,09	3,17	0,45	
Hormonioterapia							0,219*
Sim	41	2,59	4,76	3,35	3,50	0,56	
Não	53	1,56	4,41	3,44	3,34	0,61	
Radioterapia							0,155*
Sim	47	2,26	4,76	3,50	3,50	0,59	
Não	47	1,56	4,41	3,44	3,32	0,59	
Sequela do tratamento							0,255*
Sim	60	1,56	4,76	3,38	3,36	0,63	
Não	34	2,32	4,59	3,50	3,50	0,52	
Religião							0,385*
Católica	57	1,56	4,76	3,35	3,37	0,60	
Outras	37	2,09	4,59	3,50	3,48	0,57	
Participa de atividade religiosa/espiritual							0,004*
Sim	62	2,09	4,59	3,53	3,53	0,54	
Não	32	1,56	4,76	3,15	3,17	0,62	
Frequência com que pratica atividade religiosa/espiritual							0,011****
Nenhuma vez	25	1,56	4,76	3,09	3,14	0,64	
1 a 5 vezes por semana	32	2,65	4,50	3,54	3,61	0,51	
1 a 2 vezes por mês	37	2,09	4,59	3,50	3,42	0,57	
Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida							0,092**
Importante	7	1,56	3,47	3,18	2,97	0,65	
Muito importante	87	2,09	4,76	3,47	3,45	0,57	
Estímulo Estressor associado ao câncer de mama							0,224****
Conflito Familiar	46	2,09	4,76	3,69	3,52	0,66	
Outras	35	2,65	4,29	3,24	3,32	0,42	
Não teve estresse/não soube responder	13	1,56	4,09	3,47	3,27	0,68	

Teste t **Teste Mann-Whitney ***Teste Kruskal Wallis ****Anova

Tabela 7 - Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas (n=94) segundo a comparação dos valores dos escores do *Coping Religioso/Espiritual Negativo* com as variáveis investigadas, Ribeirão Preto - SP, 2013-2014

Variáveis	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	p
Idade							0,084***
< 40	4	1,00	1,53	1,06	1,16	0,25	
40 a 60	43	1,00	3,40	1,27	1,37	0,51	
> 60	47	1,00	1,87	3,82	3,83	0,33	
Estado Civil							0,238***
Solteira/Separada/Desquitada/Divorciada	24	1,00	3,40	1,23	1,39	0,55	
Casada/ União Estável	54	1,00	2,87	1,13	1,24	0,34	
Viúva	16	1,00	1,80	1,00	1,16	0,25	
Escolaridade							0,194***
Fundamental Incompleto/Completo	70	1,00	3,40	1,13	1,28	0,43	
Médio Incompleto/Completo	16	1,00	1,80	1,00	1,17	0,28	
Superior Incompleto/Completo/PG	8	1,00	1,93	1,36	1,32	0,32	
Ocupação Atual							0,100**
Do Lar	53	1,00	2,40	1,20	1,27	0,31	
Outras	41	1,00	3,40	1,00	1,26	0,49	
Ocupação Anterior à doença							0,791**
Do Lar	40	1,00	1,93	1,13	1,23	0,26	
Outras	54	1,00	3,40	1,07	1,29	0,47	
Lazer atual							0,473**
Sim	83	1,00	3,40	1,13	1,25	0,39	
Não	11	1,00	2,40	1,20	1,34	0,45	
Lazer anterior à doença							0,120**
Sim	81	1,00	3,40	1,07	1,26	0,41	
Não	13	1,00	1,93	1,27	1,32	0,31	
Tempo de Diagnóstico (anos)							0,258***
< 1	22	1,00	1,67	1,03	1,17	0,23	
1 a 5	46	1,00	3,40	1,20	1,28	0,40	
> 5	26	1,00	2,87	1,00	1,31	0,50	
Tempo de Cirurgia (meses)							0,475***
< 12	30	1,00	1,93	1,10	1,20	0,25	
12 a 60	44	1,00	3,40	1,20	1,29	0,43	
> 60	20	1,00	2,87	1,00	1,30	0,49	
Tipo de Cirurgia							0,389***
Mastectomia	65	1,00	3,40	1,13	1,31	0,45	
Quadrantectomia	24	1,00	1,93	1,06	1,18	0,24	
Nodulectomia/Tumorectomia	5	1,00	1,53	1,00	1,16	0,23	
Quimioterapia							0,154**
Sim	67	1,00	3,00	1,13	1,29	0,37	
Não	27	1,00	3,00	1,07	1,22	0,41	
Hormonioterapia							0,348**
Sim	41	1,00	3,00	1,07	1,24	0,38	
Não	53	1,00	3,00	1,20	1,29	0,41	
Radioterapia							0,595**
Sim	47	1,00	3,00	1,07	1,25	0,36	
Não	47	1,00	3,00	1,13	1,29	0,43	
Sequela do tratamento							0,289**
Sim	60	1,00	2,87	1,13	1,28	0,37	
Não	34	1,00	3,40	1,10	1,24	0,44	
Religião							0,892**
Católica	57	1,00	3,40	1,13	1,29	0,46	
Outras	37	1,00	1,93	1,13	1,23	0,28	
Participa de atividade religiosa/espiritual							0,019**
Sim	62	1,00	3,40	1,07	1,21	0,37	
Não	32	1,00	2,87	1,27	1,36	0,43	
Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual							0,002***
Nenhuma vez	25	1,00	2,87	1,33	1,44	0,45	
1 a 5 vezes por semana	32	1,00	3,40	1,07	1,26	0,47	
1 a 2 vezes por mês	37	1,00	1,80	1,00	1,14	0,21	
Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida							0,178**
Importante	7	1,00	1,93	1,27	1,35	0,30	
Muito importante	87	1,00	3,40	1,07	1,26	0,40	
Estímulo Estressor associado ao câncer de mama							0,477***
Conflito Familiar	46	1,00	2,87	1,03	1,25	0,38	
Outras	35	1,00	3,40	1,13	1,26	0,43	
Não teve estresse/não soube responder	13	1,00	2,40	1,27	1,33	0,39	

Teste Mann-Whitney *Teste Kruskal Wallis ****Anova

Independentemente da variável investigada, as participantes deste estudo utilizaram o *Coping* Religioso/Espiritual, sendo que para o escore *Coping* Religioso/Espiritual Total (CRE Total), a mediana foi de 3,84, valor considerado alto, segundo os parâmetros (alto: 3,51 a 4,50) adotados. Destaca-se que para 76,6% das mulheres essa utilização do CRE se deu em nível alto/altíssimo e para 23,4%, em nível médio. Quanto ao CRE Positivo, houve maior utilização (mediana=3,44) em relação ao CRE negativo (mediana=1,13).

Além disso, a autora que validou a escala utilizada (CRE-Breve) afirma que valores da razão CREN/CREP \leq a 0,50 estão associados a resultados positivos de CRE e também à melhor qualidade de vida (PANZINI; BANDEIRA, 2005), o que se apresenta entre as mulheres desta pesquisa, uma vez que a média da razão CREN/CREP foi de 0,38 (Tabelas 8 e 9).

Tabela 8- Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas, segundo as categorias de resposta dos valores dos escores de *Coping* Religioso/Espiritual Total, Ribeirão Preto- SP, 2013-2014

Categorias	n	%
Nenhuma ou Irrisória (1,00 a 1,50)	---	---
Baixa (1,51 a 2,50)	---	---
Média (2,51 a 3,50)	22	23,4
Alta (3,51 a 4,50)/Altíssima (4,51 a 5,00)	72	76,6

Tabela 9 - Distribuição das participantes de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas, segundo os valores dos escores de *Coping* Religioso/Espiritual Positivo (CRE Positivo), *Coping* Religioso/Espiritual Negativo (CRE Negativo) e *Coping* Religioso/Espiritual Total (CRE Total), Ribeirão Preto- SP, 2013-2014

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
CRE Positivo (P)	1,56	4,76	3,41	3,44	0,59
CRE Negativo (N)	1,00	3,40	1,27	1,13	0,40
Razão CREN/CREP	0,23	0,98	0,38	0,35	0,14
CRE Total	2,53	4,76	3,81	3,84	0,42

5 DISCUSSÃO

Todas as participantes deste estudo utilizaram o *Coping* Religioso/Espiritual (CRE) sendo que a maioria delas fez essa utilização em nível alto/altíssimo (76,6%) e houve maior utilização do CRE Positivo (CREP) em relação ao CRE Negativo (CREN). A Razão CREN/CREP (0,38) apresentou um valor que está associado a resultados positivos de CRE e também à melhor qualidade de vida.

Segundo Panzini e Bandeira (2005), as práticas relacionadas ao religioso/espiritual como estratégia de enfrentamento são utilizadas com frequência no cotidiano pelas pessoas para lidar com seus problemas pessoais, evidenciando que o CRE pode atuar de maneira complementar em benefício para quem o utiliza.

As mesmas autoras afirmam que, o fato de atentar-se para o CRE, amplia sobremaneira, a identificação de como a influência desta estratégia contribui de forma positiva ou negativa no comportamento dos indivíduos em resposta aos estímulos estressores. Elas ainda ressaltam a importância de não limitar as pesquisas científicas relacionadas à religião/espiritualidade à compreensão das respostas de cunho afetivo ou cognitivo dos indivíduos, lembrando que outras dimensões, como a espiritual, devem ser consideradas.

Na sequência serão discutidos os resultados das comparações entre os escores da escala CRE-Breve (Total, Positivo e Negativo) com as variáveis do estudo.

Quimioterapia

Os testes estatísticos demonstraram diferença significativa entre os valores dos escores do CRE Total e do CREP com a variável Quimioterapia ($p=0,012$ e $p=0,011$ respectivamente). As mulheres que fizeram quimioterapia utilizaram mais o CRE (mediana=3,92) do que aquelas que não realizaram o tratamento (mediana=3,61). A utilização do CREP foi preponderante (medianas: realizou quimioterapia=3,56; não realizou o tratamento=3,09) em relação à do CREN (medianas: realizou quimioterapia=1,13 e não realizou o tratamento=1,07).

Estudo que aplicou a escala *European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life Questionnaire Core - 30* (EORTC QLQ- C30) para avaliar a

qualidade de vida (QV) de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia encontrou que, apesar de a QV ter sido satisfatória na maioria dos domínios, os mais afetados foram insônia, dor e fadiga. Os participantes também apresentaram diversas queixas gastrointestinais, assim como sintomas físicos: calor, sede, mal-estar geral, fraqueza, sonolência, insônia, tontura, dor, além de problemas emocionais como depressão, angústia e irritabilidade. Salienta-se que na função emocional a média de QV foi baixa (SAWADA et al., 2009).

Nesse sentido, as mulheres do presente estudo, que sofriam as consequências do câncer de mama e do tratamento quimioterápico, as quais abarcam as esferas física e emocional, recorreram ao CRE e o utilizaram como forma de apoio à superação do problema de saúde, na tentativa de manter uma postura positiva e então minimizar os efeitos negativos advindos do tratamento.

Corroborando esta afirmação, um estudo que propôs identificar as estratégias de apoio às mulheres em tratamento quimioterápico para câncer de mama, evidenciou que apesar de as mulheres ficarem suscetíveis às alterações emocionais durante o tratamento, elas recorreram ao CRE, como a fé em Deus e o pensamento positivo, como formas de amparo para vencer a doença e encarar o tratamento quimioterápico, visando reverter os sentimentos negativos em positivos, em benefício próprio (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

Já o estudo de Gutiérrez, Burciaga e Perez (2012) que utilizou um modelo de cuidado espiritual em mulheres com câncer de mama, apontou que, ao serem questionadas sobre este tipo de assistência, essas mulheres levantaram a necessidade do cuidado para além do biológico, sugerindo que o apoio espiritual fosse abordado pelas profissionais que as atendiam neste momento de vulnerabilidade emocional em que se encontravam.

Isso evidencia a relevância da inserção do cuidado espiritual na assistência à saúde de mulheres em tratamento e reabilitação do câncer de mama, reforçando a utilização do CRE mobilizado por elas como auxílio terapêutico. Os impactos decorrentes dos tratamentos da doença devem ser levados em consideração no planejamento das ações relacionadas à religiosidade/espiritualidade, e essas devem ser implementadas no intuito de minimizar o momento de sofrimento e angústia.

Participa de atividade religiosa/espiritual

Houve diferença significativa entre a variável “Participa de atividade religiosa/espiritual” e o CRE Total ($p=0,001$) e CREP ($p=0,004$). Mais da metade das mulheres ($n=62$) participava de algum tipo de atividade religiosa/espiritual, mobilizando altíssimo nível de CRE Total (mediana=3,91) e maior utilização do CREP (mediana=3,53), em relação àquelas que não participavam (mediana CRE Total=3,56 e mediana CREP=3,15). Houve também diferença significativa dos escores do CREN com a variável aqui considerada ($p=0,019$), indicando que a mulher que participava de atividades religiosas/espirituais fazia menor utilização desse *coping* (mediana=1,07) do que aquelas que não participavam (mediana=1,27).

Estudo de Marucci (2012) corrobora estes achados, confirmando associação significativa entre o CRE Total e a participação em atividades religiosas/espirituais, apontando que mulheres com câncer de mama e ginecológico utilizaram um nível alto/altíssimo e positivo de enfrentamento religioso/espiritual.

As práticas religiosas combinadas com a fé estão intimamente relacionadas com a possibilidade da cura. Participar de atividades religiosas/espirituais, bem como reforçar a fé em algo superior, podem ser consideradas práticas positivas na recuperação do câncer, estabelecendo um controle emocional para o enfrentamento do tratamento. Elas permitem superar a dor e sofrimento desencadeados pelo tratamento e ressignificar a doença, levando à valorização da própria vida e das crenças pessoais (GERONASSO; COELHO, 2012).

No presente estudo pode-se inferir que a participação em atividades religiosas/espirituais denotou um suporte relacionado à fé, independentemente do tipo de religião ou atividade espiritual praticadas, e que auxiliou as mulheres num enfrentamento mais sedimentado frente à doença e ao tratamento.

Estudo recente com pacientes em tratamento quimioterápico, concluiu que aqueles que não pertenciam a nenhuma religião apresentaram relação significativa com o CREN, levantando a hipótese de que ausência da participação em atividades religiosas/espirituais e de crenças pessoais pode ser a causa da utilização do CREN durante o tratamento. Assim, as autoras ressaltaram a importância da prática religiosa/espiritual em momentos difíceis de vida, considerando que a crença e as atividades relacionadas à espiritualidade/religiosidade desencadeiam emoções positivas frente ao tratamento, minimizando seus efeitos negativos (MESQUITA et al., 2013).

Estes achados corroboram os resultados da presente pesquisa, e deixam claro que participar de algum tipo de atividade religiosa/espiritual, seja ela individual ou coletiva, possibilita um melhor manejo da situação de estresse vivenciada, estimulando a utilização de

estratégias de enfrentamento, especialmente quando há relação com o câncer e seus tratamentos.

Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual

Ainda sobre a participação em atividades religiosas/espirituais, o CRE Total esteve relacionado à frequência dessas práticas ($p=0,002$), sendo que as mulheres que participavam entre uma e cinco vezes por semana utilizaram mais o CREP (mediana 3,54), do que aquelas que não frequentavam (mediana=3,09) ou participavam apenas uma ou duas vezes por mês (mediana=3,50). As mulheres que não participavam dessas atividades utilizaram mais o CREN ($p=0,002$) (mediana=1,33), comparado às que frequentavam de uma a cinco vezes por semana (mediana=1,07), ou uma ou duas vezes por mês (mediana=1,00).

Os resultados descritos no parágrafo anterior permitem inferir que para a maioria das mulheres deste estudo, participar com regularidade de atividades voltadas à religião/espiritualidade estimulou a utilização do CRE, de forma positiva, o que pôde auxiliar no enfrentamento do câncer de mama e dos tratamentos para a doença, com mais otimismo e perseverança, dados confirmados em estudos científicos como o de Geronasso e Coelho (2012) e de Kristeller et al. (2011). Este último, com intuito de compreender as influências religiosas/espirituais no ajustamento de pacientes com câncer, concluiu que 70% dos participantes apresentaram bom ajuste emocional no enfrentamento da doença e maior nível de envolvimento religioso positivo, apoiando-se na religiosidade/espiritualidade como fonte de paz interior.

A prática de atividades religiosas/espirituais e a frequência dessas práticas têm sido considerados bons indicadores nas respostas dos indivíduos em diferentes situações de estresse (PANZINI, 2004).

Em relação às mulheres deste estudo que não participavam de atividades religiosas/espirituais e que utilizaram mais o CREN do que as demais, resultados do estudo de Veit e Castro (2013), também com mulheres portadoras do câncer de mama, corroboram essas informações, concluindo que a baixa frequência na participação em atividades religiosas/espirituais esteve associada com o fator CREN- N1- Reavaliação Negativa de Deus, levando ao maior questionamento acerca de Deus e dos sentimentos protetores relacionados à religiosidade/espiritualidade.

Assim, na presente pesquisa, as participantes dedicaram um tempo maior às atividades voltadas à religiosidade/espiritualidade, e de forma positiva, o que pode ter auxiliado no enfrentamento do câncer de mama e de seus tratamentos, e ter facilitado sua passagem pelas etapas desse processo.

Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida

A comparação entre os escores do CRE Total com o “Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida” também apresentou diferença significativa ($p=0,032$). Quase a totalidade das participantes (92,6%) relatou ser “muito importante” a utilização do apoio religioso/espiritual como forma de enfrentamento da doença. Verificou-se também maior utilização do CREP (mediana=3,47) em relação ao CREN (mediana=1,07), confirmando que consideraram as estratégias religiosas/espirituais muito importantes para o melhor ajuste do momento vivenciado.

Estudo de Valcanti et al. (2012) corrobora os resultados da presente pesquisa, ao encontrar alto escore de CRE Total e de CREP, relacionados com a importância que os participantes da sua pesquisa (doentes renais crônicos) deram à religião/espiritualidade em suas vidas, sugerindo que considerar as estratégias de CRE planejamento do cuidado à saúde é imprescindível.

Outra pesquisa, desenvolvida em Québec, no Canadá com 10 participantes, sendo cinco (5) deles mulheres portadoras do câncer de mama, apontou que apoiar-se na religiosidade/espiritualidade para superar o sofrimento no momento de vida, permitiu realizar o processo de empoderamento individual, ou seja, utilizaram das crenças religiosas/espirituais para reverter os sentimentos negativos como desespero e impotência em sentimentos de esperança, autocontrole, possibilidade de cura e uma reflexão crítica do surgimento da doença em suas vidas.

Ressalta-se no estudo anteriormente citado, que o vínculo religioso/espiritual não se restringiu apenas às atividades religiosas tradicionais, como oração e ir à missa, mas as práticas alternativas como a ioga, Reiki, técnicas de relaxamento e a meditação possibilitaram de alguma forma elevar o espírito em busca de paz interior e bem-estar, auxiliando o enfrentamento da doença (VONARX; HYPOLITE, 2013).

No presente estudo ficou evidente que buscar conforto e força na religiosidade/espiritualidade durante o tratamento do câncer de mama é uma forma presente de encorajamento, tão necessário para as mulheres neste momento de vulnerabilidade de suas vidas, que pode permitir-lhes evoluir, da melhor maneira possível, frente aos desdobramentos da doença.

Idade

Independentemente da idade declarada pelas participantes, todas utilizaram o CRE durante o processo de reabilitação da doença.

Outros estudos com mulheres com câncer de mama também encontraram resultados semelhantes, como o de Huang (2014), e alguns artigos selecionados por Veit e Castro (2013) para uma revisão sistemática da literatura. Nesta mesma revisão sistemática da literatura, os resultados de uma investigação alemã, apontaram que mulheres que tiveram câncer de mama, com idade mais avançada, apresentaram maior tendência em utilizar o CRN em relação ao CREP, contribuindo assim para um estado emocional depressivo frente à situação vivenciada.

Neste sentido, estudo de Valcanti et al. (2012), já citado anteriormente, que utilizou o CRE-Breve com pacientes em tratamento hemodialítico, concluiu que os participantes mais idosos utilizaram baixo nível de CRE. Os autores atribuíram os resultados referentes aos idosos, ao fato de a limitação física causada pela idade avançada interferir na frequência em participar de atividades religiosas/espirituais.

No presente estudo, o nível de CREN utilizado por mulheres com 60 anos ou mais foi maior (mediana=3,82), em relação às mulheres entre 40 e 60 anos (mediana=1,27) e àquelas com idade <40 anos (mediana=1,06), reafirmando os resultados dos trabalhos citados anteriormente.

Apesar de os resultados desta pesquisa não terem apresentado diferença significativa comparando os escores do CRE com as categorias da variável Idade, o câncer de mama, associado à idade avançada pode facilitar estados emocionais depressivos, devido à intensificação do medo da morte. Essas mulheres necessitam, portanto, de um cuidado especial, considerando-se esta hipótese.

Já as mulheres desta pesquisa, com idade menor que 40 anos utilizaram um nível altíssimo CRE Total (mediana=4,04) em relação às demais (entre 40 e 60 anos: mediana=3,80 e 60 anos ou mais: mediana=3,82).

Estudo realizado em Porto Alegre com mulheres jovens, portadoras do câncer de mama, encontrou resultados semelhantes a estes últimos. Os autores consideram que isto possa ter acontecido em função da condição social que as mulheres assumiram nos dias atuais, com uma maior valorização da atividade ocupacional exercida por elas, além do fato de muitas mulheres mais jovens ainda terem filhos pequenos (GONTIJO; FERREIRA, 2014).

Assim, acredita-se que as privações ocasionadas pela doença e pelos tratamentos possam ter levado a preocupações relativas à perda da renda familiar e ao cuidado dos filhos, influenciando na aproximação com as estratégias relacionadas à religiosidade/espiritualidade para encarar e superar as dificuldades, inclusive o medo da morte.

Esses dados se fazem importantes no sentido de reconhecer que, apesar de as mulheres com câncer de mama, de todas as idades fazerem uso do CRE para superar os desafios impostos pela doença e seus tratamentos, elas enfrentam dificuldades diferenciadas, nas variadas faixas etárias, e esse pode ser indicador de que o planejamento da assistência à saúde de todas elas deva incluir um cuidado integral, mas também individualizado.

Estado Civil

As mulheres viúvas utilizaram alto/altíssimo nível de CRE Total (mediana=3,90), seguidas pelas casadas (mediana=3,84) e as solteiras (mediana=3,72), embora não tenha havido significância estatística na comparação dos escores do CRE Total.

Em relação ao CREP, os valores das medianas mostraram que essa sequência se manteve, uma vez que as viúvas utilizaram mais esse *coping* (mediana=3,57) em nível alto/altíssimo, em relação às casadas (mediana=3,39) e às solteiras (mediana= 3,36), que segundo os parâmetros adotados, utilizaram o CREP em nível médio.

Diferentemente dos dados encontrados neste estudo, na pesquisa de Marucci (2012) com mulheres com câncer de mama e ginecológico, os resultados mostraram não haver significância estatística do CRE com o estado civil e também não se observou sua relação com os sintomas de ansiedade e depressão e com as demais variáveis investigadas.

Veit e Castro (2013), que também estudaram mulheres com câncer de mama, não encontraram diferença estatisticamente significativa entre os índices de CRE de mulheres com ou sem companheiro (solteiras, viúvas, divorciadas) e os dados de seu estudo afirmaram ainda que o tipo de apoio oferecido pelo companheiro muitas vezes é insuficiente, e por isso não reflete um apoio significativo à mulher no enfrentamento da doença.

Já, no estudo realizado por Zwingmann et al. (2006), as mulheres com câncer de mama que não tinham um parceiro apresentaram índices mais altos de CREN em relação àquelas que possuíam um parceiro.

Chamam a atenção estes últimos resultados em relação às mulheres com câncer de mama que não tinham um parceiro, assim como aquelas do presente estudo em relação às mulheres viúvas, que se destacaram, uma vez que foram as que mais utilizaram o CRE em nível altíssimo, assim como o CREP. Essa diferenciação na utilização do CRE, relacionada ao estado civil e ao fato de possuir ou não um companheiro mostra mais uma vez a importância de se atentar a essa questão quando da prestação do cuidado à mulher com câncer de mama, o qual deve ser realizado de forma a se respeitar as necessidades individuais de cada uma delas.

Escolaridade

Cabe destacar que as participantes com maior grau de escolaridade, ou seja, que cursaram o Ensino Superior Completo/Incompleto/Pós-Graduação utilizaram em nível altíssimo o CRE (mediana=3,94), em relação àquelas com Ensino Fundamental Incompleto/Completo (mediana=3,84) e Ensino Médio Incompleto/Completo (mediana=3,84).

Em relação à escolaridade, Valcanti et al. (2012) identificaram, por meio da aplicação da Escala CRE-Breve para avaliar o nível de CRE de pessoas que realizavam hemodiálise, que esta variável não interferiu nos resultados de CRE Total ($p=0,674$) para o enfrentamento do tratamento. No entanto, outra investigação que utilizou a Escala CRE, identificou a associação entre o grau de escolaridade baixo e o fator CREN- N3 - Reavaliação Negativa do Significado da CRE, concluindo que mulheres com baixa escolaridade aceitaram a doença (câncer de mama) como uma forma de punição pessoal (VEIT; CASTRO, 2013).

Aqui cabe citar o estudo de outros pesquisadores que investigaram mulheres com câncer de mama que haviam cursado ensino fundamental incompleto, e que não encontrou

associação entre o baixo grau de escolaridade e as estratégias utilizadas para lidar com a doença. Identificaram, no entanto que essas mulheres priorizaram as estratégias de enfrentamento diretamente ligadas às práticas religiosas/espirituais para enfrentar o câncer de mama, enquanto mulheres com maior escolaridade recorreram às estratégias focadas no problema (LEITE et al., 2012).

Mais uma vez, fica clara a necessidade da individualização do cuidado, desta feita levando-se em consideração a escolaridade da mulher com câncer de mama.

Ocupação atual e anterior ao câncer de mama

Relacionado à ocupação, após a doença, 53 (56,3%) mulheres declararam-se “do lar” e 41 (43,7%) tinham outra ocupação (remunerada), enquanto que antes do diagnóstico do câncer de mama, 40 (42,5%) declararam-se “do lar” e 54 (57,5%) tinham outra ocupação (remunerada).

As mulheres que se declararam “do lar” apresentaram índices mais altos de CRE Total, tanto antes da doença (mediana=3,88) como após o surgimento do câncer de mama (mediana=3,90), em relação às demais participantes com outras ocupações [antes da doença (mediana=3,78) e após o surgimento da doença (mediana=3,71)]. O mesmo aconteceu quanto ao CREP [Mulheres que se declararam “do lar” – antes da doença (mediana=3,47) e depois da doença (mediana=3,50)]; [Demais participantes com outras ocupações - antes da doença (mediana=3,32) e depois da doença (mediana=3,24)].

Outros estudos realizados no Brasil, que avaliaram a variável trabalho/atividade ocupacional de mulheres com câncer de mama e pacientes em tratamento hemodialítico, respectivamente, não apresentaram significância estatística na associação com CRE Total e CREP (MACIEIRA et al., 2007; VALCANTI et al., 2012). No entanto, no estudo Marucci (2012), houve associação entre a variável renda *per capita* e CREN, evidenciando que quanto menor a renda familiar, maior a utilização de estratégias negativas, e afirmando a influência do aspecto financeiro no ajustamento psicológico no processo saúde-doença.

Para Maieski e Sarquis (2007), em relação ao trabalho/ocupação, o fato de realizar uma atividade, seja ela relacionada aos afazeres do lar ou aos de um trabalho remunerado possibilita à mulher sentir-se útil, capaz de exercer sua própria autonomia e independência, além de desempenhar um papel social, eleito fundamental em suas vidas.

Nesse sentido, um ponto positivo a ser citado, em relação às participantes do presente estudo, é que, embora tenham tido de lidar com restrições ou limitações impostas pela doença, e que levaram à necessidade de um reajuste e adaptação a uma nova condição de vida, essas mulheres mantiveram-se ativas, especialmente na realização dos afazeres domésticos.

Assim, o trabalho/ocupação mostrou-se como um item importante a ser considerado na reabilitação de mulheres com câncer de mama, e dessa forma, acredita-se que, nesta pesquisa, a satisfação com a realização dessa atividade, seja no lar ou no mercado de trabalho possa tê-las motivado a utilizar mais o CREP, para lidar com as dificuldades geradas pela doença e seus tratamentos.

Lazer

A inclusão do lazer como variável investigada neste estudo, pautou-se na definição multidimensional da Saúde da World Health Organization (1998), a qual explicita que o ser humano necessita de bem-estar oriundo de diferentes fontes, e que o lazer pode ser encarado como uma estratégia social, servindo de suporte/apoio na busca do equilíbrio, bem-estar e integralidade da saúde. Acrescenta que as dimensões física, social, mental e espiritual devem estar em equilíbrio para que o indivíduo tenha condições de vencer as dificuldades impostas pela doença.

A maioria das mulheres estudadas realizava atividades de lazer, tanto à época da coleta de dados, quanto anteriormente ao câncer de mama.

Nesse sentido, estudo com 60 mulheres diagnosticadas com câncer de mama identificou que elas apresentaram melhor adaptação aos tratamentos oncológicos por manterem alguma atividade de lazer. Embora tenha havido uma queda/restrrição dessas atividades após o surgimento da doença, as participantes atribuíram à atividade de lazer a possibilidade de melhor qualidade de vida, percepção social e funcional durante o tratamento oncológico (MACÊDO et al., 2011).

Outro estudo que avaliou a capacidade funcional e a qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária maligna mostrou que a doença prejudicou a realização das atividades cotidianas e o desempenho ocupacional das participantes nas atividades instrumentais de vida diária, assim como a realização das atividades de lazer, influenciando negativamente na qualidade de vida (FANGEL et al., 2013).

O fato de identificar que mesmo após a doença as participantes desta pesquisa continuaram praticando atividades de lazer, leva a inferir que o núcleo de reabilitação que elas frequentam pode ter contribuído para isso, uma vez que oferece e estimula a realização de atividades que promovem o bem-estar físico, mental e espiritual, entre as quais podem ser citados os exercícios físicos, as discussões em grupo, as festas de confraternização, os bazares, os almoços, as viagens.

Em outro estudo, a realização de atividades grupais concomitante ao tratamento do câncer de mama, também foi identificada como um potencial suporte social em no auxílio a mulheres com câncer de mama, contribuindo para elevar sua qualidade de vida e para estimular a utilização de estratégias de *coping*, principalmente entre aquelas que apresentaram depressão após o surgimento da doença (MARUCCI, 2012; MORELI et al., 2009).

Para as mulheres deste estudo, a prática de atividade de lazer, especialmente após o aparecimento do câncer de mama, pode ter sido favorecida pela utilização do CRE, o que para a maioria delas ocorreu em nível alto/altíssimo e de forma positiva, o que, segundo Panzini e Bandeira (2007), pode contribuir para um melhor enfrentamento diante dos obstáculos impostos pela doença.

Dados Clínicos

Semelhante aos achados deste estudo, outros trabalhos, como os de Zwingmann et al. (2006) e Morgan, Gaston-Johansson, Mock (2006), avaliados por Veit e Castro (2013), em revisão sistemática da literatura, não apresentaram associação entre tempo de diagnóstico e tempo de cirurgia de pacientes com câncer de mama e a utilização do CRE. No entanto, pesquisa de Valcanti et al., (2012) encontrou associação do CREP com o tempo de tratamento, concluindo que quanto maior esse tempo, mais estratégias de enfrentamento são mobilizadas, no sentido de superar os estímulos estressores.

Em relação ao tipo de cirurgia, a maioria das participantes desta pesquisa realizou mastectomia (n=65) e foram elas que mais utilizaram o CRE em nível altíssimo (mediana=3,86), seguidas das que realizaram quadrantectomia (mediana=3,83) e nodulectomia/tumorectomia (mediana=3,80), mostrando a força com que se apoiaram nas estratégias positivas de religiosidade/espiritualidade para superar esta etapa traumática do tratamento, que muitas vezes pode levar ao surgimento da insegurança e fragilidades.

No que se refere à hormonioterapia e à radioterapia no câncer de mama, não foram encontrados estudos que especificassem a relação do seu uso com a utilização do CRE, mas há evidências de que assim como os outros tratamentos como a cirurgia e a quimioterapia, esses também deixam a mulher exposta a vivenciar o estresse de maneira mais intensa (SILVA; SANTOS, 2010).

No presente estudo, as participantes que realizaram hormonioterapia e radioterapia utilizaram o CRE em nível alto/altíssimo (mediana=3,86 para ambos) e o CREP foi predominante no enfrentamento desses tratamentos: Hormonioterapia (mediana=3,35) e Radioterapia (mediana=3,50) em detrimento do CREN (mediana=1,07 para ambos).

Quanto às sequelas do tratamento, a mais citada pelas participantes deste estudo foi a dor, assim como nas investigações de Lahoz et al. (2010) e Vendrúsculo et al. (2011) com mulheres mastectomizadas, o que, segundo as autoras, influenciou negativamente na qualidade de vida das pacientes, além de comprometer suas atividades de vida diária, participação social, função emocional, entre outras.

Apesar de a dor ser uma sequela importante do tratamento do câncer de mama e poder levar a tantas outras consequências desagradáveis às acometidas, as mulheres da presente pesquisa utilizaram mais o CREP do que o CREN para lidar com este problema. Elas se apropriaram de uma força interior, capaz de mobilizar a estratégia de CRE para vencer mais este desafio, recorrendo ao amparo maior, direcionado à fé e à espiritualidade como base para uma postura de coragem e determinação pessoal.

Estímulo Estressor associado ao câncer de mama

Neste estudo, o câncer de mama foi o estímulo estressor considerado para avaliar a utilização do CRE. No entanto, as mulheres foram questionadas sobre a existência de outros estímulos estressores, associados a ele. Entre os citados, o conflito familiar foi o de maior frequência, e para lidar com esse estressor elas utilizaram altíssimo nível de CRE (mediana=3,95) e também utilizaram mais o CREP (mediana=3,69) do que o CREN (mediana=1,03).

Nesse sentido, estudo realizado em um ambulatório de mastologia do Ceará identificou que mulheres com câncer de mama que apresentavam estresse provocado pelos

sinais e sintomas da doença utilizaram, primordialmente, a prática religiosa para superar a situação estressora (ALVES; SANTOS; FERNANDES, 2012).

Já em relação ao conflito familiar, Silva e Santos (2010) avaliaram respostas de mulheres sobre os estressores pós-tratamento da neoplasia mamária, e tal conflito foi relatado como um agente estressor, que teve o câncer de mama como a causa de seu surgimento. Além disso, a forma como a família encarou a doença não se deu de forma acolhedora e compreensiva. O estigma do câncer, associado à ideia de morte causou descontrole emocional, gerou o afastamento entre os familiares e a mulher acometida pela doença e provocou um desarranjo familiar. As mulheres por sua vez, sentiram-se incomodadas frente à situação e perceberam a necessidade de manter uma postura de força e coragem, mesmo estando fragilizadas e carentes de apoio.

Os resultados do estudo acima mostraram ainda que as expectativas das mulheres frente às etapas do tratamento a serem percorridas podem gerar nelas próprias e também em seus familiares, respostas positivas, implicando sentimentos de aceitação e coragem. Por outro lado, podem gerar sentimentos de medo, sofrimento, negação, entre outros, e o fato delas permanecerem por um período hospitalizadas constitui uma situação facilitadora para o surgimento do estresse e ansiedade em todos, o que pode gerar ou reforçar situações conflituosas.

Assim, para uma assistência ampliada, direcionada à saúde da mulher com neoplasia mamária e seus familiares, é necessário considerar a doença como um estímulo estressor e atentar para o fato de que outros estímulos estressores podem se associar a ela, prejudicando a mulher e sua família, criando inclusive situações de conflito entre eles.

As ações de saúde devem ser planejadas de forma a mobilizar essas mulheres a utilizar o CRE, que tem se mostrado como uma alternativa importante para lidar com esse conjunto de eventos estressores.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados do presente estudo, pode-se concluir:

- Todas as participantes utilizaram o CRE, sendo 76,6% em nível alto/altíssimo e 23,4% em nível médio;
- O CREP (mediana 3,44; média 3,41; desvio padrão 0,59) foi mais utilizado em relação ao CREN (mediana 1,13; média 1,27; desvio padrão 0,40); Razão CREN/CREP (mediana 0,35; média 0,38; desvio padrão 0,14);
- Foram significantes as comparações dos escores do CRE Total com as variáveis “Quimioterapia” ($p=0,012$), “Participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,001$), “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,002$) e “Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida” ($p=0,032$);
- Foram significantes as comparações dos escores do CREP com as variáveis “Quimioterapia” ($p=0,011$), “Participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,004$) e “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,011$);
- Foram significantes as comparações dos escores do CREN com as variáveis “Participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,019$) e “Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual” ($p=0,002$).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O fato de todas as mulheres frequentarem um núcleo de reabilitação integral de mastectomizadas, e ainda o número reduzido de participantes pode ter interferido nos resultados do estudo.

Sugere-se a realização que novas pesquisas sejam realizadas, considerando-se essas observações, e ampliando a investigação, com inclusão de depoimentos dos sujeitos, no sentido de realizar uma interpretação ainda mais significativa da utilização do CRE diante de estímulos estressores, em especial o câncer de mama.

8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Neste estudo houve a utilização do CRE de forma positiva e significativa como estratégia de enfrentamento utilizada pelas mulheres em tratamento/reabilitação do câncer de mama.

O CRE se mostrou como uma importante estratégia de enfrentamento em situações de estresse e no contexto da saúde e auxiliou as mulheres com câncer de mama a enfrentar a doença e as consequências dos tratamentos realizados.

Elas frequentam um núcleo de reabilitação integral de mastectomizadas, onde são atendidas por uma equipe multiprofissional, e esse pode ter sido um fator preponderante para tais resultados, que indicam a importância da inserção do cuidado espiritual na assistência à mulher acometida por essa doença.

Evidencia-se a importância de os profissionais da saúde se apropriarem de conhecimentos, habilidades e atitudes que os auxiliem a incorporar o cuidado espiritual no planejamento e implementação das ações de assistência à saúde, principalmente de mulheres com câncer de mama.

Sugere-se ainda a criação de serviços em saúde que ofereçam o suporte religioso/espiritual aos seus pacientes e a adequação daqueles que já se encontram em funcionamento, uma vez que esta se mostra como uma estratégia importante diante de eventos estressores, inclusive àqueles relacionados aos problemas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. Stress and coping strategies for women diagnosed with breast cancer: a transversal study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 305-318, 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714/html>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

AMBRÓSIO, D. M. **Mulheres com câncer de mama: a vivência do apoio social e familiar durante o tratamento**. 2010. 185 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

ANDOLHE, R. A.; GUIDO, L. A.; BIANCHI, E. R. F. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo-SP, v. 43, n.3, p. 711-720, 2009.

ANDRADE, G. N.; PANZA, A. R.; VARGEINS, O. M. C. As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá-PR, v. 1, n.10, p. 082-088, jan./mar. 2011.

ARAÚJO, N. C. A capacidade de resiliência de mulheres acometidas por câncer de mama que sofreram alteração da imagem corporal. **Boletim Eletrônico SBPO**, São Paulo, ano VIII, ed. 2, abr./jun. 2010.

ARRIEIRA, I. C. O.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R.; PALMA, J. S. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá-PR, v. 10, n. 2, p. 314-321, abr./jun. 2011.

AUKST-MARGETIĆ, B.; JAKOVLJEVIĆ, M.; IVANEC, D.; MARGETIĆ, B.; LJUBIČIĆ, D.; SAMIJA, M. Religiosity and quality of life in breast cancer patients. **Collegium Antropologicum**, Zagreb-Croácia, v. 33, n. 4, p. 1265-1271, dez. 2009.

AQUINO, T. A. A. Atitude religiosa e crenças dos alunos de psicologia. **Revista da Unipê**, Brasília-DF, v. 9, n.1, p.56-63. 2005.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 15. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004.

BARROS, V. M.; SILVA, C. S.; FERREIRA, A. S.; MENDONÇA, A. C. A importância da avaliação sensitiva no pós-operatório de reconstrução mamária. **Feminina**, Assis-SP, v. 37, n. 4, p. 1-8, abril.2009.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. Atheneu, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ministério da Saúde. Agência de Notícias. In: **I Seminário nacional de Espiritualidade em Câncer**, Rio de Janeiro-RJ, dez. 2010. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2010/inca_dispute_espiritualidade_no_tratamento_do_cancer>. Acesso em: 05 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa de câncer no Brasil, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466, de 11 e 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção1, p. 1-12.

BRITO, F. M.; COSTA, I. C. P.; ANDRADE, C. G.; LIMA, K. F. O.; COSTA, S. F. G., LOPES, M. E. L. Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro-RJ, v. 21, n.4, p. 483-489, out./dez. 2013.

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber diagnóstico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, abr./jun. 2009.

CALDEIRA, S.; GOMES, A. C.; FREDERICO, M. De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros - a espiritualidade no local de trabalho. **Revista de Enfermagem Referência**, série III, n. 3, p. 25-35, mar. 2011.

CARVALHO, M. V. B; MERIGUI, M. A. B. O cuidador no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 951-959, nov./dez. 2005.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F. Situation coping and coping dispositions in a stressful transaction. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington DC-EUA, v. 66, n. 1, p.184-195, jan.1994.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; DANTAS, R. A. S.; TERRA, F. S.; NOGUEIRA, D. P. N.; SOUZA, L. Validation of Pinto and Pais-Ribeiro's spirituality scale in patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife-PE, v. 4, n. 2, p. 715-721, abr/jun. 2010.

CHAVES, E. C.; CADE, N. V.; MANTOVANI, M. F.; OLEITE, R. C. B.; SPIRE, W. C. *Coping*: Significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo-SP, v. 34, n. 4, p. 370-375, dez. 2000.

CURCIO, C. S. S. **Validação da versão em Português da “Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality**.2013. 121f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

FABBRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G.; SANTOS, S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 04, p. 532-537, out./dez. 2008.

FANGEL, L. M.V.; PANOBIANCO, M. S.; KEBBE, L. M.; ALMEIDA, A. M.; GOZZO, T. O. Qualidade de Vida e desempenho de atividades cotidianas após o tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 26, n.1, p. 93-100, 2013.

FETZER INSTITUTE; NACIONAL INSTITUTE ON AGING WORKING GROUP (FETZER/NIA WORKING GROUP). **Multidimensional measurement of religiousness, spiritually for use in health research**: a report of a national working group. Kalamazoo-EUA, 1999.

FLECK, M. P. A.; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo-SP, v. 37, n. 4, p. 446-455, ago. 2003.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, p. 219-239, set. 1980.

GEORGE, L. K.; LARSON, D. B.; KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E. Spirituality and Health: what we know, what we need to know. **Journal of Social and Clinical Psychology**, New York-EUA, v. 19, n. 1, p. 102-116, 2000.

GERONASSO, M. C. H.; COELHO, D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde e Meio Ambiente**, Mafra-SC, v. 1, n. 1, p. 173-187, jun. 2012.

GOMES, J. C. N. **Sensibilidade tátil do retalho miocutâneo do reto abdominal em mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata após mastectomia por câncer de mama**. 2004. 83 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2004.

GONÇALVES, A. M. S.; PILLON, S. C. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo-SP, v. 36, n. 1, p.10-15, 2009.

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

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**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, jan./fev. 2011.

GUTIÉRREZ, C. V. O.; BURCIAGA, L. V. B.; PEREZ, I. C. Z. Modelo de cuidado de enfermería para la mujer com câncer de mama a través de la integración de la dimensión espiritual. **Revista de Enfermería**. v. 6, n. 3, dez. 2012.

HOUAISS, A., VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HUANG, M. F. C. Estudo comparativo do coping religioso em mulheres protestantes de origem chinesa taiwanesa e brasileira, na Grande São Paulo - mediante a escala CRE-Breve. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

KOENIG, H. G. Religion and Medicine III: developing a theoretical model. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, Durham-Carolina do Norte-EUA, v. 31, n. 2, p. 199-216, 2001.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. - Religion and coping with serious medical illness. **Ann Pharmacother**, Cincinnati-EUA, v.35, n. 3, p. 352-359, mar. 2001.

KOENIG, H. G., MCCULLOUGH, M. E., LARSON, D. B. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press; 2001.

KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore-EUA, v. 186, n. 9, p. 513-521, set. 1998.

KRISTELLE, J. L.; SHEETS, V.; JOHNSON, T.; FRANK, B. **Understanding religious and spiritual influences on adjustment to cancer: individual patterns and differences**. Journal of Behavioral, New York-EUA, v. 34, n. 6, p. 550-561, dez. 2011.

LAHOZ, M. A.; NYSSSEN, S. M.; CORREIA, G. N.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York, p. 437. 1984.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S.; PRIMO, C. C. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 25, n. 2, p. 211-117, 2012.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo-SP, v. 131, n. 2, p. 112-122, 2013.

MACÊDO, G. D.; LUCENA, L. M. G.; SOARES, L. M. M. M.; ROCHA, P. O. A.; GUTIERREZ, C. V.; LOPES, M. C. B. Influência do estilo de vida na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa-PB, v. 14, n. 4, p. 13-18, 2011.

MACIEIRA, R. C.; CURY, M. C. S.; MASTESE, J. C.; NOVO, N. F.; BARROS, A. C. S. D. Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama em mulheres. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro-RJ, v.17, n. 3, p. 102-106, set. 2007.

MAIESKI, V. M.; SARQUIS, L. M. M. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba-PR, v.12, n.3, p.346-352, jul./set. 2007.

MARUCCI, F. A. F. **Coping religioso-espiritual e suporte social em pacientes com câncer de mama e ginecológico**. 2012. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2012.

MARQUES, L. F.; SARRIERA J. C.; DELL'AGLIO, D. D. Adaptação e validação da escala de bem-estar espiritual (EBE). **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre- RS, v.8, n.2, p. 179-186, ago. 2009.

MARTING, M. S.; HAMMER, A. L; **Manual for the Coping Resources Inventory**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.

MEFFERD, K.; NICHOLS, J. F.; PAKIZ, B.; ROCK, C. L. A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. **Breast Cancer Research Treatment**, v.104, p. 145-152, 2007.

MESQUITA, A. C.; CHAVES, E. C. L.; AVELINO, C. C. V.; NOGUEIRA, D. A.; PANZINI, R. G.; CARVALHO, E. C. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto- SP, v.21, n. 2, p. 1-7, mar./abril. 2013.

MISTURA, C.; CARVALHO, M. F. A. A.; SANTOS, V. E. P. Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria- RS, v.1, n.3, p.351-359. set./dez. 2011.

MORELI, L.; STACCIARINI, J. M. R.; CARDOSO, A. F.; CARVALHO, E. C. Intervenções utilizadas na promoção de estratégias de *coping* na depressão em mulheres com câncer. **Ciência y Enfermería**, Concepcion-Chile, v. XV, n. 2, p. 41-54, 2009.

MORGAN, P. D.; GASTON-JOHANSSON, F.; MOCK, V. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. **Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education**, v. 17, n. 2, p. 73-77, 2006.

MOSCHELLA, V. D.; PRESSMAN, K. R.; PRESSMAN, P.; WEISSMAN, E. D. The problem of theodicy and religious response to cancer. **Journal of Religion and Health**, v. 36, n. 1, P. 17-20, 1997.

NASCIMENTO, L. C.; SANTOS, T. F.M.; OLIVEIRA, F. C. S.; PAN, R.; SANTOS, M. F.; ROCHA, S. M. M. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de Enfermeiros. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis-SC, v. 22, n. 1, p. 52-60, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão dos psicólogos. **Estudos de Psicologia**, Natal-RN, v. 17, n. 3, p. 469-476, set./dez. 2012.

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. 238f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre- RS, 2004.

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

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo-SP, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007.

PANZINI, R.G.; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.R.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo-SP, v.34, supl.1, p. 105-115, 2007.

PANZINI, R. G.; MAGANHA, C.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo-SP, v. 45, n. 1, fev. 2011.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: Theory, research, practice.** New York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I.; SMITH, B. W.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 37, n. 4, p. 710-724, dez. 1998.

PARGAMENT, K. I.; KENNEL, J.; HATHAWAY, W.; GREVENGOED, N.; NEWMAN, J.; JONES, W. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **Journal of the Scientific Study of Religion**, v. 27, n. 1, p. 90-104, mar. 1988.

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, mar. 2000.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Construção de uma escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. **Arquivos de medicina**, Porto-Portugal, v. 21, n.2, p. 47-53, mar. 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. Tradução Ana Thorell. Artmed, Porto Alegre- RS, 5 Ed. p. 163-197, 2004.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e Psicologia. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, jun. 2009.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI, M. M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro - RJ, v. 58, n. 4, p.619-627, 2012.

SANTICHI, E. C.; BENUTE, G. R. G.; JUHAS, T. R.; PERARO, E. C.; LUCIA, M. C. S. Rastreo de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo-SP, v. 10, n. 1, p. 42-67, 2012.

SAVARD, J., SIMARD, S., IVERS, H., MORIN, C. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part II: Immunologic effects. **Journal of Clinic Oncology**, Québec-Canadá, v.23, n.25, p.1-10, set. 2005.

SAWADA, N. O.; NICOLUSSI, A. C.; OKINO, L.; CARDOZO, F. M. C.; ZAGO, M. M. F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo-SP, v. 43, n. 3, p. 581-587, set. 2009.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L.C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília-DF, v.17, n.3, p. 225-234, set./dez. 2001.

SILVA, G.; SANTOS M. A. Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto- SP, v. 18, n.14 p. 1-8, jul./ago. 2010.

TATE, J. D. The Role of Spirituality in the Breast Cancer Experiences of African American Women. **Journal of Holistic Nursing**, v. 29, n. 4, P. 249-255, fev. 2011.

TAUNAY, T. C. D.; FRANCISCO, A. A. G.; MACÊDO, D. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GURGEL, L. A.; ANDRADE, L. M. S.; CARVALHO, A. F. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo-SP, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI, M. M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro-RJ, v. 58, n. 4, p.619-627, 2012.

VALCANTI, C. C.; CHAVES, E. C. L.; MESQUITA, A. C.; NOGUEIRA D. A.; CARVALHO, E. C. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo-SP, v. 46, n. 4, p. 838-845, ago. 2012.

VEIT, C. M.; CASTRO, E. K. Coping religioso/espiritual e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura, **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa-Portugal, v. 14, n. 1, p. 1-22, mar. 2013.

VEIT, C. M.; CASTRO, E. K. Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 421-435, 2013.

VENDRUSCULO, L. M. **Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico**. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto- SP, 2011.

VONARX, N.; HYPPOLITE, S. R. Religion, Spirituality, and Cancer: The Question of Individual Empowerment. **Integrative Cancer Therapies**, v. 12, n. 1, p. 69-80, jan.2013.

ZWINGMANN, C.; WIRTZ, M.; MULLER, C.; KORBER, J.; MURKEN, S. Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. **Journal of Behavioral Medicine**, New York-EUA, v. 29, n. 6, p. 533-547, dez. 2006.

WONG-MCDONALD, A.; GORSUCH, R. L. Surrender to God: an additional coping style? **Journal of Psychology and Theology**, v. 28, n. 2, p. 149-161, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)**. Social Change and Mental Health Cluster. WHO/MSA/MHP. Genebra-Suíça, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents.** Genebra-Suíça, 1948, Ed. 45, 2006. Disponível em: http://<www.who.i/governance/eb/who_constitution_en.pdf> Acesso em: 07 ago. 2014.

WHOQOL SRPB GROUP (WHO). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine**, New York-EUA, v. 62, n.6, p. 1486-1497, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: polices guidelines.** Genebra-Suíça, 2th ed. p. 203, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Life in the 21st century: a vision for all.** Genebra-Suíça, p. 231, 1998.

APÊNDICE A - Questionário para Caracterização Sociodemográfica, Clínica e Atividade religiosa/espiritual

Identificação da Paciente

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade declarada: _____

Estado Civil:

- Solteira/Separada/Divorciada/Desquitada
 Casada/União Estável
 Viúva

Escolaridade:

- Ensino Fundamental Incompleto/Completo
 Ensino Médio Incompleto/Completo
 Ensino Superior Incompleto/Completo/Pós-graduação

Ocupação

Profissão/Ocupação Atual: _____

Profissão/Ocupação Anterior à doença: _____

Lazer

Realiza atividades de lazer atualmente:

- sim não

Realizava atividades de lazer antes do câncer de mama:

- sim não

Dados Clínicos

Tratamentos realizados:

Tempo de diagnostico em anos: _____

Tipo de cirurgia: _____

Tempo de cirurgia em meses: _____

Realizou Quimioterapia?

Sim () Não ()

Realizou Hormonioterapia?

Sim () Não ()

Realizou Radioterapia?

Sim () Não ()

Teve alguma Sequela do tratamento?

Sim () Não ()

Caso responda sim, marque qual a(s) sequela(s) apresentada(s):

- () Linfedema
- () Dificuldade de movimento
- () Dor

Atividade Religiosa/Espiritual

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

- () Ateu - não acredita em Deus
- () Católica
- () Espirita
- () Protestante
- () Evangélica
- () Judeu
- () Budista
- () Muçulmano
- () Umbandista
- () Testemunha de Jeová
- () Sem religião mas espiritualizado - acredita em Deus mas não pertence a nenhuma religião

Participa de atividades religiosas/espirituais?

() sim () não

Frequência com que participa de atividade religiosa/espiritual? _____

Grau de importância da religiosidade/espiritualidade no momento de vida?

- () Não é importante
- () Relativamente importante
- () Um pouco importante
- () Importante
- () Muito importante

Obrigada!

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “*A utilização do coping religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama*”. O objetivo da pesquisa é saber se mulheres em tratamento para o câncer de mama utilizam o *Coping* Religioso/Espiritual para enfrentar a doença e suas consequências. O *coping* (*enfrentamento*) religioso/espiritual é uma forma de as pessoas enfrentarem momentos difíceis, estressantes, por meio de sua religiosidade/espiritualidade e essa estratégia nos motivou a estudar o tema. Caso você concorde em participar, vamos precisar de sua colaboração, respondendo um questionário com seus dados relativos à idade, escolaridade, ocupação, estado civil, tratamento do câncer de mama, e uma escala: *Escala de Coping* Religioso/Espiritual, com 49 questões, em que você irá assinalar com “X” os aspectos positivos e negativos a respeito de como você enfrenta momentos difíceis que o câncer de mama pode ter lhe proporcionado. Esse preenchimento acontecerá em local reservado para que seja respeitada sua privacidade, terá duração de aproximadamente 30 minutos, em um dia de atendimento do REMA, com data e horário agendados previamente, não prejudicando o seu atendimento nesse dia. Todas as informações que você julgar secretas serão mantidas em segredo. Seu nome também será mantido em segredo e você poderá deixar de participar da pesquisa no momento que desejar sem prejuízos ao seu atendimento no REMA. Solicito também sua autorização para coletar dados no seu prontuário do REMA, caso seja necessário. Os resultados dessa pesquisa serão divulgados apenas em revistas e/ou apresentados em eventos científicos. Não haverá custo para você e também não receberá nenhum auxílio financeiro por participar. Conforme as leis vigentes no país, você terá direito à indenização, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa. Caso apresente algum desconforto emocional ao preencher a escala, estarei pronta para confortá-la ou encaminhá-la ao atendimento necessário. Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para você neste momento, mas poderão contribuir para que outras mulheres que passarão pelo tratamento do câncer de mama saibam mais sobre essa forma de enfrentamento da doença. Você receberá uma via deste documento, assinada pelas pesquisadoras (Mariana e Marislei). Obrigada pela sua colaboração.

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa realizada por Mariana Lopes Borges, sob orientação da Prof^a Dr^a Marislei Sanches Panobianco. Endereço e telefone para contato com as pesquisadoras: Av. Bandeirantes, 3900 (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP) – 3602-3480 ou Celular: 8108-4589. Para esclarecimentos quanto às questões éticas do estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, no endereço: Avenida dos Bandeirantes n 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP - Brasil. CEP: 14040-902. E-mail: cep@eerp.usp.br e telefone: (16) 3602.3386 (das 8 às 17h, de segunda a sexta-feira).

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da informante _____

Pesquisadoras:

Mariana Lopes Borges

Marislei Sanches Panobianco

ANEXO A - Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve)

PANZINI & BANDEIRA, 2005

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. 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

4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

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

5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

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

6. Procurei em Deus força, apoio e orientação

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

7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

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

8. 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

9. 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

10. 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

11. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

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

12. 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

13. 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

14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

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

15. 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
- 16. 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
- 17. 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
- 18. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 20. 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
- 21. 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
- 22. 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
- 23. 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
- 24. 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
- 25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 26. Fui a um templo religioso**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 27. 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
- 28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 29. Procurei por um total re-despertar espiritual**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 30. Confiei que Deus estava comigo**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 31. 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
- 32. Pensei que Deus não existia**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 33. Questionei se até Deus tem limites**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 35. Pedi perdão pelos meus erros**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 36. Participei de sessões de cura espiritual**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 37. Questionei se Deus realmente se importava**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 38. 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
- 39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 41. 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
- 42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, Reik, etc.)**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 43. 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
- 44. 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
- 45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais**

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

46. Procurei auxílio nos livros sagrados

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

47. 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

48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

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

49. 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

OBRIGADA!

ANEXO B - Autorização para Utilização da Escala *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada

 **Raquel Gehrke Panzini** <ragepa@yahoo.com.br> 21/03/13 ☆  

para mim ▾

Para: Mariana Mariana Lopes Borges

Aluna de Mestrado pelo programa Enfermagem em Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidad e São Paulo-
EERP-USP

Orientador: Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco

Olá,

Autorizo a utilização da Escala de Coping Religioso Espiritual Abreviada
(Escala CRE-Breve) para fins de pesquisa.

Abraços.

Att,

Raquel Gehrke Panzini





Psicóloga, Especialista em Saúde/DAS/SES/RS




Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria/UFRGS

Mestre em Psicologia do Desenvolvimento/UFRGS

F. (51) 9128.8196 ou 3232.8718

ANEXO C- Autorização no ajuste da questão descritiva Estímulo Estressor

Escala CRE-Breve  Entrada x   

 **Mariana Lopes Borges** <malibel01@gmail.com> 29 de jan ☆  

para Raquel, Raquel ▾




Bom dia, Raquel! Primeiramente quero desejar a você um 2015 cheios de boas realizações!

Estou na fase final da minha dissertação de mestrado e só resgatando, utilizei a escala CRE-Breve no meu trabalho. Minha amostra contou com 94 mulheres de um grupo de reabilitação de mastectomizadas, que participam regularmente (até 3x/semana) 100 mulheres. Destas, a maioria estavam em tratamento do câncer de mama há mais de três anos. Tive uma variação de tempo mínimo de tratamento (1 mês) como máximo 15 anos e que estavam em acompanhamento no serviço. A pergunta discursiva da escala sobre estresse, restringe que a pessoa diga qual o estímulo estressor vivenciado nos últimos três anos. Não pude manter o tempo estipulado, porque ficaria com um número muito reduzido de participantes e inviabilizaria meus estudo. Por isso escrevo. Posso fazer uma adequação em relação ao tempo? ou mesmo suprimir o tempo estipulado, vinculando-o ao período de tratamento?

Aguardo resposta!

Att,

Mariana Borges


 **Raquel Gehrke Panzini** <raquel-panzini@saude.rs> 3 de fev ☆  

para mim ▾

Olá Mariana,
Sim, podes fazer adequação em relação ao tempo, bem como "dirigir" o motivo do estresse para as participantes responderem a escala, se é do seu interesse, para o estresse vivido em função da doença (CA Mama).
Mas aí tem de constar na instrução do instrumento, seja esta verbal ou por escrito, para que as pacientes respondam sobre este tema.

Atenciosamente,

Raquel Gehrke Panzini
Especialista em Saúde, Psicóloga PhD
Interlocutora da Rede de Ouvidoria do SUS
Departamento de Ações em Saúde
Secretaria Estadual da Saúde/RS
Av. Borges de Medeiros, 1501 - 5ª and - Ala Norte
CEP: 90119-900 - Porto Alegre/RS
Fone: (51) 3288 - 5917



ANEXO D - Termo de aprovação do Comitê de Ética da EERP-USP



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 237/2013

Ribeirão Preto, 02 de outubro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 02 de outubro de 2013.

Protocolo CAAE: 20156713.6.0000.5393

Projeto: A Utilização do coping religioso/espiritual em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama.

Pesquisadores: Marislei Sanches Panobianco
Mariana Lopes Borges

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Marislei Sanches Panobianco
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO E - Autorização para Coleta de Dados- REMA- Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – CAMPUS
RIBEIRÃO PRETO - TELEFONE: (016) 3602-3448 - FAX (016) 3602-0518
CEP: 14040-902 - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

Ribeirão Preto, 14 de junho de 2013.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

Informamos que a aluna do curso de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Mariana Lopes Borges sob a orientação da Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco, têm a autorização para desenvolver o projeto de mestrado: "A utilização do *coping* religioso/espiritual em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama, no REMA - Núcleo de Ensino, pesquisa e assistência à mulheres mastectomizadas.

Profa. Dra. Ana Maria de Almeida
coordenadora

Ilma Sra.

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP