

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

***Coping* religioso-espiritual e suporte social em pacientes com câncer de  
mama e ginecológico**

**Flávia Andressa Farnocchi Marucci**

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

**Ribeirão Preto - SP**

**2012**



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

***Coping* religioso-espiritual e suporte social em pacientes com câncer de  
mama e ginecológico**

**FLÁVIA ANDRESSA FARNOCCHI MARUCCI**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão  
Preto da Universidade de São Paulo, para  
a obtenção do título de Mestre em  
Ciências.

**Área de Concentração: Psicologia**

**Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**

**Ribeirão Preto - SP**

**2012**

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

### FICHA CATALOGRÁFICA

Marucci, Flávia Andressa Farnocchi

*Coping* religioso-espiritual e suporte social em pacientes com câncer de mama e ginecológico. Ribeirão Preto, 2012.

151p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Gorayeb, Ricardo.

1. *Coping* Religioso-espiritual. 2. Suporte Social. 3. Qualidade de Vida. 4. Sintomas Psicológicos. 5. Câncer.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Nome:** Flávia Andressa Farnocchi Marucci

**Título:** *Coping* religioso-espiritual e suporte social em pacientes com câncer de mama e ginecológico.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



*Dedico este trabalho aos meus pais  
Antonio Fernando Marucci e  
Elda Ap. Farnocchi Marucci*





## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo conforto de sua presença e proteção. Por conduzir minha vida e me auxiliar em todos os momentos.

Às **pacientes** do Ambulatório de Oncologia Ginecológica do HCFMRP-USP, que dividiram comigo um pouco de suas experiências e muito me ensinaram durante este percurso.

Aos **meus pais**, por me apresentar a vida com tanto amor, por me ensinar a acreditar e depender de Deus, por despertar em mim o gosto e o interesse pelo conhecimento, pela dedicação em cada etapa da minha vida e por me incentivar a todo momento. Muito obrigada, este trabalho é fruto do apoio e exemplo de vocês!

Ao **Pedro**, meu companheiro e melhor amigo, por seu amor e carinho, pelo incentivo e apoio em todos os momentos.

Ao **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb** pela oportunidade, pela confiança em meu trabalho e pelo constante incentivo.

À querida amiga **Rosana Shuhama**, pela valiosa contribuição em todas as fases deste trabalho, pela disponibilidade e principalmente pelo incentivo em todos os momentos.

À querida **Tania Calegari**, pela dedicação e valiosa colaboração na coleta de dados desta pesquisa.

Ao Prof. **Nelson Iguimar Valério** e à **Profa. Maria Rita Zoega** pelas ricas contribuições durante o exame de qualificação deste trabalho.

À minha **irmã** e a toda minha **Família**, pelo incentivo, pela compreensão e pelo carinho, em todos os momentos de minha vida.

Aos meus **queridos amigo e colegas**, que me ajudaram a aliviar o cansaço deste trabalho com momentos de amizade e descontração.

A todos os amigos do **Serviço de Psicologia e do Ambulatório de Ginecologia Oncológica** do HCFMRP-USP, que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste trabalho.

*“Seja forte e corajoso! Não fique desanimado e nem tenha medo, porque eu, o Senhor, seu Deus, estarei com você em qualquer lugar para onde você for!”*

*Josué 1:9*



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

Câncer de mama e ginecológico tem alta incidência entre as mulheres brasileiras e seu diagnóstico produz diversas reações emocionais, como ansiedade, depressão e redução da qualidade de vida. *Coping* é definido como o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas para lidar com situações estressoras. Quando são utilizadas estratégias relacionadas à religião para lidar com o estresse, ocorre o chamado *coping* religioso-espiritual. O objetivo deste trabalho foi avaliar o *coping* religioso-espiritual de mulheres com câncer e verificar a relação deste fator com a presença de sintomas psicológicos, com a percepção de suporte social e com a qualidade de vida. Após a aprovação pelo comitê de ética, 120 mulheres diagnosticadas com câncer de mama ou ginecológico, em atendimento em um hospital universitário, foram avaliadas quanto ao uso do *coping* religioso-espiritual (Escala CRE), à percepção de suporte social (Escala de Suporte Social – MOS), à presença de sintomas de ansiedade e depressão (HAD) e à qualidade de vida (WHOQol-Bref). Uma entrevista semi-estruturada foi aplicada para levantar informações sociodemográficas, aspectos clínicos e prática religiosa. Os resultados foram submetidos a testes estatísticos para verificar a existência de relações entre as variáveis. A média de idade da amostra foi de 52,1 anos; a maioria possuía companheiro, tinha menos de oito anos de estudo e renda per capita menor que um salário mínimo; 63% referiram história familiar de câncer e 55,8% estavam em tratamento para câncer em estágio III e IV; 90% declararam ter uma religião definida e destes 78% eram praticantes. Foram identificados sintomas depressivos e de ansiedade em 30% da amostra. Quanto ao *coping* religioso-espiritual, 81% utilizavam CRE total em frequência alta e há uma proporção maior de participantes que faziam uso do *coping* positivo em comparação ao uso do *enfrentamento* negativo. A amostra obteve índices elevados em todas as dimensões de suporte social e a qualidade de vida mostrou-se mais baixa que em outras populações. A análise comparativa entre as variáveis permitiu identificar que o uso de estratégias positivas de *coping* religioso-espiritual estava significativamente relacionado à ausência de sintomas ansiosos e depressivos, a maior percepção de suporte social e a melhor qualidade de vida, enquanto que o uso de estratégias negativas de *coping* está relacionado à piores índices em todos os instrumentos ( $p < 0,05$ ). O *coping* religioso-espiritual foi uma estratégia de enfrentamento bastante utilizada por esta amostra mulheres com câncer. Este resultado indica a importância das variáveis religiosidade e espiritualidade no processo de resiliência e de proteção à saúde.

**Descritores:** *Coping* Religioso-Espiritual; Suporte Social; Qualidade De Vida; Sintomas Psicológicos; Câncer.



MARUCCI, F. A. F. **Religious coping and social support in patients with breast and gynecologic cancer.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Breast and gynecologic cancer has a high incidence among Brazilian women and their diagnosis produces emotional reactions such as anxiety, depression and reduced quality of life. Coping is defined as the behavioural and cognitive strategies used to face stressful situations. Strategies linked to religion, named religious/spiritual coping. This study aimed to evaluate religious coping in women with cancer and the relationship with the psychological symptoms, social support and quality of life. After approval of the Institutional Ethics Committee, 120 women diagnosed with breast or gynecologic cancer, attending in a university hospital were evaluated for the use of religious coping (RCOPE), social support (Social Support Scale - MOS), anxiety and depression (HAD) and quality of life (WHOQOL-BREF). A semi structured interview collected data on socio demographic characteristics, clinical, and religious practice. The results were subjected to statistical tests to check for relationships between variables. The mean age of the sample was 52.1 years, the majority had a partner, had less than eight years of schooling and income lower than the minimum wage, 63% reported family history of cancer and 55.8% were under treatment cancer stage III and IV, 90% had a specific religion and 78% of these were practitioners. We identified depressive symptoms and anxiety in 30% of the sample. As for the religious coping, 81% used CRE total high frequency and there is a greater proportion of participants who made use of positive coping in comparison to the use of negative coping. The sample obtained high ratings in all dimensions of social support and quality of life proved to be lower than in other populations. The comparative analysis between the variables identified that the use of positive religious coping was significantly related to the absence of anxious and depressive symptoms, the greater social support and better quality of life, while the use of negative religious coping is related to worst rates on all instruments ( $p < 0.05$ ). Religious coping proved to be a strategy frequently used by patients with a breast or gynaecological cancer. It also seems to be a protection factor to the psychological stress caused by diagnosis and treatment of the disease.

**Keywords:** Religious Coping, Social Support, Quality of Life, Psychological Symptoms, Cancer.





Fluxograma 1: Processo de recrutamento dos participantes ..... 42



Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a denominação religiosa (n=108).....	60
Gráfico 2 – Avaliação da presença de sintomas de ansiedade em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120) .....	62
Gráfico 3 – Avaliação da presença de sintomas de depressão em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120) .....	62
Gráfico 4 – Avaliação da frequência do uso de estratégias de <i>coping</i> religioso-espiritual (índice total) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120).....	91
Gráfico 5 – Avaliação da frequência do uso de estratégias positiva de <i>coping</i> religioso-espiritual em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120) .....	92
Gráfico 6 – Avaliação da frequência do uso de estratégias negativas de <i>coping</i> religioso-espiritual em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120) .....	92
Gráfico 7 – Comparação da média de qualidade de vida segundo a frequência do uso de estratégias de <i>coping</i> religioso-espiritual (índice total) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120) .....	104
Gráfico 8 – Comparação da média de qualidade de vida segundo a frequência do uso de estratégias positivas de <i>coping</i> religioso-espiritual (CRE Positivo) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120).....	105
Gráfico 9 – Comparação da média de qualidade de vida segundo a frequência do uso de estratégias negativas de <i>coping</i> religioso-espiritual (CRE Negativo) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120).....	106
Gráfico 10 – Comparação entre suporte social e a frequência do uso de estratégias de <i>coping</i> religioso-espiritual (CRE Total) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120) .....	107
Gráfico 11 – Comparação entre suporte social e a frequência do uso de estratégias positivas de <i>coping</i> religioso-espiritual (CRE positivo) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120) .....	108
Gráfico 12 – Comparação entre suporte social e a frequência do uso de estratégias negativas de <i>coping</i> religioso-espiritual (CRE negativo) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120) .....	109



Tabela 1 – Distribuição de frequências e porcentagens das características sociodemográficas da amostra de mulheres com câncer (n=120) .....	54
Tabela 2 – Distribuição de frequências e porcentagens das características clínicas da amostra de mulheres com câncer (n=120) .....	56
Tabela 3 – Descrição da localização e frequência de metástases em uma amostra de mulheres com câncer (n=11).....	58
Tabela 4 – Distribuição de frequências e porcentagens das características relacionadas à religiosidade em mulheres com câncer (n=120).....	59
Tabela 5 – Definição de Espiritualidade de forma independente da prática de uma religião específica (n=12) .....	61
Tabela 6 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com câncer (n=120) .....	64
Tabela 7 – Comparação entre as variáveis clínicas e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com câncer (n=120).....	66
Tabela 8 – Comparação entre as variáveis religiosas e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com câncer (n=120).....	67
Tabela 9 – Descrição da qualidade de vida em uma amostra de mulheres com câncer (n=120).....	68
Tabela 10 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas e qualidade de vida em mulheres com câncer (n=120).....	70
Tabela 11 – Comparação entre as variáveis clínicas e qualidade de vida em mulheres com câncer (n=120).....	73
Tabela 12 – Comparação entre as variáveis religiosas e qualidade de vida em mulheres com câncer (n=120).....	76
Tabela 13 – Comparação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres com câncer (n=120).....	78
Tabela 14 – Descrição do suporte social disponível a uma amostra de mulheres com câncer (n=120).....	79
Tabela 15 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas e suporte social	

em mulheres com câncer (n=120) .....	81
Tabela 16 – Comparação entre as variáveis clínicas e suporte social em mulheres com câncer (n=120) .....	84
Tabela 17 – Comparação entre as variáveis religiosas e suporte social em mulheres com câncer (n=120) .....	86
Tabela 18– Comparação entre ansiedade, depressão e suporte social em mulheres com câncer (n=120) .....	88
Tabela 19 – Correlação entre qualidade de vida e suporte social em mulheres com câncer (n=120) .....	89
Tabela 20 - Descrição do valor mínimo, máximo, média e desvio padrão de <i>coping</i> religioso-espiritual em uma amostra de mulheres com câncer (n=120) .....	93
Tabela 21 - Comparação entre as variáveis sociodemográficas e <i>coping</i> religioso-espiritual em mulheres com câncer (n=120) .....	95
Tabela 22 - Comparação entre as variáveis clínicas e <i>coping</i> religioso-espiritual em mulheres com câncer (n=120) .....	98
Tabela 23 - Comparação entre as variáveis religiosas e <i>coping</i> religioso-espiritual em mulheres com câncer (n=120) .....	101
Tabela 24 – Comparação entre ansiedade, depressão e <i>coping</i> religioso- espiritual em mulheres com câncer (n=120) .....	102
Tabela 25 – Regressão linear entre <i>coping</i> religioso-espiritual e as variáveis ansiedade, depressão, qualidade de vida e suporte social .....	111

---

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>27</b>
1.1 Câncer .....	27
1.2 Aspectos Psicológicos Associados ao Câncer .....	28
1.3 Estratégias de Enfrentamento .....	29
1.4 <i>Coping</i> Religioso-Espiritual .....	30
1.5 Suporte Social .....	35
1.6 Objetivos .....	37
1.6.1 Objetivos Gerais .....	37
1.6.2 Objetivos Específicos .....	37
<b>2 MÉTODO .....</b>	<b>41</b>
2.1 Delineamento do Estudo .....	41
2.2 Local .....	41
2.3 Participantes .....	41
2.4 Materiais e Instrumentos .....	43
2.4.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	43
2.4.2 Entrevista semi-estruturada .....	43
2.4.3 Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE) .....	43
2.4.4 Escala de Suporte Social – MOS (Medical Outcomes Study) .....	45
2.4.5 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) .....	46
2.4.6 WHOQoL-Bref .....	46
2.5 Procedimento de Coleta dos Dados .....	47
2.6 Procedimento de Análise dos Dados .....	48
2.7 Aspectos Éticos .....	49
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
3.1 Caracterização da Amostra .....	53
3.1.1 Aspectos Sociodemográficos .....	53
3.1.2 Aspectos Clínicos .....	55
3.1.3 Aspectos Relacionados à Religião e/ou Espiritualidade .....	58
3.2 Ansiedade e Depressão .....	61
3.2.1 Comparação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas e sintomas de ansiedade e depressão .....	63
3.3 Qualidade de Vida .....	68

3.3.1 Comparação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas e qualidade de vida.....	69
3.3.2 Comparação entre sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida .....	77
3.4 Suporte Social .....	79
3.4.1 Comparação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas e suporte social .....	80
3.4.2 Comparação entre sintomas de ansiedade e depressão e suporte social .....	87
3.4.3 Correlação entre qualidade de vida e suporte social .....	89
3.5 <i>Coping</i> Religioso-Espiritual (CRE) .....	90
3.5.1 Caracterização da amostra quanto ao uso de <i>coping</i> religioso-espiritual .....	90
3.5.2 Comparação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas e <i>coping</i> religioso-espiritual .....	94
3.5.3 Comparação entre ansiedade e depressão e <i>coping</i> religioso-espiritual.....	102
3.5.4 Comparação entre qualidade de vida e <i>coping</i> religioso-espiritual .....	104
3.5.5 Comparação entre suporte social e <i>coping</i> religioso-espiritual .....	107
3.5.6 Análise de regressão linear entre ansiedade, depressão, qualidade de vida, suporte social e <i>coping</i> religioso-espiritual.....	110
<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>131</b>
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	131
APÊNDICE B - Entrevista Semi-estruturada .....	133
<b>ANEXOS.....</b>	<b>137</b>
ANEXO A - Escala de <i>Coping</i> - Religioso-Espiritual (CRE) .....	137
ANEXO B - Escala de Apoio Social – MOS.....	142
ANEXO C - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HAD .....	143
ANEXO D - Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQol-Bref).....	144
ANEXO E - Aprovação pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.....	148
ANEXO F - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP.....	149
ANEXO G - Permissão para uso da versão brasileira da Escala de <i>Coping</i> Religioso-Espiritual .....	150
ANEXO H - Permissão formal para uso da versão brasileira da Escala de Apoio Social - MOS.....	151



## **INTRODUÇÃO**

---



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Câncer

Câncer compreende uma classe de doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células anormais. Também conhecido como neoplasia ou tumor maligno, pode ser definido como uma doença degenerativa resultante do acúmulo de lesões no material genético, que induz o processo de crescimento, reprodução e dispersão das células (SASSE et al. , 2007).

De acordo com o banco de dados do Sistema Único de Saúde, atualmente o câncer é a segunda causa de morte no país, sendo precedido apenas pelas doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2012). O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. No Brasil, a última estimativa realizada previa o número 52 mil casos novos de câncer de mama para o ano de 2012 (INCA, 2012). Se for diagnosticado e iniciado o tratamento ainda nos estágios iniciais, o câncer de mama pode ter um bom prognóstico. No entanto, no Brasil as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%, sendo que para países desenvolvidos essa sobrevida aumenta para 73% e nos países em desenvolvimento fica em 57% (INCA, 2012, SOARES; SILVA, 2012).

O câncer ginecológico, tumores que atingem os órgãos do aparelho reprodutor feminino, como ovário, colo de útero, endométrio e vulva, corresponde a quase 30% dos casos de câncer na mulher. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. Assim como o câncer de mama, se detectado em estágios iniciais, o câncer ginecológico é passível de tratamento e cura (INCA, 2012, SOARES; SILVA, 2012).

Estudos sugerem que as neoplasias possuem origens variadas, podendo ter causas internas, normalmente geneticamente pré-determinadas e relacionadas à capacidade do organismo de se defender das agressões do ambiente; e causas externas, relacionadas ao meio ambiente e aos hábitos sociais e culturais (INCA, 2012). Neste sentido, o tabagismo e o

consumo de bebida alcoólica têm sido frequentemente relacionados como fatores de risco externos para o aparecimento de tumores malignos (STRAUB, 2005).

Após o encaminhamento ao oncologista por suspeita de neoplasia, o paciente passa por diversos testes diagnósticos, como biópsia, ultrassonografia e ressonância magnética, para confirmação da presença e definição do estadiamento da doença. Segundo o Ministério da Saúde (2004), o estadiamento do câncer é baseado na classificação proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância (Classificação TNM). O estágio da doença pode variar em uma escala de 0 a IV em ordem crescente de tamanho e gravidade do tumor, sendo o estágio 0 o câncer em sua fase mais inicial (carcinoma *in situ*) e o estágio IV quando há presença de metástase à distância (BRASIL, 2004).

Os principais métodos de tratamento utilizados em câncer de mama e ginecológico são cirurgia, quimioterapia e radioterapia, sendo que normalmente estes tratamentos são utilizados em combinação. A cirurgia pode ser conservadora, na qual apenas a região atingida pelo tumor é retirada, ou não-conservadora, em que o órgão no qual o tumor primário se encontra é retirado totalmente (BARACAT, 2000). A quimioterapia utiliza medicamentos para destruir as células do tumor e pode causar diversos efeitos colaterais, como queda de cabelo, náuseas, alteração no paladar e fadiga. Pode ser administrada antes da cirurgia (quimioterapia neoadjuvante), para reduzir tumores grandes, ou após a cirurgia (quimioterapia adjuvante). Além dessa classificação, a quimioterapia também pode ser do tipo paliativa, quando há presença de metástase a distância. Já a radioterapia é o tratamento no qual se utilizam radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem (INCA, 2012, SOARES E SILVA, 2012).

## **1.2 Aspectos Psicológicos Associados ao Câncer**

O diagnóstico e tratamento do câncer tem efeitos importantes na vida do paciente, e as consequências desta enfermidade podem ser observadas no âmbito biológico, psicológico e social (BARBOSA et al., 2004).

Apesar dos avanços relacionados ao tratamento do câncer, este ainda é visto como uma enfermidade sinônimo de sofrimento e morte (BARBOSA et al., 2004). Além da própria evolução geralmente agressiva da doença, o tratamento é longo e com efeitos colaterais desagradáveis e debilitantes (VENTURI; PAMPLONA; CARDOSO, 2004). No caso de câncer de mama e ginecológico, os órgãos afetados estão diretamente relacionados à feminilidade e auto-imagem, o que acarreta consequências negativas na sexualidade e autoestima destas pacientes (WANDERLEY, 2003).

Estresse psicológico tem sido comumente relacionado ao tratamento do câncer e pode produzir sentimentos de tristeza e vulnerabilidade, isolamento social, sintomas depressivos e ansiedade (CARLSON; BULTZ, 2003; MERTZ et al., 2011). Lazarus e Folkman (1984) definem estresse psicológico como a relação entre pessoa e contexto ambiental, que é percebido como indo além do que aquela pode suportar, excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem estar. Neste sentido, Simonton et al. (1987) afirma que pessoas com câncer passam por grandes mudanças de humor e frequentemente apresentam sentimentos como medo, raiva, incerteza sobre o futuro, insatisfação com a imagem corporal, desesperança e pena de si mesmas, além da sensação de perda de controle em relação à própria vida (SANTANA et al., 2008).

Segundo Mertz et al. (2011) transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão, redução na qualidade de vida e dificuldades de ajustamento podem ser identificados durante e mesmo após o tratamento do câncer. De acordo com Carlson e Bultz (2003), as consequências emocionais associadas ao diagnóstico do câncer precisam ser observadas como prioridades, uma vez que influenciam a qualidade de vida do paciente, bem como sua resposta ao tratamento médico.

### **1.3 Estratégias de Enfrentamento**

Segundo Lazarus e Folkman (1984), a forma como cada indivíduo reage a situações e acontecimentos estressores é chamada enfrentamento ou *coping* (palavra inglesa sem tradução literal em português, podendo significar lidar com, manejar, enfrentar ou adaptar-se a) (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Deste modo, *coping* pode ser entendido como conjunto

de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos para lidar com uma ameaça iminente. Este se processa mediante a mobilização de recursos naturais, com fins de administração de situações estressoras, consistindo de interação entre o organismo e o ambiente (ZAHIR, 2003). As estratégias de *coping* utilizadas podem influenciar a resiliência do indivíduo e tornar-se um fator de proteção contra futuros prejuízos psicológicos (PESCE et al., 2004).

Alegrance, Souza e Mazzei (2010) avaliaram as estratégias de enfrentamento utilizadas por 82 mulheres em tratamento para câncer de mama, e verificaram que as mais utilizadas por essas pacientes foram: autocontrole, reavaliação positiva, resolução de problemas, fuga e suporte social. Da mesma forma, De Marco (2007) também verificou que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas em seu estudo com mulheres com câncer foi a reavaliação positiva e o suporte social.

Além destas estratégias gerais de enfrentamento, muitos estudos fazem referência ao uso da religiosidade e/ou espiritualidade para manejar situações estressoras, principalmente relacionadas a problemas de saúde (KOENIG et al., 2001; KRISTELLER et al., 2011; PARK et al., 2011; THUNÉ-BOYLE et al., 2006).

#### **1.4 *Coping* Religioso-Espiritual**

O termo *coping* religioso-espiritual é empregado para descrever o comportamento de utilizar estratégias relacionadas a crenças e/ou religião para lidar com o estresse de acontecimentos negativos (PARGMENT,1997). Segundo Koenig et al. (1998) *coping* religioso pode ser definido como “o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou avaliar consequências emocionais negativas”. Wong-McDonald e Gorsuch (2000) consideram que o *coping* religioso descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse e os problemas de vida, destacando que por fé pode-se entender espiritualidade, religião ou crenças pessoais.

Segundo Koenig (2001) religiosidade e espiritualidade descrevem padrões comportamentais distintos e por isso devem ser diferenciados. O autor (2001) afirma que religiosidade é um conjunto de práticas e rituais que facilitam a aproximação do indivíduo

com aquilo que ele considera sagrado, configurando-se como uma prática socializada, vinculada a uma doutrina coletivamente compartilhada e praticada. Já a espiritualidade é definida como a tentativa de encontrar respostas, no nível pessoal, em relação ao significado da vida, caracterizando-se por práticas mais subjetivas, individuais e não institucionais.

Nos últimos anos, muitos estudos têm demonstrado a relação tanto da religiosidade como da espiritualidade a diversos efeitos benéficos à saúde e ao bem-estar. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um aprofundamento das investigações sobre este aspecto e atualmente o bem-estar espiritual vem sendo considerado como mais uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões física, psicológica e social (WHOQoL Group, 1995).

Desde modo, pesquisas têm ressaltado a importância da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento de enfermidades físicas e psicológicas. Lazarus e Folkman (1986) destacam que a fé parece ser importante aliada no processo de adaptação a situações de ameaça à existência, podendo auxiliar o indivíduo a obter ou conservar a esperança, além de ajudá-lo a encontrar um sentido para a vida e facilitar a emergência de recursos psicológicos importantes para combater a doença.

Segundo Park et al. (2011), a alta frequência da prática religiosa está relacionada a maior nível de satisfação com a vida e relato de felicidade, e a menores níveis de queixas psicológicas. Em revisão de literatura realizada por Panzini e Bandeira (2007), as autoras concluem que a maioria das pesquisas realizadas indica que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental, incluindo efeitos benéficos em relação a dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, funções imunológicas, doenças infecciosas, câncer e mortalidade, além de maiores níveis de satisfação com a vida, bem-estar, senso de propósito e significado de vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias.

De forma semelhante ao que ocorre em outras doenças, o envolvimento religioso e espiritual tem demonstrado um importante papel no processo de ajustamento ao câncer (KOENIG et al., 2001; KRISTELLER et al., 2011; THUNÉ-BOYLE et al., 2006). Pacientes com neoplasia frequentemente recorrem a recursos espirituais para enfrentar o diagnóstico e os riscos associados a doença e ao seu tratamento.

Neste sentido, Feher e Maly (1999) verificaram que a fé ou a religiosidade de todos os pacientes analisados em sua pesquisa aumentou durante situações críticas, sendo que

91% relataram usar a fé como suporte emocional necessário para enfrentar o câncer. Segundo estudo realizado por Holland (1996) 95% dos pacientes com câncer entrevistados encontram na religião e na crença religiosa alguma importância para o enfrentamento durante o processo da doença. De acordo com Torbjorsen et al. (2000), a maioria dos pacientes com câncer acredita em Deus e a atividade religiosa podem ajudar os pacientes a enfrentar a doença.

Gonçalves, Gíglio e Ferraz (1999) demonstraram em seu estudo, utilizando a Escala Beck de Depressão, que a religiosidade aparentemente atuou como um fator de proteção contra sintomas de depressão em pacientes que haviam recebido o diagnóstico de neoplasia mamária. Em um estudo posterior, os mesmos autores encontraram efeito semelhante da religiosidade para pacientes submetidas a cirurgia de mastectomia (GONÇALVES, GÍGLIO e FERRAZ, 2005).

Delgado-Guay et al. (2011) entrevistaram em seu estudo 100 pacientes com câncer em estágio avançado, dos quais 98% relataram se considerar pessoas espirituais ou religiosas e a maioria relatou que a religiosidade os auxiliou a enfrentar a doença e a encontrar força e conforto.

Entretanto, de acordo com Pargament et al. (1998), a religiosidade pode constituir ajuda ou obstáculo ao alcance de resultados adaptativos no processo de enfrentamento. Um modelo desenvolvido por este autor (1998) identificou padrões positivos e negativos de *coping* religioso, examinando suas implicações para a saúde.

Define-se o *coping* religioso-espiritual positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico ao praticante como, por exemplo, procurar amor e proteção de Deus, buscar ajuda e conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar dos outros, resolver problemas em colaboração com Deus e redefinir o estressor como benéfico (PARGAMENT et al., 1998). Já o *coping* religioso-espiritual negativo é definido por envolver estratégias que geram conseqüências prejudiciais ao indivíduo, como questionar a existência ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação e descontentamento em relação a Deus ou a freqüentadores de instituições religiosas, sentir-se abandonado por Deus e redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal (PANZINI e BANDEIRA, 2007). Estudos indicam que as estratégias de *coping* religioso-espiritual positivo são consideravelmente mais utilizadas que as de caráter negativo (PARGAMENT et al., 1998).



Harrison et al. (2001), em uma revisão de literatura, encontraram significativa associação entre sintomas de ansiedade e estratégias de *coping* religioso-espiritual negativo. Verificaram ainda que autoestima, satisfação com a vida e percepção positiva da qualidade de vida estavam frequentemente relacionados ao padrão positivo de enfrentamento religioso.

Panzini (2004) avaliou em seu estudo a relação entre *coping* religioso-espiritual, saúde e qualidade de vida em 616 pessoas, com idade variando entre 13 e 82 anos. Verificou que 97,9% dos participantes relatavam acreditar em Deus e 91,6% consideravam que sua crença religiosa ou sua espiritualidade facilitava o enfrentamento de eventos estressores. A maioria dos entrevistados apresentava problemas de saúde e, em média, demonstravam alto uso de *coping* religioso-espiritual positivo. Também foi possível verificar uma associação positiva entre enfrentamento religioso e qualidade de vida, sendo que participantes que fizeram maior uso de *coping* religioso-espiritual positivo apresentaram melhor qualidade de vida em todos os domínios do instrumento de qualidade de vida da OMS, o *WHOQoL-Bref*.

Com relação a qualidade de vida, Tarakeshwar et al. (2006) também examinaram a relação desta com *coping* religioso em 170 pacientes com câncer avançado. Os autores (2006) verificaram que o alto uso de estratégias positivas de *coping* religioso estava associado a índices mais altos de qualidade de vida, e que o uso de *coping* negativo, por outro lado, estava relacionado a pior qualidade de vida geral e escore mais baixo na dimensão psicológica.

Rand et al. (2011) avaliaram a relação entre *coping* religioso-espiritual e consequências psicológicas em 86 homens com câncer avançado e verificaram que o alto uso de estratégias positivas de enfrentamento religioso estava relacionado a maior sensação de bem-estar, mas não foi efetivo para reduzir estresse psicológico. Por outro lado, o uso de estratégias negativas de *coping* religioso demonstrou estar associado à maior presença de sintomas emocionais.

Hebert et al. (2009) verificaram a relação entre *coping* religioso-espiritual e medidas de bem-estar, como percepção de saúde física e mental, depressão e satisfação com a vida, em 198 mulheres com câncer de mama em estágio inicial (estádio I e II) e 86 mulheres com câncer em estágio avançado (estádio IV). Seus dados mostraram que 76% das participantes utilizavam estratégias positivas de enfrentamento religioso e apenas 15% da amostra utilizavam estratégias negativas de *coping*. Além disso, observou-se que o *coping* religioso-espiritual positivo não demonstrou associação com nenhuma medida de bem-estar, enquanto o *coping* negativo estava associado a piores níveis de saúde mental e de

insatisfação com a vida. O estadiamento da doença por sua vez, parece não ter influenciado o processo de enfrentamento destas pacientes.

Kristeller et al. (2011) entrevistaram 114 pacientes em tratamento para câncer com o objetivo de identificar diferentes padrões de enfrentamento religioso e espiritual e suas implicações no ajustamento psicológico ao câncer. Foram identificados quatro diferentes padrões: alta religiosidade e alta espiritualidade; baixa religiosidade e alta espiritualidade; enfrentamento religioso negativo; e baixa religiosidade e espiritualidade. A maior parte da amostra (70%) foi classificada nas duas primeiras categorias e estas demonstraram associação positiva com menor nível de depressão e bom ajustamento a doença. Os pacientes que utilizavam estratégias negativas de *coping* religioso (14%) apresentaram os maiores níveis de depressão e aqueles que não utilizavam estratégias de enfrentamento relacionadas a religiosidade e/ou espiritualidade (16%) demonstraram pior adaptação ao tratamento do câncer.

Com o objetivo de verificar a prevalência de *coping* religioso em pacientes com câncer no Reino Unido, Thuné-Boyle et al. (2011) avaliaram uma amostra de 202 pacientes diagnosticadas com câncer de mama. Os resultados deste estudo mostraram que o uso de estratégias de *coping* religioso-espiritual foi muito frequente quando avaliado por meio de uma escala específica de enfrentamento religioso (RCOPE – Pargment et al. 2000), uma vez que mais de 73% da amostra utilizou *coping* religioso positivo. No entanto, quando avaliado por meio de uma escala de estratégias gerais de enfrentamento, o *coping* religioso foi uma das estratégias menos utilizadas. Os autores (2011) discutem que este resultado provavelmente se deve à grande proporção de pessoas não religiosas no Reino Unido, o que justifica a diferença encontrada em estudos feitos em outros países.

Macieira et al. (2007) avaliaram o enfrentamento religioso de 30 mulheres diagnosticadas com câncer de mama no Brasil, e verificaram que a maior parte da amostra (76%) utilizava estratégias de *coping* religioso-espiritual em uma frequência alta. No entanto, estes autores não relacionaram estes dados a nenhum aspecto psicossocial.

No Brasil estima-se que aproximadamente 93% da população é composta por indivíduos religiosos (IBGE, 2012), o que sugere que o *coping* religioso-espiritual é provavelmente uma estratégia de enfrentamento bastante utilizada neste país. No entanto, este aspecto ainda tem sido pouco explorado e o número de publicações nacionais sobre este tema é restrito.

## 1.5 Suporte Social

O estudo do suporte social também tem recebido bastante destaque na área de psicologia da saúde e tem demonstrado atuar como fator de proteção ao estresse psicológico causado pelo diagnóstico de câncer (GROARKE; CURTIS; KERIN, 2011; PINAR et al., 2011).

Deste modo, Valla (1999) destaca o ambiente social como fator que exerce papel na prevenção contra doenças e na manutenção da saúde e Nucci (2003) ressalta que a forma como o grupo social percebe o surgimento de uma doença e a evolução de seu tratamento influenciam a escolha dos recursos de enfrentamento que o paciente utilizará.

Diversos estudos têm mostrado que dispor de alguém que ofereça ajuda ou apoio em situações de necessidade pode facilitar o enfrentamento de problemas e diminuir os efeitos negativos de situações estressantes, favorecendo a saúde e o bem-estar emocional (SHERBOURNE, 1988). Assim, a importância do apoio social na preservação e recuperação da saúde tem sido alvo de investigação nas últimas décadas (BERKMAN E GLASS, 2000).

Sherbourne e Stewart (1991) definem apoio social como o grau com que relações interpessoais atendem a determinadas necessidades e Griep et al. (2005, p.704) o definem da seguinte forma:

Apoio social diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo).

O apoio social tem sido associado ao bem-estar psicológico, a maior grau de satisfação com a vida e autoestima, e à menor ocorrência de ansiedade (BROADHEAD et al., 1988; BOZO et al., 2009). Griep et al. (2003) ressaltam a associação existente entre maior apoio social e menor taxa de mortalidade geral (considerando todas as causas), uma vez que indivíduos isolados socialmente apresentaram risco entre duas e cinco vezes maior de morrer, comparados a aqueles que mantêm vínculos fortes com amigos, parentes ou grupos. Também destacam estudos que indicam que maiores níveis de apoio social estão relacionados com menor incidência de hipertensão arterial sistêmica, doença coronariana, câncer, diabetes, doenças infecciosas, sofrimento psíquico e distúrbios psiquiátricos, insônia, dores crônicas e complicações durante a gravidez.

Andrade et al. (2005) verificaram a contribuição positiva do apoio social para a prática regular de autocuidados de saúde, pois as participantes com escores mais altos nas dimensões de apoio social relataram maior frequência de auto-exame das mamas. Griep et al. (2005) sugerem que relacionamentos sociais têm efeito positivo na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse.

Leeuw et al. (2000) estudaram a associação das variáveis: estratégias de enfrentamento, apoio social e sintomas depressivos em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os autores (2000) verificaram que o suporte emocional ineficaz, rede social insuficiente e o enfrentamento voltado para evitação do problema são preditores de sintomas depressivos durante o tratamento da neoplasia.

Cícero et al. (2009) avaliaram 96 pacientes com câncer e concluíram que o suporte social influencia na forma como o câncer é enfrentado. Os resultados sugerem que a percepção de suporte social disponibilizado por amigos pode aumentar a possibilidade de o paciente considerar o câncer como um desafio e assumir um papel ativo no seu tratamento e recuperação, no entanto, o suporte social familiar não demonstrou este efeito.

Pinar et al. (2011) analisaram a relação entre suporte social e aspectos psicológicos em 187 mulheres em tratamento de câncer ginecológico na Turquia, e verificaram que níveis elevados de percepção de apoio social estava associado a escores reduzidos de ansiedade e depressão e maior qualidade de vida. Estes autores (2011) ainda destacam que o suporte social pode atuar como um instrumento facilitador do processo de enfrentamento do câncer e reduzir distúrbios de humor relacionados ao diagnóstico e tratamento desta doença.

Pereira e Lopes (2002) ressaltam que a percepção do suporte social tem efeito direto no bem-estar psicológico e, portanto, influencia a capacidade do paciente utilizar estratégias de *coping* adequadas. Assim, é possível concluir que a presença de suporte social adequado tem efeito na escolha do enfrentamento religioso positivo (GONÇALVES, GÍGLIO e FERRAZ, 2005). Da mesma forma, Howsepian e Merluzzi (2009) concluíram em um estudo, com 164 pacientes em tratamento oncológico, que a presença de crenças religiosas estava relacionada a um aumento na percepção de suporte social.

Assim, baseando-se nestes relatos da literatura, fica evidente que a religiosidade/espiritualidade e a presença de suporte social são aspectos importantes no enfrentamento do câncer, de modo que a elaboração de estudos científicos que explorem estes temas pode promover uma melhor compreensão dos aspectos emocionais envolvidos

e fornecer suporte teórico e técnico para futuras intervenções que visem amenizar o impacto psicológico de pacientes com câncer.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivos Gerais**

Os objetivos deste estudo foi avaliar o *coping* religioso–espiritual de pacientes com diagnóstico de câncer de mama ou ginecológico, e verificar a relação deste fator com a presença de sintomas psicológicos, com a qualidade de vida e com a percepção de suporte social.

### **1.6.2 Objetivos Específicos**

- Verificar o uso de *coping* religioso-espiritual por meio da aplicação da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE);
- Avaliar a percepção de suporte social, por meio da Escala de Suporte Social – MOS (Medical Outcomes Study);
- Identificar se há presença de sintomas depressivos e ansiosos por meio da aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD);
- Avaliar o nível de qualidade de vida em seus diversos domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), a partir da aplicação do instrumento WHOQoL-Bref;
- Analisar se a estratégia de *coping* religioso-espiritual empregado (positivo ou negativo) interferem na incidência dos sintomas depressivos e ansiosos, na qualidade de vida e na percepção de suporte social.
- Relacionar características sociodemográficas e aspectos clínicos, como o estágio da doença e o tratamento realizado, com *coping* religioso-espiritual, suporte social, qualidade de vida e presença de sintomas de ansiedade e depressão.



**MÉTODO**

---





## 2 MÉTODO

### 2.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo comparativo, de corte transversal, com uma amostra de conveniência.

### 2.2 Local

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

### 2.3 Participantes

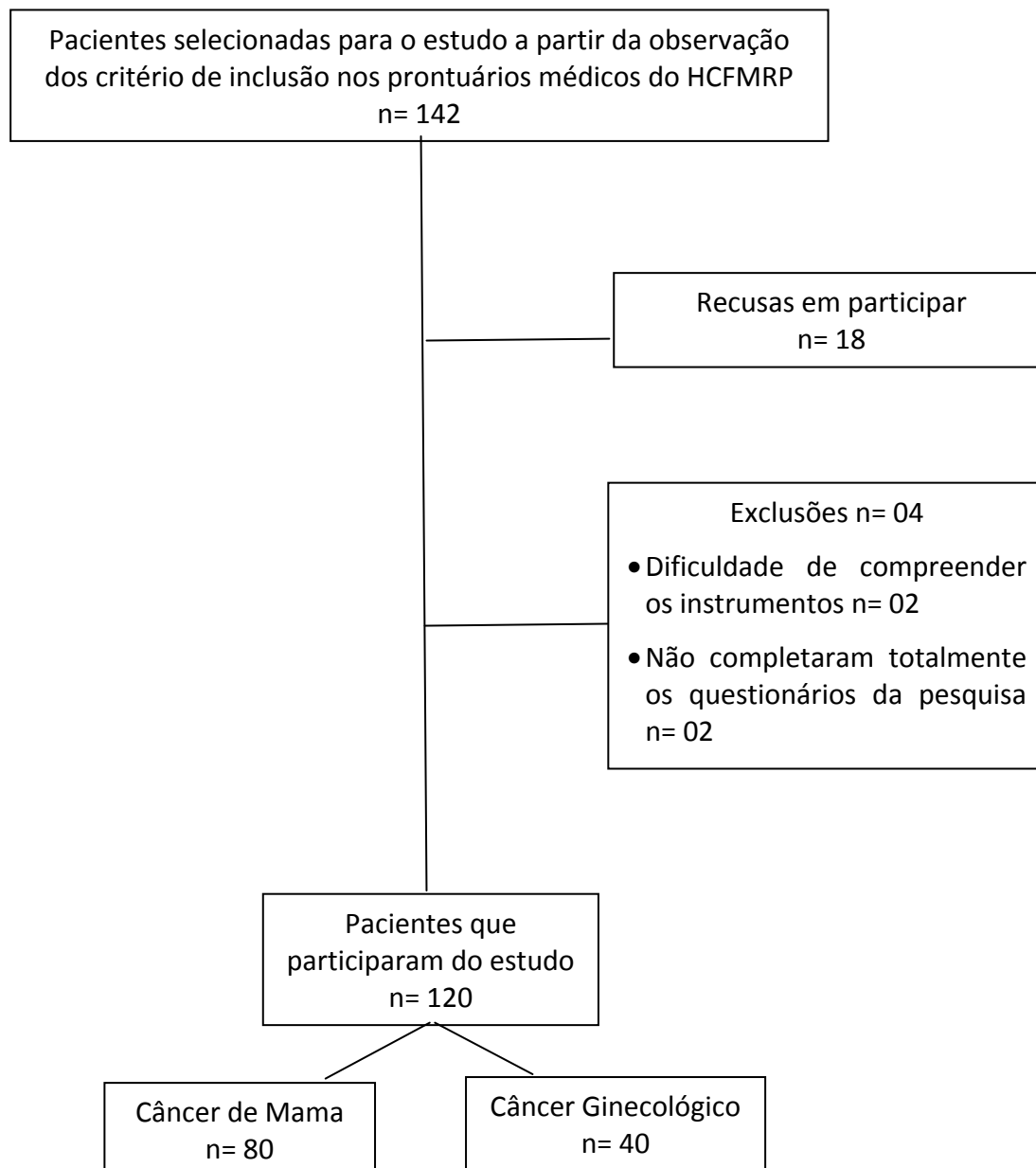
Participaram deste estudo 120 pacientes do Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia do HCFMRP-USP, sendo 80 com diagnóstico de câncer de mama e 40 com diagnóstico de câncer ginecológico, durante o período de agosto de 2010 a setembro de 2011. O processo de recrutamento das participantes está descrito no Fluxograma 1. Os critérios utilizados para exclusão e inclusão das participantes foram os seguintes:

*Critérios de Inclusão:*

- Ter diagnóstico de câncer de mama ou ginecológico e estar em tratamento há no mínimo um mês e no máximo 12 meses;
- Estar em acompanhamento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia do HCFMRP-USP;

Critérios de exclusão:

- Mostrar-se incapaz de compreender os instrumentos e/ou respondê-los de forma verbal, clara e consistente.
- Presença de recidiva ou tratamento prévio de outros tipos de câncer.



Fluxograma 1 – Processo de recrutamento dos participantes

## **2.4 Materiais e Instrumentos**

### **2.4.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Texto elaborado pelos pesquisadores, seguindo as orientações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/96) para pesquisa com seres humanos, contendo o nome da pesquisa, os objetivos desta, bem como a relevância de sua realização. Este documento assegurava à participante o total sigilo das informações fornecidas e seu completo anonimato. Foi assinado pela participante e pela pesquisadora responsável em duas vias. (Apêndice A).

### **2.4.2 Entrevista semi-estruturada**

Baseada na experiência dos psicólogos responsáveis pelo estudo, o roteiro de entrevista foi composto por um grupo de questões abertas que tem por objetivo levantar dados relativos às características sociodemográficas, ao quadro clínico da paciente e à prática da religiosidade/espiritualidade. Os dados referentes aos aspectos clínicos foram verificados no prontuário médico do HCFMRP-USP (Apêndice B).

### **2.4.3 Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE)**

Este instrumento é adaptado e validado para a população brasileira com base na escala norte-americana “Religious Coping Scale” (RCOPE), desenvolvida por Pargament, Koenig e Perez (2000). Foi traduzido e adaptado por Panzini e Bandeira, (2005), que também realizaram a validação de construto, critério e conteúdo e a verificação da

fidedignidade da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE), tendo sido encontradas propriedades psicométricas adequadas.

Este instrumento é composto por 87 itens que englobam questões referentes a religião e espiritualidade para lidar com situações estressoras. A aplicação desta escala é iniciada com uma explicação simples do conceito de *coping* religioso-espiritual e pede-se ao participante a descrição breve da situação de maior estresse que a pessoa vivenciou nos últimos três anos e é solicitado que esta responda o quanto fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com a situação estressora. No entanto, no presente estudo, as participantes foram orientadas a responder às questões pensando especificamente na situação da doença (câncer de mama ou câncer ginecológico).

As respostas são dadas em escala do tipo Likert de cinco pontos que variam de 1 (nem um pouco) a 5 (muitíssimo). A correção da escala é realizada de acordo com critérios propostos pelas autoras (Panzini, 2004) e permite a verificação dos seguintes escores:

- CRE Positivo: indica o nível de coping religioso-espiritual positivo praticado pela pessoa avaliada, por meio da média das 66 questões da dimensão positiva da escala;
- CRE Negativo: indica o nível de coping religioso-espiritual negativo praticado pelo participante, por meio da média das 21 questões da dimensão negativa da escala;
- CRE Total: indica a quantidade total de estratégias de coping religioso-espiritual utilizada, por meio da média entre o índice CRE Positivo e a média das respostas invertidas aos 21 itens do CRE Negativo. Como as duas dimensões apresentam direção inversa, a simples média entre as estratégias positivas e negativas não poderia ser feita. Deste modo, o cálculo do CRE Total é possibilitado pela inversão do CRE negativo, e quanto maior seu valor, maior o uso total de CRE pela pessoa avaliada.

Além disso, a escala permite também a avaliação de oito fatores de *coping* religioso-espiritual positivo (transformação de si/sua vida; busca de ajuda espiritual; oferta de ajuda a outro; posição positiva frente a Deus; busca de crescimento espiritual; busca do outro institucional; busca de conhecimento espiritual; e afastamento por meio de Deus/religião/espiritualidade) e quatro fatores de *coping* negativo (reavaliação negativa de Deus; posição negativa frente a Deus; reavaliação negativa do significado; e insatisfação com outro institucional) (Anexo A).

#### 2.4.4 Escala de Suporte Social – MOS (Medical Outcomes Study)

Este instrumento foi originalmente elaborado para o Medical Outcomes Study (MOS) por Sherbourne e Stewart (1991). Foi traduzido, adaptado e validado para a população brasileira por Griep et al. (2003), que avaliaram a confiabilidade teste-reteste e consistência interna da escala e, em um segundo momento, a validade de constructo, avaliada por meio de análise fatorial e de correlação item-escala corrigida (Griep et al., 2005). Estes estudos concluíram que a versão em português deste instrumento manteve as propriedades psicométricas adequadas e é capaz de discriminar pessoas com diversos níveis de apoio social, além de ser considerada adequada para testar hipóteses de associação entre apoio social e diversos desfechos relacionados à saúde.

A escala é composta por 19 itens, baseados na instrução *“Se você precisar, com que frequência dispõe de alguém para...?”*, aos quais os participantes devem responder assinalando uma das cinco repostas possíveis para cada questão a partir de uma escala do tipo Likert de cinco pontos que variam de 1 (nunca) a 5 (sempre). Este instrumento foi discriminado em três dimensões: interação social positiva/apoio afetivo (disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem e demonstrações físicas de amor e afeto); apoio emocional/de informação (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança e disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações); e apoio material (provisão de recursos práticos e ajuda material).

Os escores das dimensões, bem como o escore de suporte social global, são calculados por meio da soma dos pontos totalizados pelas respostas dadas às perguntas de cada uma das dimensões e divididos pelo número máximo de pontos possíveis de serem obtidos na mesma dimensão. O resultado da razão é multiplicado por 100, a fim de padronizar os resultados de todas as dimensões, já que estas são constituídas por diferentes números de questões. Quanto maior o escore alcançado, maior o nível de apoio social. (Griep et al., 2005) (Anexo B).

### 2.4.5 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD)

Este instrumento objetiva avaliar transtornos de humor em ambientes não psiquiátricos e em situações de comorbidades físicas. Trata-se de uma adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond e Snaith (1983). Foi validado por Botega et al., em 1995 para pacientes internados em enfermarias e em 1998 para pacientes ambulatoriais (Botega et al., 1998), por meio da avaliação da fidedignidade e validação de constructo convergente, tendo apresentado índices de consistência semelhante aos encontrados em instrumentos psiquiátricos.

A escala é composta por 14 questões, com quatro alternativas cada, indicativas de frequência. É dividida em duas subescalas independentes de depressão e ansiedade com sete questões cada, sendo que cada questão tem uma gradação de 0 a 3. Desta forma a pontuação varia de 0 a 21 em cada subescala. A resposta deve corresponder a como o indivíduo tem se sentido ao longo da última semana.

A partir dos estudos de validação, Botega et al. (1995) propuseram uma nota de corte para a determinação de presença ou ausência de sintomas em cada subescala, sendo nove para pacientes internados em enfermarias e oito para pacientes ambulatoriais. No presente estudo foi utilizada a nota de corte oito para a verificação de sintomas ansiosos e depressivos, uma vez que a amostra é composta exclusivamente por pacientes em seguimento ambulatorial, e para a realização de algumas análises estatísticas, os dados foram utilizados na forma de escore (Anexo C).

### 2.4.6 WHOQoL-Bref

Este instrumento foi originalmente desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), o World Health Organization Quality of Life (WHOQoL Group). De acordo com este instrumento, o termo qualidade de vida é entendido como uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (WHOQoL Group, 1998).

Inicialmente foi desenvolvida uma escala de avaliação de qualidade de vida com 100 questões ( WHOQoL Group, 1994), tendo sido adaptada uma versão brasileira deste instrumento (Fleck et al. 1999). A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS produzisse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref.

Este instrumento é composto por 26 itens, sendo duas questões gerais de qualidade de vida (índice geral) e as demais 24 questões subdivididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-bref foi adaptado e validado para a população brasileira por Fleck et al. (2000) e apresentou adequado desempenho psicométrico, com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (Anexo D).

## 2.5 Procedimento de Coleta dos Dados

As pacientes foram selecionadas a partir da análise de seu prontuário médico do HCFMRP-USP, e as que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa foram convidadas pessoalmente pela pesquisadora responsável a participar do estudo. Durante o contato foram apresentados os objetivos da pesquisa, as atividades desenvolvidas e o caráter voluntário da mesma por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Pacientes que aceitaram participar da pesquisa, foram conduzidas para uma sala individual, no próprio ambulatório, para a realização da entrevista semi-estruturada e aplicação dos instrumentos na seguinte ordem: Escala de *Coping* Religioso-Espiritual, Escala de Suporte Social, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) e o WHOQoL-Bref, que avalia qualidade de vida. Os dados relativos ao quadro clínico da paciente foram retirados do prontuário médico após a conclusão da entrevista.

A entrevista semi-estruturada foi gravada em áudio com o objetivo de facilitar a análise das questões abertas, permitindo assim, o acesso a maiores detalhes das informações. Todos os instrumentos foram aplicados no mesmo dia, sem intervalo de tempo

entre eles, e a duração média da aplicação foi de uma hora. As participantes que por algum motivo não completaram o preenchimento de todos os instrumentos, foram excluídas da pesquisa.

## 2.6 Procedimento de Análise dos Dados

Os dados obtidos com as questões abertas da entrevista semi-estruturada, relacionadas a religiosidade e espiritualidade, foram analisados por meio do sistema Quantitativo Interpretativo, conforme proposto por Biasoli-Alves (1998). Neste método de análise, o fundamental é que as categorias sejam construídas a partir de critérios de exaustividade, exclusividade e manutenção de um mesmo nível de inferência e/ou de interpretação, sendo então quantificadas por tabulação e posterior aplicação de medidas estatísticas. Desta forma, as respostas dadas a estas questões foram agrupadas em categorias descritivas e posteriormente quantificadas em termos de frequência de verbalizações.

Os instrumentos CRE, HAD, WHOQol-Bref e Escala de Suporte Social – MOS foram avaliados de acordo com os critérios e recomendações definidos pelos seus próprios autores, uma vez que apresentam adaptação e validação para a população brasileira.

O teste Qui quadrado ( $\chi^2$ ) e o teste exato de Fisher foram aplicados para a realização da análise estatística descritiva nas variáveis sociodemográfica, clínicas, religiosas, ansiedade, depressão e *coping* religioso espiritual, para a caracterização da amostra. Os mesmos testes foram aplicados também para avaliar a existência de associação entre as variáveis categóricas e os resultados obtidos nos instrumentos HAD e CRE.

O teste Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis foram utilizados para avaliar a existência de associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, religiosas, ansiedade, depressão e *coping* religioso-espiritual com os resultados do instrumento de qualidade de vida e de suporte social. Para verificar a relação entre qualidade de vida e suporte social foi aplicado o Coeficiente de Correlação de Spearman.



Foi realizada também uma análise de regressão linear para avaliar o efeito do *coping* religioso-espiritual sobre as variáveis ansiedade, depressão, qualidade de vida e suporte social.

O nível de significância estabelecido para a análise dos dados foi  $p \leq 0,05$ , normalmente empregado em ciências humanas e sociais.

## 2.7 Aspectos Éticos

A coleta de dados teve início após a aprovação deste projeto pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (Anexo E) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (Processo HCRP nº 3967/2009) (Anexo F).

Antes do início da entrevista a pesquisadora esclarecia às participantes que sua identidade seria preservada e que todas as outras informações coletadas seriam mantidas em sigilo e utilizadas apenas para fins científicos, observando que as pacientes poderiam, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa. A participação no estudo apenas seria válida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), elaborado seguindo as orientações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/96) para pesquisa com seres humanos. As informações necessárias a respeito do projeto de pesquisa e seu objetivo foram oferecidas em linguagem acessível.

Os dados foram coletados em dias em que as pacientes já tinham que comparecer ao hospital, evitando a duplicação de visitas à instituição somente para atender objetivos de pesquisa. O atendimento médico destas pacientes seguiu seu fluxo normal no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia do HCFMRP-USP. Deste modo, tal estudo não envolveu riscos significativos às participantes.

As participantes que apresentaram necessidade de atendimento psicoterápico, observada a partir dos dados da entrevista ou da avaliação dos instrumentos aplicados, foram encaminhadas para seguimento com a pesquisadora, que é a psicóloga que atua no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia do HCFMRP-USP. No entanto, a fim de evitar conflito ético, nenhuma paciente que já estava em seguimento psicológico com a pesquisadora foi convidada a participar do estudo.



## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---



### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados foi dividida em cinco partes, para facilitar a descrição e compreensão dos dados. Na primeira parte será realizada uma caracterização da amostra, destacando-se os aspectos sociodemográficos, clínicos e religiosos. Em um segundo momento serão apresentados os dados relativos aos aspectos psicológicos, demonstrados por meio da presença de sintomas de ansiedade e depressão. Em seguida, a qualidade de vida será descrita a partir dos resultados obtidos na aplicação do instrumento WHOQOL-Bref. A quarta parte apresentará informações acerca do suporte social recebido pelas participantes do estudo e, por último, os dados sobre o uso de  *coping*  religioso-espiritual por esta amostra.

Embora o objetivo principal deste trabalho seja avaliar o enfrentamento religioso-espiritual de mulheres com câncer, por tratar-se de um estudo descritivo comparativo, mostrou-se interessante conhecer também as relações entre as demais variáveis estudadas. Desta forma, em cada etapa da apresentação dos resultados serão demonstradas, além dos dados descritivos, análises de associação entre as variáveis demográficas, clínicas e religiosas e os dados dos instrumentos aplicados.

#### 3.1 Caracterização da Amostra

##### 3.1.1 Aspectos Sociodemográficos

Para a caracterização sociodemográfica da amostra avaliou-se idade, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, renda mensal, condição empregatícia, recebimento de auxílio-doença, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e história familiar de câncer. Estas informações estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de frequências e porcentagens das características sociodemográficas da amostra de mulheres com câncer (n=120)

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>			
Até 50 anos	55	45,8	0,361
Mais de 50 anos	65	54,2	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Estado Civil</b>			
Com Parceiro (casada ou amasiada)	65	54,2	0,361
Sem Parceiro (solteira, separada ou viúva)	55	45,8	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Filhos</b>			
Sim	108	90,0	<0,001*
Não	12	10,0	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Nível de Escolaridade</b>			
Até 8 anos de estudo	86	71,7	<0,001*
Mais de 8 anos de estudo	34	28,3	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Condição Empregatória</b>			
Nível Primário	50	41,7	<0,001*
Nível Técnico ou Superior	15	12,5	
Sem Trabalho (aposentada, desempregada ou do lar)	55	45,8	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Renda Per Capita em Salários Mínimos<sup>#</sup></b>			
Até 1 salário mínimo	66	55,0	<0,001*
Mais de 1 salário mínimo	47	39,2	
Não sabe referir	07	5,8	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Auxílio Doença</b>			
Sim	27	22,5	<0,001*
Não	93	77,5	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Hábito de Fumar</b>			
Sim	22	18,3	<0,001*
Não	98	81,7	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Consumo de Bebida Alcoólica</b>			
Sim	14	11,7	<0,001*
Não	106	88,3	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>História Familiar de Câncer</b>			
Sim	76	63,3	<0,001*
Não	41	34,2	
Não sabe referir	03	2,5	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	

<sup>#</sup>O salário mínimo considerado foi de R\$545,00, vigente no Estado de São Paulo no ano de 2011.\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .

A média de idade da amostra foi de 52,1 anos ( $DP=11,9$ ), sendo a idade mínima de 25 e a máxima de 83 anos. Quanto ao estado civil, houve um predomínio de participantes com companheiro, ou seja, casadas ou amasiadas e 90% da amostra tinham pelo menos um filho. Em relação ao nível de escolaridade, foi possível observar que a maior parte das pacientes apresentava menos de oito anos de estudo e no que se refere à condição empregatícia, 45,8% encontrava-se sem trabalho e 41,7% possuíam profissão de nível primário. Quanto à renda mensal *per capita*, a maioria dispunha de menos que um salário mínimo e 77,5% da amostra não recebia auxílio doença. Houve diferença estatística para estas distribuições.

A pouca escolaridade e baixa renda per capita da amostra parece refletir o perfil socioeconômico da população frequentadora dos serviços públicos de saúde no Brasil e é semelhante ao encontrado em outros estudos brasileiros (RIBEIRO et al., 2006; SALES et al., 2001). Um dado que se destaca é a quantidade de pacientes que não recebiam auxílio-doença durante o tratamento do câncer. Este benefício mensal é direito do paciente inscrito no Regime Geral de Previdência Social (INSS), quando fica temporariamente incapaz para o trabalho em virtude de alguma doença (BRASIL, 1991). Isto pode ser consequência das características de informalidade presentes na descrição da ocupação das participantes deste estudo. De fato, muitas pacientes relataram trabalhar sem registro formal na carteira de trabalho e não contribuía com o INSS, o que as impedia de conseguir auxílio-doença durante seu tratamento.

A Tabela 1 demonstra também que o consumo de bebida alcoólica e o tabagismo, frequentemente relacionados como fatores de risco para o aparecimento de tumores (STRAUB, 2005), foram pouco frequentes nesta amostra. Já a presença de história familiar de câncer, fator que pode representar um aumento entre 2 a 3 vezes no risco de desenvolver a doença (INCA, 2012), foi relatada por maioria significativa das participantes.

### **3.1.2 Aspectos Clínicos**

Foram avaliados aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento da doença. Estes dados foram obtidos por meio da análise do prontuário médico das participantes e encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição de frequências e porcentagens das características clínicas da amostra de mulheres com câncer (n=120)

<b>Características Clínicas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Tipo de Câncer</b>			
Mama	80	66,7	<b>&lt;0,001*</b>
Ginecológico	40	33,3	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Estadiamento da Doença</b>			
0 ( <i>in situ</i> ), I e II	53	44,2	0,201
III e IV	67	55,8	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Presença de Metástase</b>			
Sim	11	9,2	<b>&lt;0,001*</b>
Não	109	90,8	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo de Tratamento</b>			
Até 6 meses	73	60,8	<b>0,018*</b>
Entre 7 e 12 meses	47	39,2	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Cirurgia</b>			
Sim	65	54,2	0,361
Não	55	45,8	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tipo de Cirurgia</b>			
Conservadora	32	49,2	0,901
Não Conservadora	33	50,8	
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	
<b>Quimioterapia</b>			
Sim	93	77,5	<b>&lt;0,001*</b>
Não	27	22,5	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tipo de Quimioterapia</b>			
Neoadjuvante	58	62,4	<b>&lt;0,001*</b>
Adjuvante	24	25,8	
Paliativa	11	11,8	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	
<b>Radioterapia</b>			
Sim	25	20,8	<b>&lt;0,001*</b>
Não	95	79,2	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .



A maior parte da mostra foi composta por participantes em tratamento para câncer de mama, o que reflete a epidemiologia da área, uma vez que esta é a neoplasia com maior incidência entre as mulheres brasileiras (INCA, 2012). Entre os cânceres ginecológicos, o câncer de colo de útero foi o mais frequente, seguido pelo de ovário e de endométrio. Houve apenas um caso de câncer de vagina e um de vulva. Quanto ao estadiamento da doença, a maior parte da amostra estava em tratamento para câncer em estágio III e IV (55,8%) e 11 pacientes apresentavam quadro metastático (9,2%). De acordo com a classificação proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), estágio III e IV é considerado câncer em estágio avançado, o que acarreta piora de prognóstico e comprometimento dos resultados do tratamento (BRASIL, 2004; SILVA, 2008). Este dado reflete o fato de que em nosso país o diagnóstico de câncer ainda é realizado tardiamente, o que ocasiona níveis mais avançados da doença, e a crescente necessidade de se pensar em políticas públicas adequadas para promover o diagnóstico precoce. Makluf, Dias e Barra (2006) também destacam que a maioria dos casos de câncer em nosso país é identificada em estágios avançados, correspondendo a aproximadamente 60% dos diagnósticos, e Baptista, Santos e Dias (2006) ressaltam que as altas taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil se devem principalmente ao diagnóstico tardio.

O tempo médio de tratamento foi de 5,5 meses ( $DP=3,3$ ); 54,2% da amostra já haviam sido operadas no momento da entrevista e 77,5% haviam recebido tratamento quimioterápico, sendo a quimioterapia neoadjuvante o tipo mais empregado (62,4%). A radioterapia foi o tratamento menos utilizado nesta amostra, sendo realizado em 20,8% das pacientes. Isto talvez se deva ao fato de que a maioria significativa das pacientes estava no primeiro semestre do tratamento (60,8%), e de acordo com o protocolo de tratamento utilizado no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia do HCFMRP, a radioterapia, quando avaliada pertinente, costuma ser realizada após o tratamento cirúrgico e quimioterápico, sendo portanto mais frequente nos últimos meses de tratamento.

Com relação à localização da metástase, a mais frequente foi nos ossos, seguida pelo fígado e pulmão. Em uma mesma paciente poderia haver a presença de mais de uma área atingida, assim o número total de ocorrência de metástase foi de 19, como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 – Descrição da localização e frequência de metástases em uma amostra de mulheres com câncer (n=11)

<b>Metástase</b>	<b>Nº de ocorrências</b>
Óssea	07
Hepática	05
Pulmonar	05
Sistema Nervoso Central	01
Adrenal	01
<b>Total</b>	<b>19</b>

### 3.1.3 Aspectos Relacionados à Religião e/ou Espiritualidade

Os dados referentes à religiosidade e/ou espiritualidade foram obtidos a partir de questões abertas da entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) e analisados por meio do sistema Quantitativo Interpretativo (BIASOLI-ALVES, 1998) que prevê a criação de categorias a partir das verbalizações das participantes. Os aspectos investigados e as categorias correspondentes estão descritos na Tabela 4.

De acordo com os dados apresentados, a maioria das participantes referiu ter uma religião definida (90%) e destas 68,5% afirmaram sempre terem sido seguidoras da mesma. Este dado é semelhante ao encontrado para a população geral, onde se estima que aproximadamente 93% dos brasileiros sejam religiosos (IBGE, 2012). A maior parte da amostra referia ser praticante de sua crença (78,7%) e frequentava a instituição religiosa uma vez por semana (51,8%). Em relação ao tempo dedicado à religião, a maioria relatou empenhar-se mais de uma hora por dia em comportamentos como orações e leituras bíblicas (49,1%).

Tabela 4 – Distribuição de frequências e porcentagens das características relacionadas à religiosidade em mulheres com câncer (n=120)

<b>Religiosidade</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Religião Definida</b>			
Sim	108	90,0	
Não	12	10,0	<0,001*
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo nesta Religião</b>			
Até 5 anos	12	11,1	
Entre 6 e 30 anos	22	20,4	<0,001*
Sempre	74	68,5	
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	
<b>Praticante</b>			
Sim	85	78,7	
Não	23	21,3	<0,001*
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	
<b>Frequência de Visitas à Instituição Religiosa</b>			
Até 1 vez por semana	44	51,8	
Entre 2 e 3 vezes por semana	33	38,8	<0,001*
4 vezes na semana ou mais	08	9,4	
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo Dedicado à Religião</b>			
Nenhum	14	13,0	
Até 30 minutos por dia	41	38,0	<0,001*
Mais de 1 hora por dia	53	49,1	
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .

Dentre as 108 participantes que declararam ter uma religião definida, a maior parte era composta por católicas (63,9%), seguida de protestantes e evangélicas (29,6%), como pode ser observado no Gráfico 1. As outras religiões mencionadas foram o espiritismo e o budismo. Esta distribuição dos tipos de religião é semelhante à encontrada para a população brasileira no último censo nacional realizado pelo IBGE no ano de 2010. Segundo este levantamento, a religião católica é a mais praticada, correspondendo a 64,6% do total de indivíduos religiosos no país. Em segundo lugar, estão os evangélicos e protestantes que somam 22,2% da população brasileira (IBGE, 2012).

Os termos “protestante” e “evangélico” normalmente não são considerados equivalentes no contexto brasileiro, sendo que o nome protestante costuma ser usado para

se referir às igrejas provenientes da Reforma Protestante e o termo evangélico é mais utilizado para se referir às igrejas pentecostais e neopentecostais. No entanto, a união entre evangélicos e protestantes neste trabalho ocorreu devido ao fato de a classificação do IBGE ser feita deste modo, a fim de facilitar a comparação e, além disso, observou-se uma dificuldade de algumas participantes em classificar sua religião como protestante ou evangélica, tratando os dois termos com sinônimos.

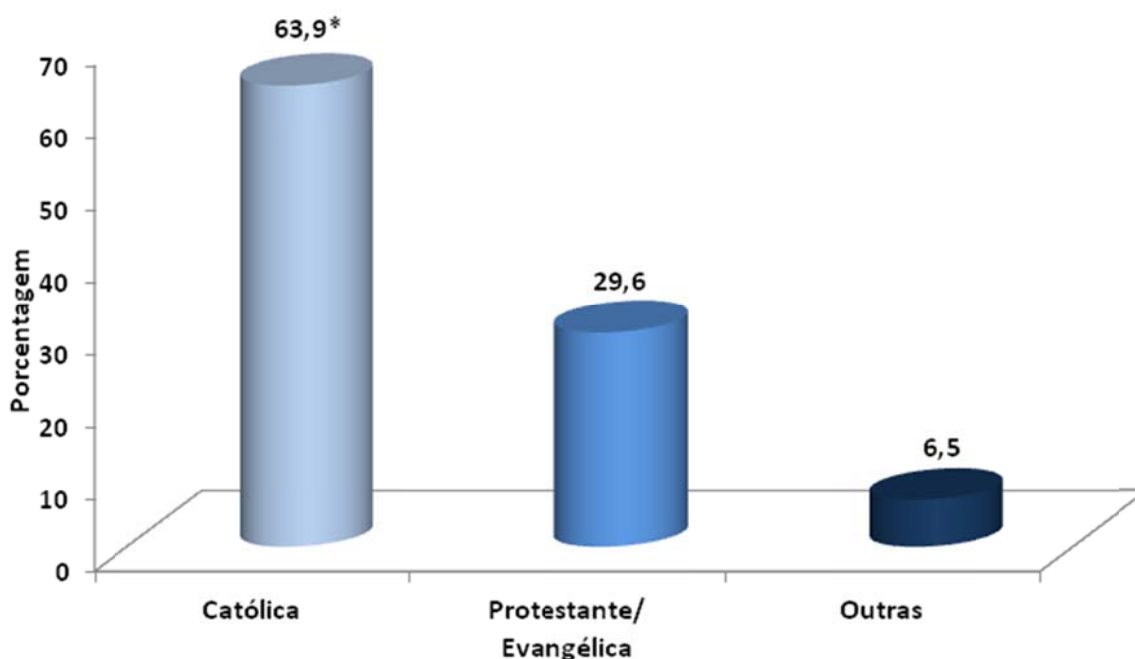


Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a denominação religiosa (n=108).

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$

Entre as participantes que declararam não ter uma religião definida (10%), todas afirmaram possuir um lado espiritual independente da prática da religiosidade. Quando solicitado que estas definissem sua espiritualidade, a maioria a descreveu como seu lado espiritual como não vinculado à existência de crença em um Deus, mas sim relacionado a características humanas como bondade, coerência e autoconhecimento. A Tabela 5 descreve as categorias criadas a partir das definições de espiritualidade.

Tabela 5 – Definição de Espiritualidade de forma independente da prática de uma religião específica (n=12)

<b><i>Espiritualidade</i></b>	<b><i>Nº de ocorrências</i></b>
Fé e busca de contato com Deus	08
Simpatizar com as crenças de uma determinada religião, mesmo não sendo seguidor	03
Espiritualidade relacionada a características humanas	01
<b>Total</b>	<b>12</b>

A definição de espiritualidade como “fé e busca de contato com Deus”, de forma desvinculada de uma instituição religiosa específica, é coerente com a definição de Koenig (2001), que descreve a espiritualidade como uma tentativa de encontrar respostas, no nível pessoal, em relação ao significado da vida, caracterizando-se por práticas mais subjetivas, individuais e não institucionais.

### 3.2 Ansiedade e Depressão

Avaliou-se a presença de sintomas de ansiedade e depressão na amostra por meio da aplicação da HAD. O Gráfico 2 mostra o resultado obtido na subescala de ansiedade do HAD. É possível observar que aproximadamente 30% das participantes apresentaram sintomas de ansiedade.

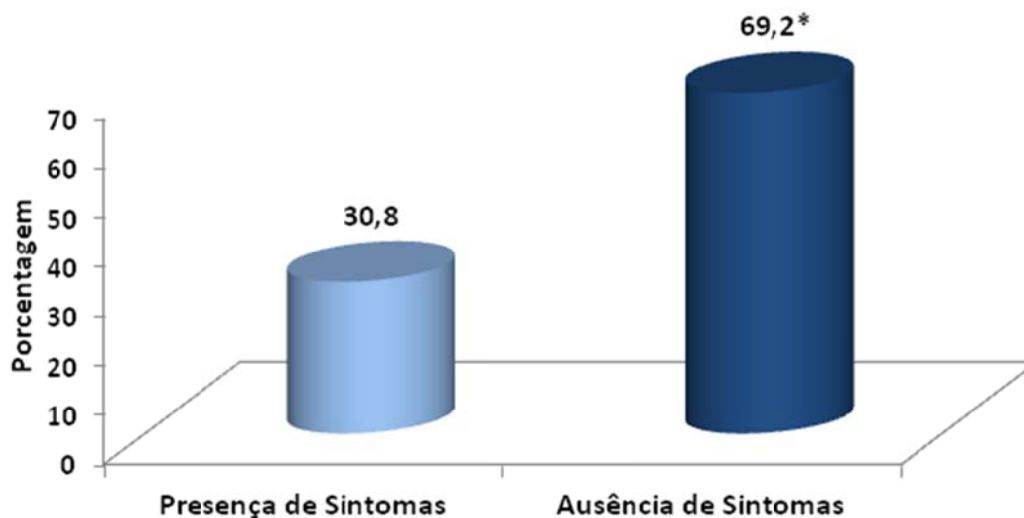


Gráfico 2 – Avaliação da presença de sintomas de ansiedade em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120)

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$

O Gráfico 3 descreve o resultado obtido na subescala de depressão do HAD. De modo semelhante ao índice de ansiedade, pode-se observar que aproximadamente 30% da amostra também apresentou sintomas depressivos.

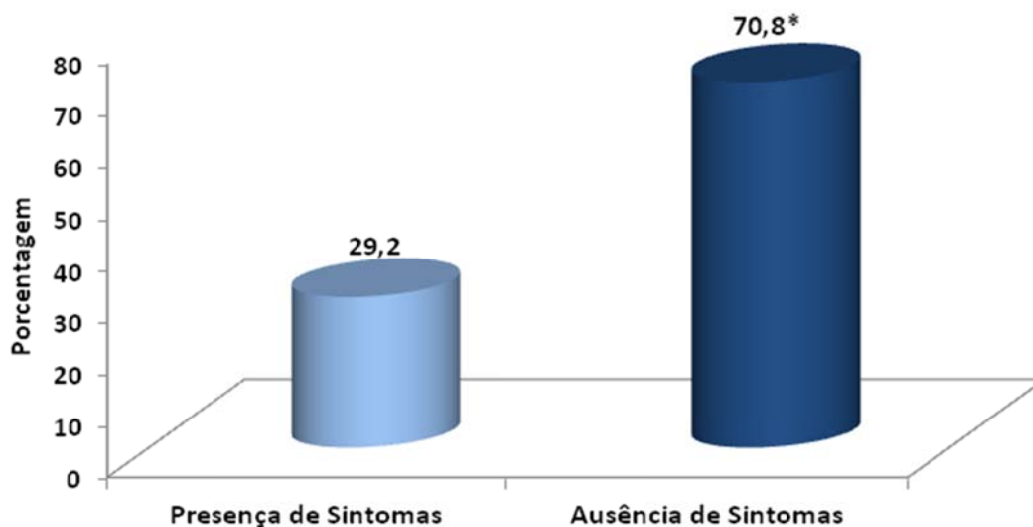


Gráfico 3 – Avaliação da presença de sintomas de depressão em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120)

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$

Estes dados demonstram uma maior incidência de ansiedade e depressão nesta amostra de pacientes com câncer do que o verificado em estudos de transtornos mentais na população geral (ALMEIDA-FILHO et al.<sup>1</sup>, 1997 apud LIMA, 1999, p.3; ANDRADE et al., 2012). Burguess et al. (2005) também encontraram em um estudo observacional de coorte que a prevalência de depressão e ansiedade no primeiro ano da doença é cerca de duas vezes a da população feminina geral. Mertz et al. (2011) destacam que problemas psicológicos, como ansiedade e depressão, são frequentemente associados ao diagnóstico e tratamento do câncer e outros estudos referem que a prevalência para depressão e ansiedade varia entre 20 e 30% para pacientes com câncer (CARLSON; BULTZ, 2003).

### **3.2.1 Comparação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas e sintomas de ansiedade e depressão**

A Tabela 6 apresenta a comparação entre as variáveis sociodemográficas e os resultados obtidos no HAD.

Não foram encontradas relações entre os aspectos sociodemográficos estudados e depressão. Apenas a variável câncer na família demonstrou evidência de associação com sintomas de ansiedade ( $\chi^2_{(2)} = 8,2$ ;  $p=0,011$ ). Os dados sugerem que pacientes sem história familiar de câncer apresentaram uma frequência significativamente menor de ansiedade do que as participantes que tiveram outros casos de câncer na família. Uma provável explicação para este resultado é que pacientes com história familiar de câncer já haviam sido, em algum momento, expostas às consequências aversivas do tratamento, e isto pode gerar maior apreensão e medo em relação à doença.

---

<sup>1</sup> Almeida-Filho N., et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates. *Br. J. Psychiatry*, v.171, p.524-529, 1997.

Tabela 6 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com câncer (n=120)

	<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD</i>					
	<i>Sintomas de Ansiedade</i>			<i>Sintomas de Depressão</i>		
	<i>Ausência f (%)</i>	<i>Presença f (%)</i>	<i>p</i>	<i>Ausência f (%)</i>	<i>Presença f (%)</i>	<i>p</i>
<b>Idade</b>						
Até 50 anos	34 (28,3)	21 (17,5)	0,118	39 (32,5)	16 (13,3)	1,000
Mais de 50 anos	49 (40,8)	16 (13,3)		46 (38,3)	19 (15,8)	
<b>Estado civil</b>						
Com parceiro	44 (36,7)	21 (17,5)	0,843	48 (40,0)	17 (14,2)	0,546
Sem parceiro	39 (32,5)	16 (13,3)		37 (30,8)	18 (15,0)	
<b>Filhos</b>						
Sim	76 (63,3)	32 (26,7)	0,511	77 (64,2)	31 (25,8)	0,744
Não	7 (5,8)	5 (4,2)		8 (6,7)	4 (3,3)	
<b>Escolaridade</b>						
Até 8 anos	60 (50,0)	26 (21,7)	0,829	58 (48,3)	28 (23,3)	0,266
Mais de 8 anos	23 (19,2)	11 (9,2)		27 (22,5)	7 (5,8)	
<b>Cond. Empregatória</b>						
Nível primário	35 (29,2)	15 (12,5)	1,000	36 (30,0)	14 (11,7)	0,295
Nível técnico/superior	10 (8,3)	5 (4,2)		13 (10,8)	2 (1,7)	
Sem Trabalho	38 (31,7)	17 (14,2)		36 (30,0)	19 (15,8)	
<b>Renda per capita</b>						
Até 1 salário	41 (34,2)	25 (20,8)	0,157	42 (35,0)	24 (20,0)	0,156
Mais de 1 salário	37 (30,8)	10 (8,3)		37 (30,8)	10 (8,3)	
Não sabe referir	5 (4,2)	2 (1,7)		6 (5,0)	1 (0,8)	
<b>Auxílio doença</b>						
Sim	17 (14,2)	10 (8,3)	0,481	19 (15,8)	8 (6,7)	1,000
Não	66 (55,0)	27 (22,5)		66 (55,0)	27 (22,5)	
<b>Fumar</b>						
Sim	15 (12,5)	7 (5,8)	1,000	18 (15,0)	4 (3,3)	0,300
Não	68 (56,7)	30 (25,0)		67 (55,8)	31 (25,8)	
<b>Beber</b>						
Sim	9 (7,5)	5 (4,2)	0,760	10 (8,3)	4 (3,3)	1,000
Não	74 (61,7)	32 (26,7)		75 (62,5)	31 (25,8)	
<b>Câncer na família</b>						
Sim	46 (38,3)	30 (25,0)	0,011*	53 (44,2)	23 (19,2)	0,281
Não	35 (29,2)	6 (5,0)		31 (25,8)	10 (8,3)	
Não sabe referir	2 (1,7)	1 (0,8)		1 (0,8)	2 (1,7)	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .



A Tabela 7 demonstra a comparação entre as variáveis clínicas e a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Os testes demonstraram evidência de associação entre presença de metástase e sintomas de ansiedade ( $\chi^2_{(1)}= 6,1$ ;  $p=0,034$ ). Os dados dos instrumentos sugerem que pacientes com metástase apresentaram sintomas ansiosos em maior frequência do que aquelas com ausência de metástase à distância. Este dado é semelhante ao encontrado na literatura, que refere que o diagnóstico de metástase é normalmente vivenciado pela paciente com elevado sofrimento e medo (CANTINELLI et al., 2006; SOARES; SILVA, 2010).

Houve também evidência de relação entre o tipo de quimioterapia e sintomas de ansiedade ( $\chi^2_{(2)}= 6,7$ ;  $p=0,034$ ). A observação dos dados sugere que participantes que estavam recebendo quimioterapia paliativa apresentavam ansiedade com frequência mais alta que as que faziam tratamento adjuvante ou neoadjuvante. Não foram encontradas na literatura, informações sobre a ação de cada tipo de quimioterapia nos aspectos psicológicos de pacientes com câncer, no entanto, é possível supor que a quimioterapia paliativa tenha tido maior efeito ansiogênico, devido à sua relação com a ausência de perspectiva de cura.

Em relação à depressão, apenas a variável cirurgia demonstrou evidência de associação e os dados apontam que participantes que já haviam realizado tratamento cirúrgico no momento da entrevista apresentavam sintomas depressivos em menor frequência do que aquelas que ainda não haviam realizado a cirurgia ( $\chi^2_{(1)}= 5,7$ ;  $p=0,016$ ). No entanto, o tipo de cirurgia realizada não apresentou relação com sintomas depressivos ou ansiosos. Cantarelli et al. (2006) referem que mulheres com câncer submetidas a tratamentos mais agressivos, como cirurgia, têm menos medo da recorrência da doença, e por isso apresentam menor impacto psicológico. Hatcher, Fallowfield e A'hern (2001) avaliaram a consequência psicossocial da mastectomia bilateral preventiva e concluíram que o procedimento determinava a diminuição de níveis de ansiedade e depressão no seguimento.

Tabela 7 – Comparação entre as variáveis clínicas e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com câncer (n=120)

	<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD</i>					
	<i>Sintomas de Ansiedade</i>			<i>Sintomas de Depressão</i>		
	<i>Ausência f (%)</i>	<i>Presença f (%)</i>	<i>p</i>	<i>Ausência f (%)</i>	<i>Presença f (%)</i>	<i>p</i>
<b>Tipo de câncer</b>						
Mama	56 (46,7)	24 (20,0)	0,835	59 (49,2)	21 (17,5)	0,395
Ginecológico	27 (22,5)	13 (10,8)		26 (21,7)	14 (11,7)	
<b>Estadiamento</b>						
0 (in situ), I e II	41 (34,2)	12 (10,0)	0,111	38 (31,7)	15 (12,5)	1,000
III e IV	42 (35,0)	25 (20,8)		47 (39,2)	20 (16,7)	
<b>Metástase</b>						
Sim	4 (3,3)	7 (5,8)	<b>0,034*</b>	6 (5,0)	5 (4,2)	0,295
Não	79 (65,8)	30 (25,0)		79 (65,8)	30 (25,0)	
<b>Tempo de tratamento</b>						
Até 6 meses	48 (40,0)	25 (20,8)	0,418	54 (45)	19 (15,8)	0,412
Entre 7e 12 meses	35 (29,2)	12 (10,0)		31 (25,8)	16 (13,3)	
<b>Cirurgia</b>						
Sim	49 (40,8)	16 (13,3)	0,118	52 (43,3)	13 (10,8)	<b>0,016*</b>
Não	34 (28,3)	21 (17,5)		33 (27,5)	22 (18,3)	
<b>Tipo de cirurgia</b>						
Conservadora	23 (35,4)	9 (13,8)	0,574	26 (40,0)	6 (9,2)	1,000
Não Conservadora	26 (40,0)	7 (10,8)		26 (40,0)	7 (10,8)	
<b>Quimioterapia</b>						
Sim	66 (55,0)	27 (22,5)	0,481	65 (54,2)	28 (23,3)	0,811
Não	17 (14,2)	10 (8,3)		20 (16,7)	7 (5,8)	
<b>Tipo de quimioterapia</b>						
Neoadjuvante	40 (43,0)	18 (19,4)	<b>0,034*</b>	42 (45,2)	16 (17,2)	0,843
Adjuvante	21 (22,6)	3 (3,2)		16 (17,2)	8 (8,6)	
Paliativa	5 (5,4)	6 (6,5)		7 (7,5)	4 (4,3)	
<b>Radioterapia</b>						
Sim	16 (13,3)	9 (7,5)	0,627	17 (14,2)	8 (6,7)	0,806
Não	67 (55,8)	28 (23,3)		68 (56,7)	27 (22,5)	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .

A Tabela 8 demonstra a comparação entre as variáveis relacionadas à prática da religião e a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Não foram encontradas associações entre nenhuma variável religiosa e sintomas de ansiedade. Já em relação à depressão, os testes

estatísticos mostraram evidência de associação entre ser praticante da religião e o tempo dedicado à esta religião e a presença de sintomas depressivos. Os dados dos instrumentos sugerem que participantes que relataram ser praticante da religião apresentaram sintomas depressivos em frequência menor do que as não praticantes ( $\chi^2_{(1)}= 4,1$ ;  $p=0,043$ ), e que as pessoas que se dedicavam mais de 1 hora por dia à religião apresentavam menos sintomas de depressão do que aquelas que se dedicavam por um tempo menor ou não dedicavam tempo algum ( $\chi^2_{(2)}= 9,9$ ;  $p=0,007$ ). Este resultado é semelhante ao encontrado em outros estudos da área, que relacionam a alta frequência da prática religiosa a maior nível de satisfação com a vida e a menores níveis de queixas psicológicas (PARK et al., 2011). Do mesmo modo, Panzini e Bandeira (2007) também concluíram, após uma revisão de literatura, que crenças e práticas religiosas estavam associadas com melhor saúde física e mental, resultando em menores índices de ansiedade e depressão.

Tabela 8 – Comparação entre as variáveis religiosas e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com câncer (n=120)

	<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD</i>					
	<i>Sintomas de Ansiedade</i>			<i>Sintomas de Depressão</i>		
	<i>Ausência</i> <i>f (%)</i>	<i>Presença</i> <i>f (%)</i>	<i>p</i>	<i>Ausência</i> <i>f (%)</i>	<i>Presença</i> <i>f (%)</i>	<i>p</i>
<b>Religião definida</b>						
Sim	75 (62,5)	33 (27,5)	1,000	75 (62,5)	33 (27,5)	0,505
Não	8 (6,7)	4 (3,3)		10 (8,3)	2 (1,7)	
<b>Qual religião</b>						
Católica	47 (43,5)	22 (20,4)	0,941	46 (42,6)	23 (21,3)	0,622
Protestante/Evangélica	23 (21,3)	9 (8,3)		23 (21,3)	9 (8,3)	
Outras	5 (4,6)	2 (1,9)		6 (5,6)	1 (0,9)	
<b>Tempo nesta religião</b>						
Até 5 anos	8 (7,4)	4 (3,7)	0,950	10 (9,3)	2 (1,9)	0,524
Entre 6 e 30 anos	16 (14,8)	6 (5,6)		14 (13,0)	8 (7,4)	
Sempre	51 (47,2)	23 (21,3)		51 (47,2)	23 (21,3)	
<b>Praticante</b>						
Sim	61 (56,5)	24 (22,2)	0,444	63 (58,3)	22 (20,4)	<b>0,043*</b>
Não	14 (13,0)	9 (8,3)		12 (11,1)	11 (10,2)	
<b>Tempo dedicado</b>						
Nenhum	6 (5,6)	8 (7,4)	0,072	5 (4,6)	9 (8,3)	<b>0,007*</b>
Até 30 min. por dia	31 (28,7)	10 (9,3)		28 (25,9)	13 (12,0)	
Mais de 1 hora por dia	38 (35,2)	15 (13,9)		42 (38,9)	11 (10,2)	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .

### 3.3 Qualidade de Vida

A qualidade de vida da amostra foi analisada por meio do instrumento WHOQoL-Bref, que permite a observação da média de qualidade de vida geral da amostra, bem como do domínio físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais. A Tabela 9 descreve o escore mínimo, o máximo e a média obtida pelas participantes neste instrumento.

Tabela 9 – Descrição da qualidade de vida em uma amostra de mulheres com câncer (n=120)

<i>Qualidade de Vida – WHOQoL-Bref</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Qualidade de Vida Geral	4,00	20,00	14,37	3,46
<b>Domínios</b>				
Físico	6,86	20,00	14,30	3,19
Psicológico	6,00	19,33	14,76	3,08
Relações Sociais	4,00	20,00	15,49	3,50
Meio Ambiente	9,50	19,50	14,38	2,48

O domínio relações sociais foi o que obteve melhor índice, enquanto o domínio físico apresentou a média mais baixa entre os domínios de qualidade de vida. Isto pode ser explicado pelas características do próprio câncer e de seu tratamento, que muitas vezes gera efeitos debilitantes, como fadiga, dor, náuseas, entre outros. Este resultado é semelhante ao encontrado por Jorge e Silva (2010) que avaliaram a qualidade de vida de 50 pacientes com câncer ginecológico submetidas à quimioterapia e concluíram que o domínio físico foi o mais comprometido, enquanto que o domínio relações sociais foi o mais preservado.

A qualidade de vida da presente amostra apresentou média mais baixa que as de um grupo de voluntários saudáveis descritos por Fleck et al. (2000), no domínio geral, físico e psicológico. Apenas nos domínios relações sociais e meio ambiente, a qualidade de vida da amostra foi semelhante à do estudo. Este dado reflete o impacto do diagnóstico e tratamento do câncer na qualidade de vida das pacientes, como já descrito em outros estudos da literatura (CARLSON; BULTZ, 2003; MERTZ et al., 2011).

### 3.3.1 Comparação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas e qualidade de vida

A Tabela 10 apresenta a comparação entre os aspectos sociodemográficos e qualidade de vida. Pôde ser observada evidência de relação entre a variável condição empregatícia e os domínios psicológico ( $\chi^2_{(2)}=6,0$ ;  $p=0,048$ ) e meio ambiente do WHOQoL-BREF ( $\chi^2_{(2)}=10,2$ ;  $p=0,006$ ). Os dados sugerem que participantes com trabalho de nível técnico ou superior apresentaram médias mais altas de qualidade de vida nestes dois domínios. Caver et al. (2006) encontraram associação entre estar empregado e melhor qualidade de vida no domínio psicológico em pacientes com câncer de mama. No entanto, não especificavam se o tipo de trabalho representava alguma influência.

De forma semelhante, também foi verificada associação entre a variável renda *per capita* e os domínios psicológico ( $\chi^2_{(2)}= 8,7$ ;  $p=0,012$ ) e meio ambiente ( $\chi^2_{(2)}= 9,1$ ;  $p=0,010$ ). Os dados dos instrumentos apontam que participantes que não souberam informar a renda familiar *per capita*, apresentaram melhor média de qualidade de vida no domínio psicológico e que aquelas que referiram ter como renda mais de um salário mínimo mensal, apresentaram média mais alta de qualidade de vida no domínio meio ambiente. De Lorenzi et al. (2006) estudaram a qualidade de vida de mulheres em menopausa e também verificaram que a qualidade de vida estava relacionada com a renda *per capita*, de modo que pacientes com menor renda apresentaram pior qualidade de vida.

Não foram encontradas associações significativas entre nenhuma variável sociodemográfica e o índice geral de qualidade de vida e os domínios físico e relações sociais. As variáveis idade e escolaridade não demonstraram relação com nenhum domínio do WHOQoL-BREF. No entanto este dado não é semelhante ao encontrado na literatura, na qual diversos estudos com mulheres com câncer, fazem referência à influência destes aspectos na qualidade de vida (CAVER et al., 2006; MAKLUF et al., 2006; SALES et al., 2001).

Tabela 10 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas e qualidade de vida em mulheres com câncer (n=120)

	<i>WHOQoL-Bref</i>									
	<i>QV Geral</i>		<i>D. Físico</i>		<i>D. Psicológico</i>		<i>D. Rel. Sociais</i>		<i>D. Meio Ambiente</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Idade</b>										
Até 50 anos	14,2 (3,4)	0,422	14,1 (3,1)	0,481	14,7 (2,9)	0,507	15,5 (3,1)	0,774	14,2 (2,5)	0,362
Mais de 50 anos	14,5 (3,5)		14,4 (3,2)		14,8 (3,2)		15,5 (3,8)		14,5 (2,5)	
<b>Estado civil</b>										
Com parceiro	14,7 (3,4)	0,093	14,3 (3,2)	0,766	14,8 (2,8)	0,996	15,1 (3,5)	0,233	14,2 (2,5)	0,528
Sem parceiro	13,9 (3,4)		14,3 (3,2)		14,6 (3,3)		15,9 (3,4)		14,5 (2,4)	
<b>Filhos</b>										
Sim	14,5 (3,3)	0,317	14,5 (3,1)	0,114	14,6 (3,0)	0,245	15,5 (3,5)	0,609	14,4 (2,5)	0,930
Não	13,3 (4,5)		12,7 (3,7)		13,8 (3,4)		15,2 (3,2)		14,3 (1,9)	
<b>Escolaridade</b>										
Até 8 anos	14,5 (3,4)	0,362	14,3 (3,1)	0,960	14,5 (3,1)	0,128	15,4 (3,7)	0,984	14,1 (2,5)	0,097
Mais de 8 anos	13,9 (3,5)		14,2 (3,4)		15,4 (2,9)		15,7 (2,7)		15,0 (2,4)	
<b>Condição Empregatória</b>										
Nível primário	14,5 (3,7)	0,482	14,3 (3,1)	0,859	14,8 (2,7)	0,048*	15,4 (2,9)	0,223	14,2 (2,3)	0,006*
Nível técnico/superior	14,9 (3,4)		14,7 (3,2)		16,2 (3,4)		17,0 (1,8)		16,2 (1,8)	
Sem Trabalho	14,1 (3,2)		14,1 (3,2)		14,3 (3,2)		15,1 (4,2)		14,0 (2,6)	

Continua

Conclusão

	WHOQoL-Bref									
	QV Geral		D. Físico		D. Psicológico		D. Rel. Sociais		D. Meio Ambiente	
	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p
<b>Renda per capita</b>										
Até 1 salário	14,2 (3,5)		13,9 (3,1)		14,1 (3,0)		15,1 (3,7)		13,8 (2,4)	
Mais de 1 salário	14,5 (3,3)	0,755	14,6 (3,4)	0,259	15,3 (2,7)	<b>0,012*</b>	16,0 (3,0)	0,469	15,1 (2,2)	<b>0,010*</b>
Não sabe referir	15,1 (3,8)		15,5 (1,9)		16,6 (4,1)		15,6 (4,5)		14,9 (3,1)	
<b>Auxílio doença</b>										
Sim	14,2 (3,8)		13,5 (3,2)		14,5 (3,4)		16,0 (2,8)		14,8 (2,2)	
Não	14,4 (3,3)	0,926	14,5 (3,1)	0,172	14,8 (2,9)	0,865	15,3 (3,6)	0,510	14,2 (2,5)	0,293
<b>Fumar</b>										
Sim	13,3 (4,1)		14,1 (3,1)		14,6 (2,7)		15,4 (3,6)		14,2 (2,3)	
Não	14,6 (3,3)	0,186	14,3 (3,2)	0,729	14,8 (3,2)	0,600	15,5 (3,4)	0,859	14,4 (2,5)	0,701
<b>Beber</b>										
Sim	13,5 (4,3)		14,2 (3,7)		14,5 (3,5)		14,6 (3,8)		14,1 (2,7)	
Não	14,5 (3,3)	0,467	14,3 (3,1)	0,928	14,8 (3,0)	0,413	15,6 (3,4)	0,752	14,4 (2,5)	0,881
<b>Câncer na família</b>										
Sim	14,2 (3,3)		14,1 (3,0)		14,7 (3,2)		15,6 (3,2)		14,2 (2,4)	
Não	15,0 (3,5)	0,259	14,8 (3,5)	0,295	15,1 (2,8)	0,608	15,4 (4,0)	0,963	14,7 (2,5)	0,330
Não sabe referir	8,6 (1,2)		11,6 (2,4)		11,5 (3,9)		13,3 (3,5)		12,6 (4,2)	

\*Teste Mann-Whitney ou Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

A Tabela 11 apresenta a comparação entre as variáveis clínicas e qualidade de vida. Foi verificada evidência de associação entre a variável metástase e o índice de qualidade de vida geral ( $U=293,5$ ;  $p=0,005$ ) sugerindo que pacientes com presença de metástase apresentaram média mais baixa de qualidade de vida global. Este dado possivelmente reflete o caráter ameaçador do diagnóstico de uma metástase, uma vez que representa piora no prognóstico e redução de sobrevida (INCA, 2012). No entanto, não foram encontrados outros estudos que relacionem o efeito do diagnóstico metastático na qualidade de vida do paciente.

Também foram encontradas relações estatisticamente significantes entre o domínio psicológico e as variáveis tempo de tratamento ( $U=1181,5$ ;  $p=0,004$ ) e radioterapia ( $U=876,0$ ;  $p=0,043$ ). Os dados apontam que pacientes que estavam no primeiro semestre do tratamento (até 6 meses) apresentaram média mais elevada no domínio psicológico de qualidade de vida. Embora não tenham sido encontrados outros estudos que comparem a qualidade de vida durante o primeiro ano de tratamento, este dado é coerente com o observado no atendimento clínico de pacientes com câncer, uma vez que a duração prolongada do tratamento muitas vezes provoca mais impacto psicológico que o próprio diagnóstico da doença. Do mesmo modo, participantes que não haviam realizado radioterapia também apresentaram melhor média no domínio psicológico de qualidade de vida. Este dado é semelhante ao encontrado no estudo de Sales et al. (2001) que verificaram que tratamento radioterápico está relacionado a avaliação negativa da qualidade de vida em pacientes com câncer de mama.

Houve ainda evidência de associação entre a variável estadiamento da doença e o domínio relações sociais ( $U=1398,0$ ;  $p=0,044$ ). Os dados mostram que participantes diagnosticadas em estágios mais iniciais de desenvolvimento da doença (estádio 0, I ou II) apresentaram média mais elevada de qualidade de vida neste domínio. No entanto, este resultado não foi semelhante ao encontrado no estudo Mirabeau-Beale et. al. (2009), que comparam a qualidade de vida de mulheres com câncer de ovário em estágio inicial e avançado, e não obtiveram diferença significativa entre o estadiamento da doença e qualquer medida de qualidade de vida.



Tabela 11 – Comparação entre as variáveis clínicas e qualidade de vida em mulheres com câncer (n=120)

	<i>WHOQoL-Bref</i>									
	<i>QV Geral</i>		<i>D. Físico</i>		<i>D. Psicológico</i>		<i>D. Rel. Sociais</i>		<i>D. Meio Ambiente</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Tipo de câncer</b>										
Mama	14,6 (3,3)	0,448	14,3 (3,1)	0,858	14,8 (3,0)	0,978	15,7 (3,7)	0,249	14,5 (2,6)	0,496
Ginecológico	13,9 (3,7)		14,2 (3,3)		14,7 (3,1)		15,1 (3,1)		14,1 (2,3)	
<b>Estadiamento</b>										
0 (in situ), I e II	14,7 (3,3)	0,521	14,3 (3,0)	0,812	14,9 (2,6)	0,981	16,1 (3,4)	<b>0,044*</b>	14,5 (2,3)	0,641
III e IV	14,1 (3,6)		14,3 (3,3)		14,6 (3,4)		14,9 (3,5)		14,2 (2,6)	
<b>Metástase</b>										
Sim	11,4 (3,3)	<b>0,005*</b>	13,2 (1,6)	0,162	13,1 (3,1)	0,060	15,5 (3,5)	0,920	13,3 (2,1)	0,077
Não	14,6 (3,3)		14,4 (3,2)		14,9 (3,0)		15,5 (3,5)		14,5 (2,5)	
<b>Tempo de tratamento</b>										
Até 6 meses	14,5 (3,3)	0,863	14,5 (3,0)	0,461	15,3 (3,1)	<b>0,004*</b>	15,7 (3,5)	0,213	14,7 (2,5)	0,059
Entre 7e 12 meses	14,1 (3,7)		13,9 (3,4)		13,9 (2,8)		15,0 (3,5)		13,8 (2,3)	

Continua

	<i>WHOQOL-Bref</i>									
	<i>QV Geral</i>		<i>D. Físico</i>		<i>D. Psicológico</i>		<i>D. Rel. Sociais</i>		<i>D. Meio Ambiente</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Cirurgia</b>										
Sim	14,8 (3,1)	0,258	14,4 (2,3)	0,654	15,0 (2,9)	0,542	15,8 (3,2)	0,274	14,5 (2,3)	0,398
Não	13,9 (3,8)		14,2 (3,5)		14,5 (3,3)		15,0 (3,8)		14,2 (2,6)	
<b>Tipo de cirurgia</b>										
Conservadora	14,6 (3,0)	0,490	14,4 (2,9)	0,895	14,5 (2,8)	0,814	15,6 (3,4)	0,813	14,5 (2,0)	0,360
Não Conservadora	14,9 (3,2)		14,3 (2,9)		15,4 (2,9)		16,1 (2,9)		14,5 (2,6)	
<b>Quimioterapia</b>										
Sim	14,5 (3,6)	0,126	14,4 (3,2)	0,552	14,7 (3,2)	0,855	15,2 (3,5)	0,083	14,4 (2,5)	0,887
Não	13,7 (2,9)		13,8 (3,1)		14,8 (2,6)		16,4 (3,3)		14,3 (2,4)	
<b>Tipo de quimioterapia</b>										
Neoadjuvante	14,6 (3,5)	0,136	14,5 (3,5)	0,733	14,8 (3,2)	0,360	14,8 (3,7)	0,331	14,6 (2,6)	0,106
Adjuvante	15,3 (3,4)		14,2 (2,8)		15,0 (3,2)		16,2 (2,9)		14,5 (2,6)	
Paliativa	12,5 (4,0)		13,8 (2,6)		13,5 (3,2)		15,1 (3,2)		13,0 (1,4)	
<b>Radioterapia</b>										
Sim	14,5 (3,2)	0,780	13,5 (2,9)	0,253	13,6 (3,2)	<b>0,043*</b>	15,0 (3,3)	0,394	14,2 (2,5)	0,700
Não	14,3 (3,5)		14,5 (3,2)		15,0 (2,9)		15,6 (3,5)		14,4 (2,5)	

\*Teste Mann-Whitney ou Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

A Tabela 12 apresenta a comparação entre os aspectos relacionados à prática da religiosidade e qualidade de vida. Os testes estatísticos evidenciaram associação entre a variável praticante da religião e todos os índices de qualidade de vida ( $p < 0,05$ ). Os dados sugerem que participantes que relataram praticar a religião apresentaram maior média de qualidade de vida nos domínios geral, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

De forma semelhante, houve associação entre tempo diário dedicado à religião e os domínios de qualidade de vida ( $p < 0,05$ ). Os dados apontam que pacientes que dedicavam mais de uma hora por dia à religião apresentavam média mais elevada nos quatro domínios de qualidade de vida, em comparação com aquelas que não dedicavam tempo nenhum, com exceção do índice geral de qualidade de vida, que não apresentou diferença significativa para esta variável.

Zhang et. al. (2012) também encontraram em seu estudo que atividades relacionadas à prática da religião atuavam como um importante fator de promoção de qualidade de vida. Segundo os autores, pacientes terminais que relatavam se engajar em atividades como orações e meditações espirituais, ou que referiam participar de atividade religiosas, apresentaram melhor qualidade de vida.

Tabela 12 – Comparação entre as variáveis religiosas e qualidade de vida em mulheres com câncer (n=120)

	WHOQoL-Bref									
	QV Geral		D. Físico		D. Psicológico		D. Rel. Sociais		D. Meio Ambiente	
	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p
<b>Religião definida</b>										
Sim	14,4 (3,4)	0,848	14,3 (3,1)	0,941	14,7 (3,1)	0,499	15,5 (3,5)	0,812	14,3 (2,5)	0,776
Não	14,1 (3,7)		14,1 (3,6)		15,2 (3,1)		15,2 (3,6)		14,5 (1,5)	
<b>Qual religião</b>										
Católica	14,6 (3,2)	0,561	14,2 (3,3)	0,904	14,7 (3,1)	0,910	15,7 (3,3)	0,693	14,4 (2,7)	0,555
Protestante/Evangélica	14,1 (3,8)		14,5 (2,6)		14,6 (3,2)		14,9 (4,0)		14,0 (2,2)	
Outras	13,1 (3,6)		14,2 (3,7)		15,2 (2,5)		16,0 (2,6)		14,8 (2,8)	
<b>Tempo nesta religião</b>										
Até 5 anos	13,8 (3,2)	0,833	15,5 (2,4)	0,472	14,7 (3,8)	0,939	16,0 (4,5)	0,292	15,1 (2,5)	0,356
Entre 6 e 30 anos	14,1 (4,4)		14,2 (3,0)		14,6 (3,0)		14,5 (3,7)		13,9 (2,3)	
Sempre	14,5 (3,1)		14,1 (3,2)		14,7 (3,0)		15,7 (3,2)		14,3 (2,6)	
<b>Praticante</b>										
Sim	14,7 (3,2)	<b>0,040*</b>	14,8 (3,1)	<b>&lt;0,001*</b>	15,1 (3,0)	<b>0,002*</b>	16,1 (3,4)	<b>0,001*</b>	14,7 (2,5)	<b>0,008*</b>
Não	12,9 (3,9)		12,3 (2,6)		13,1 (2,6)		13,4 (3,0)		13,0 (2,4)	
<b>Tempo dedicado</b>										
Nenhum	12,3 (4,1)	0,100	10,9 (2,8)	<b>0,001*</b>	12,1 (2,5)	<b>0,002*</b>	11,9 (3,9)	<b>&lt;0,001*</b>	12,3 (2,3)	<b>0,005*</b>
Até 30 min. por dia	14,5 (3,2)		14,7 (2,9)		14,7 (3,0)		15,9 (3,3)		14,2 (2,4)	
Mais de 1 hora por dia	14,8 (3,2)		14,8 (2,8)		15,3 (2,9)		16,1 (2,9)		14,9 (2,4)	

\*Teste Mann-Whitney ou Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

### 3.3.2 Comparação entre sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida

A Tabela 13 apresenta a comparação entre sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida. Os testes demonstraram evidência de associação entre sintomas de ansiedade e todos os domínios de qualidade de vida ( $p < 0,05$ ), sendo que os dados sugerem que pacientes com ansiedade apresentaram médias mais baixas de qualidade de vida. Da mesma forma, houve também relação entre depressão e os domínios do WHOQoL-BREF ( $p < 0,05$ ) e os dados apontam que participantes com presença de sintomas depressivos apresentaram piores médias de qualidade de vida, quando comparadas a pacientes sem depressão.

Estes dados são semelhantes aos encontrados na literatura, como no estudo de Hutter et al. (2012), que avaliaram a relação entre qualidade de vida e ansiedade e depressão em pacientes com câncer de mama, e concluíram que estas variáveis estão significativamente correlacionadas, e que níveis mais elevados de ansiedade e depressão estão associados a pior medida de qualidade de vida. Do mesmo modo, Weitzner et al.<sup>2</sup> (1997 apud Chopra; Kamal, 2012, p.5) verificaram que pacientes em tratamento de câncer de mama, com presença de sintomas relacionados a depressão e ansiedade, apresentavam média mais baixa de qualidade de vida global.

No entanto, não é possível concluir se foi a presença de ansiedade e depressão que resultou em diminuição na qualidade de vida das participantes ou se a baixa qualidade de vida facilitou o aparecimento destes sintomas. Hutter et al. (2012) testaram em seu estudo dois modelos de análise, a depressão e ansiedade determinando a qualidade de vida *versus* a qualidade de vida determinando os sintomas depressivos e ansiosos, entretanto, não encontraram dados conclusivos. Outras análises, a partir destes dados, podem ser realizadas futuramente para avaliar esta questão.

---

<sup>2</sup> WEITZNER, M.A. et al. Relationship between quality of life and mood in long-term survivors of breast cancer treated with mastectomy. **Support Care Cancer**, v. 5, p. 241-248, 1997.

Tabela 13 – Comparação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres com câncer (n=120)

	<i>WHOQoL-Bref</i>									
	<i>QV Geral</i>		<i>D. Físico</i>		<i>D. Psicológico</i>		<i>D. Rel. Sociais</i>		<i>D. Meio Ambiente</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Ansiedade</b>										
Sim	12,4 (3,2)		12,2 (2,8)		12,2 (3,2)		13,4 (3,8)		12,6 (2,1)	
Não	15,2 (3,2)	<0,001*	15,2 (2,9)	<0,001*	15,8 (2,2)	<0,001*	16,4 (2,9)	<0,001*	15,1 (2,2)	<0,001*
<b>Depressão</b>										
Sim	12,0 (3,2)		11,7 (3,0)		11,6 (2,5)		13,5 (4,1)		12,5 (2,1)	
Não	15,4 (3,0)	<0,001*	15,3 (2,6)	<0,001*	16,0 (2,2)	<0,001*	16,2 (2,8)	<0,001*	15,1 (2,1)	<0,001*

\*Teste Mann-Whitney,  $p \leq 0,05$

### 3.4 Suporte Social

O suporte social da amostra foi analisado por meio da Escala de Suporte Social – MOS, que permite a verificação da quantidade de suporte social percebido pela participante, além da observação do tipo suporte disponível a ela dividido em três dimensões: interação social positiva e apoio afetivo; apoio emocional e de informação; e apoio material. A Tabela 14 descreve os escores mínimos e máximos e a média de suporte social obtidos pelas pacientes neste instrumento.

Tabela 14 – Descrição do suporte social disponível a uma amostra de mulheres com câncer (n=120)

<i>Suporte Social</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<b>Suporte Social Geral</b>	38,95	100,00	85,52	19,67
<b>Dimensões</b>				
Interação Social Positiva/Apoio Afetivo	22,86	100,00	86,47	21,26
Apoio Emocional/de Informação	25,00	100,00	82,31	22,61
Apoio Material	20,00	100,00	90,25	16,84

É possível observar que as participantes demonstraram um índice elevado de suporte social em todas as dimensões, sendo o apoio material o tipo de suporte mais disponibilizado para esta amostra.

As médias das dimensões de suporte social foram semelhantes às encontradas em outros estudos com pacientes com câncer (ANDRADE et al., 2005; SANTANA; ZANIN; MANIGLIA, 2008) e um pouco superiores as médias encontradas para a população geral no estudo de validação da escala MOS (GRIEP et al., 2005). Estes dados indicam que as participantes deste estudo declaravam receber bastante apoio e suporte social.

O fato de o apoio material ter sido o tipo de suporte com média mais elevada na presente amostra pode ser explicado pelas características do tratamento do câncer. Apoio material é descrito como provisão de recursos práticos e ajuda material (GRIEP et al., 2005) e refere-se a respostas positivas a situações como “se você precisar, dispõe de alguém para

ajudá-lo se ficar de cama?"; "para levá-lo ao médico?"; "ajudar nas tarefas diárias?"; "para preparar suas refeições?". Pelas características normalmente debilitantes do tratamento oncológico, é frequente que a paciente precise de ajuda de outra pessoa para realizar atividades domésticas e acompanhá-la aos retornos médicos. É inclusive orientação da própria equipe de saúde que a paciente sempre traga um acompanhante durante as sessões de quimioterapia.

#### **3.4.1 Comparação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas e suporte social**

A Tabela 15 apresenta a comparação entre as variáveis sociodemográficas e o suporte social. Como pôde ser observado, não houve relação significativa entre nenhuma variável sociodemográfica e as dimensões de suporte social, indicando que aspectos como idade, estado civil, nível socioeconômico, entre outros, parece não influenciar na percepção de suporte social recebido. Lutgendorf et al. (2012) também não observaram nenhuma correlação entre variáveis sociodemográficas e suporte social em mulheres com câncer de ovário. No entanto, estes dados não são compatíveis com o encontrado no estudo de Drageset e Lindstrom (2005), que avaliaram 117 mulheres com câncer de mama na Noruega, e verificaram que variáveis como idade, escolaridade e estado civil estavam relacionadas com suporte social. Trevino et al. (2012) também encontraram que idade e estado civil influenciavam o suporte social em jovens adultos com câncer avançado.



Tabela 15 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas e suporte social em mulheres com câncer (n=120)

	<i>Escala de Suporte Social – MOS</i>							
	<i>Suporte Social Geral</i>		<i>Int. Social Positiva/ Apoio Afetivo</i>		<i>Apoio Emocional/ de Informação</i>		<i>Apoio Material</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Idade</b>								
Até 50 anos	35,9 (18,7)	0,745	88,0 (20,1)	0,460	82,7 (21,8)	0,983	88,7 (18,9)	0,347
Mais de 50 anos	85,2 (20,5)		85,2 (22,3)		82,0 (23,4)		91,5 (14,9)	
<b>Estado civil</b>								
Com parceiro	87,2 (18,0)	0,760	89,1 (19,6)	0,197	84,1 (20,8)	0,698	90,2 (16,9)	0,753
Sem parceiro	83,5 (21,4)		83,3 (22,8)		80,2 (24,5)		90,3 (16,8)	
<b>Filhos</b>								
Sim	85,7 (19,7)	0,675	86,7 (21,2)	0,485	82,3 (23,0)	0,699	90,6 (16,4)	0,724
Não	83,7 (20,1)		83,8 (22,7)		82,1 (19,4)		87,1 (20,7)	
<b>Escolaridade</b>								
Até 8 anos	84,7 (20,4)	0,552	85,5 (21,7)	0,141	81,8 (23,6)	0,965	88,9 (17,7)	0,128
Mais de 8 anos	87,6 (17,8)		88,9 (20,0)		83,5 (20,1)		93,5 (13,9)	
<b>Condição Empregatória</b>								
Nível primário	87,0 (18,2)	0,404	88,9 (19,3)	0,159	83,4 (22,0)	0,452	90,9 (17,2)	0,699
Nível técnico/superior	89,5 (17,2)		89,9 (19,1)		87,5 (18,1)		92,6 (15,7)	
Sem Trabalho	83,0 (21,5)		83,3 (23,3)		79,8 (24,2)		89,0 (16,9)	

Continua

	<i>Escala de Suporte Social – MOS</i>							
	<i>Suporte Social Geral</i>		<i>Int. Social Positiva/ Apoio Afetivo</i>		<i>Apoio Emocional/ de Informação</i>		<i>Apoio Material</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Renda per capita</b>								
Até 1 salário	82,0 (21,3)		83,1 (23,3)		77,9 (24,8)		88,1 (18,5)	
Mais de 1 salário	90,0 (16,0)	0,113	90,7 (17,4)	0,316	87,7 (17,8)	0,161	93,3 (13,4)	0,318
Não sabe referir	88,4 (21,9)		88,9 (21,8)		87,1 (23,3)		90,0 (20,2)	
<b>Auxílio doença</b>								
Sim	86,3 (18,7)		86,3 (20,6)		84,8 (20,4)		89,1 (17,2)	
Não	85,3 (20,0)	0,832	86,5 (21,5)	0,939	81,6 (23,2)	0,818	90,6 (16,8)	0,387
<b>Fumar</b>								
Sim	85,8 (21,1)		87,2 (22,2)		81,8 (23,6)		91,3 (17,1)	
Não	85,4 (19,4)	0,797	86,3 (21,1)	0,461	82,4 (22,5)	0,904	90,0 (16,8)	0,726
<b>Beber</b>								
Sim	84,9 (22,0)		85,3 (23,7)		80,5 (25,6)		93,2 (15,1)	
Não	85,6 (19,4)	0,990	86,6 (21,0)	0,881	82,5 (22,3)	0,752	89,8 (17,0)	0,413
<b>Câncer na família</b>								
Sim	87,3 (17,4)		87,9 (19,1)		84,2 (20,0)		92,5 (14,4)	
Não	84,3 (22,1)	0,924	85,8 (24,1)	0,533	81,6 (25,0)	0,910	87,3 (19,6)	0,093
Não sabe referir	55,4 (20,3)		58,0 (16,4)		44,1 (22,4)		73,3 (23,1)	

\*Teste Mann-Whitney ou Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

A Tabela 16 apresenta a comparação entre as variáveis clínicas e a percepção de suporte social. Os testes evidenciaram associação entre o tipo de câncer e a dimensão material de suporte social ( $U=1284,5$ ;  $p=0,046$ ), sendo que de acordo com os dados, pacientes diagnosticadas com câncer ginecológico tinham maior percepção de suporte material do que as participantes com câncer de mama.

No entanto, Trevino et al. (2012) avaliaram o suporte social de 71 jovens em tratamento para diferentes tipos de câncer em estágio avançado, e encontraram que pacientes com câncer de mama tinham escores mais altos de suporte social do que pacientes com outros diagnósticos. No entanto, os casos de câncer de mama representavam mais da metade da amostra estudada, e não foi descrito se algum tipo de câncer ginecológico estava presente.

Verificou-se também evidência de relação entre a variável cirurgia e as dimensões suporte social geral ( $U=1397,5$ ;  $p=0,038$ ) e interação social positiva/apoio afetivo ( $U=1352,0$ ;  $p=0,016$ ). Os dados sugerem que pacientes que realizaram tratamento cirúrgico apresentaram maior percepção de suporte social nestas duas dimensões da escala MOS. Este dado não é compatível com o encontrado no estudo de Pinar et al. (2011), que referiram que pacientes com câncer ginecológico que haviam feito cirurgia tinham menos suporte social.

A Tabela 17 apresenta a comparação entre as variáveis religiosas e a percepção de suporte social. Os testes mostraram evidência de associação entre ser praticante da religião e todas as dimensões de suporte social ( $p<0,05$ ). De acordo com os dados do instrumento, participantes que declararam praticar sua crença religiosa apresentaram maior percepção de suporte social em todos os índices obtidos pela escala MOS. De forma semelhante, a variável tempo dedicado à religião também apresentou relação com todas as dimensões de suporte social ( $p<0,05$ ), de forma que os dados apontam que quanto maior o tempo diário dedicado às atividades religiosas, maior percepção de suporte social. Kroenke et al. (2012) encontraram resultado semelhante em uma amostra de mulheres com câncer de mama, na qual observaram que pacientes que declaravam participar de atividades religiosas e espirituais tinham maiores índices de suporte social.

Tabela 16 – Comparação entre as variáveis clínicas e suporte social em mulheres com câncer (n=120)

	<i>Escala de Suporte Social – MOS</i>							
	<i>Suporte Social Geral</i>		<i>Int. Social Positiva/ Apoio Afetivo</i>		<i>Apoio Emocional/ de Informação</i>		<i>Apoio Material</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Tipo de câncer</b>								
Mama	85,5 (18,7)	0,281	86,8 (19,9)	0,607	82,7 (20,9)	0,452	88,6 (18,2)	<b>0,046*</b>
Ginecológico	85,6 (21,7)		85,7 (23,9)		81,5 (25,9)		93,5 (13,0)	
<b>Estadiamento</b>								
0 (in situ), I e II	86,6 (18,4)	0,506	87,6 (19,4)	0,872	83,2 (23,5)	0,468	91,7 (15,3)	0,732
III e IV	84,6 (20,3)		85,5 (22,6)		81,6 (21,9)		89,0 (17,9)	
<b>Metástase</b>								
Sim	84,2 (19,5)	0,666	87,0 (21,5)	0,657	82,2 (19,8)	0,767	83,1 (21,2)	0,193
Não	85,6 (19,7)		86,4 (21,3)		82,3 (22,9)		90,9 (16,2)	
<b>Tempo tratamento</b>								
Até 6 meses	86,9 (19,2)	0,243	87,2 (21,6)	0,503	84,1 (22,3)	0,170	92,1 (13,7)	0,369
Entre 7e 12 meses	83,2 (20,2)		85,2 (20,8)		79,4 (22,9)		87,2 (20,5)	

Continua

Conclusão

	<i>Escala de Suporte Social – MOS</i>							
	<i>Suporte Social Geral</i>		<i>Int. Social Positiva/ Apoio Afetivo</i>		<i>Apoio Emocional/ de Informação</i>		<i>Apoio Material</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Cirurgia</b>								
Sim	87,9 (18,0)	<b>0,038*</b>	89,9 (18,1)	<b>0,016*</b>	84,1 (22,3)	0,151	92,0 (15,4)	0,366
Não	82,6 (21,2)		82,3 (23,9)		80,1 (22,9)		88,1 (18,2)	
<b>Tipo de cirurgia</b>								
Conservadora	87,7 (18,2)	0,957	90,0 (17,1)	0,360	84,1 (22,9)	0,813	90,9 (18,5)	0,814
Não Conservadora	88,1 (18,1)		89,9 (19,3)		84,1 (21,9)		93,0 (12,5)	
<b>Quimioterapia</b>								
Sim	85,6 (19,6)	0,778	86,5 (21,8)	0,675	82,6 (22,1)	0,818	90,4 (16,3)	0,830
Não	84,9 (19,9)		86,3 (19,5)		81,2 (24,4)		89,6 (18,8)	
<b>Tipo quimioterapia</b>								
Neoadjuvante	84,5 (20,1)	0,244	84,9 (23,1)	0,479	81,3 (22,3)	0,447	90,2 (16,6)	0,482
Adjuvante	87,8 (20,1)		88,6 (20,7)		84,9 (23,7)		92,5 (14,8)	
Paliativa	86,9 (16,9)		89,8 (17,7)		84,5 (18,7)		86,8 (18,2)	
<b>Radioterapia</b>								
Sim	87,6 (17,8)	0,695	90,8 (16,4)	0,332	83,8 (21,9)	0,798	89,8 (20,1)	0,540
Não	84,9 (20,1)		85,3 (22,2)		81,9 (22,8)		90,3 (15,9)	

\*Teste Mann-Whitney ou Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

Tabela 17 – Comparação entre as variáveis religiosas e suporte social em mulheres com câncer (n=120)

	<i>Escala de Suporte Social – MOS</i>							
	<i>Suporte Social Geral</i>		<i>Int. Social Positiva/ Apoio Afetivo</i>		<i>Apoio Emocional/ de Informação</i>		<i>Apoio Material</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Religião definida</b>								
Sim	85,6 (19,8)	0,527	86,6 (21,4)	0,454	82,5 (22,6)	0,628	90,0 (17,3)	0,694
Não	84,3 (19,1)		84,5 (21,0)		88,4 (23,3)		92,0 (11,9)	
<b>Qual religião</b>								
Católica	85,6 (20,1)	0,543	86,4 (22,0)	0,556	82,6 (23,3)	0,453	90,2 (16,9)	0,878
Protest./Evangélica	84,8 (19,3)		86,6 (20,5)		80,7 (21,6)		89,8 (17,7)	
Outras	89,3 (21,3)		89,7 (22,6)		88,9 (20,8)		89,2 (22,0)	
<b>Tempo na religião</b>								
Até 5 anos	84,0 (22,1)	0,899	85,4 (23,7)	0,994	78,9 (25,6)	0,877	91,6 (16,2)	0,948
Entre 6 e 30 anos	84,6 (20,2)		86,4 (21,2)		81,8 (21,3)		87,0 (20,9)	
Sempre	86,2 (19,5)		86,9 (21,4)		83,3 (22,7)		90,6 (16,4)	
<b>Praticante</b>								
Sim	89,7 (15,7)	<b>0,002*</b>	90,6 (17,5)	<b>0,003*</b>	87,4 (17,6)	<b>0,001*</b>	92,5 (14,3)	<b>0,004*</b>
Não	70,6 (25,6)		72,1 (27,9)		64,2 (29,3)		80,6 (23,5)	
<b>Tempo dedicado</b>								
Nenhum	66,6 (25,3)	<b>0,001*</b>	62,4 (28,5)	<b>0,001*</b>	59,1 (26,7)	<b>0,001*</b>	75,0 (22,2)	<b>0,002*</b>
Até 30 min. por dia	85,8 (19,1)		87,4 (20,3)		82,5 (22,8)		89,5 (18,2)	
Mais de 1h por dia	91,3 (14,2)		92,5 (15,2)		88,6 (16,9)		94,4 (12,4)	

\*Teste Mann-Whitney ou Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

### 3.4.2 Comparação entre sintomas de ansiedade e depressão e suporte social

Como pode ser observado na Tabela 18, os teste demonstraram evidência de relação entre a variável ansiedade e todas as dimensões de suporte social ( $p < 0,05$ ), sugerindo que menor percepção de apoio social estava associado à presença de sintomas de ansiedade. De forma semelhante, houve também associação entre depressão e as dimensões de suporte avaliadas pela escala MOS ( $p < 0,05$ ). De acordo com os dados, pacientes com sintomas depressivos apresentaram médias mais baixas de suporte social, quando comparadas àquelas sem depressão.

Outros estudos da literatura também encontraram relação entre suporte social e transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão (BOZO et al., 2009; BROADHEAD et al., 1988). Leeuw et al. (2000) verificaram que pacientes com câncer que recebiam pouco suporte social apresentavam mais sintomas de depressão durante o tratamento. Da mesma forma, Pinar et al. (2011) observaram que níveis elevados de percepção de apoio social estavam associado a escores reduzidos de ansiedade e depressão em pacientes com câncer ginecológico. Manning-Walsh (2012) também encontraram que mulheres com câncer de mama que recebiam mais suporte social apresentavam níveis mais baixos de prejuízo psicológico.

Tabela 18– Comparação entre ansiedade, depressão e suporte social em mulheres com câncer (n=120)

	<i>Escala de Suporte Social – MOS</i>							
	<i>Suporte Social Geral</i>		<i>Int. Social Positiva/ Apoio Afetivo</i>		<i>Apoio Emocional/ de Informação</i>		<i>Apoio Material</i>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>p</i>
<b>Ansiedade</b>								
Sim	70,2 (22,8)	<b>&lt;0,001*</b>	69,5 (26,3)	<b>&lt;0,001*</b>	65,6 (24,8)	<b>&lt;0,001*</b>	80,9 (20,5)	<b>&lt;0,001*</b>
Não	92,3 (13,4)		94,0 (12,8)		89,7 (16,9)		94,3 (13,0)	
<b>Depressão</b>								
Sim	67,6 (23,6)	<b>&lt;0,001*</b>	66,7 (26,5)	<b>&lt;0,001*</b>	63,0 (26,3)	<b>&lt;0,001*</b>	78,4 (21,4)	<b>&lt;0,001*</b>
Não	92,8 (11,5)		94,6 (11,1)		90,2 (14,9)		95,1 (11,5)	

\*Teste Mann-Whitney,  $p \leq 0,05$



### 3.4.3 Correlação entre qualidade de vida e suporte social

Como pode ser observado na Tabela 19, houve correlação positiva e significativa entre todos os domínios de qualidade de vida e todas as dimensões de suporte social, indicando que as variáveis são diretamente proporcionais ( $p < 0,05$ ), ou seja, quanto maior o suporte social, melhor qualidade de vida. A maioria das correlações foram moderadas, com exceção das variáveis apoio material e qualidade de vida geral, que apresentaram uma correlação fraca.

Tabela 19 – Correlação entre qualidade de vida e suporte social em mulheres com câncer (n=120)

Suporte Social (MOS)	WHOQoL-Bref				
	Qualidade de Vida Geral	D. Físico	D. Psicológico	D. Relações Sociais	D. Meio Ambiente
Suporte Social Geral	0,3*	0,4*	0,5*	0,5*	0,6*
Inter.Social Positiva/ Apoio Afetivo	0,4*	0,3*	0,4*	0,4*	0,5*
Apoio Emocional/ de Informação	0,3*	0,4*	0,5*	0,5*	0,6*
Apoio Material	0,2*	0,3*	0,4*	0,4*	0,4*

\*Coeficiente de Correlação de Spearman,  $p \leq 0,05$

Outros estudos da literatura encontraram resultados semelhantes, como o de Pinar et al. (2011) que verificaram que elevada percepção de suporte social estava associada a aumento na qualidade de vida. Sandgren et al. (2004) também ressaltaram o impacto positivo do apoio social na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama e Manning-Walsh (2012) verificou que o suporte social estava positivamente associado a melhores índices de qualidade de vida.

### 3.5 Coping Religioso-Espiritual (CRE)

O enfrentamento religioso-espiritual foi analisado por meio da Escala CRE (PANZINI e BANDEIRA, 2005). Esta escala permite a análise de estratégias de CRE total, CRE positivo e CRE negativo, além de oito fatores de *coping* positivo e quatro fatores de enfrentamento religioso negativo. O resultado da aplicação desta escala pode ser utilizado como variável numérica, a partir da observação do valor da média obtida pela participante em cada dimensão do instrumento, ou como variável categórica, por meio da distribuição das respostas em cinco categorias de frequência: nenhuma, baixa, média, alta e altíssima (PANZINI, 2004). Neste estudo, os dados deste instrumento foram utilizados como variável categórica para as comparações entre o *coping* religioso espiritual e os aspectos sociodemográficos, clínicos, religiosos e os resultados dos instrumentos aplicados. No entanto, para a realização da Regressão Linear, os dados foram utilizados como variável numérica.

A análise da distribuição de frequência do CRE mostrou que as categorias localizadas nas extremidades (nenhum e altíssimo) apresentavam ocorrência baixa ou ausente. Deste modo, decidiu-se pela reorganização das categorias em três níveis: nenhuma/baixa; média; e alta/altíssima, uma vez que este agrupamento reduz o número de classificações, facilitando a comparação com as outras variáveis estudadas, e já foi realizado em outros estudos com a escala CRE (PANZINI, 2004; PANZINI et al., 2007).

#### 3.5.1 Caracterização da amostra quanto ao uso de *coping* religioso-espiritual

Gráfico 4 mostra a frequência do uso de *coping* religioso-espiritual total pelas participantes deste estudo.

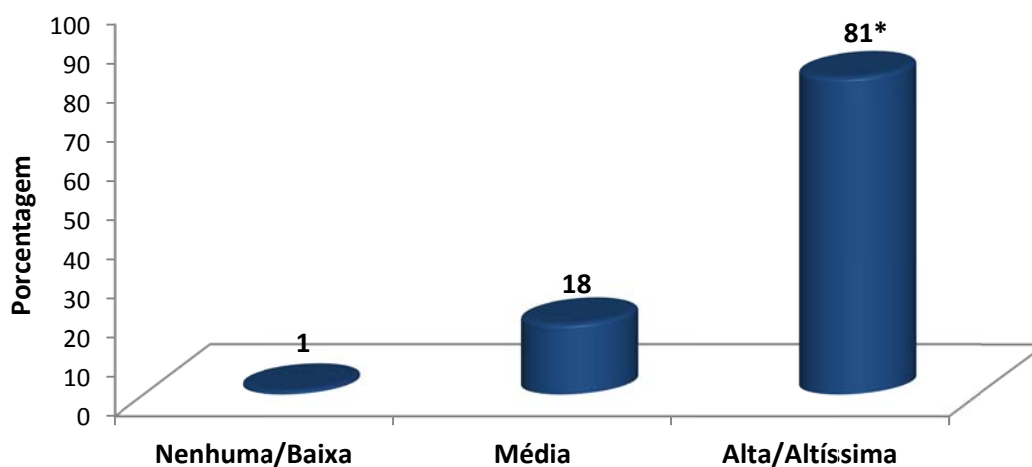


Gráfico 4 – Avaliação da frequência do uso de estratégias de *coping* religioso-espiritual (CRE total) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120).

\*Teste  $\chi^2$ ,  $p \leq 0,05$

O CRE total é uma medida que indica a quantidade total de estratégias de enfrentamento religioso utilizada por uma pessoa, por meio da média entre o índice de CRE Positivo e a média das respostas invertidas de CRE Negativo. Como pode ser observado, 81% da amostra utilizou CRE total em frequência alta/altíssima ( $\chi^2_{(2)} = 127,3$ ;  $p < 0,001$ ). Este dado é semelhante ao encontrado por Macieira et al. (2007), que avaliaram o enfrentamento religioso de pacientes com câncer de mama e verificaram que a maior parte da amostra fazia uso de CRE total em frequência alta.

O Gráfico 5 apresenta a frequência do CRE Positivo nesta amostra. O padrão positivo de enfrentamento religioso refere-se a comportamentos que proporcionam efeito benéfico ao praticante, como busca de amor e proteção de Deus, meditações e orações, busca de conforto espiritual em literaturas ou instituições religiosas, entre outros, e foi empregado pela maior parte das participantes em uma frequência média e alta, 45% e 48%, respectivamente, e 7% relataram utilizar o CRE positivo em frequência baixa ( $\chi^2_{(2)} = 36,1$ ;  $p < 0,001$ ). Hebert et al. (2009) também referem em seu estudo com mulheres com câncer de mama que o CRE positivo foi utilizado em alta frequência, e Thuné-Boyle et al. (2011) relatam que 73% de sua amostra utilizavam estratégias positivas de *coping* religioso.

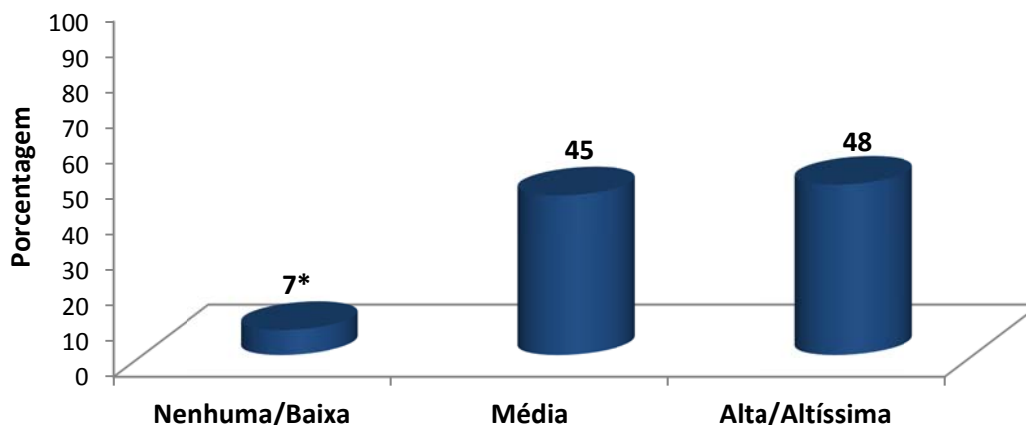


Gráfico 5 – Avaliação da frequência do uso de estratégias positivas de *coping* religioso-espiritual em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120).

O Gráfico 6 mostra a frequência do uso de estratégias negativas de CRE. Observa-se que 88% da amostra declararam fazer uso de CRE negativo em frequência baixa ( $\chi^2_{(2)} = 164,1$ ;  $p < 0,001$ ).

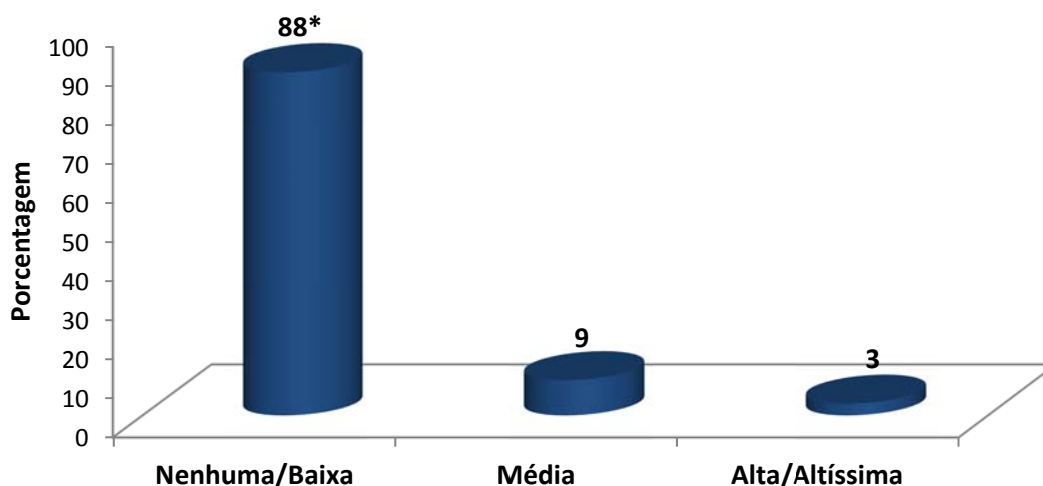


Gráfico 6 – Avaliação da frequência do uso de estratégias negativas de *coping* religioso-espiritual em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120). \*Teste  $\chi^2$ ,  $p \leq 0,05$

O CRE negativo caracteriza-se por envolver comportamentos que geram consequências prejudiciais ao indivíduo, tais como: questionar o amor de Deus, sentir-se culpado ou punido, revoltar-se contra a instituição religiosa, sentir-se abandonado, entre

outros. Como pode ser visto, a distribuição da frequência de uso de CRE negativo difere bastante do CRE total e positivo, sendo bem menos utilizado pelas participantes. Este dado era esperado, uma vez que outros estudos indicam que as estratégias de CRE positivo são consideravelmente mais utilizadas que as de caráter negativo (PARGAMENT et al., 1998). Hebert et al. (2009) verificaram em seu estudo com mulheres em tratamento para câncer de mama que 76% das participantes utilizavam estratégias positivas de enfrentamento religioso e apenas 15% da amostra utilizavam estratégias negativas de *coping*.

A Tabela 20 descreve as médias obtidas pelas participantes em relação ao uso de estratégias de CRE. É possível observar que a média de CRE total, bem como a média de estratégias positivas de enfrentamento religioso foram maiores que a média de CRE negativo.

Tabela 20 - Descrição do valor mínimo, máximo, média e desvio padrão de *coping* religioso-espiritual em uma amostra de mulheres com câncer (n=120)

<b>Coping Religioso Espiritual</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>CRE Total</b>	2,34	4,68	3,82	0,42
<b>CRE Positivo</b>	1,26	4,82	3,43	0,64
<b>CRE Negativo</b>	1,00	3,67	1,80	0,57
<b>Fatores de CRE Positivo</b>				
P1 – Transformação de Si/Sua Vida	1,14	5,00	3,47	0,74
P2 – Busca de Ajuda Espiritual	1,00	5,00	2,90	0,93
P3 – Oferta de Ajuda a Outro	1,14	5,00	3,39	0,89
P4 – Posição Positiva frente a Deus	2,09	5,00	4,41	0,52
P5 – Busca de Crescimento Espiritual	1,00	5,00	3,32	0,86
P6 – Busca do Outro Institucional	1,00	5,00	3,10	1,06
P7 – Busca de Conhecimento Espiritual	1,00	5,00	2,77	0,88
P8 – Afastamento através de Deus/Religião/Espiritualidade	1,00	5,00	3,63	0,81
<b>Fatores de CRE Negativo</b>				
N1 – Reavaliação Negativa de Deus				
N2 – Posição Negativa frente a Deus	1,00	4,00	1,47	0,69
N3 – Reavaliação Negativa do Significado	1,00	5,00	2,75	0,95
N4 – Insatisfação com Outro Institucional	1,00	4,20	1,85	0,87
	1,00	4,50	1,45	0,76

Entre os fatores de *coping* positivo analisado, o fator 4 “Posicionamento positivo frente a Deus”, que envolve comportamento de colaboração, autodireção e busca de conexão com Deus, foi o que obteve a maior média. Já entre os fatores de enfrentamento

religioso negativo, o fator 2 “Posição negativa frente a Deus”, que envolve comportamentos de delegação passiva e súplica negativa, foi o mais utilizado.

### **3.5.2 Comparação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas e *coping* religioso-espiritual**

A Tabela 21 apresenta a comparação entre as variáveis sociodemográficas e os resultados obtidos na escala CRE. Não foram encontradas relações significativas entre nenhuma variável e CRE total e positivo. Houve evidência de associação apenas entre a variável renda per capita e CRE negativo ( $\chi^2_{(4)}= 9,9$ ;  $p=0,023$ ). Os dados sugerem que participantes que tinham renda de até um salário mínimo faziam maior uso de estratégias negativas de *coping* religioso em frequência média e alta.

Macieira et al. (2007), que avaliaram pacientes com câncer de mama, relatam que variáveis sociodemográficas como grau de instrução, estado civil, idade e renda, não apresentaram associação com a utilização de estratégias de CRE. No entanto, Valcanti et al. (2012) verificaram que em pacientes com doença renal crônica, a baixa renda familiar estava significativamente relacionada com maior uso de *coping* religioso negativo.

Tabela 21 - Comparação entre as variáveis sociodemográficas e *coping* religioso-espiritual em mulheres com câncer (n=120).

	Escala de Coping Religioso Espiritual											
	CRE Total				CRE Positivo				CRE Negativo			
	Baixa f (%)	Média f (%)	Alta f (%)	p	Baixa f (%)	Média f (%)	Alta f (%)	p	Baixa f (%)	Média f (%)	Alta F (%)	p
<b>Idade</b>												
Até 50 anos	---	13 (10,8)	42 (35,0)	0,236	6 (5,0)	22 (18,3)	27 (22,5)	0,375	48 (40,0)	6 (5,0)	1 (0,8)	0,899
Mais de 50 anos	1 (0,8)	9 (7,5)	55 (45,8)		3 (2,5)	32 (26,7)	30 (25,0)		58 (48,3)	5 (4,2)	2 (1,7)	
<b>Estado civil</b>												
Com parceiro	---	12 (10,0)	53 (44,2)	0,718	4 (3,3)	26 (21,7)	35 (29,2)	0,291	60 (50,0)	3 (2,5)	2 (1,7)	0,165
Sem parceiro	1 (0,8)	10 (8,3)	44 (36,7)		5 (4,2)	28 (23,3)	22 (18,3)		46 (38,3)	8 (6,7)	1 (0,8)	
<b>Filhos</b>												
Sim	1 (0,8)	17 (14,2)	90 (75,0)	0,140	5 (4,2)	50 (41,7)	53 (44,2)	0,082	96 (80,0)	9 (7,5)	3 (2,5)	0,501
Não	---	5 (4,2)	7 (5,8)		4 (3,3)	4 (3,3)	4 (3,3)		10 (8,3)	2 (1,7)	---	
<b>Escolaridade</b>												
Até 8 anos	1 (0,8)	17 (14,2)	68 (56,7)	0,718	5 (4,2)	43 (35,8)	38 (31,7)	0,170	73 (60,8)	10 (8,3)	3 (2,5)	0,165
Mais de 8 anos	---	5 (4,2)	29 (24,2)		4 (3,3)	11 (9,2)	19 (15,8)		33 (27,5)	1 (0,8)	---	
<b>Condição Empregatória</b>												
Nível primário	---	11 (9,2)	39 (32,5)	0,716	5 (4,2)	18 (15,0)	27 (22,5)	0,375	43 (35,8)	7 (5,8)	---	0,255
N. técnico/superior	---	3 (2,5)	12 (10,0)		1 (0,8)	6 (5,0)	8 (6,7)		14 (11,7)	1 (0,8)	---	
Sem Trabalho	1 (0,8)	8 (6,7)	46 (38,3)		3 (2,5)	30 (25,0)	22 (18,3)		49 (40,8)	3 (2,5)	3 (2,5)	

Continua

	<i>Escola de Coping Religioso Espiritual</i>											
	<i>CRE Total</i>				<i>CRE Positivo</i>				<i>CRE Negativo</i>			
	<i>Baixa f(%)</i>	<i>Média f (%)</i>	<i>Alta f (%)</i>	<i>p</i>	<i>Baixa f (%)</i>	<i>Média f (%)</i>	<i>Alta f (%)</i>	<i>p</i>	<i>Baixa f (%)</i>	<i>Média f (%)</i>	<i>Alta f (%)</i>	<i>p</i>
<b>Renda per capita</b>												
Até 1 salário	1 (0,8)	14 (11,7)	51 (42,5)	0,412	4 (3,3)	26 (21,7)	36 (30,0)	0,388	57 (47,5)	6 (5,0)	3 (2,5)	<b>0,023*</b>
Mais de 1 salário	---	6 (5,0)	41 (34,2)		4 (3,3)	25 (20,8)	18 (15,0)		45 (37,5)	2 (1,7)	---	
Não sabe referir	---	2 (1,7)	5 (4,2)		1 (0,8)	3 (2,5)	3 (2,5)		4 (3,3)	3 (2,5)	---	
<b>Auxílio doença</b>												
Sim	---	7 (5,8)	20 (16,7)	0,433	4 (3,3)	10 (8,3)	13 (10,8)	0,225	24 (20,0)	3 (2,5)	---	0,868
Não	1 (0,8)	15 (12,5)	77 (64,2)		5 (4,2)	44 (36,7)	44 (36,7)		82 (68,3)	8 (6,7)	3 (2,5)	
<b>Fumar</b>												
Sim	---	3 (2,5)	19 (15,8)	0,805	2 (1,7)	11 (9,2)	9 (7,5)	0,784	21 (17,5)	1 (0,8)	---	0,831
Não	1 (0,8)	19 (15,8)	78 (65,0)		7 (5,8)	43 (35,8)	48 (40,0)		85 (70,8)	10 (0,3)	3 (2,5)	
<b>Beber</b>												
Sim	1 (0,8)	3 (2,5)	10 (8,3)	0,102	3 (2,5)	3 (2,5)	8 (6,7)	0,061	13 (10,8)	0	1 (0,8)	0,291
Não	---	19 (15,8)	87 (72,5)		6 (5,0)	51 (42,5)	49 (40,8)		93 (77,5)	11 (9,2)	2 (1,7)	
<b>Câncer na família</b>												
Sim	1 (0,8)	15 (12,5)	60 (50,0)	0,934	7 (5,8)	36 (30,0)	33 (27,5)	0,190	68 (56,7)	5 (4,2)	3 (2,5)	0,387
Não	---	7 (5,8)	34 (28,3)		2 (1,7)	15 (12,5)	24 (20,0)		35 (29,2)	6 (5,0)	---	
Não sabe referir	---	---	3 (2,5)		---	3 (2,5)	---		3 (2,5)	---	---	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .



A Tabela 22 apresenta a comparação entre as variáveis clínicas e a utilização de CRE por esta amostra. Os testes indicam associação entre a variável cirurgia e CRE total ( $\chi^2_{(2)}= 5,9$ ;  $p=0,032$ ), apontando que participantes que haviam realizado tratamento cirúrgico faziam maior uso de estratégias de CRE total em frequência alta, quando comparado a pacientes que ainda não haviam feito cirurgia.

Houve também associação entre a variável radioterapia e CRE negativo ( $\chi^2_{(2)}= 8,5$ ;  $p=0,010$ ). O grupo mais frequente foi o de pacientes que não fizeram radioterapia com baixo uso de CRE negativo.

Não foram encontrados na literatura outros estudos que investigassem a associação entre enfrentamento religioso e o tipo de tratamento realizado em pacientes com câncer. Préau et al. (2012) compararam conforto espiritual e a realização de cirurgia, quimioterapia e radioterapia em pacientes oncológicos e não encontraram relação significativa entre nenhum tipo de tratamento e espiritualidade.

Tabela 22 - Comparação entre as variáveis clínicas e *coping* religioso-espiritual em mulheres com câncer (n=120)

	<b>Escola de Coping Religioso Espiritual</b>											
	<b>CRE Total</b>				<b>CRE Positivo</b>				<b>CRE Negativo</b>			
	<b>Baixa f (%)</b>	<b>Média f (%)</b>	<b>Alta f (%)</b>	<b>p</b>	<b>Baixa f (%)</b>	<b>Média f (%)</b>	<b>Alta f (%)</b>	<b>p</b>	<b>Baixa f (%)</b>	<b>Média f (%)</b>	<b>Alta f (%)</b>	<b>p</b>
<b>Tipo de câncer</b>												
Mama	1 (0,8)	12 (10,0)	67 (55,8)	0,295	6 (5,0)	37 (30,8)	37 (30,8)	0,922	71 (59,2)	8 (6,7)	1 (0,8)	0,485
Ginecológico	---	10 (8,3)	30 (25,0)		3 (2,5)	17 (14,2)	20 (16,7)		35 (29,2)	3 (2,5)	2 (1,7)	
<b>Estadiamento</b>												
0 (in situ), I e II	1 (0,8)	6 (5,0)	46 (38,6)	0,077	3 (2,5)	22 (18,3)	28 (23,3)	0,534	47 (39,2)	5 (4,2)	1 (0,8)	1,000
III e IV	---	16 (13,3)	51 (42,5)		6 (5,0)	32 (26,7)	29 (24,2)		59 (49,2)	6 (5,0)	2 (1,7)	
<b>Metástase</b>												
Sim	---	1 (0,8)	10 (8,3)	0,716	1 (0,8)	3 (2,5)	7 (5,8)	0,405	10 (8,3)	1 (0,8)	---	1,000
Não	1 (0,8)	21 (17,5)	87 (72,5)		8 (6,7)	51 (42,5)	50 (41,7)		96 (80,0)	10 (8,3)	3 (2,5)	
<b>Tempo tratamento</b>												
Até 6 meses	---	14 (11,7)	59 (49,2)	0,596	4 (3,3)	31 (28,5)	38 (31,7)	0,351	65 (54,2)	7 (5,8)	1 (0,8)	0,709
Entre 7e 12 meses	1 (0,8)	8 (6,7)	38 (31,7)		5 (4,2)	23 (19,2)	19 (15,8)		41 (34,2)	4 (3,3)	2 (1,7)	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .

Continua

Conclusão

	<i>EscaLa de Coping Religioso Espiritual</i>											
	<i>CRE Total</i>				<i>CRE Positivo</i>				<i>CRE Negativo</i>			
	<i>Baixa f (%)</i>	<i>Média f (%)</i>	<i>Alta f (%)</i>	<i>p</i>	<i>Baixa f (%)</i>	<i>Média f (%)</i>	<i>Alta f (%)</i>	<i>p</i>	<i>Baixa f (%)</i>	<i>Média f (%)</i>	<i>Alta f (%)</i>	<i>p</i>
<b>Cirurgia</b>												
Sim	1 (0,8)	7 (5,8)	57 (47,5)	<b>0,032*</b>	3 (2,50)	29 (24,2)	33 (27,5)	0,422	59 (49,2)	5 (4,2)	1 (0,8)	0,574
Não	---	15 (12,5)	40 (33,3)		6 (5,0)	25 (20,8)	24 (20,0)		47 (39,2)	6 (5,0)	2 (1,7)	
<b>Tipo de cirurgia</b>												
Conservadora	1 (1,5)	4 (6,2)	27 (41,5)	0,563	2 (3,1)	15 (23,1)	15 (23,1)	0,774	27 (41,5)	4 (6,2)	1 (1,5)	0,120
Não Conservadora	---	3 (4,6)	30 (46,2)		1 (1,5)	14 (21,5)	18 (27,7)		32 (49,2)	1 (5,1)	---	
<b>Quimioterapia</b>												
Sim	---	19 (15,8)	74 (61,7)	0,124	7 (5,8)	42 (35,0)	44 (36,7)	0,997	81 (67,5)	10 (8,3)	2 (1,7)	0,439
Não	1 (0,8)	3 (2,5)	26 (19,2)		2 (1,7)	12 (10,0)	13 (10,8)		25 (20,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	
<b>Tipo quimioterapia</b>												
Neoadjuvante	---	17 (18,3)	41 (44,1)	0,059	5 (5,4)	29 (31,2)	24 (25,8)	0,635	49 (52,7)	7 (7,5)	2 (2,2)	0,957
Adjuvante	---	1 (1,1)	23 (24,7)		1 (1,1)	9 (9,7)	14 (15,5)		22 (23,7)	2 (2,2)	---	
Paliativa	---	1 (1,1)	10 (10,8)		1 (1,1)	4 (4,3)	6 (6,5)		10 (10,8)	1 (1,1)	1 (1,1)	
<b>Radioterapia</b>												
Sim	1 (0,8)	6 (5,0)	18 (15,0)	0,142	2 (1,7)	8 (6,7)	15 (12,5)	0,327	20 (16,7)	2 (1,7)	3 (2,5)	<b>0,010*</b>
Não	---	16 (13,3)	79 (65,8)		7 (5,8)	46 (38,3)	42 (35,0)		86 (71,7)	9 (7,5)	---	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .

A Tabela 23 apresenta a comparação entre as variáveis relacionadas à religiosidade e o *coping* religioso-espiritual. Os testes mostraram evidência de associação entre religião definida e CRE positivo ( $\chi^2_{(2)}= 6,9$ ;  $p=0,031$ ), sugerindo que pacientes que haviam declarado ter uma religião definida fizeram maior uso de estratégias positivas de *coping* em frequência média e alta. No entanto, a denominação religiosa parece não ter influência sobre o enfrentamento religioso-espiritual, pois não apresentou relação com nenhuma medida de CRE.

Houve ainda associação entre a variável tempo na religião e CRE positivo ( $\chi^2_{(4)}=11,6$ ;  $p=0,020$ ), e os dados apontam que pacientes que sempre haviam frequentado a sua religião utilizavam *coping* positivo em frequência mais alta do que participantes que estavam na atual religião a menos tempo.

Os testes também demonstraram associação entre ser praticante da religião e CRE total ( $\chi^2_{(1)}= 19,9$ ;  $p<0,001$ ) e positivo ( $\chi^2_{(2)}= 24,6$ ;  $p<0,001$ ). Os dados indicam que participantes que declaravam praticar a religião utilizavam mais enfrentamento religioso-espiritual total e positivo em frequência alta/altíssima, enquanto que as não praticantes faziam uso de CRE em frequência média.

De forma semelhante, foi encontrada evidência de associação entre a variável tempo dedicado à religião e CRE total ( $\chi^2_{(2)}= 29,1$ ;  $p<0,001$ ) e positivo ( $\chi^2_{(4)}= 15,3$ ;  $p=0,002$ ), sugerindo que participantes que se dedicavam mais de uma hora diária a atividades relacionadas à religião utilizavam estratégias de *coping* em maior frequência do que aquelas que dedicavam um tempo menor ou não dedicavam tempo nenhum.

Estes dados são coerentes com os esperados, uma vez que é provável que pacientes que se declaram sempre terem sido praticante de uma religião específica, e se dedicam com frequência às atividades religiosas, utilizem mais estratégias adequadas de *coping* religioso-espiritual. Não foi encontrada relação significativa entre nenhuma variável religiosa e o uso do CRE negativo.

Tabela 23 - Comparação entre as variáveis religiosas e *coping* religioso-espiritual em mulheres com câncer (n=120)

	<i>Escala de Coping Religioso Espiritual</i>											
	<i>CRE Total</i>			<i>p</i>	<i>CRE Positivo</i>			<i>p</i>	<i>CRE Negativo</i>			<i>p</i>
	<i>Baixa</i> <i>f (%)</i>	<i>Média</i> <i>f (%)</i>	<i>Alta</i> <i>f (%)</i>		<i>Baixa</i> <i>f (%)</i>	<i>Média</i> <i>f (%)</i>	<i>Alta</i> <i>f (%)</i>		<i>Baixa</i> <i>f (%)</i>	<i>Média</i> <i>f (%)</i>	<i>Alta</i> <i>f (%)</i>	
<b>Religião definida</b>												
Sim	---	21 (17,5)	87 (72,5)	0,077	6 (5,0)	48 (40,0)	54 (45,0)	<b>0,031*</b>	96 (80,0)	10 (8,3)	2 (1,7)	0,335
Não	1 (0,8)	1 (0,8)	10 (8,3)		3 (2,5)	6 (5,0)	3 (2,5)		10 (8,3)	1 (0,8)	1 (0,8)	
<b>Qual religião</b>												
Católica	---	15 (13,9)	54 (50,0)	0,723	3 (2,8)	37 (34,3)	29 (26,9)	0,071	61 (56,5)	7 (6,5)	1 (0,9)	0,599
Protestante/Evangélica	---	5 (4,6)	27 (25,0)		2 (1,9)	9 (8,3)	21 (19,4)		29 (26,9)	2 (1,9)	1 (0,9)	
Outras	---	1 (0,9)	6 (5,6)		1 (0,9)	2 (1,9)	4 (3,7)		6 (5,6)	1 (0,9)	1 (0,9)	
<b>Tempo nesta religião</b>												
Até 5 anos	---	2 (1,9)	10 (9,3)	0,451	1 (0,9)	3 (2,8)	8 (4,3)	<b>0,020*</b>	11 (10,2)	1 (0,9)	---	0,811
Entre 6 e 30 anos	---	4 (3,7)	18 (16,7)		2 (1,9)	4 (3,7)	16 (14,8)		19 (17,6)	2 (1,9)	1 (0,9)	
Sempre	---	15 (13,9)	59 (54,6)		3 (2,8)	41 (38,0)	30 (27,8)		66 (61,1)	7 (6,5)	1 (0,9)	
<b>Praticante</b>												
Sim	---	9 (8,3)	76 (70,4)	<b>&lt;0,001*</b>	1 (0,9)	33 (30,6)	51 (47,2)	<b>&lt;0,001*</b>	77 (71,3)	7 (6,5)	1 (0,9)	0,324
Não	---	12 (11,1)	11 (10,2)		5 (4,6)	15 (13,9)	3 (2,8)		19 (17,6)	3 (2,8)	1 (0,9)	
<b>Tempo dedicado</b>												
Nenhum	---	10 (9,3)	4 (3,7)	<b>&lt;0,001*</b>	4 (3,7)	7 (6,5)	3 (2,8)	<b>0,002*</b>	10 (9,3)	3 (2,8)	1 (0,9)	0,110
Até 30 min. por dia	---	7 (6,5)	34 (31,5)		2 (1,9)	20 (18,5)	19 (17,6)		27 (34,3)	4 (3,7)	---	
Mais de 1 hora por dia	---	4 (3,7)	49 (45,4)		---	21 (19,4)	32 (29,6)		49 (45,4)	3 (2,8)	1 (0,9)	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .

### 3.5.3 Comparação entre ansiedade e depressão e *coping* religioso-espiritual

A Tabela 24 apresenta a comparação entre sintomas de ansiedade e depressão e o CRE.

Tabela 24 – Comparação entre ansiedade, depressão e *coping* religioso-espiritual em mulheres com câncer (n=120)

<i>Escala de Coping Religioso Espiritual</i>	<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD</i>					
	<i>Sintomas de Ansiedade</i>			<i>Sintomas de Depressão</i>		
	<i>Ausência</i>	<i>Presença</i>	<i>p</i>	<i>Ausência</i>	<i>Presença</i>	<i>p</i>
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>		<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	
<b>CRE Total</b>						
Nenhum/Baixo	---	1 (0,8)		---	1 (0,8)	
Médio	8 (6,7)	14 (11,7)	<b>&lt;0,001*</b>	9 (7,5)	13 (10,8)	<b>0,001*</b>
Alto/Altíssimo	75 (62,5)	22 (18,3)		76 (63,3)	21 (17,5)	
<b>CRE Positivo</b>						
Nenhum/Baixo	2 (1,7)	7 (5,8)		2 (1,7)	7 (5,8)	
Médio	38 (31,7)	16 (13,3)	<b>0,006*</b>	38 (31,7)	16 (13,3)	<b>0,002*</b>
Alto/Altíssimo	43 (35,8)	14 (11,7)		45 (37,5)	12 (10,0)	
<b>CRE Negativo</b>						
Nenhum/Baixo	77 (64,2)	29 (24,2)		78 (65,0)	28 (23,3)	
Médio	6 (5,0)	5 (4,2)	<b>0,017*</b>	7 (5,8)	4 (3,3)	<b>0,024*</b>
Alto/Altíssimo	---	3 (2,5)		---	3 (2,5)	

\*Teste  $\chi^2$  ou Exato de Fisher,  $p \leq 0,05$ .

Os testes mostraram associação entre ansiedade e CRE total ( $\chi^2_{(2)}= 15,1$ ;  $p<0,001$ ), positivo ( $\chi^2_{(2)}= 10,4$ ;  $p=0,006$ ) e negativo ( $\chi^2_{(2)}= 7,4$ ;  $p=0,017$ ). A análise dos dados indica que ausência de sintomas de ansiedade estava significativamente relacionada ao uso de estratégia de CRE total e positivo em frequência alta/altíssima, e de enfrentamento religioso negativo em frequência baixa/nenhuma.

Do mesmo modo, houve também evidência de relação entre depressão e CRE total ( $\chi^2_{(2)}= 13,4$ ;  $p=0,001$ ), positivo ( $\chi^2_{(2)}= 12,1$ ;  $p=0,002$ ) e negativo ( $\chi^2_{(2)}= 6,7$ ;  $p=0,024$ ), de forma que os dados sugerem que ausência de sintomas depressivos estava associado a uso em frequência alta/altíssima de CRE total e positivo e ao uso baixo/nenhum de CRE negativo.

Estes dados são semelhantes aos encontrados na literatura da área, que frequentemente associa o uso de estratégias positivas de CRE a diminuição de transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão, e o uso de CRE negativo ao agravamento destes sintomas (DELGADO-GUAY et al., 2011; THUNÉ-BOYLE et al., 2006; THUNÉ-BOYLE et al., 2012).

Harrison et al. (2001) encontraram associação significativa entre sintomas de ansiedade e estratégias de *coping* religioso-espiritual negativo. Kristeller et al. (2011) também verificaram que pacientes que utilizavam estratégias negativas de *coping* religioso apresentaram os maiores níveis de depressão. Gonçalves, Gíglío e Ferraz (1999; 2005) verificaram que a religiosidade atuou como um fator de proteção contra sintomas de depressão em pacientes que haviam recebido o diagnóstico de câncer de mama e em mulheres submetidas a cirurgia de mastectomia.

### 3.5.4 Comparação entre qualidade de vida e *coping* religioso-espiritual

O Gráfico 7 apresenta a comparação das médias dos domínios de qualidade de vida segundo a frequência de uso de CRE total.

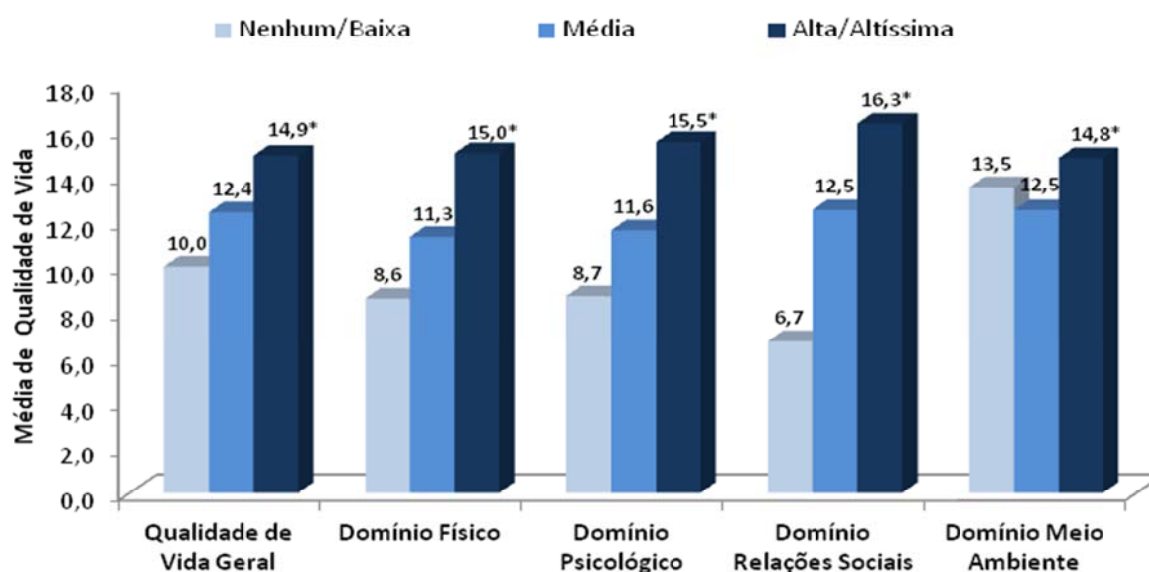


Gráfico 7 – Comparação da média de qualidade de vida segundo a frequência do uso de estratégias de *coping* religioso-espiritual (CRE total) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120). \*Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

Como pode ser observado, os testes mostraram evidência de associação entre CRE total e qualidade de vida ( $p < 0,05$ ), indicando que participantes que utilizavam *coping* religioso-espiritual total em frequência alta/altíssima apresentaram maior média de qualidade de vida em todos os domínios.

O Gráfico 8 apresenta a comparação entre qualidade de vida e o uso de estratégias positivas de CRE. Houve associação entre os domínios de qualidade de vida e o uso de CRE positivo ( $p < 0,05$ ). Os dados apontam que participantes que faziam uso de estratégias positivas de enfrentamento religioso em frequência alta/altíssima, apresentaram média mais elevada de qualidade de vida geral e em todos os domínios.



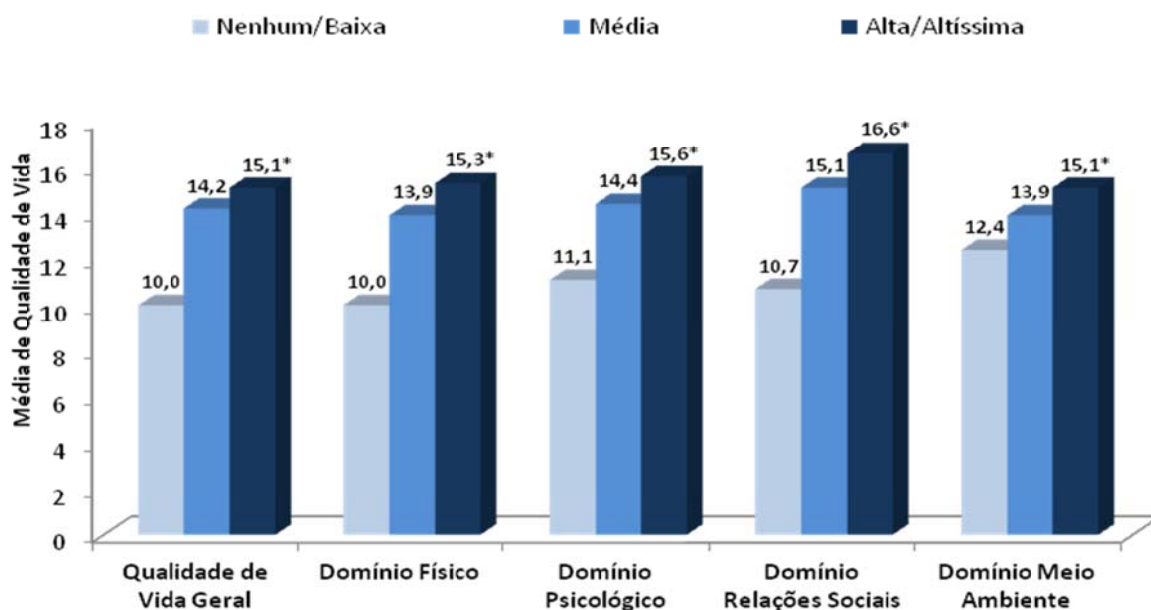


Gráfico 8 – Comparação da média de qualidade de vida segundo a frequência do uso de estratégias positivas de *coping* religioso-espiritual (CRE Positivo) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120). \*Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

O Gráfico 9 mostra a comparação entre a média nos domínios de qualidade de vida segundo o uso de CRE negativo. Foi verificada evidência de associação entre o CRE negativo e os domínios psicológico ( $\chi^2_{(2)} = 7,3$ ;  $p=0,026$ ) e relações sociais ( $\chi^2_{(2)} = 6,2$ ;  $p=0,044$ ). Os dados apontam que participantes que faziam uso de enfrentamento religioso negativo em frequência baixa/nenhuma apresentavam média mais elevada de qualidade de vida do que pacientes que utilizavam estas estratégias em frequência média ou alta. Não foram observadas relações significativas entre CRE negativo e qualidade de vida geral e os domínios físico e meio ambiente.

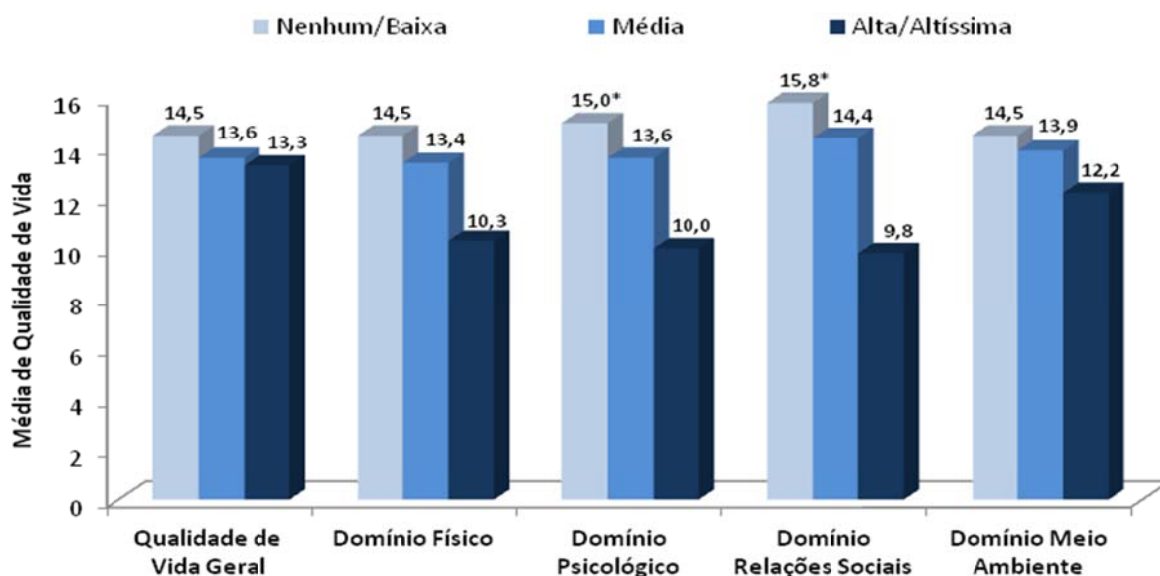


Gráfico 9 – Comparação da média de qualidade de vida segundo a frequência do uso de estratégias negativas de *coping* religioso-espiritual (CRE Negativo) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120). \*Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

Estes resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos, como o de Panzini (2004), que avaliou a relação entre CRE e qualidade de vida, e verificou que participantes que fizeram maior uso de CRE positivo apresentaram melhor qualidade de vida em todos os domínios do WHOQoL-Bref. Tarakeshwar et al. (2006) também examinaram a relação entre qualidade de vida e *coping* religioso em pacientes com câncer avançado e encontraram que o uso de CRE positivo em frequência alta, estava associado a melhores índices de qualidade de vida, enquanto que o uso de *coping* negativo, estava relacionado a pior qualidade de vida geral e escore mais baixo na dimensão psicológica. Khanjari, Oskouie e Langius-Eklöf (2011), que avaliaram cuidadores de pacientes com câncer de mama, também observaram que o uso de estratégias negativas de CRE ocasionava redução na qualidade de vida.

### 3.5.5 Comparação entre suporte social e *coping* religioso-espiritual

O Gráfico 10 apresenta a comparação entre as dimensões de suporte social e o uso de CRE total.

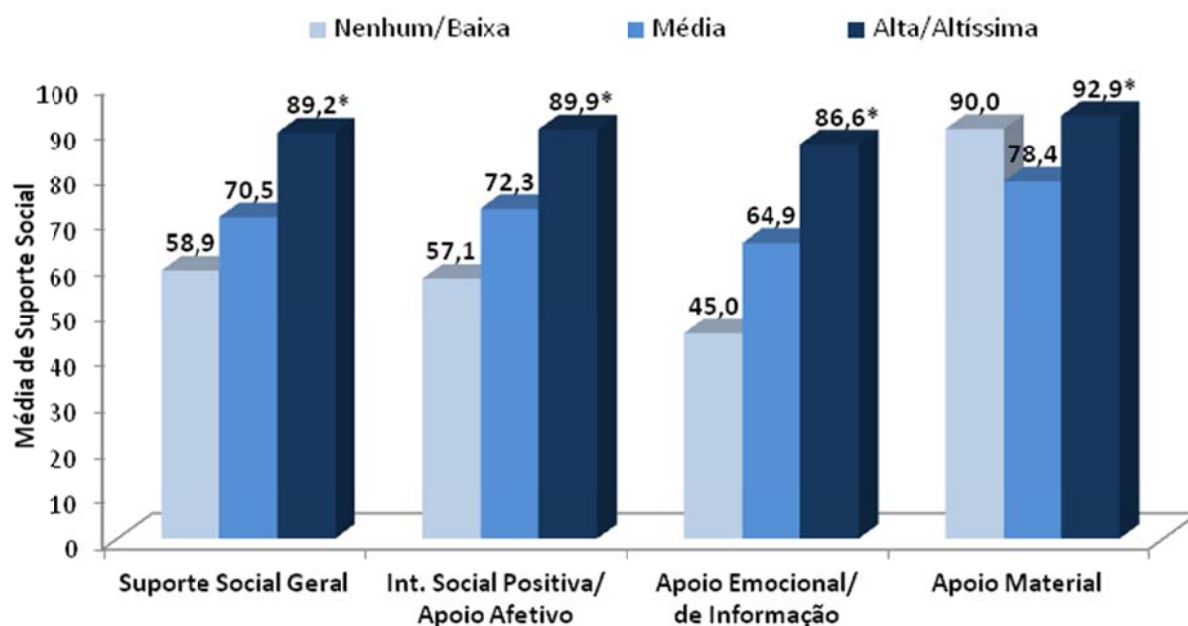


Gráfico 10 – Comparação entre suporte social e a frequência do uso de estratégias de *coping* religioso-espiritual (CRE Total) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120). \*Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

Os testes mostraram a existência de associação entre o uso de CRE total e todas as dimensões de suporte social ( $p < 0,05$ ). Como pode ser observado, a utilização de estratégias de *coping* em frequência alta/altíssima demonstrou estar relacionada à maior percepção de suporte social.

O Gráfico 11 descreve a comparação entre a percepção de suporte social e o uso de estratégias positivas de CRE.

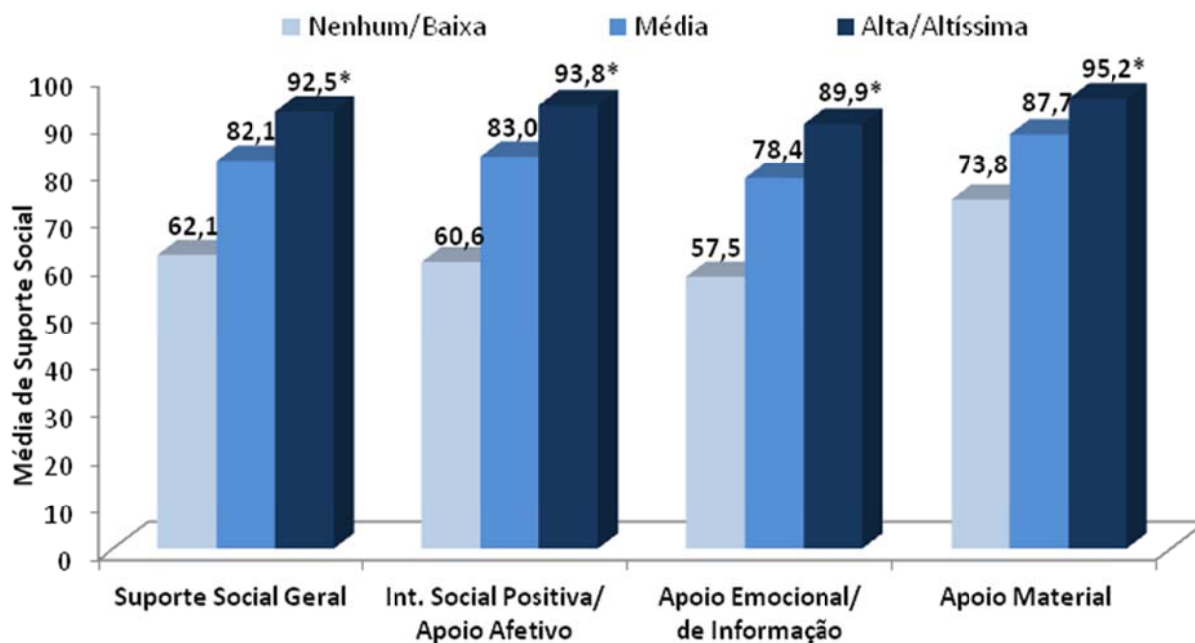


Gráfico 11 – Comparação entre suporte social e a frequência do uso de estratégias positivas de *coping* religioso-espiritual (CRE positivo) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120). \*Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

O CRE positivo também apresentou associação significativa com todas as dimensões do suporte social ( $p < 0,05$ ). A análise dos dados sugere que quanto maior a utilização de estratégias positivas de CRE, maior percepção de suporte social por esta amostra. O Gráfico 12 apresenta a comparação entre suporte social e o uso de CRE negativo. Não houve evidência de associação entre nenhuma dimensão de suporte social e uso de enfrentamento religioso negativo, indicando que o CRE negativo parece não ter influência na percepção de suporte social.

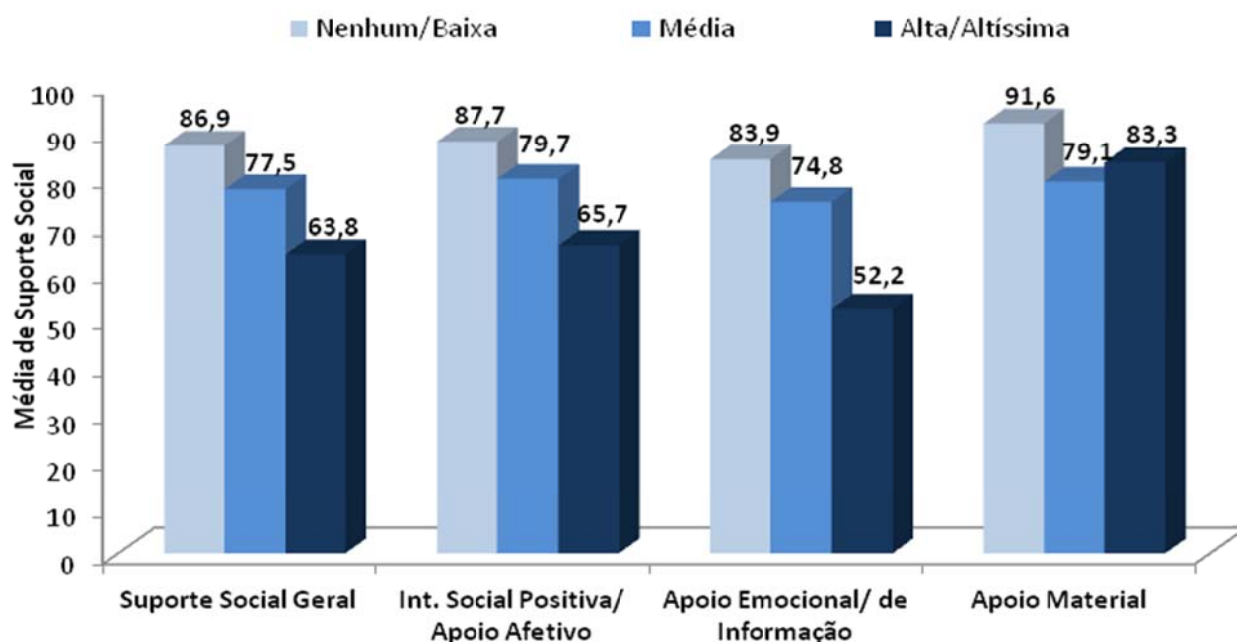


Gráfico 12 – Comparação entre suporte social e a frequência do uso de estratégias negativas de *coping* religioso-espiritual (CRE negativo) em pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico (n=120). \*Teste Kruskal-Wallis,  $p \leq 0,05$

A partir da análise destes dados, é possível concluir que a utilização de estratégias totais e positivas de *coping* religioso-espiritual está significativamente associada a maior percepção de suporte social. Howsepian e Merluzzi (2009) também verificaram que a presença de crenças religiosas estava relacionada a um aumento na percepção de suporte social em pacientes oncológicos. Do mesmo modo, Moxey et al. (2011) avaliaram que o enfrentamento religioso-espiritual estava associado a aumento no nível de percepção de suporte social. Por outro lado, Gonçalves, Gíglío e Ferraz (2005) referem que a presença de suporte social adequado tem efeito no enfrentamento religioso positivo.

### 3.5.6 Análise de regressão linear entre ansiedade, depressão, qualidade de vida, suporte social e *coping* religioso-espiritual

Foi realizada uma análise de regressão linear para avaliar o efeito do *coping* religioso-espiritual sobre as variáveis ansiedade, depressão, qualidade de vida e suporte social. A Tabela 25 apresenta o resultado desta análise.

Constatou-se associação significativa entre ansiedade e CRE total, positivo e negativo. De acordo com os dados, o CRE total foi responsável por 24% da variância nos escores de ansiedade e o enfrentamento religioso positivo foi responsável por 6%, sendo que a cada aumento de CRE total ou positivo, houve diminuição nos escores do HAD-ansiedade. Já o CRE negativo foi responsável por 18% da variância nos escores de ansiedade, mas a cada aumento de enfrentamento negativo, aumentava também os escores do HAD.

De forma semelhante, foi encontrada associação entre depressão e CRE total, positivo e negativo. O CRE total foi responsável por 23% da variância nos escores de depressão, e o CRE positivo foi responsável por 15%, sendo que a cada aumento de CRE total ou positivo, houve diminuição nos escores do HAD-depressão. O CRE negativo também apresentou variância nos escores de depressão, aumentando 2,4 a cada unidade de coping negativo.

Também se verificou associação significativa entre CRE total, positivo e negativo e todos os domínios de qualidade de vida e suporte social. De modo geral, variações de CRE total e positivo resultaram em aumento nos escores de qualidade de vida e suporte social, enquanto que variações do CRE negativo, estava relacionado a diminuição destes escores.

Este resultado confirma que estratégias de *coping* religioso-espiritual total e positivo estão relacionadas a melhores índices de qualidade de vida e suporte social e redução de ansiedade e depressão e que a utilização de estratégia negativas de CRE podem resultar em prejuízo psicológico ao paciente.

Tabela 25 – Regressão linear entre *coping* religioso-espiritual e as variáveis ansiedade, depressão, qualidade de vida e suporte social

	<i>Escala de Coping Religioso-Espiritual</i>								
	<i>CRE Total</i>			<i>CRE Positivo</i>			<i>CRE Negativo</i>		
	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>
<b>HAD</b>									
Ansiedade	-5,4	<0,001*	-7,1 a -3,7	-1,7	0,003*	-3,1 a -0,6	3,4	<0,001*	2,2 a 4,7
Depressão	-5,6	<0,001*	-7,4 a -3,8	-2,9	<0,001*	-4,2 a -1,7	2,4	0,002*	0,9 a 3,8
<b>WHOQoL-Bref</b>									
QV Geral	3,2	<0,001*	1,8 a 4,6	2,0	<0,001*	1,1 a 2,9	-0,9	0,106	-1,9 a 0,2
D. Físico	3,8	<0,001*	2,6 a 5,0	2,4	<0,001*	1,4 a 3,0	-1,3	0,008*	-2,3 a -0,4
D. Psicológico	3,9	<0,001*	2,8 a 5,1	2,1	<0,001*	1,4 a 2,9	-1,6	0,001*	-2,6 a -0,7
D. Relações Sociais	4,3	<0,001*	3,0 a 5,6	2,1	<0,001*	1,2 a 3,0	-1,9	<0,001*	-3,0 a -0,9
D. Meio Ambiente	2,7	<0,001*	1,7 a 3,6	1,5	<0,001*	0,8 a 2,1	-1,1	0,006*	-1,8 a -0,3
<b>Suporte Social – MOS</b>									
Suporte Social Geral	25,3	<0,001*	18,0 a 32,5	13,8	<0,001*	8,8 a 18,8	-9,7	0,002*	-15,8 a -3,7
Int. Social Positiva /Apoio Afetivo	25,2	<0,001*	17,1 a 33,2	14,6	<0,001*	9,1 a 20,0	-8,6	0,011*	-15,2 a -1,9
Apoio Emocional/de Informação	29,4	<0,001*	21,2 a 37,7	15,5	<0,001*	9,7 a 21,3	-12,1	0,001*	-18,9 a -5,2
Apoio Material	17,2	<0,001*	10,5 a 23,8	9,1	<0,001*	4,6 a 13,6	-7,2	0,007*	-12,4 a -1,9

\*Regressão Linear,  $p \leq 0,05$ . IC – Intervalo de confiança





**CONCLUSÃO**

---



## 4 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo avaliar o *coping* religioso–espiritual de pacientes com diagnóstico de câncer de mama ou ginecológico, bem como verificar a relação deste fator com a presença de sintomas psicológicos, com a qualidade de vida e com a percepção de suporte social.

Observou-se que a amostra era composta por pacientes com pouca escolaridade e baixa renda per capita, o que reflete o perfil socioeconômico da população frequentadora dos serviços públicos de saúde no Brasil. A maioria das participantes estavam em tratamento para câncer de mama, em estágio avançado e sem metástase. Foi encontrado um perfil religioso semelhante ao da população brasileira, com maioria católica, seguida de protestantes e evangélicos.

Foi verificado maior incidência de ansiedade e depressão nesta amostra do que o observado em estudos com a população geral. Pacientes com história familiar de câncer, presença de metástase, e que estava em quimioterapia paliativa, apresentaram mais sintomas de ansiedade, e participantes que já haviam realizado tratamento cirúrgico, que eram praticantes da sua religião e se dedicavam mais de uma hora por dia à alguma atividade espiritual, tinham menos sintomas depressivos.

Na avaliação da qualidade de vida, observou-se que a média obtida nos domínios geral, físico e psicológico era mais baixa do que a de uma amostra de pessoas saudáveis. Participantes com trabalho de nível técnico ou superior, com maior renda per capita, sem metástase, que estavam no primeiro semestre de tratamento, diagnosticadas em estágios iniciais da doença, que eram praticantes de sua religião e que se dedicavam a ela mais de uma hora por dia, apresentaram melhores médias de qualidade de vida. Entretanto, pacientes com sintomas de ansiedade e depressão apresentaram médias mais baixas em todos os domínios de qualidade de vida.

Em relação ao suporte social, foi possível observar que as participantes demonstraram um índice elevado de apoio em todas as dimensões, e que pacientes com câncer ginecológico, que haviam recebido tratamento cirúrgico, que praticavam a religião e que se dedicavam à ela mais de uma hora por dia, apresentaram maior percepção de suporte social. As medidas de ansiedade e depressão também mostraram relação com o

suporte social, sugerindo que menor percepção de apoio social estava associado a aumento nos sintomas ansiosos e depressivos. Houve também correlação positiva entre todos os domínios de qualidade de vida e todas as dimensões de suporte social, indicando que quanto maior o suporte social, melhor qualidade de vida.

*Coping* religioso-espiritual total e positivo foram estratégias de enfrentamento bastante utilizadas na presente amostra e foram associadas a melhores índices de qualidade de vida e suporte social e redução de ansiedade e depressão. Desta forma, o enfrentamento religioso parece atuar como fator de proteção ao estresse psicológico causado pelo câncer. No entanto, o uso de estratégias negativas de CRE, foi associado à piora destes aspectos. Foi observado também, que estratégias positivas de coping religioso-espiritual, eram mais utilizadas que as de enfrentamento negativo.

Este resultado indica a importância das variáveis religiosidade e espiritualidade no processo de resiliência e de proteção à saúde e a pertinência de se refletir sobre formas adequadas de abordar estas questões nas intervenções realizadas por profissionais de saúde, de forma a ajudar tais pacientes à melhor utilizar este importante recurso, com significativo impacto sobre o bem estar psicológico.

Apesar do atual reconhecimento, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), da espiritualidade como um dos fatores fundamentais da construção do conceito de saúde, ainda há poucos estudos que exploram de forma efetiva estes aspectos. Assim, o presente estudo mostrou que há um relação positiva entre o uso de coping religioso-espiritual total e positivo e a diminuição do impacto psicológico causado pelo câncer, indicando a relevância de ampliar o conhecimento científico sobre este tema.

Desde modo, há a necessidade de elaboração de outros estudos que explorem este tema, a fim de promover uma melhor compreensão dos aspectos emocionais envolvidos e fornecer suporte teórico e técnico para futuras intervenções psicológicas que visem amenizar o impacto psicológico de pacientes com câncer.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>3</sup>

ALEGRANCE, F. C.; SOUZA, C. B.; MAZZEI, R. L. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56(3), p. 341-351, 2010.

ANDRADE, C.R. et al. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21(2), p. 379-386, março 2005.

ANDRADE, L.H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE** 2012 – 7(2): e31879. Doi: 101371

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – DATASUS. Ministério da Saúde. **Indicadores de Mortalidade**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. *Acessado em 07 de outubro de 2012.*

*BARACAT, F.F. (org.) Cancerologia atual. Roca: 2000*

BARBOSA, L. N. F. et al. Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: Um estudo clínico-qualitativo. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.7(1), p.45-58, 2004.

BERKMAN L. F.; GLASS, T. Social integration, social networks, social support and health. In: BERKMAN, L.F. e KAWACHI, I. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1ª edição. 2000, p.137-173.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In Romanelli, G; Biasoli-Alves, Z. M. M. (org). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto – SP: Legis Summa, 1998. Cap. XX, p.135-157.

BOTEGA, N.J. et. al. Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**. v.29, n. 5, pp. 355-360, 1995.

---

<sup>3</sup> De acordo com as Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso – Parte I (ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas). São Paulo, 2009.

BOTEGA, N.J. et. al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.47(6), p.285-289, 1998.

BOZO, O.; GÜNDOĞDU, E.; BÜYÜKASIK-COLAK, C.; The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism – posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. **Journal of Health Psychology**, v. 14(7), p.1009-1020, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso**. Brasília, DF, 2004.

BROADHEAD, W.E.; GEHLBACH, SH.; DeGRUY FV. & KAPLAN, BH et al.The DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support. **Medical Care**, v.26, p.709-721, 1988.

BURGUESS, C. et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. **BMJ** 330: 702, 2005.

CANTINELLI, F.S. et al. A oncopsiquiatria no cancer de mama – considerações a respeito de questões do feminine. **J. Rev. Psiq.Clin.**, 33(3); 124-133, 2006.

CARLSON, L.E.; BULTZ, B.D. Cancer distress screening needs, models, and methods. **Journal of Psychosomatic Research**, v.55, p.403-409, 2003.

CHOPRA, I.; KAMAL K.M. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast câncer survivors. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.10, p14, 2012.

CÍCERO, V.; LO COCO, G.; GULLO, S.; LO VERSO, G. The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. **Psychooncology**, v. 18, fev. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96 – **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**, outubro, 1996.

DELDADO-GUAY, M. O., et al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.41, p.986-994, 2011.



DE MARCO, G. M. **Mulheres com câncer de mama na meia idade: enfrentamento e auto-avaliação de saúde**. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras - USP Ribeirão Preto, 2007.

EOM, C. et al. Impacto f perceived social support on the mental health and health-related quality on life in câncer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. **Psycho-Oncology**, 2012, doi: 10.1002/pon.3133.

FEHER, S.; MALY, R. C. Coping With Breast Cancer In Later Life: The Role Of Religious Faith. **Psycho-Oncology**. v. 8: 408–416, 1999.

FLECK, M.P.A., et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Rev Saúde Pública**, v.33, p.198-205, 1999.

FLECK, M.P.A. ; LOUZADA, S. ; XAVIER, M. ; CHACHAMOVICH E. ;SANTOS, L.; PIZON, V.; Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQol-Bref”. **Rev. Saúde Pública**. N. 34(2), pp. 178-83. 2000.

GONÇALVES, M. ; GIGLIO, J.S ; FERRAZ, M. P. T. . Estudo dos mecanismos de defesa do ego em pacientes mastectomizadas após diagnóstico de neoplasia mamária. **Biociências**, v. 5, n. 1, p. 29-34, 1999.

GONÇALVES, M. ; GIGLIO, J.S ; FERRAZ, M. P. T. A religiosidade como fator de proteção contra depressão em pacientes com neoplasia mamária. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v.99, p. 16-20, out. 2005.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19(2), p. 625-634, março, 2003.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C.S. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21(3), p. 703-714, maio, 2005.

GROARKE, A.; CURTIS, R.; KERIN, M. Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post surgery in women with breast cancer. **Psycho-Oncology** (2011), doi:10.1002/pon.2071.

HARRISON, M.O.; KOENIG, H.G.; HAYS, J.C.; EME-AKAWARI, A.G.; PARGAMENT, K.I. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. **Int Rev Psychiatry**, v. 3, p.86-93, 2001.

HATCHER, M.B.; FALLOWFIELD, L.; A'HERN, R. - The psychosocial impact of bilateral prophylactic mastectomy: prospective study using questionnaires and semistructured interviews. **BMJ**, 322: 76-79, 2001.

HEBERT R. et al. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. **J Palliat Med**, v.12(6), p.537-45, 2009.

HOLLAND, J. Cancers psychological challenges. **Scientific American**, 275 (3), 122-125. 1996.

HOWSEPIAN, B.A; MERLUZZI, T.V. Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. **Psycho-Oncology**, v. 18, p. 1069-1079, fev. 2009.

HUTTER, N. et al. Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients? **Psychol Health Med**, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo 2010 – indicadores sociais. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 02 de novembro de 2012.

INSTITUTO NACIONAL COMBATE AO CÂNCER – INCA. Ministério da Saúde. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/cancer>>. Acesso em 02 de setembro de 2012.

JORGE, L.L.R.; SILVA, S.R. Avaliação da quantidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, p.5, 2010.

KHANJARI, S.; OSKOUIE, F.; LANGIUS-EKLOF, A. Lower Sense of Coherence, Negative Religious Coping, and Disease Severity as Indicators of a Decrease in Quality of Life in Iranian Family Caregivers of Relatives With Breast Cancer During the First 6 Months After Diagnosis. **Cancer Nursing**, 2011 – doi: 10-1097.

KOENIG, H.G.; GEORGE, L.K.; PETERSON, B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **Am J Psychiatry**, 155:536-542, 1998.

Koenig, KOENIG, H. G. Religion and Medicine II: Religion, mental health and related behaviors. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v.31(1), p.97-109, 2001.

KOENIG, H. G., MCCULLOUGH, M. E. & LARSON, D. B. **Handbook of Religion and Health**, p. 514–554, Oxford University Press, 2001.

KRISTELLER, J. L. et al. Understanding religious and spiritual influences on adjustment to cancer: individual patterns and differences. **Journal of Behav Medicine** (2011), doi: 10.1007/s10865-011-9335-7

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Estres y procesos cognitivos**. Barcelona: Martinez Roca, 1986.

LEEuw, J. R. J.; GRAEFF, A. D.; ROS, W. J. G.; BLIJHAM, G. H.; HORDIJK, G. J.; WINNUBST, J. A. M. Prediction of depressive symptomatology after treatment of head and neck cancer: The influence of pre-treatment physical and depressive symptoms, coping, and social support. **Head & Neck**, v.22, p.799-807, 2000.

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

MANNING-WALSH, J. Social Support as a Mediator Between Symptom Distress and Quality of Life in Women With Breast Cancer. **Jognn**, v.34, p.482-493, 2005.

MERTZ, B. G. et al. Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. **European Journal of Oncology Nursing** (2011), doi:10.1016/j.ejon.2011.10.001.

MIRABEAU-BEALE, K.L. et al. Comparison of the quality of life of early and advanced stage ovarian cancer survivors. **Gynecologic Oncology**, v.114, p.353-359, 2009.

MOXEY, A. et al. Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. **Australasian Journal on Ageing**, v.30, p.82-88, 2011.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: Um estudo compreensivo**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2003, 225p.

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.**(Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 238 p., 2004.

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

PANZINI, R. BANDEIRA, D. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clinica**, v. 34, supl. 1; p. 126-135, 2007

PARGAMENT, K.I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. Guilford Press, New York, 548p., 1997.

PARGAMENT, K. I., SMITH, B. W., KOENIG, H. G., PEREZ, L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 1, 710-724, 1998.

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**, 56(4), 519-543. 2000.

PARK, N.S. et al. Typologies of religiousness/spirituality: implications for health and well-being. **Journal of Religious Health** (2001), doi: 10.1007/s10943-011-9520-6

PEREIRA, M.G.; LOPES,C. **O doente oncológico e a sua família** (1º edição). Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R.V.C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.20, p.135-143, 2004.

PINAR G.; OKDEM S.; BUYUKGONENC L.; AYHAN A. The Relationship Between Social Support and the Level of Anxiety, Depression, and Quality of Life of Turkish Women With Gynecologic Cancer. **Cancer Nurs.** (2011), doi:10.1097/ncc.0b013e31822c47bd.

POPOALA, A.O.; ADEWUYA A.O. Prevalence and correlates of depressive disorders in outpatients with breast cancer in Lagos, Nigeria. **Psychooncology**, 2011, doi: 10.1002/pon.1968

PRÉAU, M. et.al. Two years after cancer diagnosis, what is the relationship between health-related quality of life, coping strategies and spirituality? **Psychology, Health & Medicine**, v.1, p.12, 2012.

RAND, K. L., et al. Illness appraisal, religious coping, and psychological responses in men with advanced cancer. *Support Care Cancer* (2011), doi: 10.1007/s00520-011-1265-y

SANDGREN, A.K. et al. Confidant and breast cancer patient reports of quality of life. **Qual Life Res.**, 2004, 13:155-60

SANTANA, J. J. R. A., ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Câncer: enfrentamento e apoio social. **Paidéia**, v.18(40), p.371-384, 2008.

SASSE, A.D. et al. Chemoimmunotherapy versus chemotherapy for metastatic malignant melanoma. **Cochrane Database of Systematic Reviews** (Online), v. 1, p. CD005413, 2007.

SHERBOURNE, C.D. The role of social supports and life stress events in use of mental health services. **Medicine Care**, v.27 p.1393-140, 1988.

SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. **Social Science and Medicine**, v. 38(6), p.705-714, 1991.

SILVA, L.C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, v.13, p.231-237, 2008.

SIMONTON, O. C. S.; SIMONTON, S. M.; CREIGHTOJ, J. L. **Com a vida de novo**: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987.

SOARES, E.M.; SILVA, S.R. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, p.517-522, 2010.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TARAKESHWAR, N. et al Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. **J Palliat Med.**, v. 9(3), p. 646–657, 2006.

TORBJØRNSSEN T.; STIFOSS-HANSEN H.; ABRAHAMSEN AF.; HANNISDAL E. Cancer and religiosity - a follow up of patients with Hodgkin's disease. **Tidsskr Nor Laegeforen**, v.30, p.346-8, 2000.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; p 41-60, 1994.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, v.41(10), p.1403-9, 1995.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**. N.12, pp.1569-1585, 1998.

THUNÉ-BOYLE, I. et al. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? : a systematic review of the literature. **Social Science & Medicine**. v.63 (1), p. 151-164, 2006.

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

TREVINO, K.M. Correlates of social support in Young adults with advanced câncer. **Support Care Cancer**, 2012 – doi: 10.1007/s00520-012-1536-2.

VALCANTI, C.C. et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2012, 46(4):838-45.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15(2), p.7-14, 1999.

VENTURI, B. R. M.; PAMPLONA, A. C. F.; CARDOSO, A.S. Carcinoma de células escamosas da cavidade oral em pacientes jovens e sua crescente incidência: Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.70, p.679-686, 2004.

WANDERLEY, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org). **Introdução à Psicologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

WONG-MCDONALD, A.; GORSUCH, R.L. - Surrender to God: an additional coping style? **Journal Psychol Theol**, v.28(2), p.149-161, 2000.

ZAHIR, N. S. Mecanismos de coping. In: LIPP, M. E. N. (Org). **Mecanismos Neuropsicológicos do Stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

ZHANG, B. et al. Factors Important to Patients' Quality of Life at the End of Life. **Arch Intern Med**, v.172, p.1133, 2012

ZIGMOND A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, v.67, p. 361-370, 1983.





**APÊNDICES**

---



## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: **O processo de *coping* religioso-espiritual e o papel do suporte social em pacientes com câncer de mama e câncer ginecológico.**

Pesquisadores Responsáveis:

Flávia A. F. Marucci (CRP 06/92107)

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb (CRP 06/05558)

Prezada paciente,

Estudos têm mostrado que pessoas diagnosticadas com câncer passam por grandes mudanças de humor. Sentimentos como medo, raiva, tristeza e pena de si mesmas são freqüentes. Neste casos, o paciente se utiliza de estratégias de pensamento e comportamentos para conseguir lidar com o estresse psicológico causado pelo câncer. Em vista disso, o objetivo deste estudo é avaliar o enfrentamento religioso–espiritual e o suporte social de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e câncer ginecológico, em atendimento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), bem como verificar a influência destes fatores na prevenção de prejuízos emocionais. Para isso, são convidadas pacientes ambulatoriais para que respondam a uma entrevista e alguns questionários.

Antes de decidir se aceita participar do presente estudo, precisa saber que:

1. Você responderá a uma entrevista com algumas questões sobre você (idade, onde mora, profissão, etc.), além de questões relativas ao quadro clínico da sua doença, à sua vida espiritual e à sua compreensão e enfrentamento do diagnóstico. Esta entrevista será gravada em áudio, contudo somente a pesquisadora terá acesso a esse material.
2. Também responderá a uma escala que avalia a religião e espiritualidade em situações de estresse (escala de *coping* religioso-espiritual), a uma escala de suporte social e a dois

questionários, um sobre depressão e ansiedade (HAD) e outro sobre qualidade de vida (WHOQol-Bref).

3. A participação no estudo será realizada preferencialmente em um dia que você já tenha que comparecer ao hospital. A duração média é de 90 minutos.
4. Seu prontuário médico poderá ser consultado para obter informações sobre seu quadro clínico e tratamento.
5. Todas as informações serão mantidas em sigilo e poderão ser utilizadas apenas para este estudo. Desta forma, não será possível identificá-la, o que garante seu completo anonimato.
6. Você é livre para não participar deste estudo, o que não compromete o seu atendimento no HCFMRP-USP.
7. Não há nenhum risco significativo ao participar deste estudo.
8. A participação neste estudo não implica em nenhum gasto para a paciente.
9. Caso seja verificada, durante a aplicação dos instrumentos, a necessidade de acompanhamento psicológico, você poderá, se quiser, ser atendida pela psicóloga contratada do Serviço de Psicologia do HCFMRP, que atua no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar desta pesquisa e declaro que li e compreendi as informações acima descritas e que minha participação é voluntária.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Flávia A. F. Marucci**  
**CRP: 06/92107**

**Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900 – 3º andar – Ribeirão Preto-SP. Fone: (16) 3602-2547**  
**E-mail: flaviamarucci@gmail.com**

**APÊNDICE B**  
**Entrevista Semi-estruturada**

Roteiro de Entrevista N.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Dados Sociodemográficos:**

Nome: \_\_\_\_\_

Registro HC: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Escolaridade (anotar nº de anos de estudo): \_\_\_\_\_

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Renda média familiar e número de pessoas que vivem desta renda: \_\_\_\_\_

Fuma: \_\_\_\_\_ Cigarro/dia: \_\_\_\_\_

Bebe: \_\_\_\_\_ Freqüência semanal: \_\_\_\_\_

Câncer na família (anotar qual câncer e grau de parentesco): \_\_\_\_\_

**Dados clínicos (dados a serem obtidos em prontuário):**

Data do Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Data da realização da Biópsia: \_\_\_\_\_

Estadiamento da doença: \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento: \_\_\_\_\_

Realizou cirurgia: \_\_\_\_\_ Tipo de cirurgia (conservadora ou total): \_\_\_\_\_

Quimioterapia: Adjuvante ( ) Neoadjuvante ( )

(Anotar o n. de ciclos realizados até a data da entrevista) \_\_\_\_\_

Radioterapia (n. de sessões feitas até o dia da entrevista): \_\_\_\_\_

**Dados relacionados à prática religiosa:**

1- Você tem uma religião definida?

<b>Se Sim</b>	<b>Se Não</b>
a) Qual religião?	aa) Você tem um lado espiritual, independente da religião?
b) Há quanto tempo (meses/anos) tem essa religião?	bb) Como define essa “espiritualidade”?
c) Você é praticante? Se sim, com que frequência (quantas vezes na semana ou mês) vai ao culto/encontro/missa?	cc) Em que momentos ela pode ser observada?
d) Quanto tempo do seu dia dedica a sua religião?	

**ANEXOS**

---





## ANEXOS

## ANEXO A

**Escala de Coping- Religioso-Espiritual (CRE)**  
**(Panzini e Bandeira, 2005)**

**Instruções para preenchimento do instrumento**

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com a sua doença. As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas nesse momento.

Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação de doença (Câncer)**.

Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

**Lembre-se:** Não há opção certa ou errada e marque só uma alternativa em cada questão.

	nem um pouco	um pouco	mais ou menos	bastante	muitíssimo
1. Orei pelo bem-estar de outros	1	2	3	4	5
2. Procurei o amor e a proteção de Deus	1	2	3	4	5
3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas	1	2	3	4	5
4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios	1	2	3	4	5
5. Procurei uma ligação maior com Deus	1	2	3	4	5
6. Questionei o amor de Deus por mim	1	2	3	4	5
7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim	1	2	3	4	5
8. Procurei uma casa religiosa ou de oração	1	2	3	4	5
9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação	1	2	3	4	5
10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social	1	2	3	4	5
11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo	1	2	3	4	5

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc.)	1	2	3	4	5
13. Procurei em Deus força, apoio e orientação	1	2	3	4	5
14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu	1	2	3	4	5
15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição	1	2	3	4	5
16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação	1	2	3	4	5
17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida	1	2	3	4	5
18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas	1	2	3	4	5
19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa	1	2	3	4	5
20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus	1	2	3	4	5
21. Fui a um templo religioso	1	2	3	4	5
22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus	1	2	3	4	5
23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé	1	2	3	4	5
24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material	1	2	3	4	5
25. Senti que Deus estava atuando junto comigo	1	2	3	4	5
26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem	1	2	3	4	5
27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas	1	2	3	4	5
28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação	1	2	3	4	5
29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc.)	1	2	3	4	5

30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida	1	2	3	4	5
31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas	1	2	3	4	5
32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	1	2	3	4	5
33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos	1	2	3	4	5
34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus	1	2	3	4	5
35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora	1	2	3	4	5
36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus	1	2	3	4	5
37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia	1	2	3	4	5
38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida	1	2	3	4	5
39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)	1	2	3	4	5
40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas	1	2	3	4	5
41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado	1	2	3	4	5
42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas	1	2	3	4	5
43. Procurei por um total re-despertar espiritual	1	2	3	4	5
44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa	1	2	3	4	5
45. Rezei por um milagre	1	2	3	4	5
46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente	1	2	3	4	5
47. Confiei que Deus estava comigo	1	2	3	4	5
48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas	1	2	3	4	5

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

69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus	1	2	3	4	5
70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu	1	2	3	4	5
71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior	1	2	3	4	5
72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais	1	2	3	4	5
73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando	1	2	3	4	5
74. Particpei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais	1	2	3	4	5
75. Montei um local de oração em minha casa	1	2	3	4	5
76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus	1	2	3	4	5
77. Procurei auxílio nos livros sagrados	1	2	3	4	5
78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir	1	2	3	4	5
79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus	1	2	3	4	5
80. Procurei conversar com meu eu superior	1	2	3	4	5
81. Voltei-me para a espiritualidade	1	2	3	4	5
82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos	1	2	3	4	5
83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer	1	2	3	4	5
84. Questionei se Deus realmente se importava	1	2	3	4	5
85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente	1	2	3	4	5
86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude	1	2	3	4	5
87. Busquei uma casa de Deus	1	2	3	4	5

**ANEXO B**  
**Escala de Apoio Social – MOS**  
**(Griep et al, 2005)**

*As seguintes questões fazem referência ao apoio social ou ajuda com a qual você pode contar quando necessita. Se você precisar, com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio?*

		<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Quase Sempre</i>	<i>Sempre</i>
1	Alguém que o ajude, se ficar de cama	1	2	3	4	5
2	Alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar	1	2	3	4	5
3	Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise	1	2	3	4	5
4	Alguém para levá-lo(a) ao médico	1	2	3	4	5
5	Alguém que demonstre amor e afeto por você	1	2	3	4	5
6	Alguém para se divertir junto	1	2	3	4	5
7	Alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação	1	2	3	4	5
8	Alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas	1	2	3	4	5
9	Alguém que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5
10	Alguém com quem relaxar	1	2	3	4	5
11	Alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las	1	2	3	4	5
12	Alguém de quem você realmente quer conselhos	1	2	3	4	5
13	Alguém com quem distrair a cabeça	1	2	3	4	5
14	Alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente	1	2	3	4	5
15	Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos	1	2	3	4	5
16	Alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal	1	2	3	4	5
17	Alguém com quem fazer coisas agradáveis	1	2	3	4	5
18	Alguém que compreenda seus problemas	1	2	3	4	5
19	Alguém que você ame e que faça você se sentir querido	1	2	3	4	5

## ANEXO C

## Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HAD

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

- A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:  
 3 ( ) A maior parte do tempo  
 2 ( ) Boa parte do tempo  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca
- D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:  
 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Não tanto quanto antes  
 2 ( ) Só um pouco  
 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada
- A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:  
 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte  
 2 ( ) Sim, mas não tão forte  
 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
 0 ( ) Não sinto nada disso
- D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:  
 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Atualmente um pouco menos  
 2 ( ) Atualmente bem menos  
 3 ( ) Não consigo mais
- A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:  
 3 ( ) A maior parte do tempo  
 2 ( ) Boa parte do tempo  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Raramente
- D 6) Eu me sinto alegre:  
 3 ( ) Nunca  
 2 ( ) Poucas vezes  
 1 ( ) Muitas vezes  
 0 ( ) A maior parte do tempo
- A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:  
 0 ( ) Sim, quase sempre  
 1 ( ) Muitas vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Nunca
- D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
- 3 ( ) Quase sempre  
 2 ( ) Muitas vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca
- A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:  
 0 ( ) Nunca  
 1 ( ) De vez em quando  
 2 ( ) Muitas vezes  
 3 ( ) Quase sempre
- D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  
 3 ( ) Completamente  
 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria  
 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes
- A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:  
 3 ( ) Sim, demais  
 2 ( ) Bastante  
 1 ( ) Um pouco  
 0 ( ) Não me sinto assim
- D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:  
 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Um pouco menos do que antes  
 2 ( ) Bem menos do que antes  
 3 ( ) Quase nunca
- A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:  
 3 ( ) A quase todo momento  
 2 ( ) Várias vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Não sinto isso
- D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:  
 0 ( ) Quase sempre  
 1 ( ) Várias vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Quase nunca

## ANEXO D

## Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQol-Bref)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

**Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio ou deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.**

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5



		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**OBRIGADA POR PARTICIPAR!**

## ANEXO E

## Aprovação pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia



**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP**  
**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049-900  
 Fone (016) 602-2803 - Fax (016) 3633-0946

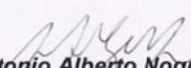
Ribeirão Preto 26 de março de 2009.

Ilmo Sr.  
 Prof. Dr. Jurandyr Moreira de Andrade  
 Coordenador do Setor de Oncologia – DGO - FMRP/USP

Prezado Professor,

Encaminhamos o projeto "O processo de coping religioso-espiritual em pacientes com câncer de mama e câncer ginecológico", projeto externo de protocolo 14-03/2009, que tem como responsável o Prof. Dr. Ricardo Gorayeb e que será desenvolvido junto ao Setor de Oncologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - HCFMRP/USP para que o senhor manifeste sua concordância ou discordância quanto ao desenvolvimento do projeto com ou sem a participação efetiva do setor. Informamos ao pesquisador que o projeto deverá ser enviado à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para análise, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,

  
**Prof. Dr. Antônio Alberto Nogueira**  
 Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de  
 Ginecologia e Obstetrícia – FMRP-USP

Traça-se de projeto bem elaborado e estruturado, que permite verificar se o que e a forma de ocorrência do enfrentamento religioso em mulheres portadoras de câncer mamário. Avaliará ainda a influência do enfrentamento na homeostase emocional, na qualidade de vida e a relação entre o estágio da doença e a homeostase emocional, a qualidade de vida e o enfrentamento religioso. O projeto não interferirá na rotina de atendimentos dos pacientes e nos protocolos terapêuticos. Desta forma sou favorável ao desenvolvimento do projeto.  
 H1

## ANEXO F

## Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP



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

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 23 de junho de 2009

Ofício nº 1976/2009  
CEP/MGV

**Prezados Senhores,**

O trabalho intitulado "**O PROCESSO DE COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA E CÂNCER GINECOLÓGICO**" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 289ª Reunião Ordinária realizada em 22/06/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 3967/2009.

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

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

Atenciosamente.

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

Ilustríssimos Senhores

**FLÁVIA ANDRESSA FARNOCCHI MARUCCI**  
**PROF. DR. RICARDO GORAYEB**

Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

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

## ANEXO G

Permissão para uso da versão brasileira da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual**Re: Escala de coping Religioso-Espiritual**

4 de novembro de 2009 10:02

**Raquel Gehrke Panzini** <ragepa@yahoo.com.br>

Para: Flavia Andressa Farnocchi Marucci &lt;flaviamarucci@gmail.com&gt;

Olá Flavia,

Sempre tenho autorizado o uso da Escala CRE em pesquisas, mediante o envio do banco de respostas da Escala CRE + dados demográficos da amostra, com vistas à futura normatização nacional da mesma.

Envio em anexo a escala e forma de levantamento manual e computadorizada.

Att,

Raquel Gehrke Panzini

Psicóloga, Técnica em Saúde e Ecologia Humana/DAS/SES/RS

Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria/UFRGS

Mestre em Psicologia do Desenvolvimento/UFRGS

F. (51) 9128.8196 ou 3232.8718

---Em **seg, 19/10/09**, **Flavia Andressa Farnocchi Marucci** <[flaviamarucci@gmail.com](mailto:flaviamarucci@gmail.com)> escreveu:

De: Flavia Andressa Farnocchi Marucci <[flaviamarucci@gmail.com](mailto:flaviamarucci@gmail.com)>

Assunto: Escala de coping Religioso-Espiritual

Para: "Raquel Panzini" <[ragepa@yahoo.com.br](mailto:ragepa@yahoo.com.br)>

Data: Segunda-feira, 19 de Outubro de 2009, 10:00

Bom dia Raquel Panzini,

Estou escrevendo um projeto para mestrado na USP de Ribeirão Preto, e me interessei muito pelo tema coping religioso-espiritual. Estive lendo alguns de seus artigos, e pude conhecer a Escala de coping religioso-espiritual (CRE), validada para a população brasileira por você e por Bandeira em 2005.

A partir disso, tive a idéia de investigar no meu mestrado o processo de coping religioso-espiritual em pacientes com câncer de mama e ginecológico, atendidas no Ambulatório de Matologia do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina - USP.

Gostaria de lhe pedir autorização para o uso do instrumento na minha pesquisa e informações sobre como analisar (cotar) os dados da escala.

Muito obrigada e aguardo sua resposta

Um abraço,

Flávia Marucci e Prof. Ricardo Gorayeb

Serviço de Psicologia do HCFMRP - USP

(16) 3602-2547

## ANEXO H

## Permissão formal para uso da versão brasileira da Escala de Apoio Social - MOS

## Escala de Apoio Social - MOS

---

rohgriep@terra.com.br <rohgriep@terra.com.br>

19 de outubro de 2009  
09:58

Responder a: rohgriep@terra.com.br

Para: Flavia Andressa Farnocchi Marucci <flaviamarucci@gmail.com>

Oi, Flávia

Você pode usar a escala sem problemas, pedimos apenas que nossos artigos sejam referenciados nas suas publicações.

Quanto ao cálculo do escore, explicamos no artigo

Griep, Rosane Harter et al. **Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Jun 2005, vol.21, no.3, p.703-714

Se você tiver outras dúvidas na análise terei todo o prazer em ajudar.

um grande abraço e

Desejo muito boa sorte com o uso da escala.

Rosane Griep

**Em Seg 19/10/09 09:08 , Flavia Andressa Farnocchi Marucci [flaviamarucci@gmail.com](mailto:flaviamarucci@gmail.com) sent:**

Bom dia Rosane Griep,

Estou escrevendo um projeto para mestrado na USP de Ribeirão Preto, e me interessei muito pelo tema "[suporte social](#)". Estive lendo alguns de seus artigos, e pude conhecer a Escala de Suporte Social - MOS, validada para a população brasileira por você em 2003.

Gostaria de lhe pedir autorização para o uso do instrumento na minha pesquisa e informações sobre como analisar (cotar) os dados da escala.

Muito obrigada e aguardo sua resposta

Um abraço,

Flávia Marucci e Prof. Ricardo Gorayeb

Serviço de Psicologia do HCFMRP - USP  
(16) 3602-2547