



Revista Bioética

ISSN: 1943-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina
Brasil

Batista, Sofia; Rodrigues dos Anjos Mendonça, Adriana
Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico
Revista Bioética, vol. 20, núm. 1, 2012, pp. 175-188
Conselho Federal de Medicina
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533258019>

- [Como citar este artigo](#)
- [Número completo](#)
- [Mais artigos](#)
- [Home da revista no Redalyc](#)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico

Sofia Batista¹, Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça²

Resumo

O diagnóstico da neoplasia causa forte impacto na vida de seu portador e, por isso, a atenção à espiritualidade pode melhorar a saúde daqueles que necessitam de quimioterapia. O presente estudo objetiva estudar o nível de espiritualidade dos pacientes que estão em quimioterapia, e relacioná-lo à qualidade de vida (QDV) dos mesmos. Para tanto, utilizou-se método transversal, observacional, analítico e não controlado. Pacientes do Hospital do Câncer Bom Pastor, em Varginha/MG, responderam questionários validados relacionados à qualidade de vida e espiritualidade. Para a análise dos resultados foram utilizados o coeficiente de Pearson e o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Concluiu-se que quanto maior a espiritualidade, maior a QDV em relação à paz. Não demonstramos que nível superior de espiritualidade melhora a QDV em relação ao bem-estar físico (BEF), porém houve melhora do BEF quando se está bem emocional e funcionalmente. Demonstramos também a importância do bem-estar sociofamiliar com QDV total.

Palavras-chave: Espiritualidade. Qualidade de vida. Quimioterapia.

Resumen

Espiritualidad y calidad de vida en los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia

El diagnóstico de la neoplasia causa un fuerte impacto en la vida de su portador y, por tanto, la atención a la espiritualidad puede mejorar la salud de las personas en necesidad de quimioterapia. El presente estudio tiene como objetivo estudiar el nivel de la espiritualidad de los pacientes sometidos a quimioterapia y relacionarla con la misma calidad de vida. El método utilizado fue transversal, observacional, analítico y sin control. Los pacientes del Hospital del Cáncer Buen Pastor en Varginha - MG, respondieron cuestionarios validados en relación con la calidad de vida y la espiritualidad. El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de Pearson y el test no paramétrico de Mann-Whitney. Se concluyó que cuanto mayor la espiritualidad, más alta la calidad de vida en relación con la paz. No se demostró que el nivel superior de espiritualidad mejora la calidad de vida en relación con el bienestar físico (BEF), pero hubo una mejoría del BEF cuando se está bien emocional y funcionalmente. También se demuestra la importancia del bienestar socio-familiar con la calidad de vida total.

Palabras-clave: Espiritualidad. Calidad de vida. Quimioterapia.

Abstract

Spirituality and quality of life in oncologic patients undergoing chemotherapy treatment

The diagnosis of neoplasia causes a great impact on the life of the person who carries it and this is why the attention to spirituality can improve health condition of those who need chemotherapy. This research aims to study the level of spirituality of patients who are undergoing chemotherapy and thus to establish a relation of it with their quality of life (QOL). For such purpose, transversal, observational, analytical and non-controlled methods were performed. Patients attending Hospital do Câncer Bom Pastor, in Varginha - MG, answered validated questionnaires regarding quality of life and spirituality. In order to analyze the results, Pearson coefficient and the non-parametric test of Mann-Whitney were applied. It was concluded that the higher the spirituality, the higher the QOL regarding peace. We did not demonstrate what superior level of spirituality improves QOL on physical well-being (PWB), however there was improvement in PWB when the emotional and functional conditions were good. We also demonstrated the importance of social and familiar well-being with total QOL.

Key words: Spirituality. Quality of life. Chemotherapy.

Aprovação CEP/Univás nº 244/09

1. **Graduada** sofiabat_87@hotmail.com 2. **Doutora** drijar@hotmail.com – Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), Pouso Alegre/MG, Brasil.

Correspondência

Sofia Batista – Rua Arlindo Zaroni, 163, ap. 01 Centro. CEP 37517-000. Maria da Fé/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Atualmente, as doenças oncológicas representam a segunda causa de morte na maioria dos países ocidentais, apenas suplantadas pelas doenças cardiovasculares¹. O diagnóstico da neoplasia causa forte impacto na vida de seus portadores². Para lidar com essa condição, as pessoas utilizam diferentes estratégias de enfrentamento, destacando-se, no presente trabalho, a religiosidade e a espiritualidade, que predominam em grande parte da população acometida por essa enfermidade³.

Enfrentamento é entendido como esforços cognitivos e comportamentais voltados ao manejo de exigências ou demandas internas ou externas, avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais⁴. Dessa forma, muitos indivíduos utilizam estratégias de enfrentamento para lidar com determinada situação estressora.

Estratégias de enfrentamento são classificadas de acordo com suas funções e podem estar focadas no problema ou na emoção. O enfrentamento focado no problema constitui estratégia ativa de aproximação em relação ao fator estressor, consistindo no planejamento voltado à solução de problemas. A estratégia de enfrentamento, focada na emoção, tem como função a regulação da resposta emocional causada pelo fator estressor, podendo ser representada por atitudes de esquiva e negação. O enfrentamento religioso pode estar relacionado tanto às estratégias focadas no problema quanto às focadas na emoção⁵.

De forma positiva, o enfrentamento religioso está associado a estratégias de enfrentamento ativo, planejamento, reinterpretação positiva e suporte social instrumental e emocional⁵. Assim, a religiosidade/espiritualidade constitui importante estratégia de enfrentamento ante situações consideradas difíceis, como é o caso do diagnóstico de câncer, que produz forte efeito na vida do indivíduo e cujo tratamento é permeado de eventos estressores³.

Religiosidade e espiritualidade aparecem como importantes aliadas para as pessoas que se encontram enfermas⁶. Contudo, são as consequências do enfrentamento religioso que predirão se os resultados refletidos na saúde do paciente aparecerão de forma positiva ou negativa. Estratégias positivas são aquelas que resultam em melhoria na saúde mental, redução de estresse, crescimento es-

piritual e cooperatividade. As estratégias negativas estão relacionadas com resultados que apontam correlações negativas referentes à qualidade de vida, depressão e saúde física – como, por exemplo, uma atitude de não adesão ao tratamento por acreditar em cura divina⁷.

O enfrentamento religioso abrange a religiosidade e a espiritualidade, que se diferenciam em alguns aspectos³. A espiritualidade pode ser entendida como a crença que aceita e tenta desenvolver a parte espiritual do ser humano em oposição à sua parte material⁸. É um processo dinâmico, pessoal e experiencial⁹ que procura atribuir sentido e significado à existência, podendo coexistir ou não com a prática de um credo religioso¹⁰. A religiosidade, porém, baseia-se na aceitação de determinado conjunto de valores. As religiões são formadas por grandes sistemas de doutrinas e conjuntos de rituais de culto que se propõem a sacralizar praticamente todas as fases da vida das pessoas⁸. Alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjetiva e enfatiza a vida¹⁰.

Hoje, começa-se a compreender que não é possível tratar a doença isoladamente sem considerar o meio sociocultural que envolve o paciente, as suas emoções e cognições pessoais sobre a saúde e a doença¹¹. Existe um grande esforço, por parte de alguns profissionais de saúde, no sentido de fazer com que o doente se sinta parte integrante do tratamento, contribuindo, assim, de forma ativa para sua cura¹².

O desenvolvimento das ciências da saúde conduziu a uma prática de cuidados à saúde dessacralizada e a dimensão espiritual deixou de ser contemplada no atendimento aos doentes⁹. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a saúde como: *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*^{13,14}.

Um fator que dificulta o cuidado espiritual, na atualidade, é a influência da perspectiva materialista que valoriza sobremaneira a beleza, o poder e as conquistas materiais, esvaziando o ser humano do valor próprio, como ser único, inteligente, livre, responsável e digno¹⁵. A bioética, como campo do conhecimento relacionado tanto à ciência quanto

às humanidades, pode promover a reflexão atinente à espiritualidade, estabelecendo interlocução efetiva tanto com doutrinas éticas de inspiração leiga quanto com as de inspiração teológica¹⁶. Nesse sentido, a bioética pode ser definida como a guardiã na terminalidade da vida; um saber que aposta na necessidade de se estar atento à qualidade do cuidado no adeus à vida – como teoriza Pessini¹⁷ em seus estudos, quando aponta o papel da bioética na terminalidade da vida. Sempre que se pensa em cuidado, os aspectos espiritualidade e saúde estão inclusos, fomentando a reflexão e prática bioética, pois são conceitos que se implicam e se interpenetram.

A importância dos aspectos religiosos, espirituais e existenciais para alguns pacientes em tratamento só começou a ficar mais clara quando a barreira que impedia os médicos de revelar aos pacientes que estes tinham câncer caiu e passou a ser possível, aos psiquiatras e psicólogos, falar com os pacientes sobre sua doença^{18,19}. Hoje em dia, é cada vez mais aceita a relação que a religiosidade e a espiritualidade têm na qualidade de vida (QDV) dos doentes em geral e dos doentes oncológicos em particular²⁰. Existem, inclusive, estudos que apontam importante relação entre bem-estar espiritual e melhor QDV^{21,22}.

Não se sabe se a influência da espiritualidade sobre a saúde se dá por mecanismos do tipo *efeito placebo*. Porém, entende-se, hoje, que os problemas existenciais, que têm como pano de fundo a questão do sentido da vida, estão associados com a maioria das doenças psicossomáticas que acometem as pessoas em todo o mundo²³. Os efeitos da espiritualidade sobre a saúde podem envolver mecanismos fisiológicos úteis, além dos nossos conhecimentos atuais, que, com o tempo, podem vir a ser entendidos⁸.

Espiritalidade, saúde e qualidade de vida

Considerada a medida que faltava na área da saúde, QDV é definida, segundo a OMS, como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações²⁴. De acordo com

Ribeiro²⁵, atualmente é aceito pela maioria dos investigadores, no âmbito da QDV, que este conceito engloba características como: a percepção pessoal do doente; os aspectos físicos, psicológicos, sociais; o empenho para enfrentar exigências que excedem os recursos das pessoas, envolvendo tanto aspectos objetivos como subjetivos. Outras dimensões também têm sido referenciadas, como é o caso da espiritualidade²¹.

A interligação entre religiosidade/espiritualidade e saúde remonta aos primórdios da história, em que os poderes da *cura* estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito (sacerdotes, xamãs etc.), a quem era atribuído saber para tratar os males do corpo. A atribuição da causalidade da doença, assim como a sua cura, foi muitas vezes relacionada a fatores religiosos e esta associação persiste ainda hoje em alguns contextos socioculturais. A ignorância sobre os *males* que acometiam a humanidade levou à divinização do desconhecido²⁶.

Os possíveis benefícios da espiritualidade sobre a saúde podem estar associados desde as reações fisiológicas mais simples – redução da tensão muscular, da frequência cardíaca e da pressão arterial – como para o controle da dor e do sofrimento, com diminuição das reações ao estresse, levando a um maior equilíbrio das respostas imunologicamente moduladas⁸. Segundo Waite e colaboradores, podem ser devidos, em parte, ao fato de que: *as atitudes de fé e esperança implicam um compromisso de controle interno e, na sequência, um caminho ético que envolve a realização, cujo significado pode conduzir a uma melhoria de autoestima e um senso de conexão com o próprio e outros*²⁷.

A religião pode ter efeito adverso na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais²⁸. Pode ser usada para induzir culpa, vergonha, medo ou justificar raiva e agressão. Como agente de controle social, pode ser restritiva e limitante, isolando socialmente aqueles em desacordo com os padrões religiosos. No geral, no entanto, as principais religiões com tradições bem estabelecidas e lideranças responsáveis tendem a promover mais experiências humanas positivas que negativas²⁹. Existem evidências de que pessoas com algum tipo de espiritualidade apresen-

Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico

tam menor incidência de doenças, vivem mais, recuperam-se rapidamente quando doentes e apresentam menos intercorrências durante o tratamento⁸.

Apesar da controvérsia científica sobre os efeitos da espiritualidade sobre a saúde, fica a reflexão de Roberts e colaboradores: *Deve ficar claro que, se esses benefícios vêm de uma intervenção ou resposta de Deus aos apelos da oração e da espiritualidade, isso vai estar sempre além daquilo que a ciência possa ou não provar*³⁰.

A espiritualidade é algo inerente ao ser humano³¹, manifestando-se em indivíduos de diferentes culturas por meio do tempo. Constitui campo de elaboração subjetiva, no qual a pessoa constrói de forma simbólica o sentido de sua vida e busca fazer frente à vulnerabilidade desencadeada por situações que apontam para a fragilidade da vida humana¹⁵.

Quimioterapia e qualidade de vida

O desenvolvimento e melhoria dos tratamentos atualmente disponíveis para o combate ao câncer permitiram considerável aumento das taxas de sobrevida³². No entanto, ainda sabe-se pouco sobre as consequências psicológicas e sociais desses tratamentos na QDV dos doentes, já fortemente abalados pelos efeitos psicossociofisiológicos da doença^{25,33}.

No desenvolvimento dos estudos de QDV, a importância e o envolvimento das questões espirituais estiveram presentes. Portanto, entende-se que a perspectiva da qualidade de vida pode vir a se tornar mediadora entre a área da saúde e a das questões religiosas/espirituais, facilitando o desenvolvimento de intervenções em saúde espiritualmente embasadas por, pelo menos, duas razões: ser área de conhecimento mais recente e, portanto, com menos preconceito em relação à pesquisa em espiritualidade/religiosidade e o construto qualidade de vida ser mais amplo e multidimensional, exigindo o engajamento de profissionais de diferentes áreas do conhecimento para seu melhor entendimento, tornando-o transdisciplinar³⁴.

Existe um aumento de interesse em compreender o efeito da fé na saúde. Há interesse e maior abertura para o estudo e a inclusão do tema em nível acadêmico e de pesquisa³⁵. Dessa maneira, propõe-se a discussão acerca da importância de prover esses cuidados aos pacientes que os demandam.

Objetivo

Este trabalho tem por finalidade estudar o nível de espiritualidade em pacientes oncológicos e correlacioná-lo com qualidade de vida.

Metodologia

O estudo foi do tipo transversal, observacional, analítico, individual e não controlado. A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre 1º de março e 20 de setembro de 2010. A amostra foi delineada com pacientes do Hospital do Câncer Bom Pastor, em Varginha, Minas Gerais, após autorização do comitê de ética da instituição. Os pacientes responderam questionários validados relacionados à qualidade de vida e espiritualidade. Para a análise dos resultados foram utilizados o coeficiente de Pearson e o teste não paramétrico de Mann-Whitney. O software utilizado foi o SPSS 12.0.

Os critérios que definiram a participação foram: assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; obrigatoriedade de estar em tratamento há pelo menos um mês; idade superior a 18 anos quando do preenchimento dos questionários e diagnóstico confirmado mediante análise do prontuário. Para a caracterização da amostra foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico que procurou obter dos pacientes informações como idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral, grupo oncológico, tempo de tratamento de quimioterapia, e se houve recidiva ou não.

Além dos dados colhidos para a caracterização sociodemográfica foram utilizados, neste estudo, dois instrumentos validados principais: espiritualidade – uma escala para avaliação da espiritualidade no contexto da saúde, fornecida pela autora Cândida Pinto, após sua autorização – e Fact Sp (versão 4), composto por *Functional Assessment of Cancer Therapy General* (Fact-G) e *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (Facit-Sp 12) – fornecidos pela organização *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (Facit), que os disponibilizou na versão validada em português.

O questionário Espiritualidade²⁶ (ao final) contém cinco itens que quantificam a concordância do

indivíduo com questões relacionadas à dimensão espiritual: Esp 1 - as minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida; Esp 2 - a minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis; Esp 3 - vejo o futuro com esperança; Esp 4 - sinto que a minha vida mudou para melhor; Esp 5 - aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.

Foram obtidas duas subescalas, uma constituída por dois itens (Esp 1 e Esp 2) que se referem à dimensão vertical da espiritualidade, que denomina “crenças”, e outra constituída por três itens (Esp 3, Esp 4 e Esp 5) que se referem à dimensão horizontal da espiritualidade, denominada “esperança/otimismo”. Para cada resposta houve uma pontuação, variando entre “Não concordo” (1), “Concordo um pouco” (2), “Concordo bastante” (3), “Plenamente de acordo” (4). A cotação de cada subescala foi efetuada por meio da média de seus itens. Exemplo: crenças = (Esp 1 + Esp 2)/2; esperança/otimismo = (Esp 3 + Esp 4 + Esp 5)/3. Quanto maior foi o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada.

O Fact-Sp (versão 4) é composto por duas escalas: *Functional Assessment of Cancer Therapy General* (fact-G) ³⁶ e *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (Facit-Sp 12) ²¹.

A Fact-G (ao final) é uma escala funcional de QDV geral, composta por 27 itens que avaliam o bem-estar em quatro dimensões: físico (Befi), social/familiar (Besf), emocional (BEE) e funcional (BEF). O Befi avalia a sintomatologia; Besf, o apoio social e a comunicação; BEE, o humor e a resposta emocional à doença; BEF avalia até que ponto o doente pode e gosta de participar nas atividades diárias normais. A resposta a cada um dos itens foi indicada pela maior ou menor concordância/discordância com a afirmação, segundo uma escala tipo Likert com as seguintes opções: 1) “Nem um pouco”; 2) “Um pouco”; 3) “Mais ou menos”; 4) “Muito”; 5) “Muitíssimo”. Para calcular a pontuação total da QDV somam-se os valores das quatro subescalas. Valores mais elevados indicam maior QDV ³⁷.

A Facit-Sp 12 ²¹ é um questionário de 12 itens que pretende avaliar o bem-estar espiritual, desenvolvido com ajuda de doentes oncológicos, psicoterapeutas e peritos religiosos/espiritualistas (capelães hospitalares) a quem foi pedido que des-

crevessem quais aspectos da espiritualidade e da fé mais contribuiriam para a QDV dos doentes. Os aspectos mais apontados relacionam-se a questões existenciais e da fé: sentido/propósito para a vida, harmonia, paz, e um sentimento de força e conforto transmitidos pela fé individual ³⁸.

A Facit-Sp 12 foi desenvolvida para ser utilizada, independentemente das crenças religiosas ³⁹. O instrumento dispõe de duas subescalas: “sentido/paz” com oito itens (sinto-me em paz, tenho uma razão para viver, a minha vida tem sido produtiva, custume sentir paz de espírito, sinto que a minha vida tem um propósito, sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo/a, sinto-me em harmonia comigo mesmo/a, falta sentido e propósito em minha vida) e “fé” com quatro itens (encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais, a minha fé ou crenças espirituais dão-me força, a minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais, independente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará bem). Para obter a pontuação total basta somar a pontuação dos 12 itens. Quanto maior a pontuação, maior o bem-estar espiritual ³⁷.

A entrega dos questionários aos pacientes foi feita pela pesquisadora, que conforme orientações da Facit.org entrevistou e ajudou o paciente a preencher os questionários, utilizando uma placa em que as opções de respostas estavam impressas, visualizadas por ambos os participantes da entrevista. Optou-se pela entrevista devido ao baixo grau de escolaridade dos entrevistados, sendo alguns analfabetos. A administração da entrevista foi considerada adequada dada a formação da entrevistadora, de modo a obter respostas não tendenciosas. A ordem de preenchimento do questionário foi aleatória. Os pacientes tiveram a opção de ignorar o item, caso não sentissem que determinada questão a eles não se aplicava. A entrevistadora circulou a resposta mais aplicável.

Considerações da organização Facit, enviadas via e-mail à pesquisadora, demonstraram um estudo multicêntrico com pacientes oncológicos e HIV (n=1.227) que objetivou testar as propriedades psicométricas e equivalência estatística das versões em inglês e espanhol das subescalas Fact, considerando o nível de alfabetização (baixo e alto) e o modo de administração (entrevista e autoadministração). A equivalência técnica entre os modos de administração foi demons-

trada nos pacientes com alto nível de alfabetização. Não houve diferença na qualidade dos dados ou na pontuação média dos escores de QDV após o ajuste para avaliação de desempenho, nível socioeconômico, sexo e idade. Equivalência técnica entre os modos de administração do questionário Fact permitiu a avaliação imparcial do impacto de doenças crônicas e seus tratamentos em pacientes de diversas origens.

Resultados

Análise descritiva

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, composta por 33 pacientes, foi representada por: idade média de 54 anos; 61% dos participantes eram do gênero feminino; 76%, casados; 36,4%, com ensino fundamental completo e 70%, desempregados. Dos grupos oncológicos avaliados 39,4% eram digestivo; 33,3%, mama e 21,2%, outros grupos. Com relação ao tempo de efetivo tratamento, a maioria (84,8%) compreendia entre um e três anos; 72,7% tratavam-se pela primeira vez e 27,3% eram recidivas.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Caracterização sociodemográfica e clínica		Número absoluto	Porcentagem
Sexo	Masculino	20	60,6
	Feminino	13	39,4
	Total	33	100,0
Média de idade			54,27*
Estado civil	Solteiro	25	75,8
	Casado	3	9,1
	Divorciado	3	9,1
	Viúvo	2	6,1
Escolaridade	Não foi à escola	2	6,1
	Ensino fundamental completo	12	36,4
	Ensino fundamental incompleto	6	18,2
	Ensino médio completo	7	21,2
	Ensino médio incompleto	1	3,0
	3º grau completo	1	3,0
	Pós-graduado	4	12,1
Situação laboral	Estudante	1	11,1
	Empregado	9	27,3
	Desempregado	23	60,7
Grupo oncológico	Mama	11	33,3
	Hematologia	1	3,0
	Digestivas	13	39,4
	Urologia	1	3,0
	Outros	7	21,2
Há quanto tempo faz quimioterapia?			
	1- 3 anos	28	84,8
	4 - 6 anos	3	9,1
	7 - 9 anos	2	6,1
	10 anos ou mais	-	-
Teve recidiva ou está em recidiva?			
	Sim	9	27,3
	Não	24	72,7

* Média de idade

Com relação ao questionário Espiritualidade, foi criado um valor para espiritualidade total, juntando dois domínios – crenças e esperança/otimismo – da seguinte forma: Espiritualidade total = (2* crenças + 3*esperança/otimismo)/5. Respectivamente, a pontuação mínima/máxima e a média para os domínios crenças e esperança/otimismo foram 3,0/4,0 e M=

3,9 e 2,6/4,0 e M= 3,7. E para espiritualidade total, 3,2/4,0 e M= 3,8. A pontuação obtida pela maioria dos pacientes nos dois domínios apresentou valores iguais a 4. Desta forma, foram considerados pacientes com alta espiritualidade aqueles com pontuação igual a 4 (45,5%); e no outro grupo os pacientes com valores mais baixos (54,5%).

Tabela 2. Espiritualidade e suas subescalas

	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Crenças	3,9	4,0	0,22	3,0	4
Esperança/otimismo	3,7	4,0	0,38	2,6	4
Espiritalidade total	3,8	3,8	0,22	3,2	4

Tabela 3. Níveis de espiritualidade

	Crença		Esperança/otimismo		Espiritalidade total	
	N	%	N	%	N	%
Menor espiritualidade	4	12,1	14	42,4	18	54,5
Alta espiritualidade	29	87,9	19	57,6	15	45,5
Espiritalidade total	33	100	33	100	33	100

Com referência ao questionário Facit Sp versão 4, composto pelos domínios Fact G e Fact Sp 12, a pontuação obtida pelos pacientes encontra-se na Tabela 1. Vale observar que Fact G é a soma dos primeiros

quatro itens da escala de qualidade de vida (bem-estar físico, social/ familiar, emocional e funcional) e Fact Sp 12 é a soma dos dois últimos itens da escala de qualidade de vida (Preocupações adicionais: paz e fé).

Tabela 4. Facit Sp versão 4

Categorias	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Bem-estar físico	8,7	7,0	6,92	0,0	28
Bem-estar social/familiar	24,8	26,8	4,52	8,2	28
Bem-estar emocional	7,0	6,0	3,74	4,0	19
Bem-estar funcional	22,3	25,0	5,98	7,0	28
Fact G	62,8	61,0	8,69	37,2	90
Preocupações adicionais: paz	22,8	24,0	3,21	9,0	26
Preocupações adicionais: fé	15,0	16,0	1,60	12,0	16
Facit-Sp 12	37,8	40,0	3,86	23,0	42
Escore Fact-Sp (versão 4)*	100,6	101,0	9,81	69,2	124

* Escore Fact Sp (versão 4) = Fact G + Facit-Sp 12

Além da análise de correlação entre as escalas de espiritualidade e qualidade de vida, houve o interesse em comparar os resultados da escala de

qualidade de vida entre os grupos com baixa e os com alta espiritualidade. Os testes utilizados no estudo serão descritos em cada tópico.

Análise estatística

Correlação das escalas de espiritualidade e qualidade de vida (Facit Sp versão 4)

Para verificar estas correlações entre as escalas foi utilizado o coeficiente de Pearson. Sabe-se que quanto mais próximo de 1 ou -1, mais forte a correlação. A existência de correlação linear entre as variáveis pode indicar que quanto maior um valor, maior o outro (correlação positiva), ou ainda, quanto maior um valor, menor o outro (correlação negativa).

Foram consideradas fortes correlações valores acima de 0,8 (80%) e como correlação moderada valores de Pearson entre 0,5 e 0,7 (50 a 70%). Correlações abaixo de 0,5 (50%) foram consideradas baixas.

• *Itens da escala de espiritualidade*

Pode-se observar na tabela a seguir que todas as correlações entre os domínios de espiritualidade foram baixos, exceto em relação ao domínio “esperança/otimismo” e espiritualidade total, com grau de correlação de 92,3%.

Tabela 5. Correlações das subescalas Espiritualidade

	Crenças	Esperança/ otimismo	Espiritalidade total
Crenças	1		
Esperança/otimismo	-0,255	1	
Espiritalidade total	0,137	0,923	1

• *Itens da escala de qualidade de vida*

Mediante a utilização do Facit-Sp 12 (versão 4), foram identificadas fortes correlações entre os domínios da escala de qualidade de vida e algumas correlações consideradas moderadas. As correlações fortes foram: bem-estar físico e

bem-estar emocional (73%); bem-estar físico e bem-estar funcional (74%). Preocupações adicionais: paz e Facit-Sp 12 (91,4%) e Fact G e Facit Sp versão 4 (92%). Na tabela a seguir, destacamos em rosa as correlações moderadas e em azul as fortes correlações.

Tabela 6. Correlações das subescalas Facit-Sp 12

	BeFi	Besf	BEE	BEE	Paz	Fé	Fact G	Facit-Sp 12	Facit-Sp (versão 4)
Bem-estar físico	1								
Bem-estar social/ familiar	-0,254	1							
Bem-estar emocional	0,730	-0,221	1						
Bem-estar funcional	-0,734	0,508	-0,529	1					
Preocupações adicionais: Paz	-0,316	0,309	-0,356	0,446	1				
Preocupações adicionais: Fé	-0,271	0,313	-0,324	0,405	0,201	1			
Fact G	0,473	0,572	0,532	0,140	0,063	0,086	1		
Facit-Sp 12	-0,375	0,387	-0,430	0,538	0,914	0,581	0,088	1	
Facit-Sp (versão 4)	0,271	0,659	0,302	0,336	0,415	0,305	0,920	0,471	1

Escala de espiritualidade versus qualidade de vida

Observou-se que todas as correlações entre a escala de espiritualidade (crenças e esperança/otimismo) e qualidade de vida (Facit Sp versão 4) foram baixas. Exceto em relação ao domínio "paz" (Facit-Sp 12), que obteve correlação moderada com os domínios esperança/otimismo e espiritualidade total, que apresentou um grau de correlação em torno de 55%.

Comparação da média da escala de qualidade de vida em relação às categorias dos domínios de espiritualidade

Para a comparação entre a média da escala de qualidade de vida entre as duas categorias dos domínios de espiritualidade foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, por haver pequeno número de pacientes em alguns grupos avaliados. Para os testes foi considerado um nível de significância de 5%. Desta forma, foi considerado haver diferença estatisticamente significante entre os instrumentos quando p-valor for menor do que 0,05.

Houve diferença entre os grupos com alta e menor espiritualidade em relação a bem-estar físico, bem-estar emocional e Fact-Sp 12, evidenciando: 1) os pacientes com alta espiritualidade apresentaram, em média, menor pontuação em relação ao bem-estar físico do que aqueles com menor espiritualidade ($p=0,020$; $p<0,05$); 2) os pacientes com alta espiritualidade apresentaram, em média, maior pontuação em relação a Fact-Sp 12 do que aqueles com menor espiritualidade ($p=0,024$; $p<0,05$).

Considerando os domínios do questionário Espiritualidade notou-se não haver diferença entre os grupos com alta e baixa crença ($p>0,05$) para nenhuma das variáveis. Porém, houve diferença entre os grupos com alta e menor esperança em relação a bem-estar físico, bem-estar emocional e Fact-Sp 12, evidenciando: 1) os pacientes com alta esperança apresentaram, em média, menor pontuação em relação ao bem-estar físico do que aqueles com menor esperança ($p=0,018$; $p<0,05$); 2) os pacientes com alta esperança apresentaram, em média, menor pontuação em relação ao bem-estar emocional do que aqueles com menor espe-

rança ($p=0,033$; $p<0,05$); 3) os pacientes com alta esperança apresentaram, em média, maior pontuação em relação a Fact-Sp 12 do que aqueles com menor esperança ($p=0,048$; $p<0,05$).

Discussão

Este artigo teve como objetivo avaliar o nível de espiritualidade em pacientes oncológicos e correlacioná-lo com a qualidade de vida. Dessa maneira, foram realizadas as seguintes análises: 1) correlação da escala de espiritualidade com dois domínios (crença e esperança/otimismo) com a escala de qualidade de vida (total e domínios); 2) comparação dos resultados da escala de qualidade de vida entre os grupos com baixa e os com alta espiritualidade.

A primeira relação encontrada foi considerada moderada entre a escala espiritualidade (total e o domínio esperança/otimismo) e o domínio paz (Facit-Sp 12), indicando que quanto maior a espiritualidade, maior a QDV em relação à paz.

Com relação ao questionário Fact Sp (versão 4), que avalia a qualidade de vida, podemos fazer uma correlação entre os resultados deste estudo e o de Pestana e colaboradores ⁴⁰. Neste foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre Besp e Fact Sp versão 4 ($r = 0,654$; $p < ,01$), Besp e BEE ($r = 0,660$; $p < ,01$), Besp e Befi ($r = 0,549$; $p < ,01$), e ainda entre Besp e BEF ($r = 0,654$; $p < ,01$). Segundo os autores a correlação observada entre Besp e BEE ($r = 0,660$; $p < ,01$) pareceu indicar o importante papel que a espiritualidade desempenhou no bem-estar psicológico e afetivo dos doentes oncológicos.

No estudo em tela houve forte correlação entre Fact G e Fact Sp (versão 4) (0,92), o que indica que a espiritualidade influencia numa maior qualidade de vida. Estes resultados são consistentes com aqueles encontrados por Brady ²¹ e colaboradores, que referem que a QDV não pode ser devidamente calculada se não se incluir na avaliação a dimensão da espiritualidade, uma vez que esta parece contribuir de forma importante para a QDV geral dos doentes oncológicos. Aliás, os autores vão mais longe quando referem que, se a espiritualidade representa fator tão importan-

te na vida dos doentes, o simples fato desta não ser incluída em qualquer estudo que tente medir a QDV pode fazer com que o real valor da QDV desses doentes não seja devidamente avaliado⁴⁰.

Houve também forte correlação entre os domínios Befi com BEE (0,73) e BEF (-0,74), indicando que há relação de melhoria da qualidade de vida fisicamente quando se está bem emocional e funcionalmente. A relação do Fact-Sp 12 com o domínio paz (0,92) demonstrou que a paz individual proporciona maior espiritualidade. Pode-se dizer que o doente que apresenta um maior Besp é levado a experimentar maior e mais profunda compreensão sobre o significado e propósito da vida, deixando de focar-se apenas nos seus problemas e desenvolvendo uma visão mais holística sobre a vida.

Este novo enfoque, por seu lado, pode provocar a diminuição dos índices de estresse crônico ao qual os doentes oncológicos normalmente estão sujeitos, permitindo-lhes descontrair-se e relaxar, levando o organismo a produzir aquilo que Benson denominou como *the relaxation response*. Ao relaxar, o organismo deixa de exercer tanta pressão negativa sobre o sistema imunológico, permitindo-lhe recuperar sua força, o que ajuda a recuperação e contribui para a cura⁴¹.

Obteve-se moderada correlação entre Besf com BEF (0,508), Fact G total (0,572) e Fact Sp versão 4 (0,659), o que reforça a ideia de que o apoio familiar é indicador importante na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, tanto funcional como espiritualmente. E moderada correlação do BE emocional com BE funcional (0,529) e Fact G total (0,532).

Considerando, agora, a comparação entre a escala de QDV e os grupos com baixa ou alta espiritualidade, observou-se que os pacientes com alta espiritualidade apresentaram, em média, menor pontuação em relação ao bem-estar físico do que aqueles com menor espiritualidade. Isso contradiz o estudo de Pestana³⁵ e colaboradores, que apontou que os indivíduos com níveis mais elevados de Besp apresentam melhor QDV no nível físico. Carlson e Bultz⁴² viram que além dos benefícios que esse tipo de intervenções podiam surtir na QDV dos doentes, podiam ainda

trazer alguns benefícios financeiros, ajudando a diminuir os custos com a saúde. Aliás, o custo do tratamento do câncer encontra-se na ordem do dia, uma vez que os sistemas de saúde atuais não conseguem suportar todos os custos inerentes ao seu tratamento por muito mais tempo⁴³⁻⁴⁵.

Encontrou-se, ainda, que os pacientes com alta espiritualidade apresentaram, em média, maior pontuação em relação a Fact-Sp 12 do que os com menor espiritualidade ($p=0,024$; $p<0,05$).

O *coping* religioso/espiritual (CRE) – uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e os problemas de vida – mostrou-se uma variável associada à QDV. Utilizando um índice global de QDV (cinco itens graduados pelo observador/pesquisador em escala Likert (3 pontos), Spitzer e colaboradores⁴⁶, bem como Pargament e colaboradores⁴⁷, verificaram que a maior utilização de CRE positivo não se correlacionou com QDV nem depressão, em amostras com 551 idosos hospitalizados gravemente doentes; 256 pessoas vítimas do ataque de bomba em Oklahoma e 540 universitários que haviam sofrido eventos de vida estressantes.

No entanto, maior utilização do CRE negativo correlacionou-se moderadamente com níveis piores de QDV e maiores de depressão. Os autores concluíram que a religião/espiritualidade pode ser fonte de alívio ou desconforto, de solução de problemas ou causa de estresse, dependendo de como a pessoa se relaciona com ela, ou seja, se utiliza estratégias de CRE positivo ou negativo.

No acompanhamento de dois anos da amostra dos idosos hospitalizados do estudo de Pargament e colaboradores, com 268 respondentes (29,5% mortos; 25,5% perda), o CRE foi preditor de resultados espirituais e mudanças na saúde mental/física. O CRE positivo esteve associado com melhorias na saúde e o CRE negativo foi preditor retrospectivo de declínio na saúde: desfechos (*outcome*) espirituais limitados, pior *status* funcional em atividades de vida diária, maior depressão e menor QDV. Os autores concluíram que pacientes debatendo-se continuamente com questões religiosas podem estar particularmente em risco para problemas de saúde⁴⁷, em função do uso de CRE negativo³⁴.

Concorda-se aqui com Panzini e colaboradores³⁴ quando afirmam que todos os recursos disponíveis que encorajem a cura, o ajustamento psicológico e a melhor QDV dos doentes devem ser seriamente considerados, inclusive os de ordem espiritual. Devem ter sua validade comprovada ou infirmada, não de acordo com os critérios de apenas uma parte da comunidade científica, por mais importante esta seja, mas sim corroborados pelas implicações clínicas que possam provocar.

Os mesmos autores afirmam, além disso, que numa sociedade laica como a nossa o espiritual continua a não ser reconhecido, ou pior, é suspeito por ser confundido com o religioso. Nesse cenário a denegação da morte e a onipotência da técnica têm contribuído largamente para a secura espiritual que se observa diariamente na maior parte das unidades de cuidados de saúde. A atenção dispensada pelos profissionais de saúde à vida subjetiva dos doentes, à sua afetividade e interioridade pode, efetivamente, contribuir de forma decisiva para sua reabilitação física, psicológica e espiritual, aumentando, assim, a QDV geral.

Considerações finais

Concluímos que quanto maior a espiritualidade, maior a QDV em relação à paz. O que nos faz refletir que não devemos focar apenas a doença do indivíduo, mas também considerar seus aspectos subjetivos, proporcionando-lhe maior paz interior, independente do estágio da doença⁴⁸. Barros⁴⁹ afirma que apesar de ser importante reconhecer a patologia, a excessiva concentração na doença pode nos afastar do verdadeiro papel que cabe a todos, potencializar nos indivíduos em geral e nos doentes, em particular, o que de melhor há em cada um, para que possam viver o mais intensamente possível, procurando trazer felicidade e harmonia para as suas vidas.

Não se demonstrou que pacientes com nível de espiritualidade superior melhoram a QDV em relação ao bem-estar físico. Porém, houve melhora da qualidade de vida fisicamente quando se está bem emocional e funcionalmente. Isso indica que não se deve deixar de abordar esse tema nos cuidados aos doentes, vez que a QDV

inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. O apoio sociofamiliar (BEF) mostrou-se importante componente para a QDV geral, e também no bem-estar funcional e espiritual.

Gostaríamos ainda de referir que este trabalho apresenta algumas limitações importantes: a) amostra reduzida; b) metade da amostra ser constituída por doentes com baixo nível de escolaridade, o que de alguma forma pode ter influenciado alguns dos resultados. A amostra reduzida resulta em intervalos de confiança relativamente grandes à volta das correlações observadas. Por exemplo, com o número de casos observados neste estudo, uma correlação na ordem de $r = 0,6$ poderá verificar-se, na população de doentes oncológicos, tão baixa como 0,3 ou tão grande como 0,8. Futuros trabalhos, com maior número de participantes, poderão aumentar o nível de precisão das estimativas da magnitude da relação⁴⁰.

Sempre que se pensa em cuidado, os aspectos espiritualidade, saúde e bioética estão inclusos, pois são conceitos que se implicam e se interpene-tram³². A bioética subsidia o respeito aos aspectos espirituais e religiosos, pois prima pelo caráter plural na análise e discussão de situações concretas, evitando, assim, assumir posições sectárias⁵⁰.

A bioética e a espiritualidade podem ser vistas como ferramentas para ajudar a ultrapassar a ideia curativa da saúde, voltando-a a potencializar o sujeito, visto em suas múltiplas dimensões¹⁵. A bioética, cumprindo seu papel de ponte para o futuro, pode promover a interface entre ciência e religião, que esconde a secular polêmica entre as “verdades” de ateus e religiosos. Exortando à reflexão e ao diálogo também aqueles que professam diferentes seitas e religiões, a disciplina pode contribuir para estabelecer padrões de convivência éticos, pacíficos e harmônicos (...) Fica explícito, portanto, que ao apontar o benefício proporcionado por este tipo de cuidado e o conflito que pode decorrer de sua supressão, a bioética estará contribuindo não apenas para a incorporação da dimensão espiritual na concepção de ser humano, mas também para a ressignificação dessa dimensão como necessidade cultural e, assim, como elemento inerente à própria dignidade humana⁵¹.

Além da razão é preciso agregar intuição, emoção e acuidade de percepção sensível ao

Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico

saber científico⁵². De acordo com Alves e Sell¹⁵, na terminalidade, muitas vezes, manifestam-se no paciente sentimentos de medo e angústia, os quais devem ser identificados, respeitados e tratados pela equipe de enfermagem. Não se propôs um discurso

religioso, pois o respeito à crença de cada pessoa é indiscutível, como preveem tanto a espiritualidade quanto a bioética, mas sim um acolhimento abrangente, no qual pode-se demonstrar amor e interesse pela vida, auxiliando a tornar a morte mais serena.

Agradecemos ao Programa de Iniciação Científica, Pibic, Univás.

Referências

1. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2006. Atlanta: American Cancer Society; 2006.
2. Carvalho MM. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicol. USP.* 2002;13(1):151-66.
3. Ferreira RER, Fornazari AS. A influência da fé na qualidade de vida em pacientes oncológicos: relatório final de trabalho de conclusão de curso. Assis: Universidade Paulista; 2007.
4. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, De Longis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol.* 1986;50(3):571-9.
5. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon, CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicol Teor Pesqui.* 2001;17(3):225-34.
6. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública.* 2003;37:446-55.
7. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(9):513-21.
8. Filho VPD, SÁ FC. Ensino médico e espiritualidade. *Mundo Saúde.* abr-jun 2007;31(2):273-80.
9. Muller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc.* 2001;76(12):1225-35.
10. Pais-Ribeiro JL, Pombeiro T. Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In: Pais-Ribeiro JL, Leal I, editores. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde;* 29-30 jun 2004; Lisboa: Ispa; 2004. p.757-69.
11. Goleman D. Inteligência emocional. Lisboa: Temas e Debates; 2003.
12. Pául C, Fonseca A. Psicosociologia da saúde. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
13. Ornish D. Love and survival: 8 pathways to intimacy and health. New York: Harper Perennial; 1999.
14. Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. *Psychological Inquiry.* 1998;9(1):1-28.
15. Alves JS, Sell L. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Revista Bioethikos.* 2007;1(1):43-52.
16. Sell L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Rev Saúde Pública.* [internet]. 2005 [acesso ago 2006];39(3):473-8. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24803.pdf>
17. Pessini L. Morrer com dignidade, como ajudar o paciente terminal. 2^a ed. Aparecida do Norte: Santuário; 1990.
18. Holland J. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med.* 2002;64(2):206-21.
19. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
20. Miller W, Thoresen C. Spirituality, religion and health: an emerging research field. *Am Psychol.* 2003;58(1):24-35.
21. Brady M, Peterman A, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology.* 1999;8(5):417-28.
22. Cotton S, Levine E, Fitzpatrick C, Dold K, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-oncology.* 1999;8(5):429-38.
23. Kung H. Freud e a questão da religião. Campinas: Verus; 2005.
24. The World Health Organization quality of life. The development of WHOQOL Group - assessment instrument. In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.
25. Ribeiro J. Qualidade de vida e doença oncológica. In M Dias, E Durá, editores. *Territórios da psicologia oncológica.* Lisboa: Climepsi Editores, 2002; p. 75-98.
26. Pinto C, Ribeiro JLP. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos

- de saúde. Arq Med. 2007;21(2):47-53.
27. Waite PJ, Hawks SR, Gast JA. The correlation between spirituality well-being and health behaviors. Am J Health Promot.1999;13(3):159-62.
28. Koenig HG. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. Int J Psychiatry Med. 2001;31(3):321-36.
29. Koenig HG. Religion and medicine II: religion, mental health and related behaviors. Int J Psychiatry Med. 2001;31(1):97-109.
30. Roberts L, Ahamed I, Hall S. Intercessory prayer for the alleviation off ill health. Cochrane Database Syst. 2000;(2):CD000368.
31. Clinionco. Saúde e espiritualidade, uma nova visão do ser humano. Informativo Clinionco. ago-set 2005;2(8).
32. Holland J, Lewis S. The human side of cancer: living with hope, coping with uncertainty. New York: Harper Collins Publishers; 2000.
33. Stanton A, Twillman R, Cameron C, Bishop M, Collins C, Kirk S. et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. J Consult Clin Psychol. 2000;68(5):875-88.
34. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DB, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. Rev Psiq Clín. 2007;34(Supl 1):105-15.
35. Horta CR, Neme CM, Capote PS, Gibran VM. O papel da fé no enfrentamento do câncer. In: Neme CMB, Rodrigues OMPR, organizadores. Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares. São Carlos: Rima; 2003. p. 149-71.
36. Celli D, Tulsky D, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonami P. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol. 1993;11(3):570-9.
37. Webster K, Celli D, Yost K. The functional assessment of chronic illness therapy (Facit) measurement system: properties, applications, and interpretation. Health and Qual Life Outcomes. 16 Dec 2003;1:79.
38. Peterman A, Firthett G, Brady M, Hernandez L, Celli D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). Ann Behav Med. 2002;24(1):49-58.
39. Cotton S, Levine E, Fitzpatrick C, Dold K, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. Psychooncology. 1999;8(5):429-38.
40. Pestana JP, Stevens D, Conboy J. O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. Revista Cons-Ciências. set 2007;3:125-58.
41. Simonton O, Simonton S, Creighton J. Com a vida de novo: uma abordagem de autoajuda para pacientes com câncer. 6ª ed. São Paulo: Editora Summus; 1987.
42. Carlson L, Bultz B. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. Health Qual Life Outcomes. 17 Apr. 2003;1:8. doi: 10.1186/1477-7525-1-8.
43. Barnnet A, Birnbaum H, Cremieux P, Fendrick M, Slavin M. The cost of cancer to a major employer in the United States: a case control analysis. Am J Managed Care. 2000;6(11):1243-51.
44. Bosanquet N, Sikora K. The economics of cancer care in the UK. Lancet Oncol. Sep. 2004;5(9):568-74.
45. Ganz P, Lackner H, Hoskin P, Ben-Eliyahu S. The price of anticancer intervention. Lancet. 2002;3(9):575-9.
46. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R. et al. Measuring the quality of life of cancer patients. J Chronic Dis. 1981;34(12):585-97.
47. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez LM. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. J Sci Study Relig. 1998;37(4):710-24.
48. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, De la Cruz M, Govan KB, Arciniega L. et al. The associations between spirituality (S), religiosity (R), and spiritual pain (SP) in advanced cancer patients (AdCa). J Clin Oncol. 2010;28(Supl):15s.
49. Barros J. Psicologia positiva. Porto: Edições Asa, 2004.
50. Sellli L. Bioética: solidariedade crítica e voluntariado orgânico [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2001.
51. Alves JS, Sellli L. Cuidado espiritual ao paciente terminal: uma abordagem a partir da bioética. Revista Brasileira de Bioética. 2007;3(1):71-2.
52. Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 166. (Saúde em debate).

Participação de cada autor no artigo

- Sofia Batista elaborou o artigo e Adriana Mendonça foi orientadora.

Recebido: 19.7.11
Revisado: 19.3.12
Aprovado: 2.1.12

Questionário Espiritualidade

(Pinto C & Pais-Ribeiro JL)

As frases/expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade/suas crenças pessoais, e ao modo como elas afetam a sua qualidade de vida. Por favor, **marque** com um **X** a opção que melhor expressar o seu estado, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 - Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

Facit-Sp 12

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

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