



A dimensão da Espiritualidade do doente oncológico como estratégia de enfrentamento da doença

Sandra Daniela Gil Oliveira

Trabalho de projeto apresentado ao
Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde,
para a obtenção do Grau Mestre em Cuidados Continuados

Bragança, dezembro de 2018

**A dimensão da Espiritualidade do doente
oncológico como estratégia de enfrentamento da
doença**

Sandra Daniela Gil Oliveira

Orientadores:

Professora Doutora Ana Maria Galvão

Mestre Sílvia Ala

Trabalho de projeto apresentado ao
Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde,
para a obtenção do Grau Mestre em Cuidados Continuados.

Bragança, dezembro de 2018

“Os anelos da alma – a fé, a esperança e o amor – são eternos, inclinações naturais que o pensamento ocidental moderno reprimiu, mas jamais subjogou” -

Benson, (1970)

Resumo

Introdução e Objetivo: Atualmente a dimensão da espiritualidade no seio profissional e académico continua envolto por uma certa negação, vergonha e incompreensão. Porém, a utilização da dimensão da espiritualidade como forma de enfrentamento da doença crónica tem sido alvo de grande interesse por estes profissionais, mais concretamente, na área da oncologia. Contudo, a sua verdadeira contribuição para os doentes portadores de doença oncológica permanece muito vaga, contribuindo para a negligência na vertente biopsicossocioespiritual e, conseqüentemente da dignidade enquanto ser humano. Assim, propomos como objetivos os seguintes: 1) identificar as estratégias de enfrentamento na doença crónica; 2) reconhecer se a espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento na doença oncológica; 3) evidenciar a importância da teoria da dignidade na doença oncológica. Como questão de partida propomos, a espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento na doença oncológica?

Métodos: estudo qualitativo, através de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) onde foram analisados 48 artigos. Para isto, procedeu-se à utilização de uma nova metodologia denominada SPIDER. Realizou-se uma pesquisa direta nas bases de dados de literatura – PubMed e Scielo. Todas as pesquisas foram realizadas utilizando um filtro para publicações dos últimos dez anos e com base nos termos “oncologia”, “espiritualidade”, “cancêr” e “cancro”, tanto em português como os mesmos termos em inglês, tendo-se aplicado vários critérios de seleção, resultando na análise profunda de 48 artigos.

Posteriormente, foram obtidos outros trabalhos através de pesquisas em motores de busca online, nomeadamente a B-on.

Resultados: A dimensão da espiritualidade é um mecanismo de coping, útil em todas as fases da doença oncológica, encontrando-se evidências que proporcionam uma melhor saúde, melhor qualidade de vida, menores índices de ansiedade, depressão, desesperança e suicídio, aumentando a adesão ao tratamento e melhora a cooperação com os médicos, melhorando as relações pessoais do doente e aumentando a satisfação com a vida, não obstante a doença. A componente da espiritualidade constitui, assim, um ator privilegiado de humanização e personalização dos cuidados. Os doentes têm uma grande necessidade de serem escutados e compreendidos e querem conversar com os profissionais de saúde

acerca da sua espiritualidade, pelo que é importante que estes reconheçam a importância desta dimensão na vida dos doentes, que os compreendam como pessoas e que sejam capazes de os ouvir.

Conclusão: A espiritualidade como estratégia de enfrentamento na doença oncológica aporta benefícios no enfrentamento da doença oncológica. Através desta estratégia os doentes oncológicos obtêm ganhos na qualidade de vida, no seu bem-estar e conforto, no crescimento pessoal, sensação de defesa e na manutenção da esperança. Contribui também para a clarificação do significado e propósito de vida, na tomada de decisão acerca dos tratamentos e ainda, auxilia na superação e diminuição de sentimentos negativos como o stress, ansiedade, depressão e sensação de dor.

Palavras- Chave: espiritualidade; religiosidade; oncologia; coping; terapia da dignidade

Abstract

Introduction and objective: Today, a dimension of spirituality within the professional and academic spheres remains surrounded by a certain denial, shame and incomprehension. However, the use of the dimension of spirituality as a form of coping with the disease has been the subject of great interest by these professionals, more concretely, in the area of oncology. However, its contribution to patients with cancer disease remains very vague, contributing to a neglect of the biopsychosoespiritual aspect and, consequently, dignity as a human being. We propose the following objectives: 1) identify coping strategies in the chronic task; 2) recognize if spirituality is a coping strategy in oncological disease; 3) to show an importance of the theory of dignity in cancer disease. As a starting point we propose, is spirituality a coping strategy in cancer disease?

Methods: qualitative study, through an Integrative Review of Literature in which 48 articles were approached. For this Integrative Review of Literature we used a new methodology called SPIDER. A direct search was carried out in the literature databases - PubMed and Scielo. All searches were done using a magazine filter for the last ten years and based on the terms "oncology", "spirituality", "cancêr" and "cancer", both in Portuguese and the English terms, having several themes of selection, promotion in the deep analysis of 48 articles. Later work was seen through searches on search engines online, specifically B-on.

Results: It results from the review carried out that the human being is one of a great biopsychosoespiritual complexity. All dimensions are interconnected in the care of the cancer patient, requiring a holistic approach to these patients, which translates into a significant impact on their dignity. The dimension of spirituality is a mechanism of coping, useful in all phases of oncological disease, finding evidence that provides better health, better quality of life, lower rates of anxiety, depression, hopelessness and suicide, increasing adherence to treatment and improving cooperation with physicians, which improves the patient's personal relationships and increases satisfaction with life, regardless of their illness. The component of spirituality is thus a privileged actor of humanization and personalization of care. Patients have a great need to be listened to and understood and want to talk to health professionals about their spirituality, so it is important for them to

recognize the importance of this dimension in the lives of patients, to understand them as people and to be able to hear them.

Conclusion: Spirituality as a coping strategy in oncological disease provides benefits in coping with the disease. Through this strategy, cancer patients will increase their quality of life, their well-being and comfort, personal growth, a sense of defense and the maintenance of hope. It also contributes to the clarification of the meaning and purpose of life, in the decision making about the treatments, and also it helps in overcoming and reducing negative feelings like stress, anxiety, depression and sensation of pain.

Keywords: spirituality; religiosity; oncology; coping; dignity therapy

Rèsumé

Introduction et objectif: Aujourd'hui, la dimension de la spiritualité dans les sphères professionnelles et académiques est toujours entourée par un certain dédain, une honte et une incompréhension. Cependant, l'utilisation de la dimension de la spiritualité comme moyen de faire face aux maladies chroniques a suscité un grand intérêt de la part de ces professionnels, plus concrètement, dans le domaine de l'oncologie. Cependant, sa véritable contribution aux patients cancéreux reste très vague, contribuant à la négligence dans les aspects biopsychosocial et spirituel et, par conséquent, à la dignité en tant qu'être humain. Ainsi, nous proposons des objectifs: 1) identifier les stratégies d'adaptation aux maladies chroniques; 2) reconnaître si la spiritualité est une stratégie d'adaptation aux maladies oncologiques; 3) démontrer l'importance de la théorie de la dignité dans le cancer. Comme point de départ, nous proposons, la spiritualité est-elle une stratégie d'adaptation dans le cancer?

Méthodes: étude qualitative, réalisée dans le cadre d'une Révision Intégrative de la Littérature. Ainsi, nous avons utilisé une nouvelle méthodologie appelée SPIDER. Une recherche directe a été effectuée dans des bases de données de littérature - PubMed et Scielo. Toutes les recherches ont été effectuées en utilisant un filtre pour les publications des dix dernières années et en utilisant les termes "oncologie", "spiritualité", "cancêr" et "cancer", en portugais et dans les mêmes termes en anglais, ayant appliqué plusieurs critères de sélection, ce qui a conduit à une analyse approfondie de 48 articles. D'autres travaux de recherche ont été obtenus par le biais de divers outils tels que B-on.

Résultats: Il ressort de l'examen effectué que l'être humain est un être d'une grande complexité biopsychosocial et spirituel. Toutes les dimensions sont interconnectées dans les soins du patient cancéreux, nécessitant une approche holistique de ces patients, ce qui se traduit par un impact significatif sur leur dignité. La dimension de la spiritualité est un mécanisme d'adaptation, utile dans toutes les phases de la maladie oncologique, permettant de trouver des preuves qui améliorent la santé, améliorent la qualité de vie, réduisent les taux d'anxiété, de dépression, de désespoir et de suicide, renforcent l'adhésion au traitement/ intervention et améliorent la coopération avec les médecins, améliorant les relations personnelles du patient et augmentant la satisfaction à l'égard de la vie, indépendamment de la maladie. La composante de la spiritualité est donc un acteur

privilegié de l'humanisation et de la personnalisation des soins. Les patients ont un grand besoin d'être écoutés et compris et veulent parler de leur spiritualité aux professionnels de la santé. Il est donc important qu'ils reconnaissent l'importance de cette dimension dans la vie des patients, de les comprendre en tant que personnes et de pouvoir les entendre.

Conclusion: La spiritualité en tant que stratégie d'adaptation dans les maladies oncologiques offre des avantages dans la gestion des ces maladies. Grâce à cette stratégie, les patients atteints de cancer gagnent en gains de qualité de vie, de bien-être et de confort, d'épanouissement personnel, de défense et de maintien de l'espoir. Cela contribue également à clarifier le sens et le but de la vie, à prendre des décisions concernant les traitements, à surmonter et à réduire les sentiments négatifs comme le stress, l'anxiété, la dépression et la sensation de douleur.

Mots-clés: spiritualité; la religiosité; oncologie; coping; thérapie de la dignité

Agradecimentos

Ao longo desta minha batalha fui presenteada pelo acompanhamento de pessoas muito importantes e prestigiosas que me marcaram e se tornaram minhas influenciadoras.

Começo por agradecer à Doutora Ana Galvão e à Mestre Sílvia Ala pela orientação deste trabalho, por toda a disponibilidade, apoio, incentivo, motivação e profissionalismo.

Foi um prestígio e um privilégio ser vossa orientanda.

Ao Dr. Marco Pinheiro pelo apoio, transigência, profissionalismo e acessibilidade.

À Doutora Maria José Gomes, à Doutora Anabela, à Luísa, à D^a. Ângela por toda a força transmitida, apoio e motivação para esta nova etapa da minha vida. Obrigada pela amizade, pela aprendizagem constante, pelo carinho e pelo apoio e incentivo incessante.

Aos meus colegas e amigos agradeço os momentos felizes, os sorrisos, as brincadeiras, as horas de estudo e, as saídas adiadas para o término deste capítulo. Não vou enumerar nenhum nome pois vocês sabem quem são.

Ao meu namorado. A ti agradeço as horas que perdeste para me acalmar e tranquilizar nas horas de maior sufoco. Obrigada por esta caminhada a dois.

Por último e não menos importante, à minha família que direta ou indiretamente me transmitiram força e incentivo para o término deste capítulo. Em especial agradeço à Inês, irmã de outra mãe, ao meu irmão e à minha heroína, à minha avó, pelos abraços, beijos e mimos adiados e longínquos.

Lista de abreviaturas:

ARS- Administração Regional de Saúde
AVD – Atividades de Vida Diária
BEE- Bem- Estar Espiritual
BEE- Bem-Estar Existencial
BER- Bem-Estar Religioso
CNCP- Comissão Nacional Cuidados Paliativos
CP- Cuidados Paliativos
CRE- Coping Religioso/Espiritual
CREN- Coping Religioso/ espiritual Negativo
CREP- Coping Religioso/Espiritual Positivo
DGS- Direção Geral de Saúde
EBE- Escala Bem-Estar Espiritual
ECL-Equipa Coordenação Local
ECR- Equipa Coodenação Regional
EGA- Equipa Gestão de Altas
IPO- Instituto Português de Oncologia
NICA- National, Interfaith Coalition on Aging
PBE – Prática Baseada em Evidências
PBE- Prática Baseada na Evidência
PICO- Participantes, Intervenção, Comparação e Resultado
QdV- Qualidade de Vida
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados
RNCP- Rede Nacional Cuidados Paliativos
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPIDER- Sample, Phenomenon of Interest, Design, Research type
SWBS- Spiritual Well-Being Scale
UMCCI- Unidade de Missão Cuidados Continuados Integrados
UMDR- Unidade de Média Duração e Manutenção

Índice

Resumo	i
Índice	ix
Índice de Tabelas	xi
Índice de Figuras	xii
Introdução	1
Parte I- Enquadramento Teórico	4
Contextualização da doença oncológica	4
Espiritualidade e Religiosidade como Estratégia de <i>Coping</i> na Doença Oncológica	7
Modelo da Dignidade/Terapia da Dignidade	18
Contextualização dos Cuidados Continuados e Paliativos.....	22
Parte II- Enquadramento Metodológico	35
Objetivos Gerais.....	35
Questão de Investigação.....	35
Tipo de estudo	35
Apresentação de Resultados	44
Enfrentamento da doença oncológica	64
Tomada de decisão acerca do tratamento/intervenção	67
Crescimento positivo interior	68
Superação dos sentimentos negativos: stress, ansiedade e depressão	68
Procura de apoio social	70
Alívio do sofrimento e da dor	70
Dar significado à vida, paz esperança	71
Bem-estar espiritual.....	74
Sensação de defesa	74
Melhoria da qualidade de vida e conforto	74
Estudos que contrariam a espiritualidade como estratégia de enfrentamento.....	76
Conclusões	78

Referências..... 80

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Dignidade nos Doentes em Fim de Vida	20
Tabela 2 - Resultados organizados de acordo com a metodologia SPIDER.....	45
Tabela 3 - Espiritualidade como Estratégia de Enfrentamento	64

Índice de Figuras

Figura 1 - Fluxograma de Seleção de Artigos.....	40
--	----

Introdução

O interesse pelo estudo das doenças oncológicas tem sido, constantemente nas últimas décadas, alvo de elevado interesse por parte dos investigadores e da sociedade. Como explicação para este fenómeno DGS (2017), justifica com o interesse na procura de soluções e estratégias de modo a minimizar os fatores de risco associadas a esta doença, como também ao aumento da sua incidência.

Segundo a DGS (2017), tem sido destacado com elevada relevância os fatores de risco que potenciam para o aparecimento e desenvolvimento da doença oncológica, como o consumo de tabaco e o consumo excessivo de álcool, a exposição solar, erros na alimentação, a obesidade e certas infeções provocadas por vírus. Contudo, o meio ambiente onde se insere a pessoa (fator ambiental) também pode proporcionar o surgimento do cancro. Como exemplos paradigmáticos deste tipo de fator, como é o caso da exposição a radiações ionizantes, tendo ocorrido no nosso país mais concretamente na Urgeiriça, e a nível mundial onde se apontam a ocorrência dos acidentes nucleares como os casos conhecidos mundialmente, o de Hiroshima, de Chernobyl, de Fukushima e de Nagasaki.

A doença oncológica possui dois significados, o de cariz intrínseco - que engloba o Ser Humano como um Ser único - e o de cariz social. Esta, caracteriza-se como uma doença que ultrapassa um sintoma físico, mais que dor, mais que incómodo ou desconforto. Pois, o cancro provoca alterações no quotidiano da pessoa bem como da sua família, interfere nas projeções idealizadas para o futuro e desfigura a imagem corporal da pessoa portadora de cancro (Silva & Cruz, 2011).

A terminologia *cancro*, refere-se a uma panóplia de patologias de origem oncológica em que, geralmente se destacam genericamente por *cancro*. Os tumores malignos são também conhecidos por neoplasias. Existem mais de 200 espécies de doenças oncológicas, isto é, cada uma se comporta de modo distinto e apresentam características diferentes. Estas possuem causas, evoluções e tratamentos específicos que as difere umas das outras. O cancro não se apresenta como uma doença única e particular, mas sim, como uma causa única, ainda que seja retratada de modo genérico. Pertence a um conjunto de doenças dissemelhantes, contudo, apresentam particularidades fisiopatológicas que se fundem numa mesma terminologia geral, em que, nos dias de hoje lhe chamamos de cancro (Costa, 2010).

Para colmatar este fenómeno de que é a doença oncológica, houve a emergência social e da saúde em desenvolver respostas efetivas e diversificadas que satisfizessem as necessidades das pessoas portadoras de cancro. Assim, foi criada a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e Paliativos (CP).

Os Cuidados Continuados (CC) e os Cuidados Paliativos (CP) proporcionam cuidados de cariz holístico, isto é, considerando e respeitando a integralidade da pessoa, abrangendo as dimensões físico-psico-económicas e espirituais às pessoas portadoras da doença oncológica. Destacam-se como principais objetivos a promoção do bem-estar e qualidade de vida, quer ao doente, quer à sua família e o alívio do sofrimento tanto psicológico como físico. Porém, para que estes cuidados sejam efetuados com excelência devem ser planeados e realizados por uma equipa multidisciplinar. Esta equipa, podendo ser designada como cuidadores formais, é composta por profissionais das áreas da saúde e da área social, como por exemplo, enfermeiros, médicos, nutricionistas, educadores e assistentes sociais, fisioterapeutas, assistentes operacionais e, por vezes, por padres.

É de um elevado interesse para a comunidade médica e social a compreensão e conhecimento no assunto a que se refere ao modo de enfrentamento das pessoas portadoras de doença oncológica à sua adaptação e de reação às situações adversas (Gomes, 2017).

Uma estratégia para o enfrentamento da doença oncológica é o coping. Esta ferramenta caracteriza-se pelas estratégias comportamentais e psicológicas características de cada pessoa perante uma situação difícil conseguindo minimizar os efeitos provocados pela mesma.

No caso da doença oncológica, faz-se referência ao coping baseado na espiritualidade, pois em situações críticas e adversas, as pessoas procuram soluções nas crenças de forma a minimizar sintomas físicos, como é o caso da dor física e também da dor emocional, como é o caso das possíveis perdas e situações inesperadas.

Os conceitos de religião e espiritualidade não são sinónimos. A religião tem origem na palavra latina *religare*, que significa ligação, restabelecer, união (Socci, 2006). A religiosidade está relacionada com crenças e rituais praticados por um grupo de pessoas que acreditam e pertencem a uma determinada seita, igreja ou instituição religiosa vivenciando atividades extrínsecas proporcionando ao sujeito experiências sobrenaturais, misteriosas e ocultas (Gomes, Farina, & Forno, 2014). Já a espiritualidade, que provém do latim *spiritus*, significa respiração. Está intimamente relacionado com a prática individual, solitária e

intrínseca sendo as mais comuns as preces e as leituras de obras religiosas (Geronasso & Coelho, 2012).

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes, Parte I e Parte II, onde a primeira diz respeito ao enquadramento teórico e a segunda ao enquadramento metodológico. Neste último, mais concretamente no tópico da apresentação dos resultados, surgem frases na língua inglesa transcritas na íntegra. Decidiu-se manter as frases nesta língua uma vez que se trata de um tema que requer de alguma sensibilidade e, também de forma a não perder parte do sentido e da essência da informação transmitida pelos estudos aqui analisados. Pois, na temática da espiritualidade, o sentido significa tudo.

Parte I- Enquadramento Teórico

Contextualização da doença oncológica

A partir da última metade do século XX, verificou-se um acentuado desenvolvimento científico-tecnológico levando a alterações no decurso das doenças e, concomitantemente, ao aumento da esperança média de vida. Na nossa sociedade prevalecem as doenças crónicas que, embora a persistência de terapêuticas incessantes e continuadas, permanece nos nossos dias (APCP, s.d.; Neto, 2010). Assim, incluem-se neste padrão as doenças oncológicas sendo estas consideradas como um grave problema de saúde pública provocando fortes consequências no indivíduo. Devido a estes factos, nos países ocidentais, esta doença é considerada metaforicamente como uma “epidemia” (Simões, 2014).

Ainda no século XX, dá-se o início da disciplina cancerologia. Em Portugal, interessa destacar os elementos políticos-sanitários e as obrigações de cariz técnico-científico e institucional, pois são elas que vigorizam este procedimento no nosso país. Uma vez que este tema é cada vez mais emergente, indissociável aos contextos institucionais e parâmetros organizacionais que lhes oferece uma estrutura física para o desenvolvimento de pesquisas bem como para a sua afirmação. Ressalta-se o Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO), que tem como fim o estudo da doença oncológica regendo-se pelo rigor e o espírito da disciplina médica em franco crescimento (Costa, 2010).

A doença oncológica é considerada uma doença temível, uma vez que, prejudica a integridade da pessoa, torna-a vulnerável e ameaça-a em todas os seus níveis (Pais, 2004; Pinto & Pais Ribeiro, 2010). Esta, pode afetar pessoas de qualquer sexo, género, idade, independentemente do estatuto social a que pertença.

Apesar da existência de um elevado número de pessoas com doença oncológica cuja doença é tratada numa fase precoce, após o tratamento, mais de metade das pessoas sobrevivem e vivem com esta de uma forma controlada. Em Portugal, é possível prever que um em cada três portugueses nascidos na última década desenvolverá doença de cancro no percurso da sua vida (Simões, 2014).

Na mesma linha de pensamento do autor supracitado, um estudo desenvolvido no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO), com uma amostra com mais de 10 mil pessoas submetidas ao tratamento de doença oncológica nessa mesma instituição, foi

observado que a sobrevivência dos indivíduos aos cinco anos é de 63%. Portanto, em média, cinco anos após o diagnóstico da doença houve uma taxa de 63% de sobreviventes à doença.

De acordo com a etiologia da doença oncológica, é do conhecimento em geral que o surgimento de qualquer tipologia de cancro, resulta de um conjunto e de uma diversidade de fatores bem como, de agentes infecciosos, como o caso dos vírus e também de bactérias. Os fatores a que estão envolvidos no surgimento de cancro, podem ser de origem ambiental (poluentes químicos), consumo recorrente de substâncias nocivas (tabaco e álcool) e genética/ hereditariedade (Sequeira, 2011).

Devido ao impacto provocado pela doença a nível físico, emocional e as incertezas acerca do futuro provocará alterações na pessoa quer na sua autoimagem, quer no relacionamento com os outros invocando nesta o significado da vida (Visser, Garssen & Vingerhoets, 2010).

Esta doença envolve componentes com elevado fardo emocional e social, ostentando também estigma social, dificultando a comunicação bem como a informação tornando-a dúbia e controversa dificultando a sua desmistificação.

O cancro assemelha-se à doença crónica devido às suas características idênticas, condições, incapacidades e sintomas que necessitam de acompanhamento médico regular e a longo prazo (Sanchez, Ferreira, Dupas & Costa, 2010). São diversas as incapacidades apontadas pela doença crónica, sendo elas: as limitações funcionais; a dificuldade na execução das atividades diárias e dos papéis desempenhados quer no ciclo familiar como na social; a presença de um prognóstico incerto; recorrência prolongada de tratamentos e de intervenções médicas (Livneh & Antonak, 2005).

Esta doença não afeta somente a própria pessoa, como também a sua família, os seus amigos e os profissionais de saúde envolvidos no tratamento da doença (Pereira & Lopes, 2002).

De acordo com os autores Sanchez et al. (2010), a pessoa portadora da doença oncológica sofre alterações no seu quotidiano devido à própria doença, aos tratamentos a que está submetido e aos internamentos a que poderá enfrentar acarretando com isto a família. Portanto, a família é percecionada como uma aliada, uma vez que esta está permanentemente presente quer nos períodos de internamento, quer no domicílio apoiando a pessoa no enfrentamento da doença. Contudo, a família pode sofrer distúrbios no seu ciclo,

podendo alterar as suas funções de acordo com a mudança de papéis, reestruturando-se e adaptando-se à nova fase que atravessa.

Segundo Strauss (1975, *cit. in.* Bolander,1998), os doentes oncológicos apresentam sete problemas específicos (idênticos aos problemas de qualquer doença crónica) sendo eles: gestão de tratamentos prescritos (aprendizagem e adaptação contínua); prevenção e controlo de possíveis crises (a sua natureza evolutiva, comete a necessidade diferentes estratégias e modos de agir); prevenção do isolamento social, adaptação às alterações, regularização da rotina diária e gestão do tempo (estas oscilações e alterações provocadas pela doença leva à desregulação do tempo) e, por fim, o controlo de sintomas (alterando o seu quotidiano).

Os autores Livneh e Antonak (2005), afirmam que a adaptação à doença oncológica caracteriza-se por várias dimensões que envolve capacidade de reorganização, reintegração ou reorientação da pessoa, como por exemplo: conformidade e aceitação do seu estado de saúde inicial; aceitação e reconhecimento de si próprio e o seu problema crónico; procura de novos significados e valores de vida; busca de objetivos pessoais, profissionais, familiares, e/ou sociais abrangendo a negociação das adversidades atravessadas ao longo da obtenção desses mesmos objetivos.

No que concerne à adaptação psicológica da pessoa portadora da doença oncológica, destacam-se três aspetos primordiais, ou seja, o primeiro aspeto é a localização no organismo onde se insere a doença, a sua tipologia, o estágio em que se encontra, o melhor tratamento e a relação terapêutica com a equipa de saúde. Como segundo aspeto, aponta-se a própria pessoa, ou seja, a sua personalidade, as estratégias de coping que utiliza no enfrentamento da doença, a componente emocional, o ambiente no qual se insere e, também, a sua maturidade. Por último, o terceiro aspeto refere-se à sociedade, mais concretamente às características culturais (Bloom, 1983; Funch & Marshall, 1984; Holland, 2003).

Como demonstram os autores Heim, Valach e Schaffner (1997), existe uma interferência entre a adaptação à doença oncológica e as estratégias de coping. O coping é caracterizado, segundo Varela e Leal (2007), como uma ferramenta que proporciona o autocontrolo das emoções em situações adversas, o que remete para a finalidade do coping como um amenizador do sofrimento e do desconforto emocional relacionado com a adversidade. O que neste caso, referente à doença oncológica, possibilita o afastamento da ameaça, menosprezando situações desagradáveis e orientando a atenção para situações positivas (atenção seletiva).

De acordo com Patrão e Leal (2004), são evidenciados dois tipos de coping, o passivo e o ativo. O primeiro compreende sentimentos negativos, isto é, ansiedade, desespero e finitude, já o segundo, engloba a vontade de vencer, espírito de luta e distanciamento de sentimentos negativos.

Segundo os estudos efetuados, demonstram estratégias focalizadas no problema que evidenciam sentimentos como desproteção, isolamento, desalento, desesperança e evitamento englobam-se no padrão de coping passivo, isto é, correspondem a uma menor adaptação à doença oncológica (Hamptom & Frombach, 2000). Contudo, as estratégias orientadas na aceitação e no enfrentamento da doença correspondem ao coping ativo oncológica.

Espiritualidade e Religiosidade como Estratégia de *Coping* na Doença Oncológica

Há uma disparidade entre religião e espiritualidade. A religião tem origem na palavra latina *religare*, que significa ligação, restabelecer, união (Socci, 2006). A religiosidade está relacionada com crenças e rituais praticados por um grupo de pessoas que acreditam e pertencem a uma determinada seita, igreja ou instituição religiosa vivenciando atividades extrínsecas proporcionando ao sujeito experiências sobrenaturais, misteriosas e ocultas (Gomes, Farina & Forno, 2014).

Segundo Ferreira (2010), esta dimensão fomenta a crença de que algo superior ao ser humano existe e é detentor do controlo dos eventos presentes no mundo, habilitando o sujeito a superar as adversidades de modo mais sereno e capaz diminuindo, assim, os níveis de stress e de ansiedade.

Geralmente, a religião é vivida de maneira superficial, pois, muitas vezes é transmitida à descendência ou foi transmitido pela cultura da área geográfica onde se encontra o indivíduo. Assim, o indivíduo vivência a religião de modo extrínseco, com a finalidade de obtenção de benefícios. Contudo, uma vez aceite uma determinada religião, de modo intrínseco, os indivíduos passam a praticar certos costumes e a realizar determinados rituais, colocando a religião no comando da própria vida (Duarte & Wanderley, 2011).

Posto isto, a religião pode ter efeito tanto benéfico quanto maléfico à saúde do indivíduo, apontando as atividades religiosas ou as crenças como substitutos da terapêutica

medicamentosa e, até mesmo, substituindo os cuidados de saúde (Duarte & Wanderley, 2011; Panzini & Bandeira, 2007; Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007).

A religião pode ser entendida como um fator de adaptação e de motivação no que consiste na procura da pertinência da vida ou, porventura, resultar em neuroticismo. Partindo desta discrepância, os autores realizaram um estudo e concluíram que em todas as suas pesquisas as atividades religiosas onde foram expostas sobre duas componentes: 1) positiva, quando estimulava o indivíduo, disponibilizando-lhe um lugar comum de interajuda na sua evolução interior, partilhando vivências passadas e conferindo-lhe sensação de pertença a um determinado grupo; 2) negativa, quando destabiliza, desmoraliza e prejudica a autonomia e a construção da sua espiritualidade, focando o seu pensamento na fé, em doutrinas obedecendo a diretrizes incutidas pelas instituições (Oliveira & Junges, 2012). Destaca-se para a distinção entre os conceitos religião e religiosidade. Segundo Martín-Baró (1998, *cit. in. Sarriera, 2004*), distingue a religião como um aspeto físico, socioinstitucional, como as igrejas, mosteiros, capelas, etc., e a religiosidade sendo uma religião particular, pessoal, intrínseca à pessoa. Este autor identifica três aspetos de expressar e vivenciar a religião utilizados por pessoas ou grupos, como as vivências através das representações sociais incutidas (verticalidade/horizontalidade e transcendentalidade/historicidade); vivências interiorizadas através das atividades praticadas nas crenças religiosas e, por último, as experiências através das relações interpessoais da mesma esfera religiosa.

O termo espiritualidade provém do latim *spiritus*, que significa respiração. Está intimamente relacionado com a prática individual, solitária e intrínseca sendo as mais comuns as preces e as leituras de obras religiosas (Geronasso & Coelho, 2012).

Esta dimensão é definida intrinsecamente pelo indivíduo, podendo incluir a crença num Deus, o estabelecimento de uma conexão espiritual com o cosmos e/ou com pessoas. Assim sendo, este fator envolve questões e reflexões sobre o significado e o propósito da vida que transcende a religião (Freire, Vasconcelos, Silva & Oliveira, 2017).

Segundo os autores Saad, Masiero e Battistella (2001), a espiritualidade é algo que transmite fundamento à vida humana, sobrepondo o conceito de religiosidade uma vez que estimula o fascínio quer por si, como pelos outros que estão à sua volta, sendo capaz de resistir a sentimentos de culpabilidade, ansiedade e fúria. Os autores afirmam ainda que se torna mais importante acreditar em algo espiritual do que procurar a existência ou evidências de que algo transcendente existe, uma vez que esta fé transmite serenidade, tranquilidade,

paz e segurança num espaçamento temporal ilimitado com o intuito de melhorar a condição de vida da pessoa em questão.

Em suma, Religiosidade e Espiritualidade são duas realidades emocionais que se fundem da religião e da filosofia potencializando o ser humano ao ponto mais sublime da sua vida independentemente destas pertencerem, ou não, a uma determinada religião. Muitas pessoas entram no consultório lamentando-se que têm dor em determinada região do corpo (coração, estômago, barriga) limitando apenas o sofrimento àquela região desassociando-a da sua totalidade. Isto acontece devido à aculturação por parte da medicina que possuía uma visão mecanicista (modelo biomédico) que decompunha o ser humano por sistemas, afastando a visão holística, ou seja, não dotavam da visão global e totalitária do ser humano. Assim, e ainda na atualidade, o médico focaliza-se demasiadamente na prescrição das terapêuticas medicamentosas, cirúrgicas e das técnicas esquecendo-se da área espiritual de forma a fomentar e a maximizar esta dimensão para a obtenção de redução de sintomas negativos provocadas pelo sofrimento (Roberto, 2004).

O contributo da espiritualidade nestas circunstâncias surge para dar significado ao acontecimento pelo que a pessoa está a atravessar bem como dotá-la de ferramentas de superação de forma positiva (Benito, Barbero & Dones, 2014).

O sofrimento e a dor espiritual são experienciados por doentes portadores de cancro e, conseqüentemente, pelos seus familiares. Sendo a espiritualidade um fenómeno solitário e intrínseco, abrange as necessidades do ser humano e solidifica uma crença já instituída. Uma vez o cancro avançado, a sua manifestação dá-se através da dor intensa evolutiva, progressiva, dolorosa que leva ao sofrimento físico e espiritual intenso (Silva, Araujo, Cardoso & Cardoso, 2015).

A tragédia e a dor podem imobilizar as pessoas que enfrentam uma doença oncológica, particularmente em situações em que a debilidade está presente tornando-se visível. Porém, sendo o ser humano um ser único e ímpar, existem aqueles que superam a doença oncológica devido à sua forte ligação com o meio que o engloba. Estas adversidades por vezes são conseguidas através de apoios sociais como o caso dos grupos religiosos ou até mesmo através das crenças do próprio indivíduo, dando assim auxílio na re/inserção do sujeito na sociedade (Gomes, 2008).

Jaspard (2004), aponta uma diferença no modo como os indivíduos manifestam o seu sofrimento quando este é exprimido no âmbito religioso ou não religioso. Uma vez que o

sofrimento é indissociável ao ser humano, este pode alterar o ritmo da vida. Assim sendo, o ser sagrado (Deus) não é culpabilizado pela dor sentida, contudo, é impreterível a formulação de questões acerca do porquê da condição em se encontra e qual será o propósito. Posto isto, a globalidade dos indivíduos não permanece neutra face ao carácter religioso podendo servir de fator protetor, estimulando o indivíduo a enfrentar a sua condição ou tornar-se num gerador de questões e de incómodos.

Na linha de pensamento de Roberto (2004), a oração e a meditação induz a sensação de alívio das nossas tensões sofridas, pois, quando se ora ou medita a mente focaliza-se num determinado fim, libertando-se dos pensamentos negativos e das preocupações do dia-a-dia.

De acordo com Panzini e Bandeira (2007), o coping espiritual encontra-se dividido em duas dimensões, o coping espiritual positivo (CREP) definindo-se através das estratégias que possuem conotação positiva e/ou benéfica à pessoa a título de exemplo, a cooperação juntamente com Deus no enfrentamento da doença, e o coping espiritual negativo (CREN) respeitando-se às estratégias que têm conotação negativa e/ou prejudiciais, por exemplo, apontar Deus como único responsável na resolução do seu problema. No estudo realizado pelos autores anteriormente referidos, demonstra forte associação entre a prática de coping religioso/ espiritual (CRE) na melhoria da saúde, contudo os investigadores mencionaram que ainda há poucos estudos que inquiram a CRE na prática clínica.

Aquando do diagnóstico da doença oncológica, urge na pessoa sentimentos negativos que despertam medo perante o futuro e, conseqüentemente, provocando *stress* e incapacidade de controlar a sua própria vida. Assim sendo, estabelece uma conexão entre a doença e a própria pessoa. Logo, devido às alterações provocadas pela doença oncológica quer a nível físico como a nível psicológico, os doentes passam por cinco fases, contribuindo para o seu processo de aceitação bem como para o seu crescimento interior. Essas fases são a negação, raiva, negociação e aceitação. Ao alcançar a fase de aceitação, alguns doentes necessitam de ajuda e de uma maior atenção por parte dos seus familiares e amigos (Kubler-Ross, 2000). Segundo a mesma autora, cabe referir que nem todos os doentes atravessam as fases de forma ordenada, podendo transitar algumas delas e, alguns doentes não atravessam todas as fases. Inclusive, é comum doentes não aceitarem a doença estagnando-se nessa fase, contudo, outros aceitam-na facilmente. Isto é explicado pela flexibilidade de transição dentro das fases.

Concomitantemente, uma opção possível de capacitar a adaptação dos doentes oncológicos é estimulando os seus recursos intrínsecos, apontando que, os recursos pessoais podem ser de carácter emocional, comportamental ou cognitivo (Pinto & Barham, 2014). Estes últimos, podem ser estimulados através das estratégias de enfrentamento ou coping.

Segundo os autores referidos anteriormente, o coping é o termo mais utilizado uma vez que não existe uma tradução fidedigna em português que transmita a verdadeira essência do respetivo conceito.

É cada vez mais comum o ser humano estar sujeito a fatores stressores no seu quotidiano, tornando-se por vezes ameaçadoras à saúde física, mental e emocional. Assim, pode-se confirmar que a existência de complicações e ameaças não é o que distingue os indivíduos, mas sim, o modo como enfrentam o *stress* (Panzini & Bandeira, 2007).

Segundo Koenig, Moberg e Kvale (1988), o coping espiritual tem sido alvo de vários estudos, uma vez que é mencionado como sendo o melhor indicador de questões relacionadas com a saúde, com os baixos níveis de distúrbios emocionais e comportamentais que poderão interferir negativamente na saúde e nas relações interpessoais, bem como oferecer um suporte social e por mencionar a discrepância entre os aspetos positivos e negativos da religião/ espiritualidade.

Este termo está instituído nas áreas da psicologia, mais concretamente na psicologia cognitivo-comportamental, psicologia da religião, psicologia positiva, psicologia da saúde, sendo alvo de estudos sobre religião e saúde, medicina e espiritualidade, partindo do estudo cognitivista do *stress* e do coping (Panzini & Bandeira, 2007). O *stress* psicológico é descrito pelos autores Lazarus e Folkman (1984), como resultante da relação pessoal – meio ambiente em que está é o produto daquela em que a pessoa é incapaz de suportar, esgotando as suas faculdades ameaçando o seu bem-estar, interferindo cada pessoa de modo diferente uma vez que a pessoa é um ser único e singular. Portanto, ao conjunto de estratégias cognitivo-comportamentais, manuseadas pelas pessoas com a finalidade de ultrapassar situações geradoras de stress, é aplicado o conceito coping (Lazarus, 1966; Panzini & Bandeira, 2007).

Segundo Folkman e Lazarus (1980), as estratégias de coping podem ser definidas consoante a sua função, como estratégias dirigidas na emoção, com intuito de regulação da resposta emocional e estratégias dirigidas no problema, ou seja, a realização de exercícios destinados à resolução do problema. Antes de optar por uma destas estratégias, a pessoa deve

ser avaliada previamente para que o profissional de saúde selecione qual a estratégia mais eficaz no suprimento do fator de *stress*.

Estilos de coping dizem respeito aos resultados obtidos através do coping, ou as características individuais da personalidade ligadas a aspetos relacionados à resiliência do indivíduo, já as estratégias de coping respeitam à prática cognitivo-comportamental dependendo de fatores situacionais (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Carver & Scheier, 1994).

Quando as pessoas se focam na religião para enfrentar os acontecimentos potenciadores de stress, sucede-se o coping religioso ou espiritual (Panzini & Bandeira, 2007).

De acordo com os autores Freire et al. (2017), a religiosidade /espiritualidade é uma tática muito importante no enfrentamento na doença oncológica, uma vez que, as pessoas portadoras de doença oncológica descreveram o significado positivo do apoio recebido através da fé. No estudo desenvolvido pelo autor é demonstrado que as pessoas portadoras da doença oncológica desejam apoio religioso/espiritual.

No final do século XIX, a ciência para se considerar como um saber soberano afastou-se dos factos relacionados com a religião. Porém, hoje em dia, os aspetos ligados à esfera espiritual começam a ser valorizados como componente potenciadora da harmonia e do bem-estar dos indivíduos (Panzini & Bandeira, 2007; Peres et al., 2010; Stroppa & Moreira-Almeida, 2009). Porém, no ano 1988, a OMS adicionou ao seu conceito multidimensional de saúde a dimensão espiritual, referindo-se aos aspetos das questões do sentido de vida e da sua pertinência não apelando a nenhuma crença ou atividade religiosa nem a alguma religião (Oliveira & Junges, 2012).

A descoberta de uma doença grave leva à derradeira questão acerca da realidade daquele acontecimento, podendo evocar uma crise no modo em que o indivíduo vivência/perceciona o sentido da vida. Um caminho para conseguir colmatar esse acontecimento é recorrer às experiências pessoais, sentimentos, opiniões ou na fé, ou seja, leva o indivíduo a voltar-se para a dimensão religiosa ou orientar para a dimensão não religiosa para outros (Garssen, Uwland-Sikkema & Visser, 2014).

Tornou-se um grande desafio para a equipa multidisciplinar auxiliar um doente com cancro, uma vez que este se encontra numa situação que requer cuidados tanto para ele como para a sua família e de atenção integral nas várias áreas em que o envolve, ou seja, desde a

esfera psicossocial até à espiritualidade (Gobatto & Araujo, 2013). Estão associados a uma maior resiliência e resistência a fatores relacionados com a doença oncológica considerados stressantes, o envolvimento na espiritualidade ou na religião proporcionando à pessoa uma sensação de propósito bem como um significado de vida (Lawler & Younger, 2002). Em contexto dos cuidados paliativos, é frequente pessoas portadoras de cancro avançado confrontarem-se com o sofrimento tanto a nível físico como social, enfrentando em simultâneo, sensações depressivas como também dor espiritual (Silva et al., 2015).

A abordagem dessas situações complexas exige a presença de profissionais sensíveis, com experiência de sofrimento e competência para a intervenção. A eficácia nesta abordagem requer uma equipa multidisciplinar com intenção holística (Davies & Higginsom, 2004). O nível de cuidado em que os cuidados paliativos são realizados também influencia essa abordagem. É mais comum ter uma equipa multidisciplinar completa, incluindo um agente espiritual, numa unidade de leito paliativo no ambulatório ou em atendimento domiciliar. Portanto, o paciente é o principal agente da sua progressão e o trabalho da equipa que o segue é o de acompanhar e paliar, ou seja, a equipa deve-se manter presente e atenta, dedicada e solidária (Benito, Barbero & Dones, 2014). Pois, o doente não deve ser visto apenas como um corpo doente, mas como um indivíduo que comporta consigo uma história resultante da interação dos fatores biológicos e ambientais (Ferreira, 2010).

A espiritualidade tem sido utilizada com o intuito de ajudar a pessoa quer em si mesmo, quer na glorificação de momentos produtivos e positivos como a superação e enfrentamento de problemas. Estes dois conceitos estão no cerne da busca pelo significado da vida e, portanto, torna-se emergente no enfrentamento de situações traumáticas como o caso da doença oncológica. Geralmente, os doentes oncológicos encontram na espiritualidade um “escape” e um suporte no enfrentamento da doença e significância da sua própria existência.

Na área da saúde, a espiritualidade é apontada como um fator de proteção “contra” o desenvolvimento de certas doenças e também como minimizador do número de óbitos em doentes portadores de determinadas enfermidades (Guimaraes & Avezum, 2007).

Segundo os autores Peres et al. (2007), a relevância da espiritualidade em contexto dos cuidados paliativos, uma vez que estes estão relacionadas ao alívio da dor e como forma de prestar cuidados holísticos. Contudo, a prática espiritual não deve substituir a prática clínica, mas sim, completá-la.

Com o estudo realizado por Ferreira (2010), cujo objetivo consistia na pesquisa do enfrentamento religioso em pacientes oncológicos, verificou-se que o doente oncológico deve ser considerado como um todo, como um ser holístico que é, e assim sendo, as dimensões espirituais devem ser respeitadas. O enfrentamento religioso pode ser benéfico na adesão à terapêutica, no enfrentamento dos problemas associados à doença, na diminuição do stress e ansiedade e na procura do significado para situação em que se encontra. A pesquisa efetuada pelos autores fornece a confirmação de que o enfrentamento religioso (religiosidade e espiritualidade) aumenta a qualidade de vida dos doentes portadores de doença oncológica, demonstrando evidências que possibilitam que a fé possa beneficiar a saúde e a qualidade de vida dos doentes com cancro.

De acordo com Guerrero, Zago, Sawada e Pinto (2011), a espiritualidade pode ser uma estratégia de enfrentamento para os doentes de cancro, uma vez que estes já podem atribuir um significado à situação e contribuindo para que estes obtenham uma maior esperança na cura da doença oncológica. O reconhecimento da dimensão espiritual e a emergência da sua identificação fazem com que os profissionais de saúde possam intervir nos tratamentos de forma mais completa, ou seja, holisticamente.

Os autores Oliveira e Queluz (2016), afirmam que as intervenções baseadas na espiritualidade são extremamente necessárias pois são concebidas para melhorar o bem-estar e minimizar o sofrimento subjacente à doença oncológica contribuindo para a recuperação dos doentes com cancro.

O *Spiritual Counselling* é um modelo de aconselhamento e de crescimento espiritual baseado na consideração de que a pessoa é capaz e possui recursos para se auxiliar a si mesma no enfrentamento da doença. Este modelo auxilia também os profissionais de saúde a sublevar o seu nível de competência profissional com o menor custo emocional possível. Promove o *empowerment*, integridade, respeito e autonomia do paciente. Proporciona o estabelecimento de uma relação de terapêutica entre o paciente facilitando a comunicação disponibilizar alternativas, decisões e fomentando novas soluções/alternativas (Benito et al., 2014).

Segundo o autor anteriormente referido, a vida espiritual resulta de uma rede de relações significativas decompostas em três níveis como as relações com o *Self* profundo ou nível intrapessoal, relações com os outros ou nível interpessoal e as relações com o resto ou nível transpessoal. Do mesmo modo Reed (1987), a espiritualidade tem significado através

da relação com os níveis que transcendem o ser humano de modo a potencializá-lo e não o desvalorizando. Assim, tal relação pode ser vivenciada em três eixos, intrapessoal, ou seja, intrinsecamente estabelecendo uma conexão consigo próprio; interpessoal, estabelecendo uma ligação com os outros e com a natureza com o objetivo de obter equilíbrio e comunicação e transpessoal, referindo-se ao estabelecimento da relação com o divino, o desconhecido, o sagrado, Deus, ou um outro poder maior que ele mesmo.

Avaliação do bem-estar espiritual

O bem-estar espiritual corresponde à capacidade de resposta de uma determinada pessoa no desenvolvimento das suas potencialidades, recorrendo a diversos recursos tais como: psicológicos, sociais, fisiológicos, espirituais, ambientais e culturais (Carpenito-Moyet, 2011).

Este pode ser definido como um possível autoconhecimento, com determinadas particularidades e características próprias, percecionando à pessoa um bem-estar, equilíbrio e conforto (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005). Tais características manifestam-se na vontade de conviver com outras pessoas, na vontade de relaxamento e na sensação de satisfação. Segundo esta classificação, existe uma subcategoria por dentro do bem-estar-espiritual, sendo entendida como um modo particular de bem-estar uma vez que a pessoa vive através de princípios que ultrapassam a natureza biológica e psicossocial. Já no ponto de vista de outros autores, o bem-estar espiritual corresponde ao desenvolvimento intrínseco e individual de cada indivíduo impulsionando-o e estimulando-o à atribuição do sentido de vida (McEwen, 2005).

De acordo com Peri Teri-Ann (1995), o bem-estar espiritual diz respeito à necessidade de estabelecer relações com um ser superior, à paz interior, à capacidade de admiração da natureza e pela necessidade de estabelecimento de relações com outros, bem como com o universo. Porém, Lin e Bauer-wu (2003), no seu estudo acerca do bem-estar espiritual em doentes com cancro, referem que para alcançar o bem-estar espiritual são necessárias as seguintes características: estabelecimento de relações significativas com os outros, *empowerment*, capacidade de ultrapassar o stress, ter fé e esperança, consciência de si próprio, bem como do que o rodeia e significado da vida.

Paloutzian e Ellison (1982), desenvolveram e elaboraram uma Escala de Avaliação do Bem-estar Espiritual (EBE) esta foi uma das escalas pioneiras, no que diz respeito à

temática da espiritualidade bem como, da religiosidade, é considerada como modelo de referência pelos investigadores. Na elaboração da escala EBE, os autores basearam-se no estudo desenvolvido por Moberg e Brusek em 1978, apresentando duas dimensões de avaliação, ou seja, a dimensão vertical e a dimensão horizontal para o tema do bem-estar espiritual. Na dimensão vertical são apresentados os itens, bem-estar religioso (BER) e satisfação na vinculação pessoal com o ser divino (entidade que a pessoa considere como suprema). Como dimensão horizontal apresenta-se o bem-estar existencial (BEE), referindo-se à percepção da própria pessoa perante o seu propósito de vida sem fazer alusão a uma entidade religiosa (Marques, Sarriera & Dell'Aglio, 2009). A Escala de Bem-Estar Espiritual, é uma escala de fácil aplicabilidade uma vez que é breve, concisa e de fácil compreensão. Segundo Bufford, Paloutzian e Ellison (1991), a EBE correlaciona positivamente diversos indicadores de bem-estar tais como: autoconceito positivo, sentido e propósito de vida, alta assertividade, baixa agressividade, boa saúde física e boa capacidade emocional. Por outro lado, relaciona-se negativamente com os indicadores de baixa saúde, baixa capacidade emocional e descontentamento perante a vida (Brinkman, 1989; Brinkman & Bufford, 1990; Moody, 1989) e com o suicídio (Nad, Marcinko, Vuksan-Aeusa, Jakovljevic & Jakovljevic, 2008).

De acordo com Marques et al. (2009), vários estudos de investigação utilizaram esta escala como instrumento de recolha de dados com diversos tipos de amostra desde pessoas altamente religiosas a sociopatas, evidenciando resultados como: baixa sensibilidade aos diferentes tipos de amostra, poder de discriminação é menor em scores baixos, etc. Já nas conclusões surgem referências como: pessoas que anteriormente ao estudo eram altamente religiosas ou que se encontravam no estudo obtinham scores mais altos; grupos de pessoas religiosas apresentavam scores mais elevados do que grupos de pessoas não religiosas; e por fim, pessoas submetidas a tratamentos mentais ou que apresentassem problemas médicos, obtinham scores mais baixos do que pessoas que praticam qualquer religião (Bufford, Paloutzian & Ellison, 1991).

Ainda segundo os autores supracitados este instrumento de recolha de dados pode ser benéfico em estudos de investigação, mas possui também boa aplicabilidade em instituições de saúde e comunitárias.

Todas estas definições, não surgem de um conceito anteriormente confirmado empiricamente e na sua maioria não são operacionalizados (Gouveia, Marques & Pais

Ribeiro, 2009). Fisher (1999), na tentativa de estabelecer uma só definição, desenvolveu um conceito alargado para definir bem-estar espiritual (BEE) reunindo os quatro sistemas de relação indicados pelo conceito instituído pela National Interfaith Coalition on Aging (NICA). Para a confirmação empírica da definição de Fisher, foi desenvolvido um estudo no qual professores do ensino secundário foram sujeitos a entrevistas para o desenvolvimento e aceitação do conceito de bem-estar espiritual (Gouveia et al., 2009). Com o resultado deste estudo surge então o conceito de bem-estar espiritual admitindo uma forma ativa, debruçando-se nas conexões que o indivíduo estabelece com as diferentes dimensões da vida humana, ou seja, com o meio onde se insere, com o próprio, com os outros e com um ser divino ou superior que o transcende. A dimensão pessoal- "*personal*" - refere-se ao modo em que o indivíduo se relaciona com ela própria no que concerne ao propósito de vida, aos valores e ao seu significado. Nesta dimensão, há a implicação do desenvolvimento do seu autoconhecimento enquanto pessoa bem como a consciência em si próprio, isto é, relativos à autoestima bem como à sua identidade. Na dimensão comunitária - "*comunal*" - compreende sentimentos de esperança, amor, justiça e fé no Homem. Inclui relações entre a qualidade e a complexidade das relações que o indivíduo estabelece com os outros no que respeita às relações de moralidade, costumes e religião. A dimensão ambiental - "*environment*" - baseia-se nas vinculações entre o mundo biológico e físico, isto é, no cuidado e na proteção, manifestando-se através da admiração e vinculação com a Natureza. Por último, a dimensão transcendente- "*transcendental other*" - diz respeito à relação de vinculação estabelecida entre dois seres, isto é, o ser humano (o próprio) e o Ser transcendente (algo ou alguém que ultrapassa o ser humano). Esta dimensão manifesta-se através de crenças e adoração pelo Ser transcendente.

Segundo Gouveia et al. (2009), cada dimensão avaliada no modelo conceptual de Fisher indica à complexidade e qualidade das relações que a pessoa unifica em cada dimensão, ou seja, indica o nível de BEE. Contudo, no que respeita à saúde espiritual, esta é flexível, ativa e dinâmica e a progressão do BEE nas diferentes dimensões que advém do conflito perante as adversidades do ser humano, manifestando-se pelo enraizamento das relações nessa dimensão e pelo acréscimo de novos domínios. Concomitantemente, o desenrolo da complexidade das relações numa determinada dimensão do BEE coadjuva para a fixação dessas relações nas restantes dimensões.

O crescimento e a qualidade das relações são desenvolvidos através da interação entre os diferentes domínios. Para Fisher (1999), o propósito e significado do sentido de vida manifestados através do autoconhecimento são pré-condições e concomitantemente são enraizadas pelos valores morais, culturais, religiosos ou espirituais alicerçados a partir do aperfeiçoamento das relações estabelecidas com os outros. Portanto, o bem-estar espiritual do indivíduo resultará da ponderação entre o BEE nas diferentes dimensões optadas pela pessoa (Gouveia et al., 2009).

Recentemente, Gomez e Fisher (2003), apresentaram um instrumento de recolha de dados, nomeadamente o “*Spiritual Well- Being Questionnaire- SWBQ*” que resulta da definição e do modelo conceptual previamente estabelecidos, como resultado de uma panóplia de estudos realizados.

Para este novo instrumento, que avalia os quatro domínios anteriormente avaliados (pessoal, ambiental, comunitária e o transcendente) e em que, concomitantemente, possibilita a obtenção de uma medida de BEE com o acréscimo de novas dimensões, a sua validação surge a partir de quatro estudos realizados por uma amostra de estudantes do ensino secundário e universitário oriundos de países de língua inglesa (Gomez & Fisher, 2005a).

Após este estudo, foram relevados como resultados, boas medidas métricas bem como a presença de interação entre certos domínios do bem-estar espiritual, nomeadamente entre as dimensões pessoal, comunitária e ambiental, como também entre os atributos como o neuroticíssimo, a felicidade e o psicoticíssimo (Gouveia et al., 2009).

Apesar da diversidade de instrumentos de avaliação quantitativa de bem-estar, o SWBQ apresenta-se como único instrumento de mensuração minucioso dos quatro domínios reconhecidos no modelo conceptual de Fisher (1999). O reconhecimento e distinção das diferentes dimensões do bem-estar espiritual revela-se importante no modo em que estas poderão apresentar consequências díspares nas categorias de bem-estar quer físico, quer psicológico (Gomez & Fisher, 2003; Gomez & Fisher, 2005a; Gouveia et al., 2009).

Modelo da Dignidade/Terapia da Dignidade

O conceito de dignidade foi determinado pelo filósofo Immanuel Kant, tendo desagregado o termo de dignidade da esfera religiosa para a esfera social, declarando ser de

cariz pessoal, interior e indissociável dotado pela razão, e assim sendo, só o ser humano é dotado de dignidade (Donato, Matuoka, Yamashita & Salvetti, 2016).

É do conhecimento público que o sistema legal vigente e os documentos deontológicos das equipas multidisciplinares, fazem referência ao conceito de pessoa bem como da sua dignidade. Contudo, verifica-se uma falta de percetibilidade acerca do mesmo, o que leva a cada profissional de saúde interpretar e providenciar o acompanhamento da pessoa na fase debilitante em que atravessa ou até mesmo, na sua finitude de maneira individual e particular, mas sempre atendendo às necessidades da pessoa. A dignidade pessoal tem dois significados, o primeiro refere-se ao valor intrínseco de qualquer pessoa incondicionalmente e independentemente de suas capacidades ou contextos bem como ao que caracteriza como divino. O segundo, faz referência ao projeto particular e individual, sendo construído ao longo da sua vida de acordo com sua própria conceção de qualidade de vida, para isto, implica a racionalidade (Benito et al., 2014).

Para o filósofo alemão, Immanuel Kant (2002), a pessoa é um ser legítimo e digno devendo ser autónoma, sendo ela entendida como a base de toda a moral. O autor considera que o que torna a pessoa digna humanamente não é a sua capacidade de sentir, pois equiparar-nos com os animais, pois desenvolver certos sentimentos não depende da nossa vontade, uma vez que eles decidem por nós transformando essência da nossa vida.

Em sentido lato, a dignidade consiste num atributo intrínseco a cada pessoa como um fim em si mesmo, porque é nela que se desenvolve a racionalidade, e é esta condição que torna possível a determinação da vontade. Por outro lado, este conceito liga-se ao valor da moral que através desta determinação ativa o assunto e, portanto, surge como resultado da construção consciente de autodeterminação pessoal (Benito et al., 2014).

O Modelo da dignidade/ Terapia da Dignidade foi desenvolvido por Chochinov no ano 2002. Tal modelo surgiu pela indagação pela qual alguns doentes desejam a sua morte, apresentando pensamentos autolíticos. O seu objetivo consiste na preservação da dignidade até à finitude do ser humano. Pois, a noção da perda de dignidade é assustadora. Esse senso de perda da dignidade aumenta a depressão, a angústia, desenvolve o desejo de morte.

Este modelo pretende abordar questões acerca da dignidade em pessoas em final de vida na sua preparação para a morte (Chochinov, 2002a). Os CP são caracterizados pela sua prática de cuidados, recorrendo a um programa estruturado e planificado de apoio holístico atendendo a todas as vertentes do Ser Humano, quer isto dizer, vertente física, vertente

mental, emocional e espiritual. Para Chochinov (2002a,b), os cuidados devem ser prestados com dignidade bem como todas as instituições de cuidados devem ter dignidade. Assim, o autor do modelo, sublinha que o objetivo dos CP deve incidir no auxílio aos doentes a morrer com dignidade. Salaria também que o termo dignidade só é conseguido se for bem compreendido bem como para preservar a respetiva dignidade.

O modelo da dignidade considera três aspetos que influenciam as perceções individuais de dignidade, as perceções que estão subjacentes à doença, as influências relacionadas com os recursos psicológicos e espirituais dos doentes e por último as noções de dignidade influenciadas pela natureza da doença ou noções limitadas pela cultura através dos símbolos ou pelas concepções étnico- religiosas (Chochinov, 2002b).

Na Tabela 1, apresenta-se o modelo através de um quadro que descreve as dimensões que podem ameaçar ou que podem ajudar a preservar o senso de dignidade. Eles são divididos em três categorias divididas em tópicos e subtópicos.

Tabela 1 - Dignidade nos Doentes em Fim de Vida

Preocupações Relacionadas com a Doença	Recursos Pessoais de Dignidade	Recursos Sociais de Dignidade
Nível de Independência	Perspetivas Protetoras de Dignidade	Fronteiras de Privacidade
Acuidade Cognitiva	Continuidade do Eu	Apoio Social
Autonomia Funcional	Preservação de Papéis	Tonalidade do Cuidar
Sofrimento Sintomático	Elaboração de um Legado	Sobrecarga sobre os Cuidadores
Sofrimento Físico	Manutenção de Orgulho Próprio	
Sofrimento Psicológico	Manutenção de Esperança	
Incerteza Médica	Autonomia e Controlo	
Ansiedade Relacionada com a Morte	Aceitação	Preocupações com o Futuro
	Resiliência	
	Práticas Protetoras de Dignidade	
	Viver o Momento Presente	
	Manutenção de Normalidade	
	Procura por Conforto	
	Espiritual	

Fonte: Adaptado de Chochinov, 2002b

A primeira categoria refere-se aos aspetos ligados à doença e no respetivo tratamento em que, conseqüentemente, interferem a perceção dos doentes acerca da dignidade. Estas inquietações provêm da experiência de estar doente, estando relacionada com níveis e

sintomas a privação de independência já que para o próprio doente a experiência é entendida como estar a morrer. A preocupação relacionada com a doença pode ser justificada pelo *stress* psicológico e físico, pois gere sentimentos de tristeza associada ao seu prognóstico bem como, desperta pensamentos da própria morte. O nível de independência reflete a capacidade de resiliência por parte do doente estando retratada pela vontade de preservação das faculdades funcionais como também as cognitivas (Chochinov, 2002b).

A segunda categoria refere-se aos aspetos psicológicos e espirituais que alteram a percepção. Esta, considera a existência de traços da personalidade e aspetos intrínsecos em que os doentes transferem para a esta dimensão e em que as experiências influenciam a percepção de preservação da dignidade e suas práticas.

No que respeita às perspetivas de conservação de dignidade, foram formulados oito subtópicos em que cada um destes se refere à importância significativa para cada doente. No primeiro subtópico reflete o sentido de existência enquanto se mantém-se íntegra no avançar da doença – continuidade do Eu.

O segundo subtópico refere-se à preservação dos papéis, este implica a eficácia de cada pessoa em manter papéis já atribuídos e, simultaneamente à forma como cada pessoa se vê a si própria.

O subtópico da manutenção do orgulho indica a capacidade de conservação da autoimagem e autorrespeito bem como, manter pensamentos positivos sobre si próprio. No terceiro subtópico, a esperança é o motor que impulsiona o sentido e o propósito para continuar a viver.

A possibilidade de sucessão/legado, diz respeito ao quarto subtópico e define a capacidade dos doentes na manutenção do controlo e de autonomia. Outro subtópico importante para os doentes é a apetência de aceitação, ou seja, é a capacidade que o doente tem em assentir e aceitar as dificuldades a que atravessa.

Como último subtópico aponta-se a resiliência como potenciadora de superação ou de otimização de uma melhoria de qualidade de vida independentemente das circunstâncias resultantes da doença.

As práticas de protetoras da dignidade podem variar consoante aspetos pessoais e particulares de cada doente e está decomposta em três temas sendo eles: viver o momento presente, que significa que o foco se situa no hoje e no agora sem preocupação com o que se avizinha; manutenção de normalidade, refere-se à continuação das rotinas e hábitos diários;

por fim, a procura por conforto espiritual, ou seja, cada doente procura manter a sua dignidade através de práticas religiosas ou espirituais.

Ainda no modelo se encontra uma categoria que se refere aos recursos sociais de dignidade, apresentando-se dividida em cinco subtópicos: fronteiras de privacidade, mencionando que o abuso do meio ambiente na prestação de cuidados pode influenciar o senso de dignidade; apoio social, refere-se à envolvimento e à presença de amigos e familiares no dia-a-dia do doente; tonalidade do cuidar, a qualidade na prestação de cuidados é de cariz significativo devido à importância e ao valor atribuído dos outros sobre o doente; sobrecarga sobre os cuidadores, a dependência de terceiros na realização das AVD é um fator gerador de *stress*; Por último, preocupações com o futuro, nesta última etapa surge as inquietações acerca da morte e respetivo fardo que provocará nos mais próximos.

Contextualização dos Cuidados Continuados e Paliativos

Os cuidados continuados integrados dizem respeito ao conjunto de intervenções de saúde e/ou de apoio social, com a colaboração de uma equipa multidisciplinar, que têm por fim, a promoção da autonomia e melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, potenciando a reabilitação, a readaptação e a reinserção sociofamiliar desta (Portal do SNS, 2018).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, onde prestam os seus cuidados de saúde e de apoio social tendo por base um modelo organizativo e funcional. Resulta da parceria entre os Ministérios da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e da Saúde, bem como, de vários prestadores de cuidados de saúde e de apoio social (RNCCI, 2009).

O Decreto-Lei N.º 101/2006 distingue a sua criação, a 6 de junho, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Destinam-se a estes cuidados as seguintes pessoas que se enquadram nas seguintes situações:

- Pessoas com dependência funcional temporária, e por esta subentende-se a recuperação de algum tipo de doença, cirurgia, etc.
- Pessoas com dependência funcional prolongada;
- Pessoas com severa incapacidade;
- Pessoas com grande impacto psicológico ou social;

- Doença grave, em fase avançada ou até, terminal.

O seu principal objetivo corresponde à prestação de cuidados integrados a pessoas em situação de dependência, independentemente da sua idade. Como objetivos específicos dizem respeito os seguintes:

- Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
- Promover a manutenção no domicílio das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, sempre que, mediante o apoio domiciliário, possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- Atuar através do apoio, do acompanhamento e do internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- Melhorar, de forma contínua, a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- Apoiar os familiares, ou prestadores informais, na sua formação e qualificação para melhorar a prestação dos cuidados;
- Articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, em consequência da progressiva cobertura a nível nacional das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Assim sendo, a RNCCI pretende prestar os melhores cuidados adaptados às diferentes necessidades de cada pessoa. Estes cuidados podem ser prestados em instalações próprias, ou seja, através de unidades de internamento e de ambulatório, mas também no domicílio do doente através de equipas hospitalares e domiciliárias. As respostas visam a promoção da continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas, independentemente da sua idade, em situação de dependência e com perda da sua autonomia. Com isto, espera-se que o cliente continue o exercício da sua vida social evitando o agravamento da sua

autonomia potenciando assim, a sua funcionalidade. Esta unidade de saúde foi também criada para se fazer cumprir os seguintes princípios: o direito à não discriminação, à dignidade, à preservação da sua identidade, à integridade física e moral, ao exercício da cidadania, à informação, e por fim, e de veras importante, ao consentimento informado das intervenções que lhe serão destinadas (Portal da Segurança Social, 2018).

Coordenação da RNCCI

Relativamente à coordenação da RNCCI, esta é feita a nível nacional, através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e é operacionalizada a nível regional e local. As equipas de coordenação regional (ECR), são asseguradas por cinco equipas constituídas de modo multidisciplinar por representantes das administrações regionais de saúde (ARS) e dos centros distritais da segurança social e da saúde.

A nível local, as equipas de coordenação local (ECL), são, geralmente, asseguradas por profissionais do campo de ação do conselho, sendo estas sempre, equipas multidisciplinares. Estas, devem ser constituídas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um assistente social. Em caso de necessidade, nas equipas podem constar um representante da autarquia local distinguido pelo presidente da camara desse mesmo concelho (Portal do SNS, 2018).

Existem duas opções de referenciação para a RNCCI, ou seja, pode ser feita através da equipa de gestão de altas, caso os utentes estejam internados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde ou através do centro de saúde (médico de família, enfermeiro e/ou assistente social) (Despacho conjunto n.º 19040/2006 dos Ministros de Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde).

Tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI, assegura a prestação de cuidados de saúde e apoio social através de quatro tipos de resposta: unidade de internamento, unidade de ambulatório, unidades domiciliárias e unidades hospitalares.

Neste sentido, as unidades de internamento são decompostas pelas Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e pelas Unidade de Cuidados Paliativos. Unidade de ambulatório é constituída

pelas unidades de Dia e Promoção de Autonomia. As unidades hospitalares disponibilizam equipas intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos e pelas equipas de Gestão de Altas. Por fim, as equipas domiciliárias têm ao seu dispor Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

Unidade de internamento:

A unidade de convalescença - internamentos até 30 dias.

É destinada a pessoas que estiveram internadas num hospital devido a uma situação de doença súbita ou a agravamento duma doença ou deficiência crónica, não necessitando de cuidados hospitalares, mas que exijam cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio (Portal da Segurança Social, 2018).

A unidade de média duração e reabilitação (UMDR) - internamentos com duração entre 30 e 90 dias.

Esta unidade destina-se a dar respostas a situações transitórias cujo resultado tenha sido despoletado por uma complicação aguda ou de uma descompensação de processo crónico tendo como fim, a promoção da reabilitação e a independência (RNCCI, 2009).

A unidade de longa duração e manutenção – internamentos temporários com duração inferior a 90 dias destinados ao descanso do cuidador ou resultante de dificuldades/ falta de apoio por parte dos familiares do cliente. Contudo este período pode ser superior aos 90 dias no sentido de proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida.

Pretendem atender doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis/ graus de dependência e que não possam, ou não devam ser cuidados no domicílio.

Unidade de Ambulatório:

As Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia, pertencem à RNCCI, cuja finalidade é a promoção da autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime diurno, durante as oito horas diárias, todos os dias excetuando os fins de semana.

Os cuidados prestados nesta tipologia devem centrar-se nas diferentes patologias e nos diferentes graus de dependência das pessoas.

Equipas Domiciliárias e intra-hospitalares:

Existem dois tipos de respostas, as Equipas domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos. Na primeira integra uma equipa multidisciplinar com a responsabilidade dos cuidados de saúde primários e as entidades de apoio social, que prestam serviços domiciliários a doentes que estejam em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio (n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Já a segunda é composta por uma equipa multidisciplinar que presta apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos (n.º 2 do Art. 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

As Equipas de Gestão de Altas (EGA), são equipas hospitalares multidisciplinares, cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.

Estas equipas localizam-se em hospitais pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) onde o doente está internado e são estas que realizam a referenciação para a RNCCI bem como a avaliação da necessidade de cuidados continuados integrados. Preferencialmente, a avaliação é realizada no momento do internamento hospitalar uma vez que é necessário preparar atempadamente o momento gerador de stress de muitas famílias que é a alta clínica. Posteriormente a proposta da EGA é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL) sendo esta que decide, de acordo com os resultados da avaliação se o doente irá integrar, ou não, a RNCCI.

No que concerne aos cuidados diferenciados prestados a pessoas com doenças em fase avançada de doença, nomeadamente doença incurável e em grande sofrimento, não estão previstos na Rede Nacional de Cuidados Continuados (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2005). A partir de 5 de setembro de 2012, que os Cuidados Paliativos (CP) não integram mais a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) uma vez que, devido à complexidade e intensidade na difícil solução de resolução dos sintomas e respostas desta doença em serviços hospitalares e na RNCC (programa nacional cuidados paliativos,

2005), foi criada através do decreto-lei nº52/2012 uma rede potencialmente especializada em cuidados paliativos sendo esta designada por Rede Nacional Cuidados Paliativos (RNCP). Esta, tem por base um modelo de intervenção integrativo articulando-se com as diferentes de unidades de saúde, ou seja, as unidades de saúde hospitalares, comunitárias e as domiciliárias através de equipas especializadas em cuidados paliativos (Portal do SNS, 2018). O decreto-lei nº52/2012, assume o direito dos cidadãos acederem aos cuidados paliativos e dirige a responsabilidade para o Ministério da Saúde a tutela da RNCP.

A coordenação da RNCP é feita a nível nacional, sendo assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) competindo a esta elaborar e propor a aprovação da tutela os planos estratégicos, com períodos bienais, para desenvolver cuidados, designados de cuidados paliativos.

Embora a evolução científico-tecnológica e a incessante investigação para a extinção do cancro, ainda assistimos a um avanço considerável de casos em que não foi possível a sua resolução (Lin & Bauer-wu, 2003). No intuito de responder às necessidades das pessoas com cancro e no sentido de proporcionar melhores cuidados a estas pessoas, foi criado em Inglaterra no ano de 1960, o movimento moderno dos Cuidados Paliativos (Neto, 2010).

Estes cuidados, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), têm como missão a oferta da melhor qualidade de vida possível às pessoas portadoras de doença oncológica e/ou grave, apresentando assim um prognóstico limitado. Os cuidados são caracterizados como ativos uma vez que, através da tecnologia e da ciência, da criatividade e do rigor nas intervenções visam auxiliar a pessoa a viver com a melhor qualidade possível de um modo mais ativo quanto o possível (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006). Apesar de aceitarem a morte de um modo natural, sendo esta uma consequência do viver, não é o seu papel acelerar ou provocar a morte.

Na tentativa de colmatar a incidência de doenças incuráveis, de que é o cancro, surgiu a emergência de desenvolver a prática de cuidados, não somente de carácter curativo, mas também de carácter paliativo (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2005). Esta prática de cuidados é concedida através de uma equipa multidisciplinar, altamente treinada e qualificada, recorrendo a um programa estruturado e planificado de apoio holístico atendendo a todas as vertentes do Ser Humano, quer isto dizer, vertente física, vertente mental, emocional e espiritual.

Posto isto, o que são então, os cuidados paliativos e a quem se destinam?

Respondendo à questão segundo Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017), estes definem-se como os cuidados que visam o conforto e a melhoria da qualidade de vida das pessoas doentes, bem como, das suas famílias que se deparam perante uma doença que coloca a vida da pessoa doente em causa, através do tratamento, controlo e alívio da dor, como também a identificação antecipada de outros problemas potenciais, quer sejam físicos, psicossociais e espirituais.

Os destinatários destes cuidados segundo o (Plano Estratégico Nacional para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, 2017-2018), são *“todas as pessoas portadoras de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, residentes em território nacional, tenham acesso a CP de qualidade, independentemente da sua idade, diagnóstico, local de residência ou nível socioeconómico, desde o diagnóstico até ao luto.”*

Estes cuidados regem-se segundo a seguinte missão/objetivos:

Ser polo dinamizador dos Cuidados Paliativos em Portugal e um parceiro privilegiado no trabalho com as autoridades responsáveis pelo desenvolvimento destes serviços; Trabalhar em sinergia com organizações que visem o desenvolvimento dos CP em Portugal e no estrangeiro; Contribuir para a credibilização e garantia da qualidade das estruturas e dos cuidados prestados; Apoiar os profissionais de saúde que se queiram dedicar aos cuidados Paliativos; Incentivar/ fortalecer a investigação em Cuidados Paliativos (Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos, 2018).

Orientam-se pelos seguintes princípios:

Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica; aumento da qualidade de vida do doente e da sua respetiva família; prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos; conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; consideração pelas necessidades individuais dos pacientes; respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas; continuidade de cuidados ao longo da doença.

Posto isto, e fazendo-se cumprir os princípios fundamentais da bioética e do bio direito, ou seja, cumprindo os princípios da autonomia, da justiça, da beneficência e não maleficência.

Segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, as unidades de CP agrupam-se em três diferentes níveis de diferenciação:

- Cuidados Paliativos de Nível I: estes são prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos, podendo ser prestados em regime de internamento ou em domiciliário; encontram-se compostas através de equipas móveis, que não dispõem de estrutura física de internamento próprio para a realização da sua prática
- Cuidados Paliativos de Nível II: contrariamente aos cuidados paliativos de nível I, estes cuidados prestam-se em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas multidisciplinares diferenciadas em cuidados paliativos com disponibilidade de apoio 24 horas. Sendo a equipa multidisciplinar para além de ser composta por médicos e enfermeiros, incluem-se também técnicos fundamentais para prestação de apoio holístico, nomeadamente técnicos das áreas social, física, psicológica e espiritual.
- Cuidados Paliativos de Nível III: Adquirem as mesmas condições e capacidades dos Cuidados Paliativos de Nível II, acrescentando as seguintes particularidades: elaboram programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos; desenvolvem continuamente investigação nesta área; asseguram a resposta a situações de elevada exigência e complexidade uma vez que possuem equipas alargadas altamente especializadas e treinadas em matéria de CP.

A pessoa oncológica não é caracterizada pela sua doença. De acordo com a vertente psicológica estas pessoas são consideradas “seres portadores de doença” e não “seres doentes”, ou seja, acentuam as potencialidades que permanecem intactas com o avanço da doença (Pinto & Pais Ribeiro, 2010). Assim sendo, as pessoas portadoras de doença oncológica devem ser olhadas como sendo uma pessoa única, singular portadora de ambições procurando incessantemente pelo reconhecimento e realização pessoal/profissional. É, através das destas características que as pessoas portadoras de doença oncológica solicitam e se submetem aos mais variados tipos de tratamentos.

No que respeita à adaptação da doença oncológica, esta dependerá de vários fatores tais como, psicológicos, espirituais, familiares, sociais, físicas, bem como, do estágio

desenvolvimental em que se encontra a pessoa (Nave & Moura, 2015). Kubler-Ross refere cinco fases em que todas as pessoas atravessam no intuito de ultrapassar e superar uma calamidade, uma perda, um luto, e, neste sentido, uma doença oncológica.

As cinco fases apresentadas por Kubler-Ross em 1969, são: negação, raiva, negociação, depressão e, por fim, aceitação. Torna-se importante mencionar que as pessoas ao atravessar estas fases, seguem a ordem acima descrita, podendo encontrar-se em duas ou mais fases em simultâneo. De acordo com Kubler-Ross (2000), na fase da negação, os pacientes ao tomar conhecimento do seu estado clínico reagem da seguinte forma: “Não, eu não, não pode ser verdade”. Esta, é experienciada pela maioria dos doentes nos primeiros estádios da doença, logo após a confirmação ou, ainda, em estádios de doença superiores. Estes doentes podem considerar a sua própria morte durante algum tempo, contudo, um pensamento de esperança é invadido fazendo com que eles lutem pela sua vida. Isto, contudo, não impede que o doente não se sinta confortável a conversar sobre a sua própria morte. Este diálogo deve acontecer quando o doente demonstra interesse, ou seja, quando este se sente confortável para o fazer devendo ser terminado quando o paciente já não se sentir capaz de enfrentar tais factos, assumindo novamente discursos de negação.

Após uma notícia devastadora, como acontece na fase anteriormente mencionada, vem a fase da raiva, tendo como sentimentos a raiva, a revolta, a inveja e o rancor surgindo, muitas vezes, a seguinte reação: “Afinal é mesmo comigo, não é engano...” e como questão “Porquê a mim?”. Torna-se difícil quer para a família, quer para a equipa técnica lidar com esta fase, uma vez que a raiva é projetada para várias direções atingindo as várias pessoas que se encontram próximas do doente. No entanto, nenhum destes intervenientes se questionam do porquê desta raiva e qual a sua origem, pois estão tão atentos em saber qual o tempo de vida e qual o próximo procedimento que nem se lembram que o diálogo é deveras importante e quando é dispensada essa atenção o doente sente-se respeitado, ouvido, compreendido e, conseqüentemente a raiva será diminuída (Kubler-Ross, 2000).

De acordo com a autora supracitada, a terceira fase diz respeito à negociação, sendo que, como o próprio nome indica, o doente tenta negociar com forças divinas e com os médicos o seu estado de saúde. Na sua maioria, a negociação é feita com Deus na igreja ou no gabinete do capelão. Esta tentativa de negociação é feita através de um bom

comportamento por parte do doente em troca de melhoras no seu estado clínico, ou por exemplo, no adiamento da sua morte até ao nascimento de um neto, casamento de um filho, etc. na promessa que não será exigido mais nada.

No quarto estágio, que se refere à fase da depressão, o doente não pode negar mais o seu estado terminal, pois surgem consecutivamente mais intervenções e, estas cada vez mais evasivas impedindo o escondimento da sua doença (Kubler-Ross, 2000). Segundo a autora supracitada, quando há a presença de novos sintomas tornando o doente terminal mais débil, há um ceder nos sentimentos de raiva e revolta, pois estes dão lugar a sentimentos de perda podendo esta ser a perda de uma mama, um membro, de um órgão (útero), etc. Podemos incluir aqui, as dívidas acarretadas pelos custos dos tratamentos, em que muitos doentes vendem as suas casas para as puder suprimir estes. Na tentativa de colmatar estes desgastes financeiros, mães e esposas (se o marido for o doente), podem ser obrigadas a ter mais que um emprego privando assim as crianças da atenção que anteriormente era prestada. Se ocorrer o inverso, ou seja, o doente terminal for a mãe, em alguns casos as crianças são afastadas do ambiente hospitalar sendo estas encaminhadas para casa de familiares. Com isto, dá-se o aumento da tristeza, da angústia e da culpa por parte da doente havendo o desenvolvimento de depressão. Kubler-Ross (2000), defende a existência de dois tipos de depressão sendo elas: a depressão reativa e a depressão preparatória. A primeira diz respeito, à baixa autoestima e autoconfiança e à dificuldade que o doente tem de resolução de problemas. Já a segunda diz respeito à dificuldade de aceitar as rápidas perdas iminentes e, é geralmente silenciosa contrariamente à primeira. Como se pode verificar, são de natureza diversas e devem ser tratadas como tal, nunca é tarde para encorajar estas pessoas, permitindo sempre que estas exteriorizem os seus medos e receios pois, assim a aceitação dar-se-á mais facilmente e agradecerá aos que estiveram ao seu lado. É de salientar que o conhecimento destes tipos de depressão bem como, a sua deteção pelos profissionais de saúde é deveras importante, uma vez que, é benéfico o desenvolvimento desta fase pois assim a morte do doente ocorrerá de uma forma mais tranquila devido à "libertação" dos seus medos, ansiedades e angústias.

Como última fase, temos a aceitação, esta dá-se apenas quando todas as outras fases mencionadas anteriormente forem superadas. Aqui, o doente apresenta-se cada vez mais fraco e cansado e, em alguns casos, apresenta necessidade de dormir num período de

intervalos curtos. Esta necessidade de dormir resulta da medicação administrada para diminuir crises de dor, melhorando a sua qualidade de vida. Na mesma linha de pensamento da autora, neste estágio a família carece de ajuda, compreensão, conforto e apoio mais que o doente, pois aquando da véspera da morte, os doentes desejam estar sós (dispensando visitas dos familiares), ou que não o perturbem com conversas supérfluas das quais notícias do que está a acontecer no mundo. O doente já não tem vontade de diálogo, passando de conversas verbais a conversas não verbais pedindo simplesmente que lhe segurem a mão com intuito de garantir de que não será abandonado e que estarão lá até ao fim. E, é só aguardar que este feche os olhos para sempre (Kubler-Ross, 2000).

Quando os doentes lutam até ao fim agarrando-se à esperança torna-se difícil atingir esta etapa. A família e os profissionais de saúde podem interpretar esta atitude como resistência e força e, conseqüentemente encorajá-los para continuar essa luta. Contudo, esta atitude está errada pois faz com que o doente se esgote emocionalmente e não encare a sua condição numa forma tranquila (Kubler-Ross, 2000).

Concomitantemente com as alterações físicas encontram-se as alterações emocionais, destacando-se o isolamento por parte da pessoa portadora de doença oncológica, uma vez que este se encontra com determinadas limitações derivadas da própria condição de doença e/ou pelos tratamentos a que está submetida. Este isolamento acontece independentemente de todo o apoio fornecido pelos familiares, amigos e até mesmo pelos profissionais de saúde. Torna-se também evidente o desinteresse pelas atividades que lhe eram apelativas, bem como o interesse no convívio com as pessoas mais próximas. Conseqüentemente, nestas situações, surge o aumento das insónias, cansaço, fadiga, bem como a irritabilidade progredindo para níveis de ansiedade maiores (Nave & Moura, 2015).

De acordo com Rowland (1989), existem cinco fases de adaptação à doença oncológica, apelidando-as de *cinco D*, sendo elas: alterações da imagem corporal-sexual e integridade; questões relativas à dependência e independência; alterações nas relações interpessoais; questões existenciais e perturbações nas realizações e/ou aquisições.

O sofrimento refere-se à experiência complexa humana e não aos sintomas nem aos diagnósticos (Nave & Moura, 2015). O seu nível, dependerá dos valores intrínsecos das pessoas, das suas experiências, das suas crenças e dos seus meios. É importante distinguir dois conceitos quando se retrata do sofrimento: o sofrimento existencial e o sofrimento espiritual (Nave & Moura, 2015). O primeiro refere-se ao estado de *distress* da pessoa

quando esta se confronta com a sua própria finitude, tendo como consequência sentimentos negativos como por exemplo, receio da morte, arrependimentos, impotência e rompimento da identidade pessoal. Já o segundo devido às preocupações derivadas da doença, desenvolve sentimentos como o desânimo, o desalento, a falta de esperança e perda de dignidade.

O cuidado baseado na espiritualidade, auxilia a potencialização das capacidades das pessoas, desenvolvendo e/ou ativando a esperança permitindo a superação dos problemas de uma forma mais tranquila e serena (Nave & Moura, 2015).

De acordo com Miller (2005), as pessoas portadoras da doença oncológica necessitam de conversar, de ser ouvidas e entendidas quando o tema se trata da espiritualidade ou da sua religião, contribuindo para o confronto com a hipótese da morte. Ao exprimir os sentimentos e emoções pelas quais a pessoa portadora de doença oncológica está a travessar permite que a vida se renove ganhando sentido.

As pessoas portadoras de doença oncológica têm necessidades espirituais tais como: procura de sentido da vida, sensação de paz interior, abordar questões acerca da morte e o morrer e manter a esperança. Ressalta-se a importância para esta última uma vez que, para quem se encontra no enfrentamento de uma doença, neste caso a doença oncológica, a esperança auxilia a pessoa na construção do sentido de vida (Pinto & Pais Ribeiro, 2010).

Assim, os profissionais de saúde não devem excluir a dimensão espiritual não evitando as questões sobre esta dimensão com receio de ferir as suscetibilidades dos seus doentes. Caso este último aconteça, os profissionais de saúde devem desculpar-se dando continuidade à consulta/ tratamento (Nelson, 2014).

Koenig (2001, *cit. in* Dal-Farra & Geremia, 2010), a recuperação das pessoas portadoras de doença oncológica desencadeia-se mais naturalmente quando estes acarretam consigo um conjunto de crenças bem como positivismo que lhes possibilita o sentido da vida, quando possuem uma rede de suporte familiar e de amigos que se preocupam com a qualidade de vida, proporcionando-lhes bem-estar espiritual e conforto. O bem-estar espiritual, é considerado para muitas pessoas portadoras de doença oncológica, como uma dimensão extremamente importante para alcançar a qualidade de vida ao longo e após os tratamentos a que estão sujeitas estas pessoas.

Muitos doentes oncológicos, nos momentos de sofrimento e perante a hipótese de morte questionam-se acerca da própria vida, levando-os muitas vezes a alterar os seus padrões de vida, levando-os a valorizar o que realmente lhes é mais importante. Quanto

maior o nível de compreensão e de aceitação da sua doença, maior será a capacidade de enfrentamento bem como, maior será a tolerância à dor e ao sofrimento (Costa, 2010).

Parte II- Enquadramento Metodológico

Neste capítulo faremos referência ao enquadramento metodológico. Aqui abordaremos a metodologia utilizada para a realização deste estudo de modo a assegurar a componente teórica da respetiva estratégia de investigação bem como das ferramentas utilizadas.

Para Fortin (2009), a metodologia traduz-se no conjunto dos métodos e das técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica.

Objetivos Gerais

Como objetivos gerais propõe-se:

- 1) identificar as estratégias de enfrentamento na doença crónica;
- 2) reconhecer se a espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento na doença oncológica;
- 3) Evidenciar a importância da teoria da dignidade na doença oncológica.

Questão de Investigação

As questões de investigação, segundo Fortin (2009), referem-se às premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. Estas sucedem dos objetivos planeados e determinam os aspetos a estudar.

Assim, formulou-se a seguinte questão: Será a espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento na doença oncológica?

Tipo de estudo

Durante a prática profissional, os profissionais de saúde são confrontados diariamente com decisões que os elucidam à prestação do melhor cuidado aos seus doentes, e para isso, estes são orientados para o estudo e pesquisa de conhecimento científico, baseado na evidência.

A Prática Baseada na Evidências (PBE) caracteriza-se pela procura incessante da melhor e mais recente evidência científica existente na literatura, para a resolução de determinado problema e, posterior tomada de decisão. Assim, através da PBE é possível promover ao pensamento crítico de modo a avaliar as evidências disponíveis, a implementar

as mesmas no decorrer da prática profissional e, à posteriori, proceder à avaliação dos resultados decorrentes do cuidado prestado.

Com base neste método elegeu-se a Revisão Integrativa da Literatura como metodologia a utilizar uma vez que utiliza fontes de informação de cariz eletrónico ou bibliográfico para a consecução dos resultados de pesquisa, de modo a fundamentar cientificamente e teoricamente um determinado assunto, para que este possa ser incorporado na prática de cuidados (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Segundo Ribeiro, Martins e Tronchin (2016), a RIL é um método muito utilizado na comunidade académica uma vez que este se destina em reunir toda a informação existente sobre um determinado assunto de forma minuciosa, imparcial e integral regendo-se por um protocolo de pesquisa metucioso e sequencial. Assim, obtém-se informação confiável resultante da evidência dos estudos científicos estudados.

Com a obtenção da informação fidedigna através da RIL podemos transpô-la para o seio profissional pois esta permite a comparação de diversos estudos que possibilitam a solução de inconformidades entre esses mesmos estudos, viabiliza uma maior precisão a tomada de decisão de determinada intervenção, permite uma visão mais alargada dos dados obtidos aumentando a viabilidade dos mesmos (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

A revisão integrativa da literatura assenta em seis fases, sendo elas: a) definição e seleção da questão/ hipótese de investigação; b) definição de critérios de inclusão e de exclusão de pesquisa; c) selecionar informação, extração dos estudos escolhidos e sua categorização; d) avaliação dos estudos selecionados; e) interpretação dos resultados; e, por último, f) apresentação dos resultados e do seu epítome (Botelho, Cunha, & Macedo, 2011; Galvão, Sawada, & Trevizan, 2004; Ganong, 1987; Mendes, Silveira, & Galvão, 2008; Pompeo, Rossi, & Galvão, 2009; Sousa, Guerra, & Lencastre, 2015).

Com base na questão de investigação e dos objetivos propostos definiu-se a metodologia a seguir na elaboração deste estudo.

Este estudo é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, realizada através da RIL e da metodologia SPIDER (*Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation e Research type*).

A metodologia SPIDER segue etapas para sintetizar e analisar a informação dos diversos artigos científicos alusivos à temática em estudo.

De seguida, explica-se detalhadamente cada etapa:

A) definição e seleção da questão/ hipótese de investigação

Esta metodologia de investigação tem início na identificação de um determinado problema, em que se pretende obter respostas e conseqüentemente, surge a questão/ hipótese de investigação com pertinência investigativa (Ganong, 1987) e (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

O tema em estudo deve ser conciso, perceptível e exato de modo a nortear a pesquisa e obtendo conclusões de fácil assimilação e aplicação. A questão/hipótese de investigação deve ser elaborada de modo a facilitar a seleção de estudos que farão parte da revisão integrativa da literatura, os métodos que serão utilizados, a recolha de informação de cada estudo selecionado bem como a definição dos descritores na procura dos estudos (Sousa, Guerra, & Lencastre, 2015). Assim sendo, esta questão/ hipótese pode ser mais restrita, delimitando um determinado tema ou, pode ser mais abrangente incluindo temas, procedimentos, técnicas, etc.

Ainda nos dias de hoje a dimensão da espiritualidade no seio profissional quer académico, está envolto por uma certa negação, vergonha e incompreensão. De facto, o impalpável, o inobservável, o inatingível, o transcendente transmite sensações de desconforto e um certo medo no ser humano. Porém, quando o ser humano atravessa uma situação mais complexa, de difícil resolução, como é o caso da doença oncológica como é que este a enfrenta? A espiritualidade é aqui recorrida como método de enfrentamento da doença? Para isso, e para desmitificar e unificar conceitos, este estudo pretende verificar se a espiritualidade é utilizada como estratégia de enfrentamento na doença oncológica.

Para orientar este estudo formulou-se a questão de investigação e, com base nesta objetivou-se: 1) identificar as estratégias de enfrentamento na doença crónica; 2) reconhecer se a espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento na doença oncológica; 3) evidenciar a importância da teoria da dignidade na doença oncológica.

B) definição de critérios de inclusão e de exclusão de pesquisa

Esta segunda etapa está intimamente relacionada com a anteriormente descrita, uma vez que se utiliza base de dados através de motores de busca para recolha de estudos que serão analisados posteriormente. Para garantir a viabilidade da revisão todas os métodos ao

qual se recorre, têm de ir de encontro aos critérios de inclusão e exclusão que foram determinados (Ganong, 1987; Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Nesta fase, tudo deve ser redigido claramente, descrevendo os descritores, as bases de dados utilizadas, ferramentas e métodos de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão delimitando o campo da pesquisa (Whittemore & Knafl, 2005).

Os critérios de amostragem têm de garantir a representatividade da mesma, por isso, é importante referir os indicadores da fiabilidade e da fidedignidade dos resultados. A melhor opção é incluir todos os estudos encontrados ou a seleção aleatória, porém, se ambas foram inviáveis pela sua quantidade de estudos, deve-se reformular os critérios de inclusão e exclusão (Souza, Silva & Carvalho, 2010). A pesquisa deve ser efetuada por dois revisores independentes, de forma a assegurar o rigor científico (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Uma vez escolhidas as bases de dados, segue-se a seleção e a validação dos descritores.

Os delimitadores (operadores booleanos) servem para indicar à base de dados as combinações dos conceitos de pesquisa e utilizados juntamente com os descritores. Estes são escritos com letras maiúsculas e representados pelos termos de ligação AND (combinação restrita), OR (combinação aditiva) e NOT (combinação de exclusão).

Após a seleção do objeto de estudo, são escolhidas três bases de dados apropriadas ao tema de estudo, tais como: Pubmed, Scielo, Medline, INI, etc. Define-se também o espaço temporal sendo considerado os últimos cinco anos (Pompeo, Rossi & Galvão, 2009).

Por último, e posteriormente efetuada a pesquisa inicia-se a seleção dos artigos pela seguinte ordem: título, resumo e texto integral, excluindo-se, no decorrer das fases, os artigos que não atendem à questão/hipótese como também aos critérios de inclusão (Rodrigues, Lacerda, Leite, Graziano & Padilha, 2012).

Neste estudo utilizou-se o conetor booleano AND excluindo os conetores OR e NOT, uma vez que, o objetivo da pesquisa baseava-se na recolha de todos os artigos com relevância científica privilegiando-se a sensibilidade específica. As bases de dados utilizadas para o método de procura e seleção dos artigos científicos foram as seguintes: Pubmed; Scielo e B-on. Na primeira base de dados, sendo esta destinada à publicação de artigos científicos mais orientada para a área da saúde, pesquisou-se em inglês. Já nas últimas bases de dados, sendo elas latino-americanas, pesquisou-se em português, e, para alargar o leque de pesquisa, utilizaram-se duas palavras-chave “oncologia” e “câncer”.

A pesquisa foi efetuada da seguinte forma: ((spirituality) AND (oncology)); ((espiritualidade) AND (oncologia)); e ((espiritualidade) AND (câncer)).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão na seleção dos artigos: Idioma português e inglês; com acesso livre quer aos resumos como ao texto integral; a data de publicação de 01/01/2010 a 19/04/2018; contendo no título (TI), resumo (AB) e no texto integral os descritores (espiritualidade e oncologia/câncer); sendo aceites todas as categorias de artigos, ou seja, artigos de revisão da literatura, revisão integrativa, revisão sistemática, original, etc.

Os artigos indexados em mais de uma base de dados foram considerados apenas uma vez.

A pesquisa nas três bases de dados foi efetuada de modo interdependente em cada uma destas, tendo sido encontrados 227 documentos. Foram excluídas, anteriormente à análise, 51 dissertações e 5 livros que estavam erradamente referenciados nas bases de dados como artigos.

C) selecionar informação, extração dos estudos escolhidos e sua categorização

Aqui elabora-se o IRD (Instrumento de Recolha de dados) de forma a agregar e reduzir as informações de maior importância. Souza et al. (2010), recomenda para além dos anteriores, a dimensão da amostra, a medição de variáveis, as técnicas de análise e os termos base.

O IRD aplicado deve obedecer aos seguintes itens: identificação do estudo, introdução e objetivos, componentes metodológicas, resultados e conclusões (Pompeo, Rossi & Galvão, 2009).

A primeira triagem foi feita com base na duplicação de artigos. Através deste processo, excluíram-se 20 artigos que se encontravam duplicados, conforme descrito na Figura 1, na base de dados Scielo e no motor de busca B-On, onde ocorreu a pesquisa em português em simultâneo.

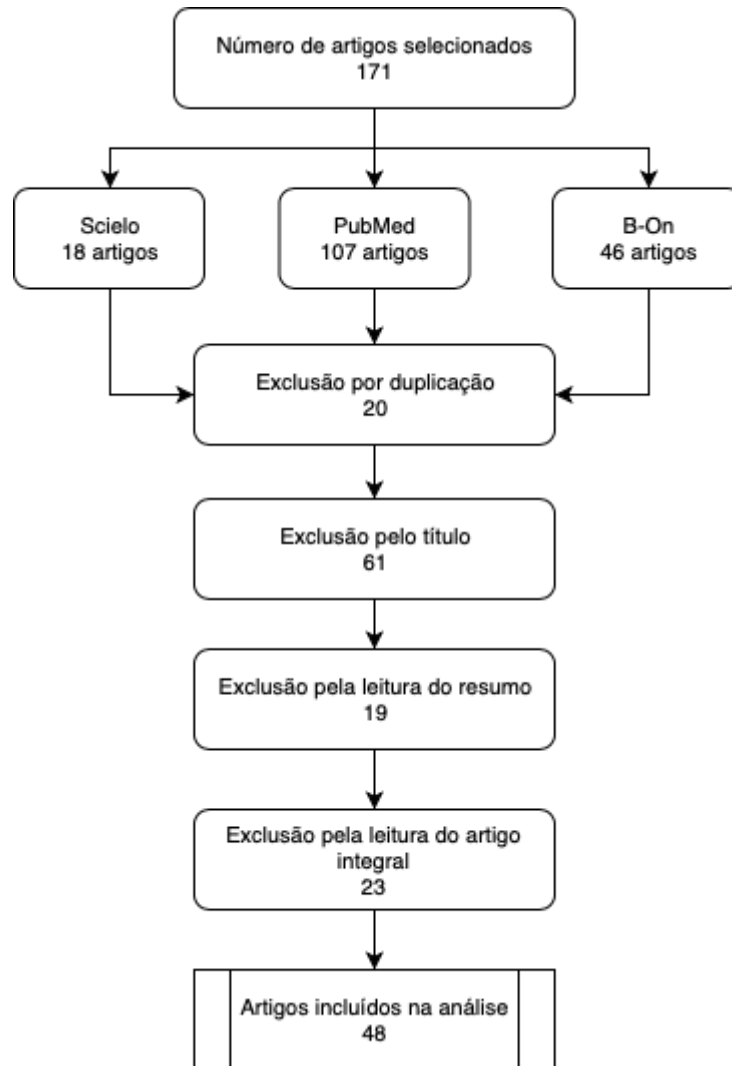


Figura 1 - Fluxograma de Seleção de Artigos
Fonte: autoria própria

Na base de dados PubMed, uma vez que foi feita a pesquisa somente em inglês, não se verificaram duplicações.

O passo que se procedeu, destinou-se na verificação do tema abordado nos artigos através da leitura do título. Com isto, foram excluídos 61 artigos, conforme se pode verificar pela Figura 1, uma vez que os títulos claramente indicavam tratar-se de um estudo não relacionado com o âmbito do presente trabalho.

Na etapa seguinte, procedeu-se à leitura cuidada dos resumos dos artigos sobranes, com o objetivo de excluir artigos cujo resumo indicasse claramente tratar-se de um estudo

não relacionado com o tema sob análise. Após a avaliação, foram excluídos por não corresponder ao critério de inclusão, 19 artigos.

Por fim, e após a leitura na íntegra dos 71 artigos sobranes, excluíram-se 23 artigos conforme apresentado na Figura 1, uma vez que o teor dos mesmos não correspondia aos objetivos sob estudo no presente trabalho.

Assim, após o processo de seleção, sobraram 48 artigos para análise de resultados por forma a responder à questão de investigação.

D) avaliação dos estudos selecionados

Para assegurar a validade da revisão integrativa da literatura, os artigos selecionados devem ser examinados detalhadamente e rigorosamente, indagando resultados divergentes. Caso assim aconteça, deve-se alterar os métodos de pesquisa (Ganong, 1987) & (Mendes, Silveira & Galvão, 2008), formulando-se também algumas questões de modo a orientar a pesquisa tais como: “Qual era a questão de investigação?”; “Para que servirá a questão de investigação?”; “A questão de investigação está bem formulada?” (Mendes, Silveira & Galvão, 2008) & (Pompeo, Rossi & Galvão, 2009). O Joanna Briggs Institute elaborou grelhas de avaliação da viabilidade, da conformação, do significado e da vigência dos diversos tipos de artigos, mais concretamente, de ensaios clínicos aleatórios, estudos descritivos/ estudos de sequências de casos e estudos qualitativos, com a advertência que os artigos incluídos devem ter pelo menos 70% dos critérios presentes (Joanna Briggs Institute's, 2011)

A estratégia utilizada para a seleção dos artigos foi a estratégia SPIDER. Esta é uma nova ferramenta de pesquisa que resultou do aperfeiçoamento da estratégia PICO, uma vez que os investigadores encontravam dificuldades em pesquisas qualitativas (Cooke, Mills & Lavender, 2010; Smith & Lavender, 2011). Assim sendo, a estratégia SPIDER resulta dos acrónimos S, referindo-se à Amostra (Sample), sendo que esta poderá ser uma intervenção ou uma exposição; PI, diz respeito ao Fenómeno de Interesse (Phenomenon of Interest), sendo esta designação a mais pertinente em estudos qualitativos (Cooke, Smith & Booth, 2012); O acrónimo D, diz respeito ao Design do estudo, sendo incluído qualquer quadro teórico de apoio. Segundo Cooke et al. (2012), os investigadores afirmavam que com a introdução do design se pode ampliar os estudos qualitativos nas bases de dados. Nos estudos qualitativos, os resultados podem ser conceções inobserváveis e subjetivas e, portanto, a

Avaliação refere-se ao E, (Evaluation). Por último, R, refere-se ao tipo de pesquisa (Research type), uma vez que esta ferramenta possui a vantagem de se adequar em estudos de natureza mista, ou seja, de natureza qualitativa e/ou quantitativa.

E) Interpretação dos resultados

Como o próprio nome indica, nesta etapa é realizada a análise dos resultados mais relevantes decorrentes da pesquisa. A análise é realizada pelo revisor que através da comparação, avalia rigorosamente os resultados dos estudos incluídos e dos estudos empíricos destacando quer as implicações, quer as conclusões que resultaram da revisão integrativa. Porém, a descoberta de erros permite destacar sugestões de caráter relevante para futuras revisões dirigidas para melhorar os cuidados em saúde (Ganong, 1987) & (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Para assegurar a validade da revisão integrativa o investigador deve mencionar explicitamente possíveis vieses de investigação bem como salientar as conclusões que ele próprio obteve (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

F) Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento

Aqui, o investigador deve fornecer informações suficientes permitindo ao leitor analisar e refletir acerca da pertinência dos recursos, das técnicas e dos procedimentos empregues na elaboração da revisão, os temas analisados e a descrição/explicação dos estudos excluídos. Assim, cabe mencionar os objetivos que constituem a revisão integrativa da literatura como agrupar e sintetizar as evidências disponíveis na literatura juntamente com as suas conclusões.

Para facilitar a conduta evolutiva deste processo, há a elaboração de um documento que deve incluir a descrição de todas as etapas pelas que passou o investigador e os resultados de maior relevância alcançadas da análise dos estudos incluídos (Ganong, 1987) & (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

O nível de recomendação tem por base o nível de evidência (NE) que se dividem em diferentes de recomendação. baseando-se na recomendação de nível A em pelo menos um estudo de grau I, onde não há contraindicações para o investigador; as de nível B, baseiam-se em pelo menos um estudo de grau II, podendo ser útil, contudo apresentando baixos índices de benefícios; as recomendações de nível C, baseiam-se em pelo menos um estudo

de grau III ou dois de grau IV ou V, onde os procedimentos justificam as opções. Por fim, as recomendações de nível D, baseiam-se unicamente em estudos de grau VI, como por exemplo, os estudos de caso, ou recomendações de investigadores de renome, servindo para justificar minimamente os procedimentos (Pereira & Bachion, 2006).

A revisão integrativa da literatura para garantir a sua validade e fiabilidade tem que obedecer a certos critérios de qualidade tais como os seguintes:

- Verificar o objetivo e o problema da revisão integrativa garantindo que estão bem esclarecidos;
- Identificar pormenorizadamente a metodologia da revisão integrativa a literatura (referir se os investigadores possuem experiência prévia na temática e na metodologia);
- Identificar claramente o procedimento da revisão o respetivo protocolo;
- Pesquisar exaustivamente a literatura;
- Recolher dados com pertinência e imparcialmente de modo a serem reproduzidos, mas ao mesmo tempo, assegurar que são dados de qualidade;
- A qualidade dos estudos primários está avaliada na análise;
- Examinar os dados de modo sistemático verificando a sua variabilidade;
- A evidência dos dados dá-se a partir dos estudos primários incluídos em que as conclusões são baseadas em evidências recolhendo a complexidade do problema e as limitações metodológicas (Whittemore & Knafl, 2005).

Apresentação de Resultados

No presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos através da aplicação da metodologia descrita no capítulo anterior.

Conforme mencionado, após aplicação dos vários critérios de inclusão e exclusão dos artigos extraídos das três bases de dados, conseguiu-se um total de 48 artigos que respondiam à questão de investigação formulada: “Será que a espiritualidade é uma estratégia utilizada no enfrentamento da doença oncológica?”

Os detalhes dos 48 artigos foram organizados de acordo com a metodologia SPIDER, apresentando-se os resultados na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados organizados de acordo com a metodologia SPIDER

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Surbone; Baider (2010)	Profissionais de saúde e doentes oncológicos	Perceber o que os profissionais de oncologia devem saber acerca da espiritualidade dos seus pacientes	Aplicação da Escala SPIRIT; Inventário de Sistemas de Crenças (SBI-15R); Questionário HOPE e Escala FICA	Deve-se considerar a formação dos oncologistas o mais completa possível, uma vez que estes também desenvolvem estratégias de modo a examinar e avaliar a dimensão espiritual.	Quantitativa
Maliski, S.; Connor; S., Williams, L., Litwin, M. (2010)	18 homens afro-americanos com idades entre 53 e 81 anos	Descrever o uso da fé por homens afro-americanos / negros sem Seguro de saúde e com baixos rendimentos no enfrentamento do cancro e efeitos adversos	Entrevistas individuais	A fé foi usada como estratégia de superação dos sentimentos negativos associados ao cancro. Os homens através da espiritualidade passaram a aceitar a sua condição.	Qualitativa
Clay, K; Talley, C.; Young K. (2010)	304 sobreviventes de cancro recém-diagnosticados	Explorar o papel do bem-estar espiritual em adaptação à vida após o diagnóstico de cancro	Aplicação da escala de Avaliação Funcional da Terapia da Doença Crônica - Bem-Estar Espiritual - Expandido (FACIT-Sp-Ex)	Os resultados obtidos de bem-estar espiritual, em particular o significado de paz, foram estatisticamente significativos para doentes afro-americanos, mulheres e sobreviventes de cancro colorretal	Quantitativa
Travado L.; Grassi, L., Gil F.; Martins, C., Ventura, C.; Bairradas, J. (2010)	326 doentes oncológicos	Avaliar a espiritualidade na medida em que os doentes oncológicos, do sul da Europa, se adaptam às implicações psicossociais	Escala Analógica Visual 0-10; Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS, Mini-Ajuste Mental ao Câncer - Mini-MAC e	A espiritualidade é frequente entre os pacientes com câncer no sul da Europa com menor escolaridade e parece desempenhar um papel protetor em relação à	Quantitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Phelps, A.; Lauderdale, K.; Alcorn, S.; Dillinger, J.; Balboni, M.; Van Wert, M.; Vanderweele, T.; Balboni T. (2012)	75 doentes oncológicos e 339 médicos e enfermeiros	Avaliar a religião e espiritualidade no cuidado oncológico	Inventário de Preocupações Câncer - CWI Entrevistas semi-estruturas e questionários on-line	morbidade psicológica, especificamente a depressão A maioria dos doentes oncológicos, oncologistas e enfermeiros valorizam o cuidado espiritual	Mista
King, M.; Llewellyn, H.; Leurent; B.; Owen, F.; Leavey, G.; Tookman, A.; Jones, L. (2013)	170 doentes oncológicos que recebem tratamento domiciliário	Verificar as relações entre a força transmitida pelas crenças espirituais, ansiedade, depressão, ingestão de medicamentos psicotrópicos / analgésicos e sobrevida em pacientes com doença oncológica avançada; e verificar se a força da crença espiritual muda à medida que a morte se aproxima	Escala de Valores e Crenças (BVS); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão(HADS); Escala Visual Analógica (VAS).	Embora as crenças religiosas e espirituais aumentem consideravelmente à medida que a morte se aproxima, os níveis de ansiedade ou depressão em pacientes com cancro avançado não sofrem alteração.	Quantitativa
Piderman, K., Johnson, M.; Frost, M.; Atherton, P.; Satele, D.; Clark, M.; Lapid M.; Sloan, J.; Rummans, T. (2014)	131 doentes oncológicos a receber radioterapia	Determinar o efeito de uma intervenção multidisciplinar baseada na qualidade de vida espiritual	Avaliação Funcional da Terapia do Cancro: Escala Geral, a Autoavaliação Linear Analógica que inclui uma avaliação da QV espiritual, e a Avaliação Funcional da Terapia Física-Bem-Estar Crônica (FACIT-Sp)	Após a intervenção, o grupo de intervenção demonstrou melhoria na qualidade de vida espiritual, enquanto o grupo controle a qualidade de vida espiritual diminuiu. Os resultados indicam que uma intervenção multidisciplinar que inclui um componente espiritual	Quantitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
				pode manter a qualidade de vida espiritual dos doentes com cancro avançado durante a radioterapia	
Kissil, K.; Niño, A.; Ingram, M.; Davey, M. (2014)	3 grupos formados por 9 pais afro-americanos com cancro da mama	Examinar como os pais afro-americanos lidam com o diagnóstico e tratamento do cancro da mama	Entrevistas estruturadas	O acompanhamento baseado na espiritualidade dos doentes oncológicos facilita a defesa dos doentes oncológicos bem como das suas famílias, incentivando-os na procura de instituições de apoio.	Qualitativa
Danhauer, S.; Case, L.; Tedeschi, R.; Russell, G.; Vishnevsky, T.; Triplett, K.; Ip, E.; Avis, N. (2013)	653 mulheres	Examinar a mudança no PTG ao longo de dois anos após o diagnóstico do cancro de mama e variáveis associadas ao PTG ao longo do tempo.	Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI).	Logo após o diagnóstico de cancro de mama o PTG desenvolve-se. Este está associado à invasão da doença e ao aumento do apoio social, espiritualidade, uso de estratégias de enfrentamento ativo-adaptativas e de saúde mental	Quantitativa
Musarezaie, A.; Naji-Esfahani, H.; Momeni-Ghale T.; Karimian, J.; Ebrahimi, A. (2013)	297 doentes com cancro da mama	Investigar o BES e a relação com os parâmetros demográficos em mulheres com cancro da mama, acompanhadas no Hospital de Oncologia, pertencente à Isfahan University of Medical Sciences	Questionário duas partes (informações demográficas e questionário padrão da Escala Bem-estar Espiritual)	É altamente recomendável que, em doentes oncológicos, seja aplicado um plano de cuidados holístico, baseado no cuidado espiritual, no desenvolvimento e na educação dos pacientes, uma	Quantitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Afeef, M.; Alkhoulli, L. (2010)	3 doentes com cancro nasofaríngeo	Compreender três narrativas de doentes com cancro que ilustram como o sofrimento reflete nos comportamentos e na vida quotidiana em sofrimento ao longo do percurso de doença	Três narrativas	vez que se considera melhorar o BES. A espiritualidade e o Sistema de crenças ajudam os doentes a suportar e a lutar contra a doença aliviando assim o sofrimento, melhorando a adaptação à doença e reforçando a esperança.	Qualitativa
Trevino, K.; Balboni, M.; Zollfrank, A.; Balboni, T.; Prigerson, H. (2014)	603 doentes oncológicos	Examinar a relação entre coping religioso negativo (NRC) e pensamentos suicidas em doentes com cancro avançado	Avaliação do Suicídio Yale; Brief RCOPE; Características demográficas autorreferidas Questionário de Qualidade de Vida McGill (MQOL) Escala de Desempenho de Karnofsky; Entrevista Clínica Estruturada baseada no DSM-IV (SCID); Escala generalizada de autoeficácia; Medida Multidimensional da Religiosidade / Espiritualidade	A avaliação do NRC nos doentes com cancro pode identificar sofrimento espiritual e aqueles que apresentam risco de comportamentos suicida. Com estes resultados sugerem intervenções direcionadas à redução do NRC no sentido de minimizar pensamentos suicida.	Mista

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Schultz, M.; Lulav-Grinwald, D.; Bar-Sela, G. (2014)	364 doentes oncológicos	Examinar quem anseia pelo cuidado espiritual em Israel e comparar os resultados com outros estudos em todo o mundo para desenvolver protocolos universais de triagem;	Questionário	Demonstrou que os doentes israelitas têm menor interesse no apoio religioso / espiritual	Qualitativa
Epstein-Peterson, Z.; Sullivan, A.; Enzinger, A.; Trevino, K.; Zollfrank, A.; Balboni, M.; VanderWeele, T.; Balboni, T. (2015)	339 doentes oncológicos, enfermeiros e médicos	Explorar o papel de R / S e SC na doença oncológica do ponto de vista doentes oncológicos, enfermeiros e médicos	Escala de Desempenho Karnofsky; Medida Multidimensional da Religiosidade e Espiritualidade; Questionário sobre o impacto do cuidado espiritual;	A maioria dos pacientes apresentava resultados positivos em cada tipo de SC. O SC é pouco frequente, bem como os seus elementos centrais. O treino baseado nos cuidados espirituais prevê o fortalecimento de CS, indicando assim a sua importância para o avanço da CS em contexto clínico.	Quantitativa
Skalla, K.; Ferrell, B. (2015)	29 doentes oncológicos	Verificar a viabilidade de um método de triagem descrevendo a espiritualidade, angústia e transformação espiritual em sobreviventes de cancro após quimioterapia de cancro no pulmão ou gastrointestinal	Questionário on-line	A oportunidade de crescimento espiritual entre os sobreviventes cria uma necessidade de intervenção e de avaliação eficazes para promover o crescimento espiritual, atenuando seu declínio bem como o seu sofrimento.	Quantitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Rassouli, M.; Zamanzadeh, V.; Ghahramanian, A.; Abbaszadeh, A.; Alavi-Majd, H.; Nikanfar, A. (2015)	10 doentes oncológicos e 7 enfermeiros	Explorar experiências de enfermeiros e de doentes sobre aspetos de cuidado espiritual e intervenções espirituais nas unidades de oncologia de Tabriz.	Entrevistas não-estruturadas	Os doentes e enfermeiros usavam crenças religiosas contidas no Islão, de modo a fortalecer a dimensão espiritual dos doentes oncológicos.	Qualitativa
Lo, G.; Chen, J.; Wasser, T.; Portenoy, R.; Dhingra, L. (2016)	321 doentes oncológicos	Avaliar as propriedades psicométricas e aceitabilidade da Escala de Experiências Espirituais Diárias - Chinesa (DSES-C) em imigrantes chineses na América com dor relacionada à doença oncológica	Escala de Experiências Espirituais Diárias - Chinesa (DSES-C)	Na América, os imigrantes chineses apresentam dor devido ao cancro, a DSES-C apresentou psicométrica aceitável. Os imigrantes que residem há mais tempo nos EUA estão mais propensos a expressar a sua espiritualidade e a experienciar a espiritualidade diariamente.	Quantitativa
Camargos, M.; Paiva, C.; Barroso, E.; Carneseca, E.; Paiva, B. (2015)	525 doentes oncológicos e 525 profissionais de saúde	Investigar a importância da espiritualidade / religiosidade (S / R) na vida dos doentes oncológicos bem como no trabalho dos profissionais de saúde que prestam assistência a esses doentes	Questionário sobre características sociodemográficas; Instrumento de pesquisa acerca da vinculação espiritual; Questionários acerca da qualidade de vida WHO (WHOQOL-Bref) e WHOQOL-SRPB	Ambos os grupos costumam usar recursos de S / R diariamente o que demonstra afetar positivamente as percepções de qualidade de vida.	Quantitativa
Gesselman, A.; Bigatti, S.; Garcia, J.; Coe, K.; Cella, D.; Champion, V. (2017)	498 casais	Avaliar a relação entre espiritualidade, sofrimento emocional e crescimento pós-traumático nos	Escala das Perspectivas Espiritual de Reed;	A espiritualidade associa-se ao crescimento positivo dos sobreviventes do cancro da	Quantitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
		sobreviventes de cancro da mama bem como nos seus parceiros	Impacto dos Eventos – Revisado; Inventário de Crescimento Pós-traumático	mama bem como, dos seus parceiros.	
Turhal, N.; Akinci, F.; Haciabdullahoglu, Y.; Dolmaci, M.; Sari, A.; Gurhan, N.; Mutlu, A.; Ozdemir, F.; Artac, M.; Kilickap, S. (2018)	235 doentes oncológicos	Averiguar as mudanças religiosas dos doentes oncológicos e determinar a extensão em que essas mudanças ocorreram ao receber um diagnóstico específico	Questionário	As mudanças nos hábitos e práticas religiosas são frequentemente uma parte do enfrentamento da ansiedade depois de ser diagnosticado com uma condição médica séria, como o câncer	Mista
Mollica, M.; Underwood, W.; Homish, G.; Homish, D.; Orom, H. (2017)	1093 doentes com cancro da próstata	Investigar a relação entre a espiritualidade e o arrependimento de opção do tratamento e comprovar a espiritualidade como causa de arrependimento	Questionário; Escala Terapêutica de avaliação funcional da doença crônica – spiritual escala de bem-estar (FACIT-Sp)	As crenças espirituais podem ajudar doentes com cancro de próstata na tomada de decisão do tratamento, reduzindo assim, o conflito interior.	Quantitativa
Sinclair, S.; Booker, R.; Fung, T.; Raffin-Bouchal, S.; Enns, B.; Beamer, K.; Ager, N. (2016)	100 doentes oncológicos	Examinar as relações entre fatores sociodemográficos, espirituais e religiosos e o crescimento pós-traumático, a qualidade de vida e o bem-estar espiritual em doentes submetidos a transplante de medula óssea e / ou de células-tronco	Avaliação Funcional da Terapia do Cancro - Transplante de Medula Óssea (FACT-BMT); Escala de Crescimento Pós-Traumático (PTGI); Avaliação Funcional da Terapia da Doença Crónica - Bem-Estar Espiritual (FACIT-Sp); Questionário sociodemográfico	A maioria dos doentes deste estudo recorreu à espiritualidade. Estes recomendam que outros doentes procurem apoio de um profissional de cuidado espiritual ou capelão. A espiritualidade, juntamente com fatores práticos e relacionais, teve um impacto positivo no crescimento pós-traumático, qualidade de	Quantitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
				vida e bem-estar espiritual e físico.	
Wang, C.; Chow, A.; Chan, C. (2017)	7 artigos científicos	Avaliar os efeitos da vida terapêutica no bem-estar espiritual, sofrimento psíquico e qualidade de vida em pacientes com cancro em fase terminal ou avançado	Revisão sistemática da literatura recorrendo à estratégia PRISMA	A terapêutica da vida é potencialmente eficaz facilitando o significado da vida, no alívio do sofrimento psico-existencial e melhora a qualidade de vida dos pacientes com cancro em fase terminal.	Qualitativa
Astrow, A.; Kwok, G.; Sharma, R.; Fromer, N.; Sulmasy, D. (2018)	727 doentes de hematologia e oncologia	Avaliar as necessidades espirituais numa amostra racial/ étnica e religiosamente mista dos doentes e investigar a associação entre necessidades espirituais e a percepção da qualidade e satisfação do cuidado	Escala de Avaliação das Necessidades Espirituais	Altos níveis de necessidade espiritual demonstra níveis mais baixos de satisfação bem como diminuição da percepção da qualidade do atendimento. O treino de profissionais para abordar as preocupações espirituais dos pacientes, com atenção às diferenças culturais, pode melhorar as experiências de cuidado dos pacientes.	Quantitativa
Kruizinga, R.; Scherer-Rath, M.; Schilderman, J.; Weterman, M.; Young, T.; Laarhoven, H. (2018)	52 doentes oncológicos	Analisar a relação entre o bem-estar espiritual, imagens de Deus e atitudes em relação à morte	EORTC QLQ-SWB32; imagens de Deus; Instrumento holandês de 27 itens desenvolvido por Scherer-Rath para avaliar as atitudes relativas à morte	A imagem de Deus relaciona-se negativamente com a qualidade de vida. O bem-estar espiritual ultrapassa as visões religiosas tradicionais. O desenvolvimento de uma	Quantitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
				nova linguagem em que demonstra diferentes imagens de um ser superior pode contribuir para a melhoria do bem-estar espiritual dos doentes.	
Siqueira,H.; Santos, M.; Gomez, R.; Saltareli, S.; Sousa, F. (2015)	17 crianças com cancro	Compreender a experiência da dor em crianças com câncer	Entrevista fenomenológica	A espiritualidade destaca-se na vida destas crianças.	Quantitativa
Benites, A.; Neme, C.; Santos, M. (2017)	10 doentes com diagnóstico de cancro avançado	Compreender as vivências de doentes com cancro em contexto de cuidados paliativos e o significado da espiritualidade perante a dor do adoecimento e a possibilidade de morte	Entrevistas fenomenológicas	Foi comprovada a importância da dimensão espiritual na vivência do processo de morrer, possibilitando a procura de sentidos para a vida e para a morte.	Qualitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
McNeil, S. (2016)	9 artigos	Analisar os estudos que foram realizadas em espiritualidade em adolescentes ou jovens adultos com cancro	Revisão da literatura	Os profissionais de saúde pediátricos necessitam de ser sensíveis às necessidades espirituais de seus doentes. Para isso, é necessário manter uma boa comunicação e garantir tempo ininterrupto para orar ou ler as obras sagradas. Devido à variedade de maneiras de expressar a espiritualidade, o primeiro passo importante é perguntar o que a espiritualidade significa para os doentes.	Qualitativa
Miranda, S.; Lanna, M.; Wanderley, F. (2015)	15 doentes oncológicos	Investigar inter-relações entre bem-estar espiritual, depressão e qualidade de vida durante o enfrentamento do cancro pelos pacientes da Casa de Apoio aos Pacientes com Câncer – Vencer	Escala analógica de avaliação do bem-estar espiritual; Escala de depressão Beck; Escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde; Entrevista semiestruturada	Os doentes apresentaram níveis de bem-estar espiritual e religioso moderados, sugerindo que o cancro favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento do sofrimento. As correlações apontam para a procura significativa do doente oncológico por espiritualidade e melhora na sua qualidade de vida	Mista

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Sousa, H; Guerra, M; Lencastre, L. (2015)	85 mulheres portadoras de cancro da mama	Analisar a relação das variáveis alexitimia, espiritualidade, assertividade, ansiedade, depressão e qualidade de vida, com o objetivo de construir um modelo preditor da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro de mama	Questionário Sociodemográfico e Clínico; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20); Escala de Avaliação da Espiritualidade; Escala de Assertividade de Rathus e Escala da Qualidade de vida (EORTC QLQC-30, v.3.0)	As mulheres portadoras de cancro são mais alexitímicas do que o resto da população e as estratégias de coping a que recorrem são à esperança/otimismo e à estratégia de coping baseada nas crenças espirituais/religiosas.	Quantitativa
Vilhena, E; Ribeiro, J; Silva, I; Pedro, L; Menezes, R.; Cardoso, H; Silva, Martins, A; Mendonça, D. (2014)	774 indivíduos	Identificar fatores psicossociais preditivos da qualidade de vida e bem-estar subjetivo em pessoas com doenças crónicas	Questionário sócio-demográfico e de suporte social; Questionário Medida de Adesão aos Tratamentos; Teste de orientação de vida revisado (LOTE-R); Escala Afeto Positivo e Negativo (PANAS); Escala Espiritualidade - Pinto e Pais Ribeiro	Os resultados deste estudo sugerem que o otimismo contribuiu para o reforço do bem-estar, da saúde mental e do bem-estar espiritual. Doentes mais ativos, com mais afeto positivo apresentavam um melhor bem-estar geral, uma melhor saúde mental e um melhor bem-estar espiritual. O afeto negativo comporta-se como um preditor negativo de qualidade de vida e do bem-estar espiritual.	Quantitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Morelli, A.; Scorsolini-Comin, F.; Santos, M. (2013)	1 casal	Compreender a experiência do casal que perdeu um filho portador de câncer, focalizando-se no impacto da morte sobre a relação conjugal	Entrevista semi-estruturada	A conjugalidade juntamente com a religiosidade/espiritualidade devem ser abordadas pelas equipas de saúde no atendimento aos familiares enlutados.	Qualitativo
Guerrero, G.; Zago, M.; Sawada, N.; Pinto, M. (2011)	14 doentes oncológicos	Compreender a relação entre espiritualidade e o cancro na perspetiva dos doentes oncológicos	Entrevista estruturada	A espiritualidade pode ser uma forma de estratégia de enfrentamento por parte do doente perante o cancro. Este pode atribuir significado ao processo saúde-doença, na procura da sobrevivência apegando-se à fé, para no sentido de minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança de cura durante o tratamento. A importância do reconhecimento da espiritualidade como estratégia de enfrentamento e a identificação das carências espirituais do doente fazem com que o	Qualitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
				profissional de enfermagem possa planejar e fornecer uma assistência de modo mais integral possível.	
Nascimento, L; Oliveira, F; Moreno, M; Silva, F. (2010)		Abordar o cuidado espiritual oferecido pela enfermagem, como parte dos pressupostos para a promoção da saúde de famílias que possuem crianças e adolescentes com cancro		A religião e a espiritualidade são fontes de conforto e esperança e têm auxiliado na melhor aceitação da condição crônica da criança e do adolescente	Qualitativa
Fornazari, S.; Ferreira, R. (2010)	10 doentes oncológicos do sexo feminino	Investigar o enfrentamento religioso em pacientes oncológicos	Entrevistas estruturadas	Os aspetos religiosos/espirituais das doentes oncológicas devem ser considerados, para que seja respeitada sua singularidade. O enfrentamento religioso pode ser considerado como elemento que contribui para a adesão ao tratamento, no	Qualitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Pinto, C.; Ribeiro, J. (2010)	426 doentes oncológicos	Analisar as diferenças da espiritualidade de acordo com as variáveis sócio-demográficas e clínicas num grupo de sobreviventes de cancro; Avaliar a correlação entre as dimensões da espiritualidade e a qualidade de vida	Questionário sócio-demográfico; Escala de espiritualidade e Escala da Qualidade de vida (EORTC QLQC-30)	enfrentamento da problemática, na redução do stresse e ansiedade e na busca de significado para a sua situação atual. Respeitar a crença do indivíduo, contribui também para uma melhor relação entre os profissionais de saúde e doente. No presente estudo a dimensão da espiritualidade é preditora de uma melhor qualidade de vida.	Quantitativa
Gobatto, C.; Cavalcanti, T. (2010)		Analisar a relação entre o coping religioso-espiritual e o cancro	Revisão da literatura	A adoção de um modelo integrativo das dimensões biopsicossociais e espirituais ainda representa um grande desafio da intervenção em saúde.	Qualitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Porto, S.; Carvalho, G.; Mota, M.; Ferreira, C. (2016)	8 doentes com cancro da prostata	Identificar e descrever as vivências de homens frente ao diagnóstico de cancro da próstata; Apresentar as estratégias de enfrentamento destes homens para lidarem com as repercussões do adoecimento.	Entrevistas semi-estruturadas	O sofrimento causado nos doentes a partir do diagnóstico de cancro da próstata, que foi enfrentado com o auxílio da família, dos médicos e da religiosidade/espiritualidade, mostra a importância de redes de suporte para o enfrentamento de problemas como o diagnóstico dessa mesma doença.	Qualitativa
Correia, D.; Cavalcanti, S.; Freitas, D.; Oliveira, B.; Tochetto, T. (2016)	234 doentes oncológicos	Descrever a importância da religiosidade/espiritualidade no processo saúde-doença sob a percepção de doentes em tratamento oncológico.	Questionário abordando as variáveis socioeconômicas, Índice de religiosidade Duke-Durel; História espiritual ACP e CSI - MEMO	Os dados revelam que a religiosidade/espiritualidade possuem altos níveis de importância no enfrentamento do processo saúde-doença para os doentes em tratamento oncológico	Quantitativa
Oliveira, P.; Queluz, F. (2016)	13 artigos	Avaliar a espiritualidade como estratégia de enfrentamento nos doentes oncológicos	Revisão da literatura	Os estudos mostraram que a espiritualidade correlacionam-se positivamente com a qualidade de vida, assim como na facilidade da aceitação da doença.	Qualitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Freire; M., Vasconcelos, M.; Silva, T.; Oliveira, K. (2017)	25 doentes oncológicos	Investigar como é que doentes com diagnóstico de cancro concebem o apoio religioso/espiritual em contexto hospitalar	Entrevistas	Verificou-se também que a espiritualidade trouxe benefícios aos pacientes oncológicos	Qualitativa
Pinto, C.; Gomes, B. (2012)	426 doentes oncológicos	Compreender as implicações do cancro na vida das mulheres	Questionários	Os resultados revelaram que a religiosidade/espiritualidade é uma estratégia importante no enfrentamento da doença oncológica, considerando que os doentes entrevistados relataram o significado positivo do apoio recebido, pois a fé proporciona uma maneira de pensar construtiva	Qualitativa
				Os profissionais de saúde em geral, e os profissionais de enfermagem em particular, devem ser capazes de compreender e ajudar estas mulheres a gerir o impacto do cancro nas suas vidas, promovendo uma abordagem holística dos cuidados, de forma a dar respostas às necessidades e	

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Furlan, M.; Bernard, J.; Vieira, A.; Santos, M.; Marcon, S. (2012)	3 doentes oncológicos do sexo feminino	Compreender a perceção de mulheres submetidas a mastectomia acerca do apoio social recebido aquando do enfrentamento do cancro da mama e da cirurgia de mastectomia	Entrevistas semi- estruturadas	às transições de vida que decorrem do confronto com este problema. A fé/espiritualidade foi um meio importante para amenizar os pensamentos negativos e stresses provocados pela doença.	Qualitativa
Elmescany, E.; Barros, M.; (2015)	Artigos e livros	Discutir a integração da espiritualidade na prática da terapia ocupacional em cuidados paliativos oncológicos	Revisão sistemática da literatura	O cuidado espiritual pode ser parte integrante da terapêutica ocupacional nos cuidados paliativos, com ênfase nas atividades significativas, de modo a auxiliar os doentes a viverem com sentido, a realizar os seus projetos de vida e a morrer com dignidade	Qualitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
Payán, Vinaccia e Quiceno (2011)	50 doentes oncológicos	Avaliar a relação da cognição frente à enfermidade e o bem-estar espiritual com a qualidade de vida em pacientes em estado terminal.	Inventário do bem-estar espiritual (SIWB); questionário de cognição para a doença do (ICQ); questionário de qualidade de vida (MQOL)	Espiritualidade e cognições positivas contra o processo de doença no estado terminal são mediadoras e moduladores da qualidade de vida no nível físico, psicológico, emocional, social, espiritual e econômico.	Quantitativa
Veit, M.; Castro, E. (2013)	7 doentes oncológicos do sexo feminino	Compreender o lugar que a religiosidade/espiritualidade em mulheres com cancro da mama com altos índices de coping religioso/espiritual positivo e as formas de coping utilizadas durante o diagnóstico e tratamento e as possíveis mudanças ocorridas durante a doença	Escala de Coping Religioso Espiritual (Escala CRE)	A relação positiva com Deus, é capaz de mobilizar força, esperança e conforto. Foi mencionado a necessidade de uma abordagem na qual os profissionais da saúde contemplem as crenças religiosas/espirituais das doentes, visando o estímulo das estratégias de coping positivas e uma reavaliação das negativas	Qualitativa
Pinto, S.; Caldeira, S.; Martins, J. (2012)	92 doentes oncológicos sujeitos a quimioterapia	Analisar algumas variáveis que afetam a espiritualidade dos doentes com cancro sujeitos à quimioterapia; Analisar os níveis de espiritualidade e verificar a existência de diferenças	Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de saúde; Questionário sociodemográfico;	A idade e a prática religiosa influenciam a vivência da espiritualidade. Os mais idosos assim como os menos instruídos tendem a valorizar a dimensão da espiritualidade. A	Quantitativa

Autores	Amostra	Fenómeno de Interesse	Design	Avaliação	Tipo de pesquisa
		nestes em função das variáveis em estudo		espiritualidade atua como mecanismo de coping ajudando a pessoa a lidar com o sofrimento e com as incertezas acerca do futuro.	
Silva, J; Araújo, V.; Cardoso, B.; Cardoso; M. (2015)	1 doente oncológico do sexo feminino	Demonstrar a integração da dimensão espiritual ao binômio saúde-doença	Escala analógica visual (EVA); Escala de Performance Paliativa (PPS)	O estudo de caso retratou importância do reconhecimento da dimensão espiritual na avaliação adequada da dor total, nos casos refratários ao tratamento farmacológico. Destaca ainda a dimensão espiritual como fator intensificador da dor e do sofrimento na finitude	Mista

Observando a Tabela 2, verifica-se num modo geral, que os estudos pretendiam analisar a correlação entre a espiritualidade e o enfrentamento da doença oncológica através de várias formas. De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, identificaram-se um conjunto de artigos em que a espiritualidade foi utilizada, apresentando-se, de forma resumida, as frequências na Tabela 3.

Tabela 3 - Espiritualidade como Estratégia de Enfrentamento

Resultados da aplicação da espiritualidade como estratégia de enfrentamento	Nº de artigos
Superação dos sentimentos negativos- Stress, Ansiedade, Depressão	6
Dar significado à vida, paz esperança	11
Melhoria da qualidade de vida e conforto	7
Sensação de defesa	1
Procura apoio social	2
Bem-estar espiritual	2
Enfrentamento da doença	9
Alívio do sofrimento e da dor	3
Tomada de decisão acerca do tratamento/intervenção	3
Crescimento positivo interior	3
Artigos que contrariam os anteriores	
Imagens de Deus relacionam-se negativamente com a qualidade de vida e bem-estar espiritual	1
Níveis de ansiedade e depressão não se alteram	1

De seguida, será descrito de forma mais pormenorizada, para as situações identificadas na Tabela 3 com mais do que 5 artigos, como os autores concluíram que a espiritualidades teve efeitos positivos no enfrentamento da doença nas suas várias vertentes.

Enfrentamento da doença oncológica

No que se refere à utilização da espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença, em geral, os autores Guerreiro, Zago, Sawada e Pinto (2011), concluem que a espiritualidade pode ser uma potencial ferramenta no enfrentamento da doença oncológica, uma vez que é o próprio doente que atribui, ou poderá atribuir, significados à dimensão saúde-doença. Assim sendo, este procura a sobrevivência recorrendo à fé, com o intuito de obter a cura, aumentando assim a sua esperança e/ou de diminuição do sofrimento. Estes autores afirmam ainda que a importância da espiritualidade como estratégia de

enfrentamento da doença oncológica, bem como, as identificações das necessidades espirituais do doente oncológico permitem que o profissional de saúde planeie e cumpra um plano de cuidados o mais holístico possível. Estas conclusões vão de encontro aos resultados de vários outros autores tais como Fornazari e Ferreira (2010), relatam que:

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que o paciente oncológico deve ser compreendido em sua totalidade, e que seus aspectos religiosos/espirituais devem ser considerados, para que ele seja respeitado em sua singularidade bem como em suas crenças e valores. Cabe destacar que o enfrentamento religioso pode apresentar-se como elemento que contribui na adesão ao tratamento, no enfrentamento da problemática, na redução do estresse e ansiedade, e na busca de significado para sua atual situação. (p. 270)

Os autores Porto, Carvalho e Fernandes (2016), concluem que:

O adoecimento promoveu mudanças significativas na vida dos homens entrevistados, afetando suas identidades, que diante do sofrimento experimentado buscaram apoio na família, nos médicos e na religiosidade/espiritualidade como forma de apoio para o enfrentamento da problemática representada pelo câncer de próstata, o que demonstra a relevância de redes de suporte para o enfrentamento de problemas como o diagnóstico dessa enfermidade. (p. 88)

Correia, Cavalcanti, Freitas, Oliveira e Tochetto, (2016), afirmam no seu estudo que:

Com esse estudo pôde-se identificar a influência positiva da fé entre os entrevistados no enfrentamento do processo saúde-doença, mostrando que, em muitas ocasiões, a religiosidade pode vir a ser não só uma estratégia de enfrentamento pessoal, como de força pró-social e também um método de controle comportamental. Sem minimizar a importância indiscutível do tratamento convencional para o câncer, nota-se que o tratamento médico

pode trabalhar muito bem em conjunto com esses valores e crenças do paciente oncológico. (p. 2903)

Os autores Freire, Vasconcelos, Silva e Oliveira (2017), concluem que:

According to the results, it was concluded that religiosity/ spirituality is a very important tactic in coping with oncological disease. This is justified because the patients interviewed reported the positive meaning of the support received, because faith provides a constructive way of thinking. This work brings contributions by providing subjective data verbalized by the patients that indicate the importance of including religious/spiritual support in the treatment of cancer patients and by understanding that religiosity and spirituality support cancer patients in the coping process of the disease. (p. 361)

Os investigadores Danhauer, et al., (2013), afirmam que:

Use of strategies such as positive reframing can help to recognize potential positive changes related to breast cancer. The associations between baseline illness intrusiveness and increases in spirituality and mental health with greater PTG are also consistent with PTG theory. (p. 6)

De acordo com os resultados dos estudos dos investigadores Miranda, Lara e Lanna e Felipe (2015), estes revelam que:

Nessa pesquisa, toda a população estudada apresentou bem-estar espiritual e religioso moderados, o que sugere que o câncer favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento do sofrimento, como fonte de esperança de cura e como ressignificação do sentido da vida e da morte. (p. 881)

No estudo de Oliveira e Queluz (2016), os autores concluíram que: (. . .) “O presente estudo permite concluir que a espiritualidade tem influência positiva no enfrentamento do câncer em pacientes oncológicos” (p. 152).

No estudo realizado por Silva, Araújo, Cardoso e Cardoso (2015), observa-se que a espiritualidade para além de ser imprescindível para no enfrentamento da doença oncológica, é também benéfico para o controlo e alívio da dor.

A abordagem das questões do fim da vida, de forma coerente, com os valores culturais, religiosos e espirituais da paciente por meio da atuação da capelania foi primordial para o desfecho do controle da dor e alívio do sofrimento. Recentemente, foram constatadas evidências de que é comum o comportamento de busca de tratamento espiritual quando não se acham respostas concretas no campo médico pelos pacientes, justificando assim a importância da espiritualidade no enfrentamento de condições crônicas. (p. 73)

Tomada de decisão acerca do tratamento/intervenção

No que diz respeito à utilização da espiritualidade como estratégia de coping na tomada de decisão acerca do tratamento da doença oncológica os autores Mollica, Underwood, Homish, Homish e Orom (2017), no estudo que realizaram referem que *“in summary, these results extend our current knowledge of spirituality and adjustment to illness, indicating that spiritual beliefs may help patients with prostate cancer navigate treatment decision-making by reducing decisional conflict, and ultimately, decisional regret after prostate cancer treatment”* (p. 1844).

Os resultados do estudo desenvolvido por McNeil (2016), demonstram que:

There is a need for both more qualitative and quantitative studies of spirituality in adolescents with cancer. Spirituality had been shown to be important to children and adolescents with cancer. Prayer, meditation, reading the Bible, attending church services, and a feeling of connectedness were all mentioned as aspects of spirituality used by the adolescents in the studies reviewed. (p. 61)

Segundo os autores Gesselman et al. (2017), o seu estudo demonstra *“that spirituality is positively associated with more post-traumatic growth in BC survivors and*

their partners”. Contudo os autores afirmam ainda que “ *we cannot know whether spirituality causes post-traumatic growth or increased spirituality is a consequence of post-traumatic growth*” (p. 1697).

Crescimento positivo interior

No que diz respeito à utilização da espiritualidade como estratégia de coping para o crescimento positivo interior os autores Schultz, Lulav-Grinwald e Bar-Sela (2014), afirmam que “*We found that receipt of spiritual care was a positive experience, leaving patients wanting future visits from the spiritual caregiver*” (p. 10).

As conclusões a que chegaram os autores mencionados vão de encontro aos resultados de outros autores, tais como Surbone e Baider (2010), consideram no seu estudo que “ *. . . the ability to provide optimal oncology care is mostly based on knowing how to share, rather than simply to address, the many dimensions of patients’ experience of cancer, including spiritual ones*” (p. 233).

Segundo os autores Gesselman et al. (2017), o seu estudo demonstra que “ *. . . that spirituality is positively associated with more post-traumatic growth in BC survivors and their partners*”. Contudo os autores afirmam ainda que “ *. . . we cannot know whether spirituality causes post-traumatic growth or increased spirituality is a consequence of post-traumatic growth*” (p. 1697).

Superação dos sentimentos negativos: stress, ansiedade e depressão

No que diz respeito à utilização da espiritualidade como estratégia de superação dos sentimentos negativos – Stress, Ansiedade e Depressão, os autores Travado et al. (2010, no estudo que realizaram concluíram que a espiritualidade era encarada como fator protetor contra sentimentos negativos relacionados com a doença, onde relatam que “*Spirituality, particularly, seems to play a protective role towards psychological morbidity, specifically depression, as observed... Spiritual patients presented significantly lower levels of psychological morbidity, and reported to be significantly less depressed than non-spiritual patients*” (p. 410).

As conclusões a que chegaram os autores mencionados vão de encontro aos resultados de outros autores, tais como Maliski, Connor, Williams, & Litwin (2010), onde referem que:

Our findings suggest that faith, as a manifestation of spirituality, supports positive coping by low-income African American/black men treated for prostate cancer as they deal with the shock of their diagnosis. It gives them a framework to reframe perceptions such that they integrate the illness experience into their lives through purposeful acceptance or resignation; Consistent with our findings, it has been shown that religion-affiliated, uninsured patients demonstrate adequate coping and more hopeful attitudes toward their pain and symptom management and that African Americans/blacks perceive cancer survival as a gift from God, making “giving back” an important part of their faith. (p. 9)

Segundo o estudo desenvolvido por Furlan, Bernard, Vieira, Santos e Marcon (2012), obtem-se como resultado o seguinte: “fé/espiritualidade foi um meio importante para amenizar os dissabores e estresses que essas mulheres vivenciaram” (p. 72).

Os autores Turhal et al. (2018), concluíram no seu estudo que:

The changes in one’s religious habits and practices are frequently a part of coping with anxiety after being diagnosed with a serious medical condition such as cancer; . . . are related to the degree of personal threat that one might perceive, and since cancer is generally a major life-threatening medical condition, it has a substantial effect on one’s spiritual behaviours. (p. 565)

Segundo Veit & Castro (2013), concluíram com o seu estudo que a espiritualidade é utilizada com estratégia para minimizar sintomas de stress decorrente da doença oncológica.

O presente estudo revelou que as mulheres utilizam mais estratégias de coping religioso/espiritual positivo do que de CRE negativo para lidar com o estresse gerado pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama (. . .)

Esses achados sugerem que o CRE positivo ajuda as pacientes a lidar com o

estresse da doença, podendo servir como um recurso potencial durante o tratamento.” (p. 432)

Os autores Payán, Vinaccia e Quiceno (2011), concluíram no seu estudo que:

Respecto al bienestar espiritual (SIWB), se observa que específicamente la dimensión autoeficacia, tuvo una relación directamente proporcional con la dimensión de beneficios percibidos de ICQ e inversamente proporcionales con desesperanza del ICQ y síntomas psicológicos del MQOL. Esto indica que la capacidad para resolver los problemas de la forma esperada por parte de los pacientes, se asocia a cogniciones positivas frente a las consecuencias de la enfermedad; y los sentimientos de desamparo, desesperanza, depresión, preocupación, tristeza e incertidumbre hacia el futuro pueden verse disminuidos. (p. 88)

Procura de apoio social

No que diz respeito à utilização da espiritualidade como estratégia de procura de apoio social, os autores Lo, Chen, Wasser, Portenoy e Dhingra (2016), no estudo que realizaram concluíram que *“Religious involvement is associated with increased social support across Chinese and non-Chinese populations and may be particularly protective for immigrants coping with cancer”* (p. 288).

As conclusões a que chegaram os autores mencionados vão de encontro aos resultados de outros autores, tais como Gobatto e Araújo (2010), concluem que existem *“diversos benefícios proporcionados pela utilização de estratégias positivas de coping religioso-espiritual, como por exemplo: maior adesão ao tratamento, facilitação do acesso a redes de suporte e integração social”* (p. 59).

Alívio do sofrimento e da dor

No que diz respeito à utilização da espiritualidade como estratégia de alívio do sofrimento e da dor, os investigadores Trevino, et al. (2014), demonstraram que *“this study*

has potential implications for reducing suicidal ideation in patients with advanced cancer. Integrating spiritual care providers into the treatment team may promote identification of patients using NRC strategies, treatment of spiritual distress, and reduction of suicidal ideation” (p. 943).

Segundo os resultados dos autores Morelli, Scorsolini-Comin e Santos (2013), estes constatam que:

A experiência religiosa cumpriria um duplo papel na história de Margarida: (1) de um lado, prover suporte e alívio ao sofrimento insuportável, oferecendo uma explicação reconfortante acerca da morte inaceitável do filho; e (2) de outro lado, inibir e cercear a livre expressão da dor e do sofrimento, que podem ocorrer até mesmo muito tempo após a perda. (p. 2718)

No estudo desenvolvido pelos autores Siqueira, Santos, Gomez, Saltareli e Sousa (2015), é mencionado que:

O relato das crianças do presente estudo, o qual desvelou que, nos momentos de desespero, a espiritualidade ou busca por auxílio divino emergiu como fator importante permitindo recuperar as forças e o equilíbrio emocional, necessários ao enfrentamento do sofrimento no período de internação devido ao tratamento oncológico. (p. 668)

Dar significado à vida, paz esperança

No que diz respeito à utilização da espiritualidade como estratégia de atribuir significado à vida, paz e esperança, os investigadores Afeef e Alkhoully (2010), acreditam que:

That relational intimacy between patient and health care providers is an important component in the partnership experience which strong enough to overcome the patients feelings toward suffering through openness. The holistic nursing care in especially the psychosocial support is really crucial in oncology practice. Therapeutic listening, touching, acknowledging,

honoring patient's wishes and working as multidisciplinary team are occupied great needs of oncology patients them redefining hope and joy in their life's. (p. 126)

As conclusões a que chegaram os autores mencionados vão de encontro aos resultados de outros autores, tais como Epstein-Peterson et al. (2015), que afirmam:

This study demonstrates a low rate of another core element of SC provision—chaplaincy referrals, with fewer than 5% of patients with advanced cancer reporting having ever been referred to a chaplain by their nurses and physicians. Commensurate with this infrequency, only 7% and 5% of nurses and physicians, respectively, reported having ever referred any of their last three patients with advanced cancer seen in clinic to a chapla. The potential impact of chaplaincy is manifold, including availing of critical support resources for the patient, easing emotional and spiritual suffering, helping the patient to find meaning, and achieving peace and reconciliation. (p. 755)

Segundo Pinto, Caldeira e Martins (2012), os resultados do seu estudo indicam que a espiritualidade e a esperança estão interligadas, assim sendo eles afirmam que “Á medida que a idade avança parece existir uma maior tendência para olhar a vida numa outra perspectiva, menos materialista e mais transcendental, pois nas pessoas mais idosas há uma maior predisposição para a espiritualidade surgir acoplada à religiosidade” (p. 12).

Os autores Skalla e Ferrell (2015), afirmam que “*it is critically important to address spirituality in survivors to facilitate the search for meaning, which supports coping and quality of life and minimizes spiritual distress from the cancer experience*” (p. 102).

Rassouli et al. (2015), referem que “*The findings of this study showed the influence of spirituality, especially religion, in shaping the meaning of life and death and exploring the nursing interventions for meeting the spiritual needs of patients with cancer*” (p. 31).

Segundo Benites, Neme e Santos (2017), a dimensão espiritual torna-se importante para as pessoas que se encontram em situações vulneráveis uma vez que, estas conseguem sobreviver à dor e ao sofrimento sentido mas também salientam que “a consciência da possibilidade iminente da morte e de sua condição de paciente em cuidados paliativos, evidenciou-se o papel da dimensão espiritual na manutenção da esperança” (p. 278).

Os investigadores Sousa, Guerra e Lencastre (2015), referem no seu estudo que:

Quanto à espiritualidade, destaca-se a dimensão esperança/otimismo quando comparada com a dimensão crenças espirituais/religiosas. Tal poderá sugerir que, para as mulheres da nossa amostra, a esperança/otimismo é uma estratégia de *coping* adaptativa e protetora da sua qualidade de vida, mesmo perante todos os desafios que a doença implica para o seu funcionamento global. (p. 48)

Os autores Pinto e Gomes (2012), afirmam no seu estudo que:

É neste sentido compreensível que as pessoas se virem para a religião/espiritualidade a seguir ao cancro, de forma a restabelecer uma imagem do mundo não ameaçadora, face ao que se descobriu com a ameaça decorrente de ter tido uma doença oncológica. (p. 39)

Os investigadores Elmescany e Barros (2015), no seu estudo mencionam que:

A espiritualidade faz parte da essência dos cuidados paliativos, pois a sua vivência suscita indagações sobre o significado da vida, a relação da humanidade consigo mesmo, com outros e com o universo. Nele, os pacientes terminais podem se tornar desmotivados e passivos, tristes ou deprimidos, com dificuldade para dar qualquer significado ao sofrimento. (p. 20)

Os autores Nascimento, Oliveira, Moreno e Silva (2010), no seu estudo afirmam que “religião e a espiritualidade são fontes de conforto e esperança e têm auxiliado na melhor aceitação da condição crônica da criança e do adolescente” (pág. 439).

Astrow et al (2018), no seu estudo afirmam que *“This is consistent with smaller studies which found that for patients with cancer, finding hope, meaning, and a connection to a sense of transcendent presence were more pressing needs than specific discussion about dying”* (p. 61).

Bem-estar espiritual

No que respeita à utilização da espiritualidade como estratégia de bem-estar espiritual, os autores Musarezaie, Najj-Esfahani, Momeni-Ghale, Karimian e Ebrahimi, (2013), chegaram à conclusão que *“it is strongly recommended that in patients with cancer, applying a holistic care plan based on spiritual care development and education of patients be considered, to improve their SWB”* (p. 6).

De acordo com Vilhena et al. (2014), referem que *“Os resultados deste estudo sugerem que o otimismo disposicional contribuiu para o reforço do bem-estar, da saúde mental e do BES”* (p. 229).

Sensação de defesa

Recorrendo à espiritualidade como estratégia de defesa para a superação da doença oncológica os autores Davey, Kissil, Niño e Ingram (2012), concluíram que:

It seems as if the cancer became something that the family fought and struggled with together. The availability and willingness of family members to provide instrumental and emotional support to the sick parent and the children were reported as crucial to their successful coping. Family intervention programs could capitalize on this family support while working with African American cancer patients and their families.”; Many talked about being a blessing to others on a similar journey through actively participating in cancer related events. (p. 110)

Melhoria da qualidade de vida e conforto

Atendendo à qualidade de vida através da espiritualidade para a superação da doença oncológica os investigadores Piderman et al. (2014), afirmam que:

The results of this study support previous findings indicating that a multidisciplinary intervention which includes a chaplain-led spiritual component has a significant impact on overall QOL and spiritual QOL in patients with advanced cancer during the challenging experience of active radiation therapy. (p. 6)

Os autores Camargos, Paiva, Barroso, Carneseca e Paiva (2015), afirmam que: Spirituality/religiosity is an important construct in the minds of cancer patients and of health professionals who are involved in the care of cancer patients. Furthermore, the participants reported that S/R helped them face problems (. . .) Religious coping can be an important factor influencing the QOL of patients with cancer. (p. 13)

Os resultados do estudo segundo os autores Clay, Talley e Young (2011), demonstram que:

The findings from our study raise the question of whether improving the colorectal and lung cancer survivors' sense of meaning/peace might be an intervention that may enhance psychosocial adjustment and quality of life. Spirituality is the least understood domain of quality of life in cancer survivors as it relates to well-being, yet there is some consensus that it is a very important construct for understanding how survivors cope. (p. 25)

Segundo Sinclair et al. (2016), afirmam que *“study results also suggest that spirituality is not only important to patients, but also may enhance quality of life and enable patients to find meaning in the midst of uncertainty, poor physical well-being, and illness related trauma”* (p. 779).

De acordo com os investigadores Pinto e Ribeiro (2010):

Muitas pessoas encontram a espiritualidade na prática de uma religião ou na sua relação com o divino (. . .) No entanto, outras encontram a espiritualidade na sua ligação com os outros, com a natureza, na arte, ou através de um conjunto de valores e princípios ou na busca de uma verdade

científica, ou ainda no confronto com uma doença como o cancro que leva as pessoas a enfrentar a própria finitude (. . .) No presente estudo é esta dimensão horizontal da espiritualidade que é preditora de uma melhor qualidade de vida. (p. 55)

Os autores Phelps et al. (2012), no seu estudo demonstram que *“most patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses believe routine SC would benefit patients. Our data suggest that SC, when offered appropriately and sensitively, could significantly enrich patients' emotional well-being and patient-provider relationships”* (p. 6).

Wang, Chow e Chan (2017), concluem no seu estudo que:

Our results of meta-analysis suggested favorable effects of therapeutic life review on spiritual well-being, psychological distress, and overall QOL(. . .) Of the three outcomes examined in this review, only the pooled effect size of life review interventions on overall QOL remained statistically significant at follow-ups up to 3 months after the intervention. (p.11)

Estudos que contrariam a espiritualidade como estratégia de enfrentamento

Os autores King et al. (2003), concluíram que:

Our results suggest that stronger spiritual beliefs do not mitigate anxiety and depression in people with advanced cancer, but we cannot judge if spirituality is irrelevant to other aspects of wellbeing, or whether more complex processes near death are occurring, which limit any possible measurable advantage. (p. 2511)

Para os autores Kruizinga et al. (2017), a espiritualidade não apresenta qualquer benefício para as pessoas portadoras de doença oncológica:

After being diagnosed with a serious illness, and controversially, approximately one-fifth of non-prayers began to pray after they found out about the change in their medical condition (. . .) For our participants, an Unknowable Image of God had a negative relationship with their SWB.

Furthermore, specific images of God (Personal or Non Personal) are not associated with domains of SWB. Together, these findings suggest that spiritual wellbeing surpasses traditional religious views. (p. 6)

Em suma, de um modo geral e constatando através dos 46 artigos acima mencionados, pode-se afirmar que a espiritualidade é utilizada como estratégia de coping no enfrentamento da doença oncológica em quase todo mundo, apesar de em Portugal o interesse por esta temática seja recente. Contudo, na análise deste estudo, encontraram-se dois artigos que contrariam a espiritualidade enquanto estratégia de coping no enfrentamento da doença oncológica mencionando que esta não aporta qualquer benefício para os doentes oncológicos. Quanto há questão “A espiritualidade é benéfica no enfrentamento da doença oncológica?” pode-se afirmar que esta estratégia de coping é deveras benéfica para o enfrentamento da doença oncológica, uma vez que esta contribui na qualidade de vida, bem-estar e conforto, na diminuição de sentimentos negativos, no alívio do sofrimento e da dor, na atribuição do significado e propósito à vida, paz e esperança, na procura de apoio social, na própria defesa, no crescimento pessoal e na tomada de decisão acerca dos tratamentos que estão adjacentes.

Conclusão

Uma pessoa que esteja a passar por um acontecimento mais debilitante que, neste caso diz respeito à doença oncológica, tem para trás uma história e um trajeto de vida que não se restringe somente à doença. E, os profissionais de saúde não se devem esquecer de que os cuidados a prestar devem atender a todas as dimensões do ser humano, isto é, à dimensão biopsicossocial e espiritual. Porém, e conforme os resultados encontrados nesta revisão integrativa da literatura, o complexo biopsicossocioespiritual é o que distingue o ser humano e como tal, esta dimensão não deve ser desvalorizada ou desprezada (Matos, 2016).

A pessoa portadora de doença oncológica deve ser vista holisticamente, isto é, na sua totalidade, e a sua espiritualidade/religiosidade deve ser aceite, compreendida, prezada e incluída nas intervenções subjacentes aos doentes, contribuindo assim para um cuidado de saúde pormenorizado e individual (Oliveira, 2016).

Os objetivos foram atingidos e, assim sendo pode-se responder à questão de investigação formulada sendo ela: “A espiritualidade é uma estratégia utilizada no enfrentamento da doença oncológica?” a resposta é positiva e como podemos comprovar com a maioria dos autores que a espiritualidade enquanto estratégia de coping no enfrentamento da doença oncológica é benéfica. Contudo, apela-se para que sejam realizados mais estudos científicos com o intuito de fazer chegar o benefício desta estratégia a todo o espectro de profissionais das diferentes áreas e dos diferentes contextos mais especificamente na área da saúde pois, é neste contexto que a pessoa se sente mais debilitada e por vezes condicionada devido ao ambiente hospitalar, pois é neste que muitas vezes vive-se situações desagradáveis e hostis (Pinto, 2011).

Com este trabalho pode-se concluir que a espiritualidade como estratégia de enfrentamento na doença oncológica aporta benefícios no enfrentamento da doença oncológica. Através desta estratégia os doentes oncológicos obtêm ganhos na qualidade de vida, no seu bem-estar e conforto, no crescimento pessoal, sensação de defesa e na manutenção da esperança. Contribui também para a clarificação do significado e propósito de vida, na tomada de decisão acerca dos tratamentos e ainda, auxilia na superação e diminuição de sentimentos negativos como o stress, ansiedade, depressão e sensação de dor.

Podemos ainda aferir que este tipo de estratégia pode ser enquadrado nas terapias não farmacológicas uma vez que, como menciona a bibliografia, há ganhos em saúde e diminuição de sensação de dor. Posto isto, propõe-se aos profissionais de saúde intervenções

que incluam a espiritualidade no dia-a-dia dos seus doentes contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto, na diminuição de sentimentos negativos na esfera psicológica, na minimização do sofrimento e dor, etc. Assim sendo, frisa-se para a possibilidade da diminuição na administração de fármacos contribuindo para a diminuição da polimedicação e intoxicação pelos mesmos contribuindo ainda a nível económico para a redução os custos de certos fármacos diminuindo assim a despesa de Estado.

Dada a escassez de bibliografia no âmbito da espiritualidade pode-se concluir que este tema uma vez que ou seja ainda um tabu quer por ainda nos dias de hoje suscitar debate no seio científico (Nascimento, 2010), e/ ou quer porque a área da saúde ainda não se sinta confortável na prestação de cuidados englobando esta dimensão.

Como limitações ao estudo aponta-se o fator tempo, pois no início desta investigação ponderou-se como ferramenta a estratégia PICO ou PEO mas por fim, e após contínua pesquisa, optou-se pela ferramenta SPIDER que, embora seja uma ferramenta recente, é uma ferramenta útil para estudos de revisão integrativa da literatura em que o tema a investigar seja recente como o caso da espiritualidade, pois permite a análise dos três tipos de investigação, ou seja, qualitativa, quantitativa e mista.

Apesar das limitações do estudo, alertamos para a emergência de olhar para o ser humano, neste caso para o doente oncológico, enquanto ser biopsicossocial e espiritual incrementando a estratégia da espiritualidade no enfrentamento da doença oncológica e, assim, consequentemente contribuir para o aumento da autoestima, força interior, conforto, bem-estar e qualidade de vida. Para isto, frisamos a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde no sentido de compreenderem, aceitarem e saberem lidar com temas relacionados com a espiritualidade e também, a inclusão da espiritualidade nas intervenções/tratamentos das pessoas portadoras de doença oncológica.

O fator tempo marcou, sem dúvida, o curso da investigação e, por isso, foram muitas as opções que tivemos de ir tomando, de modo a alcançarmos as metas definidas nos prazos propostos.

Referências Bibliográficas

- Afeef, M., & Alkhoulli, L. (2010). Surprised by Joy: a Journey through Suffering. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 11, 125-126.
- Antoniuzzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.
- APCP. (s.d.). *Cuidados Paliativos: O que são?* Obtido de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>
- Astrow, A., Kwok, G., Sharma, R., Fromer, N., & Sulmasy, D. (2018). Spiritual needs and perception of quality of care and satisfaction with care in hematology/medical oncology patients: a multicultural assessment. *Journal of pain and symptom management*, 56-64.
- Benites, A., Neme, C., & Santos, M. (2017). Significance of spirituality for patients with cancer receiving palliative care. *Estudos de Psicologia*, 269-279.
- Benito, E., Barbero, J., & Dones, M. (2014). *Espiritualidad en Clínica: Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: Monografías SECPAL.
- Bloom, J. R. (1983). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 17, 1329-1338.
- Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Botelho, L. L., Cunha, C. C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, pp. 121-136.
- Brinkman, D. D. (1989). *A evaluation of the spiritual well-being scale: reliability and response measurement*. University Microfilms International: Dissertation Abstracts International.
- Brinkman, D. D., & Bufford, R. K. (1990). *Spiritual well-being scale: a psychometric evaluation*. Western Conservative Baptist Seminary: Unpublished manuscript.
- Bufford, R. K., Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Norms for the spiritual well-being scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 56-70.
- Camargos, M., Paiva, C., Barroso, E., Carneseca, E., & Paiva, B. (November de 2015). Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity. *Medicine*, 94, pp. 1-15.

- Carpenito-Moyet, L. (2011). *Manual de Diagnóstico de Enfermagem*. Porto Alegre: ARTMED.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66, 184-195.
- Chochinov, H. (2002a). Dignity-conserving care - a new model for palliative care. *JAMA*, 287, 2253-2260.
- Chochinov, H. (2002b). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science and Medicine*, 54, 433-443.
- Clay, K., Talley, C., & Young, K. (1 de January de 2011). Exploring spiritual well-being among survivors of colorectal and lung cancer. *J. Relig. Spiritual Soc. Work*, 29, 1-16.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, CIPE: Versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cooke, A., Mills, T., & Lavender, T. (2010). "Informed and uniformed decision making" - Womens's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: A meta-synthesis.
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative health research*, 10, 1435-1443.
- Correia, D., Cavalcanti, S., Freitas, D., Oliveira, B., Tochetto, D., & Maria, T. (2016). A importância da religiosidade/espiritualidade na perspectiva dos pacientes oncológicos. *Journal of Nursing UFPE/ Revista de Enfermagem UFPE*, 2895-2905.
- Costa, D. S. (2010). *Espiritualidade: Um recurso importante na terapêutica do paciente oncológico*.
- Dal-Farra, & Geremia. (2010). Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 587-597.
- Danhauer, S., Case, L., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., . . . Avis, N. (December de 2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology*, pp. 1-15.
- Davey, M. P., Niño, A., Kissil, K., & Ingram, M. (July de 2012). Experiences Navigating Breast Cancer While Caring for Their Children. *Qualitative Health Research*, 22, 1260-1270.
- Davies, E., & Higginsom, I. (2004). *Palliative Care*. London: Fondazione Floriani.

- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho. (06 de junho de 2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Diário da República. Série I-A n.º 109.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 04 de setembro. (04 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República. Série I. n.º 205.
- Decreto-Lei n.º 52/2012 de 05 de setembro. (05 de setembro de 2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República. 1.ª Série. n.º 172.
- Direção-Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Donato, S. C., Matuoka, J. Y., Yamashita, C. C., & Salvetti, M. d. (2016). Efeitos da terapia da dignidade para pacientes em fase final de vida: revisão sistemática. *Journal of school of nursing*, 1011-1021.
- Duarte, F. M., & Wanderley, K. d. (Janeiro - Março de 2011). Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27, pp. 49-53.
- Elmescany, E., & Barros, M. (2015). Espiritualidade e terapia ocupacional: reflexões em cuidados paliativos. *Revista do NUFEN*, 1-24.
- Epstein-Peterson, Z., Sullivan, A., Enzinger, A., Trevino, K., Zollfrank, A., Balboni, M., & Balboni, T. (2015). Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 750-757.
- Espinha, D., & Lima, R. (2012). Spiritual dimension of children and adolescents with cancer: an integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 161-165.
- Ferreira, R. E. (2010). *Religiosidade/Espiritualidade em pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde*. Universidade Estadual Londrina. Brasil: Universidade Estadual Londrina.
- Fisher, J. W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*, 29-49.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (Setembro de 1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Fornazari, S., & Ferreira, R. (2010). Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 265-272.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

- Freire, M., Vasconcelos, M., Silva, T., & Oliveira, K. (abril - junho de 2017). *Cuidado é fundamental*. Obtido em maio de 2018, de Unirio:
seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4906/pdf_1
- Freire, M., Vasconcelos, M., Silva, T., & Oliveira, K. (abril-junho de 2017). Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. *Cuidado é Fundamental*, pp. 356-362.
- Funch, D. P., & Marshall, J. R. (1984). Self-reliance as a modifier of the effectes of life stress and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 9-15.
- Furlan, M., Bernardi, J., Vieira, A., Santos, M., & Marcon, S. (January/March de 2012). percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social. *Cien. Cuid. Saude*, pp. 66-73.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Reista Latino-Americana de Efermagem*, pp. 549-556.
- Ganong, L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurs. Health.*, pp. 1-11.
- Garssen , B., Uwland-Sikkema, N. F., & Visser, A. (2014). How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. *Springer Science+Business Media*, 1249-1265.
- Geronasso, M. C., & Coelho, D. (2012). A influência da Religiosidade/Espiritualidade na qualidade de vida das pessoas. *Saúde e meio ambiente - Revista interdisciplinar*, 173-187.
- Gesselman, A., Bigatti, S., Garcia, J., Coe, K., Cella, D., & Champion, V. (2017). Spirituality, emotional distress, and post-traumatic growth in breast cancer survivors and their partners: an actor-partner interdependence modeling approach. *Psyco-Oncology*, 1691-1699.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 24, 11-34.
- Gobatto, C., & Araújo, T. (2010). Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista da SBPH*, 52-63.
- Gomes, N., Farina, M., & Forno, C. (2014). Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos. *Revista Psicologia da IMED*, 107-113.

- Gomes. (2008). *Religiosidade como fonte de resiliência em psicoterapia*. São Paulo: Roca.
- Gomes. (2017). *Cuidadores Formais em Contexto de Cuidados Continuados e Paliativos: Coping e Traços de Personalidade*. Bragança: Escola Superior de Saude.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and individual differences*, 1975-1991.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2005a). *Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire*. School of Behavioural and Social Sciences and Humanities - Australia: Ballarat .
- Gouveia, M. J., Marques, M., & Pais Ribeiro, J. L. (2009). *Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial*. Obtido de Scielo Portugal:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000200012
- Guerrero, G. P., Zago, M. M., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53-59.
- Guimaraes, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiatria Clínica*, 88-94.
- Hamptom, M., & Frombach, I. (2000). Psychological care of patients: Psycho-oncology's contribution. *Journal of treatment*, 67-76.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 408-418.
- Holland, J. C. (01 de Dezembro de 2003). American Cancer Society Award Lecture. Psychological care of patients: psychooncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 253-265.
- Internacional Journal of Nursing Studies, 1317-1329.
- Jaspard, J.-M. (2004). Significação religiosa do sofrimento e posição psicológica na fé. *Psicologia USP*, 15, pp. 191-212.
- Joanna Briggs Institute's. (2011). *User Manual: version 5.0 system for the unified management Assessment and Review of Information*. Obtido de Joanna Briggs

Institute's: <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>

- Kant, I. (2002). *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*. Madrid: Alianza Editorial.
- King, M., Llewellyn, H., Leurent, B., Owen, F., Leavey, G., Tookman, A., & Jones, L. (2003). Spiritual beliefs near the end of life: a prospective cohort study of people with cancer receiving palliative care. *Psycho-Oncology*, 2505-2512.
- koenig, H., Moberg, D., & Kvale, J. (1988). Religious Activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *Journal of the american geriatrics society*.
- Kruizinga, R., Scherer-Rath, M., Schilderman, J., Weterman, M., Young, T., & Van Laarhoven, H. (2017). Images of God and attitudes towards death in relation to spiritual wellbeing: an exploratory side study of the EORTC QLQ- SWB32 validation study in palliative cancer patients . *MBC palliative care*, 1-67.
- Kubler-Ross, E. (2000). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes Edutira Lda.
- Lawler, K. A., & Younger, J. W. (2002). Theobiology: An Analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Journal of Religion and Health*, 41, 347-362.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Illustrated edition.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Publisher, Springer Pub.
- Lin, H., & Bauer-wu, S. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer. *Journal of advanced Nursing*, 44, pp. 69-80.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 12-20.
- Lo, G., Chen, J., Wasser, T., Portenoy, R., & Dhingra, L. (February de 2016). Initial Validation of the Daily Spiritual Experiences Scale in Chinese Immigrants With Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(Brief Methodological Report), 284-291.
- Maliski, S., Connor, S., Williams, L., & Litwin, M. (13 de Feb. de 2010). Faith Among Low-Income, African American/Black Men Treated for Prostate Cancer. *Cancer Nurs*, pp. 1-14.

- Marques, L. F., Sarriera, J. C., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Adaptação e Validação da Escala de bem-estar espiritual (EBE). *Avaliação Psicológica*, 8, 179-186.
- Matos, J. (2016). *A Influência da Espiritualidade nas Doenças Oncológicas*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra: Universidade de Coimbra.
- McEwen, M. (Julho-Agosto de 2005). Spiritual Nursing Care: State of the art. *Holistic Nursing Practice*, 19, 161-168.
- McNeil, S. B. (2016). Spirituality in Adolescents and Young Adults With Cancer: A Review of Literature. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33, 55-63.
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, pp. 758-764.
- Miller, B. (2005). *Spiritual journey during and after cancer treatment*. Gynecol Oncol.
- Miranda, S., Lara e Lanna, M., & Felipe, W. (2015). Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do cancer: estudo exploratório. *Psicologia: Ciência e profissão*, 870- 885.
- Mollica, M., Underwood III, W., Homish, G., & Orom, H. (2017). Spirituality is associated with less treatment regret in men with localized prostate cancer . *Psyco-Oncology*, 1839-1845.
- Moody, A. V. (1989). *The effect of deliberate faking good and faking bad on spiritual well-being scale scores in a church sample*. University Microfilms International: Dissertation Abstracts International.
- Morelli, A., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2013). Impacto da morte do filho sobre a conjugalidade dos pais . *Ciência & Saúde Coletiva* , 2711-2720.
- Musarezaie, A., Naji-Esfahani, H., Momeni-Ghale ghasemi, T., Karimian, J., & Ebrahimi, A. (2013). Investigation of the SWB and its relation with demographic parameters in patients with breast cancer referred to an oncology hospital affiliated to the Isfahan university of medical sciences. *Journal of Education and Health Promotion*, 1-8.
- Nad, S., Marcinko, D., Vuksan-Aeusa, B., Jakovljevic, M., & Jakovljevic, G. (2008). Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly catholic croatian war veterans with chronic posttraumatic stress: a case control study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 79-83.

- Nascimento, L. C., Oliveira, F. C., Moreno, M., & Silva, F. M. (2010). Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. *ActaPaulEnferm*, pp. 437-440.
- Nascimento, L., Oliveira, F., Moreno, M., & Silva, F. (2010). Cuidado Espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediatra na oncologia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 437-440.
- Nave, A., & Moura, M. (2015). Ciclo de vida, personalidade e coping. Em E. Albuquerque, & Cabral, *Psico-oncologia Temas Fundamentais* (pp. 35-42). AS editors.
- Nelson, R. (22 de Agosto de 2014). *Spiritual Needs of Cancer Patients Important Part of Care*. Obtido de Medscape: <https://www.medscape.com/viewarticle/830317>
- Neto, I. (2010). Princípio e Filosofia dos Cuidados Paliativos. Em A. Barbosa, & i. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da faculdade de Medicina de Lisboa* (pp. 1-42). Lisboa.
- Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (setembro - dezembro de 2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17, 469-476.
- Oliveira, P. (2016). A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. *Revista de Psicologia da IMED*, 8, pp. 142-155.
- Oliveira, P., & Queluz, F. (2016). A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. *Revista de Psicologia da IMED*, 142-155.
- Pais, F. (2004). O impacto da doença oncológica no doente e família. Em M. Bilro, & A. Cruz, *Enfermagem Oncológica* (pp. 25-38). Coimbra: Formasau.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Em L. A. Peplau, & D. Perlman, *Loneliness, a sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual: Revisão da Literatura. *Revista da Psiquiatria Clínica*, 34, 126 - 135.
- Patrao, I., & Leal, I. (2004). *Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Lisboa.
- Pereira, A., & Bachion, M. (Dezembro de 2006). Atualidades em revisão sistemática de Literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha Enferm.*, pp. 491-499.

- Pereira, M. d., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peres, M., Arantes, A., Lessa, P., & Caous, C. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos: Revisão da Literatura. *Revista da Psiquiatria Clínica*, 34, 82-87.
- Peri Teri-Ann, C. (Outubro de 1995). Promoting spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: A nursing intervention. *Holistic Nursing Practice*, 10, pp. 68-76.
- Phelps, A., Lauderdale, K., Alcorn, S., Dillinger, J., Balboni, M., Van Wert, M., . . . Balboni, T. (2012). Addressing Spirituality Within the Care of Patients at the End of life: Perspectives of Patients with Advanced cancer, oncologist, and oncology Nurses. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 2538-2544.
- Piderman, K., Johnson, M., Frost, M., Atherton, P., Satele, D., Clark, M., & Rummans, T. (2014). Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. *Psycho-Oncology*, 23, 216-221.
- Pinto, C., & Gomes, B. (2012). a experiência das mulheres após um cancro - uma abordagem fenomenológica. *Onco. news*, 1-9.
- Pinto, C., & Pais Ribeiro, J. L. (2010). A espiritualidade dos sobreviventes de cancro: diferenças de géneros. *FPCEUP - Resumo de Comunicação em Conferência Nacional*. Porto.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 49-56.
- Pinto, f., & Barham, E. (2014). Bem estar psicológico: comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Psicologia, saude & doenças*, 15, 635-655.
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. (2012). A esperança da pessoa com cancro: estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8-14.
- Pinto. (2011). *A espiritualidade e a esperença da pessoa com doença oncológica*. Faculdade de Medicina da Univesidade do Porto: Universidade do Porto.
- Plano Estratégico Nacional para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. (2017-2018). Obtido em 18 de maio de 2018, de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf

- Pompeo, D. A., Rossi, L. A., & Galvão, C. M. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paulista enfermagem*, 22, pp. 434-438.
- Portal da Segurança Social. (2018). Obtido em 05 de maio de 2018, de <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Portal do SNS. (2018). Obtido em 26 de abril de 2018, de <http://www.acss.min-saude.pt/>
- Porto, S., Carvalho, G., Fernandes, M., & Ferreira, C. (maio-agosto de 2016). Vivências de homens frente ao diagnóstico de câncer de próstata. *Ciência & Saúde*, pp. 83-89.
- Rassouli, M., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., & Nikanfar, A. (january-February de 2015). Experiences of patients with cancer and their nurses on the conditions of spiritual care and spiritual interventions in oncology units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20, 25-34.
- Reed, P. G. (Outubro de 1987). *Spirituality and well-being in terminally ill hospitalizes adults*. Obtido de Research in Nursing & Health: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/nur.4770100507>
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 125-133.
- RNCCI. (2009). *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Roberto, G. (2004). Espiritualidade e Saúde. Em E. Teixeira, M. Muller, & J. Silva, *Espiritualidade e qualidade de vida* (pp. 162-176). Porto Alegre: Edipucrs.
- Rowland, J. (1989). *Handbook of psychooncology: psychological care of patient with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisíatrca*, 8, 107-112.
- Sanchez, K., Ferreira, N., Dupas, G., & Costa, D. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 290-299.
- Sarriera, J. c. (2004). Saúde, bem-estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas actuais. Em E. Teixeira, M. Muller, & J. Silva, *Espiritualidade e Qualidade de vida* (pp. 79-90). Porto Alegre: Edipucrs.

- Schultz, M., Lulav-Grinwald, D., & Bar-Sela, G. (2014). Cultural differences in spiritual care: findings of an Israeli oncologic questionnaire examining patient interest in spiritual care. *BMC Palliative care*, 13-19.
- Sequeira, I. (2011). *Medo e Auto-conceito infantil: Estudo comparativo entre crianças portadores de doença oncológica e crianças sem doenças*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Silva, J., Araujo, V., Cardoso, B., & Cardoso, M. (janeiro-março de 2015). Dimensão espiritual no controlo da dor e sofrimento do paciente com câncer avançado. Relato de caso. *Revista dor*, pp. 71-74.
- Simão, M. (2010). Psicologia transpessoal e a espiritualidade. *O mundo da saúde*, 34, 508-519.
- Simões, M. S. (2014). *O Cancro*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Sinclair, S., Booker, R., Fung, T., Raffin-Boucha, S., Enns, B., Beamer, K., & Ager, N. (2016). Factors associated with post-traumatic growth, quality of life, and spiritual well-being in outpatients undergoing bone marrow transplantation: a pilot study. *Journal Club Article*, 772-780.
- Siqueira, H., Santos, M., Gomez, R., Saltarelli, S., & Sousa, F. (2015). Pain expression in children with cancer: a phenomenological comprehension. *Estudos de psicologia*, 663-674.
- Skalla, K., & Ferrell, B. (2015). Challenges in assessing spiritual distress in survivors of cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 99-104.
- Smith, D., & Lavender, T. (2011). The pregnancy experience for women with a body mass index > 30kg/m²: A meta-synthesis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 779-789.
- Socci, V. (2006). Religiosidade e o adulto idoso. *Envelhecimento. Referenciais Teóricos e Pesquisas*, pp. 87-101.
- Sousa, H., Guerra, M., & Lencastre, L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 39-53.
- Souza, M. d., Silva, M. D., & Carvalho, R. d. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*, 102-108.

- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2009). Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 205-211.
- Surbone, A., & Baider, L. (2010). The spiritual dimension of cancer care. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 228-235.
- Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Martins, C., Ventura, C., & Bairradas, J. (Mar.-Apr. de 2010). Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliative and Supportive Care*, pp. 405-413.
- Trevino, K., Balboni, M., Zollfrank, A., Balboni, T., & Prigerson, H. (2014). Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psychooncology*, 1-19.
- Turhal, N., Akinci, F., Haciabdullahoglu, Y., Domaci, M., Sari, A., Gurhan, N., . . . Kilickap, S. (2018). Changes in lifestyle upon diagnosis of cancer or other chronic illnesses: A Turkish Oncology Group study. *Journal of Health Psychology*, 23, 561-566.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 479-488.
- Veit, C., & Castro, E. (2013). Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 421-434.
- Vilhena, E., Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., & Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crônicas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 219-232.
- Visser, A., Garsen, B., & Vingerhoets, A. (Junho de 2010). Spirituality and well-being in cancer patients. *Psycho Oncology*, 19, 565-572.
- Wang, C., Chow, A., & Chan, C. (2017). The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative Medicine*, 883-894.
- Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Advanced Nursing*, 546-553.