



**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

---

**VANESSA CRISTINA LOURENÇÃO**

**ESTRESSE E ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES COM**  
**DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PULMÃO**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**2015**

**VANESSA CRISTINA LOURENÇÃO**

**ESTRESSE E ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES COM  
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PULMÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

**Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Maluf Cury**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**2015**

Lourenção, Vanessa Cristina

Estresse e Espiritualidade em pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão / Vanessa Cristina Lourenção

São José do Rio Preto, 2015.

36p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciência Correlatas

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Patrícia Maluf Cury

1. Neoplasias Pulmonares. 2. Estresse Psicológico. 3. Espiritualidade.

**VANESSA CRISTINA LOURENÇÃO**

**ESTRESSE E ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES COM  
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PULMÃO**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

**Presidente e Orientadora:** Profa . Dra. Patrícia Maluf Cury

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

**1º Examinador:** Prof. Dr. José Carlos Cacau Lopes

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

**2º Examinador:** Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 08/07/2015

## Sumário

Dedicatória .....	<b>iv</b>
Agradecimentos .....	<b>v</b>
Lista de figuras .....	<b>vii</b>
Lista de Tabelas .....	<b>viii</b>
Lista de Apêndices .....	<b>ix</b>
Lista de Anexos .....	<b>x</b>
Resumo .....	<b>xi</b>
Abstract .....	<b>xii</b>
1- Introdução .....	<b>1</b>
1.1 – Câncer de Pulmão .....	<b>1</b>
1.2 – Estresse .....	<b>2</b>
1.3 – Espiritualidade .....	<b>4</b>
1.4 – Objetivo Principal .....	<b>6</b>
1.5 – Objetivo Secundário .....	<b>6</b>
2 – Método .....	<b>6</b>
2.1 – Participantes .....	<b>6</b>
2.2 – Instrumentos .....	<b>7</b>
2.3 – Procedimento .....	<b>8</b>
2.4 – Considerações Éticas .....	<b>9</b>
2.5 – Plano de Análise dos Dados .....	<b>9</b>
3 – Resultados .....	<b>9</b>
4 – Discussões .....	<b>21</b>
5 - Conclusões .....	<b>25</b>
Referências .....	<b>26</b>

## **Dedicatória**

Dedico este estudo a todos as pessoas que já passaram ou estão passando por algum tipo de tratamento oncológicos, em especial a aqueles com Câncer de Pulmão.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais que nunca mediram esforços para promover minha formação pessoal, profissional e agora, acadêmica.

Ao meu noivo, por sempre estar ao meu lado incentivando e torcendo muito pela minha formação, me encorajando nos momentos difíceis e vibrando com minhas conquistas.

As minhas irmãs, já mestres, que muito me incentivaram a realizar a pós-graduação *strictu sensu*.

A todos as minhas amigas que acompanharam esse processo de formação sempre com palavras de apoio e incentivo.

À minha orientadora professora Dr<sup>a</sup> Patrícia Maluf Cury por ter me auxiliado nas incontáveis dúvidas que surgiram durante a realização deste trabalho.

À professora Dr<sup>a</sup> Maria Cristina de Oliveira Miyazaki, coordenadora do programa, sempre disponível para me auxiliar, obrigada pelos ensinamentos.

À minha aprimoranda Nayme, por compreender os momentos de ausência e muito contribuir para que esse estudo se concretizasse.

A todos os professores do programa de Pós-Graduação de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, que muito contribuíram em minha formação através de seus conhecimentos e ensinamentos, em especial a professora Dra Neide Micelli Domingues e o professor Dr. Gerardo por aceitarem participar de minha Banca de avaliação da Qualificação, contribuindo muito para a finalização deste trabalho.

As queridas secretárias da pós-graduação Esmeralda e Nilmara pelo suporte e disponibilidade sempre que necessitei durante o preparo desta dissertação, acima de tudo com muito carinho e paciência.

A Equipe de Oncologia Clínica do ICA sempre disponíveis a me ajudar selecionar os participantes deste estudo, os quais gentilmente aceitaram participar da pesquisa, com certeza

suas histórias de vida, me proporcionaram muito aprendizado, não só profissional, mas acima de tudo pessoal.

E a todo serviço de psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto pelo incentivo permanente de minha formação profissional.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Resultado Escala de Espiritualidade para pacientes com câncer de pulmão .....	<b>13</b>
---	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Características Sócio demográficas dos pacientes .....	<b>10</b>
<b>Tabela 2:</b> Distribuição por nível de <b>distress</b> dos pacientes avaliados através do Termômetro de <b>distress</b> (TD) .....	<b>11</b>
<b>Tabela 3:</b> Condições de Saúde, tratamento e estilo de vida .....	<b>15</b>
<b>Tabela 4:</b> Crenças religiosas dos participantes .....	<b>16</b>
<b>Tabela 5:</b> Categorias de respostas fornecidas pelos pacientes para explicar como se sentiram ao receber o diagnóstico de câncer .....	<b>18</b>
<b>Tabela 6:</b> Categorias de respostas citadas para explicar como o paciente acha que os profissionais da saúde poderiam ajudar em relação a suas crenças .....	<b>20</b>

## LISTA DE APÊNDICES

<b>Apêndice 1:</b> Entrevista semi-dirigida.....	<b>29</b>
<b>Apêndice 2:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	<b>31</b>

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo 1:</b> Termômetro de <i>Distress</i> .....	<b>33</b>
<b>Anexo 2:</b> Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being /FACIT-Sp .....	<b>35</b>
<b>Anexo 3:</b> Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	<b>36</b>

Lourenção, V. C. (2015). Estresse e espiritualidade em pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão. Trabalho desenvolvido como requisito parcial para qualificação junto ao Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP – FAMERP.

## RESUMO

**Introdução:** O estresse pode afetar negativamente a qualidade de vida e a espiritualidade, independente da religião, é uma importante estratégia de enfrentamento. Receber um diagnóstico de câncer é um estressor que tem importante impacto sobre o funcionamento global ou biopsicossocial do indivíduo. **Objetivo:** Avaliar nível de estresse e espiritualidade em pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão. **Casuística e método:** participaram 52 pacientes com câncer de pulmão, acompanhados na oncologia clínica do Instituto do Câncer de São José do Rio Preto – SP. Foram utilizados na coleta dos dados: Entrevista Semi-Dirigida; Termômetro de Distresse; Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being - FACIT. **Resultados:** 57% dos pacientes eram do sexo masculino e a idade variou entre 48 e 88 anos ( $64,29 \pm 9,89$ ); o tempo médio de tratamento foi 69,53 dias; 82,69% relataram história de tabagismo e 72% pararam de fumar; 88,46% seguem alguma religião e todos relataram acreditar em Deus. Para 61,46% o diagnóstico veio como “um choque”; todos afirmaram que as crenças religiosas influenciam na saúde e 94% se consideram pessoas religiosas/espiritualizadas; 82,69% consideram relevante que o médico aborde a questão da religiosidade; 57,69% dos pacientes apresentaram distress (estresse negativo) na última semana, com problemas principalmente físicos e emocionais. Os dados da FACIT indicaram escore médio de 28,15 ( $\pm 6,78$ ); sentido e paz com média 16,28 (dp = 3,98) e fé com média de 12,11 (dp = 3,20). **Conclusão:** houve predomínio de pacientes do sexo masculino e tabagistas, com xii importante nível de estresse. A Escala de Espiritualidade apontou aspectos relacionados a “sentido e paz” abaixo da média descrita na literatura e “fé” acima da média.

**Palavra Chave:** Câncer de Pulmão; Estresse; Espiritualidade.

**Lourenção, V. C. (2015). Stress and spirituality in patients diagnosed with lung cancer. Work as a partial requirement for qualification with the Master's Program in Psychology and Health, Faculty of Medicine of São José do Rio Preto, SP.**

### **Abstract**

**Introduction:** Stress may have a negative impact on quality of life and spirituality, independently of religion, and is considered an important coping strategy. Cancer diagnostic is a stressor that has an important impact on global or psychosocial functioning. **Objective:** to assess level of stress and spirituality among patients diagnosed with lung cancer. **Patients and method:** participants were 52 lung cancer patients receiving treatment at the Instituto do Câncer de São José do Rio Preto – SP. Data collection used a semi-structured interview, a distress thermometer, and the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being – FACIT. **Results:** 57% of the patients were male and age varied between 48 and 88 years ( $64.29 \pm 9.89$ ); treatment duration media was 69.53 days; 82.69% reported a history of smoking and 72% had quit smoking; 88.46% have a religion and all reported to believe in God. For 61.46% of the patients, diagnosis came as “a shock”; all patients stated that religion beliefs influence health and 94% considered themselves as religious/spiritualized. 82.69% considered religiosity an important theme to be discussed by their doctor; 57.69% presented distress (negative stress) during last week, with mainly physical and emotional problems. FACIT mean score was 28.15 ( $sd=6.78$ ); mean scores for sense and peace were 16,28 ( $sd = 3.98$ ); mean scores for faith were 12.11 ( $sd=3.20$ ). **Conclusion:** most patients were male and smokers, with high levels of stress. The Spirituality Scale scores were below average for sense and peace, when compared to literature and faith above average.

**Key-words:** Lung cancer; Stress; Spirituality

## 1- INTRODUÇÃO

### 1.1 - Câncer de Pulmão

Câncer é uma doença que provoca um crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, divide-se rapidamente, devido sua agressividade, formando assim, os tumores conhecido como neoplasias (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2014).

Segundo o Instituto Nacional de câncer (INCA, 2014), o câncer de Pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos. No Brasil a estimativa para 2014 é de 27.330 de novos casos, sendo 16.400 homens e 10.930, mulheres; já no mundo, a última estimativa realizada em 2012 apontou o surgimento de 1,82 milhões de novos casos (2% ao ano), com sobrevida média de cinco anos.

A literatura evidencia que pessoas com este tipo de câncer têm um risco aumentado de desenvolver outros cânceres de pulmão e parentes de primeiro grau (irmãos e filhos) também tem risco levemente aumentado para o desenvolvimento do mesmo (INCA, 2014).

No entanto, as maiores taxas de incidência do câncer de pulmão estão geograficamente localizadas nos estados das regiões sul e sudeste, provavelmente devido ao elevado índice de urbanização e, conseqüentemente, ao aumento na prevalência de tabagismo. Assim sendo, os óbitos decorrentes deste diagnóstico atribuído ao uso de tabaco ocorrem 82% em homens e 41% nas mulheres com esse diagnóstico (Souza, Vasconcelos,Rebelo,Rebelo & Cruz, 2014).

Vários outros fatores são considerados desencadeadores do câncer de pulmão, entre eles: exposições aos pesticidas, irradiação ionizante, baixo consumo de frutas e verduras, poluição atmosférica, doença pulmonar obstrutiva crônica, fatores genéticos e históricos familiar de câncer de pulmão (Fonseca & Rêgo, 2013).

Seu prognóstico não é favorável, considerando que o alto índice de tabagismo e a poluição do ar não podem ser facilmente controlados. Sua incidência, portanto, continua a aumentar. Muitas mudanças físicas e/ou psicossociais podem aparecer nos pacientes com

câncer de pulmão devido à progressão da doença ou efeitos colaterais do tratamento (Franceschini, Jardim, Fernandes, Jamnik & Santoro, 2013).

Pesquisas recentes têm definido que os pacientes com diagnóstico precoce do carcinoma de pulmão não pequena células são os melhores prognósticos, aumentando a sobrevida. Os que se submeteram a cirurgia com fins curativos apresentaram sobrevida maior que cinco anos. Isso se dá por ser um tumor mais localizado, com estadios mais precoces, proporcionando as condições desejáveis para uma boa cirurgia (Jamnik, Santoro, Borges, Uehara & Silva, 2009).

É frequente a ocorrência de mudanças psicossociais e físicas em pacientes com essa doença devido sua progressão e aos efeitos colaterais, que, por sua vez, podem provocar alterações funcionais e falha do tratamento. Torna-se importante, portanto, promover a qualidade de vida desses pacientes, ajudando-os a promover a saúde, favorecendo a diminuição de morbidade e mortalidade (Franceschini, Jardim, Fernandes, Jamnik & Santoro, 2013).

Receber o diagnóstico de um câncer representa uma situação, na maioria das vezes, inesperada e o paciente pode perder seu próprio controle emocional, sentindo-se impotente, favorecendo o desenvolvimento de depressão, ansiedade e até *distress*. Assim sendo, torna-se fundamental estudar este assunto a fim de compreender a realidade dos pacientes (Bergerot, 2013).

## **1.2 -Estresse**

Estudos sobre estresse não são novos. Entre 460 e 377 a.c., Hipócrates já observava as mudanças corporais que ocorriam no organismo frente a demandas ambientais, fazendo uma “distinção clara entre os sintomas específicos do desconforto causado por uma doença (*pathos*) e o desconforto geral, ou estresse, causado enquanto o corpo resiste à doença (*ponos*)” (Straub, 2005, p.116).

Selye, em 1926, já relatava que além do sistema neuroendócrino, quase todos os outros órgãos eram afetados em decorrência da resposta do estresse. A partir daí passou a usar o termo “estressor” como o fator que desencadeia a resposta ao estresse, podendo ser de natureza física, química e/ou psicológica (Szabo, Tache & Somogyi, 2012).

Selye utilizou a palavra estresse para denominar um estado de tensão prejudicial à homeostase do organismo. Quando há uma ruptura no equilíbrio, os órgãos passam a trabalhar em ritmos diferentes, buscando reestabelecer a homeostase interior. Quando essa ruptura ocorre, pode-se dizer que o corpo entrou em estresse (Lipp, 2000). Atualmente, o estresse é definido como o processo de perceber e responder aos eventos julgados como desafiadores ou ameaçadores (Straub, 2005).

No entanto nem todas as reações de estresse são iguais. Isso se dá devido às diferentes reações emocionais do indivíduo, e para isso Selye descreveu mais dois termos: “*Distress*” para nomear a resposta negativa ao estresse e “*Eustress*” para designar a resposta positiva (Szabo, Tache & Somogyi, 2012).

Denomina-se “*Eustress*” o estresse positivo, saudável, manifestando no indivíduo a alegria, o prazer e a vitalidade, favorecendo a vontade de viver, o levando a encarar os problemas e dificuldades como desafios. Já o termo “*Distress*” é descrito como o estresse prejudicial, patológico, levando o indivíduo ao sofrimento, tristeza, medo, angústia, favorecendo o aparecimento de doença, podendo levá-lo até a morte (Teodoro, 2013).

Decat, Laros e Araújo (2009) descreveram o termo *Distress* para designar “uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que oscila entre a percepção da própria vulnerabilidade, tristeza, fantasias e medo perante o desconhecido e reações mais intensas como depressão, ansiedade, pânico, crises

existenciais e isolamento social” (p.254). É bastante frequente em indivíduos que vivenciam doenças e seus respectivos tratamentos, tornando-os mais vulneráveis a transtornos mentais.

O estresse é descrito conforme seus estágios de adaptação, que incluem: (1) *reação e alarme* – resposta inicial ao estressor, com quebra da homeostase e preparo do organismo para luta ou fuga; a reação depende do grau com que o evento é percebido como uma ameaça; (2) *resistência* – o estressor persiste, provocando alterações neuroendócrinas; há uma diminuição na capacidade do indivíduo de enfrentar situações/problemas cotidianos; (3) *exaustão* – estágio final, quando todas as reservas de energia do corpo são exauridas, podendo ocorrer doenças e deterioração física ou até mesmo a morte (Andolhe, Guido & Bianchi, 2009).

Straub (2005) aponta o estresse como algo que faz parte da vida, mas quando excessivo pode prejudicar a saúde. A relação entre estresse e doença foi estabelecida para muitas doenças, incluindo o câncer.

O estresse tem importante impacto sobre a qualidade de vida das pessoas, que devem desenvolver mecanismos de enfrentamento para lidar com situações estressantes ou excessivas (Faria & Cardoso, 2010).

### **1.3 – Espiritualidade**

Os indivíduos utilizam diversas estratégias de enfrentamento para lidar com situações estressoras. O enfrentamento religioso pode incluir tanto a estratégias focadas no problema quanto estratégias focadas na emoção (Fornazari & Ferreira, 2010). Uma das formas de enfrentamento do estresse é a espiritualidade.

Espiritualidade é um termo amplo e pessoal, caracterizado pelo conjunto de valores íntimos, que estimulam um interesse pelos outros e por si mesmo. É tudo que dá sentido a vida, independente da religião, e produz capacidade de suportar sentimentos que geram culpa, raiva

e ansiedade, gerando energias positivas e melhorando a qualidade de vida das pessoas (Guerrero, Zago, Sawada e Pinto, 2011).

Já a religiosidade consiste na aceitação de valores determinado por um sistema de doutrina, sacralizando as fases da vida do indivíduo (Batista & Mendonça, 2012). Numa perspectiva sociocultural, está relacionada a crenças e práticas determinadas pela igreja e tem a capacidade de promover respostas comportamentais no processo saúde-doença (Ferreira et al., 2011).

Guimarães e Avezum (2007) apontam uma relação entre espiritualidade e saúde. A doença tem importante impacto sobre aspectos físicos, psicológicos, sociais, e econômicos que interagem. Pessoas que tem a espiritualidade como fonte de força e conforto são mais saudáveis e apresentam maiores potenciais de cura. Diversos estudos apontam uma correlação positiva entre espiritualidade e menores taxas de mortalidade, inclusive por doenças como câncer (Portes & Guimarães, 2012).

Cada vez mais atenção tem sido dada às crenças espirituais/religiosas do paciente nos locais de assistência à saúde. Além disso, a ciência tem investigado de modo mais rigoroso esse tema, tornando-se um paradigma a ser estabelecido na prática dos profissionais de saúde (Oliveira et al., 2013).

Estudar os aspectos emocionais e como o paciente enfrenta o diagnóstico é fundamental, considerando que o prognóstico da doença nem sempre é favorável. Deste modo, é natural que ao receber um diagnóstico de câncer, o paciente reaja de forma negativa tendo reações desagradáveis ocasionando o estresse (Nascimento & Nunes, 2010).

### **1.4 – Objetivo Principal**

Investigar a relação existente entre nível de “Distress” e espiritualidade nos pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão.

### **1.5 – Objetivo Secundário**

Correlacionar os dados da entrevista sócios demográfico, como gênero, idade, hábitos de vida, com o nível de “Distress” e espiritualidade.

## **2- MÉTODO**

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal com delineamento de levantamento e correlação de variáveis a partir de análises quantitativa e qualitativa.

### **2.1 – Participantes**

Pacientes adultos de ambos os sexos com diagnóstico de câncer de pulmão, independente do estadió, atendidos no Instituto do Câncer (ICA) do Hospital de Base de São José do Rio Preto, que concordaram em participar do estudo e responderam espontaneamente aos instrumentos de avaliação. O convite para participar do estudo foi realizado pela pesquisadora diretamente ao paciente antes ou após a consulta médica de rotina.

Foram considerados como critério de inclusão os pacientes com idade entre 48 e 90 anos; com diagnóstico de carcinoma de pequenas células (“oat cell”) ou não pequenas células (Adenocarcinoma e Carcinoma epidermóide) que haviam iniciado o tratamento em ambulatório com a equipe da oncologia clínica no período máximo de seis meses após o início do tratamento ou consulta com a oncologia, ou seja, já com o diagnóstico do câncer e que aceitaram participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão foram considerados os pacientes internados em enfermaria no momento da entrevista, presença de déficit cognitivo ou transtorno psiquiátrico grave e desconhecimento do diagnóstico.

## 2.2 – Instrumentos

Para coleta de dados foi utilizado um protocolo com instrumentos específicos, descritos a seguir.

- **Entrevista Semi-Dirigida:** Elaborada pelos pesquisadores, com finalidade de identificar dados sócio demográficos da amostra como sexo, idade, escolaridade, religião, profissão, área de atuação e condições de saúde e uma anamnese clínica orientada para a espiritualidade (*FICA – Fé, Importância, Suporte Social e Ação - Spiritual Assessment Tool*); trata-se de um instrumento médico, informal, não sendo necessária a validação clássica (Puchalski & Romer, 2000) (Apêndice 1).

- **Termômetro de *Distress*:** Instrumento elaborado com o propósito de identificar presença e grau de *distress*, visando assegurar a prevenção, redução/eliminação de transtornos psiquiátricos. Além de identificar o nível de *distress*, investiga suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia da avaliação (Decat, Laros, & Araújo, 2009) (Anexo 1).

É composto por duas etapas: na primeira é apresentada a figura de um termômetro numerado de 0 a 10, onde 0 representa *Ausência de Estresse* e 10 *Estresse Extremo*. O paciente assinala na própria figura a nota que atribui à quantidade de *distress* (estresse negativo) que tem experimentado na semana anterior, incluindo o dia da avaliação. Importante destacar que o instrumento considera a **nota de corte quatro**, ou seja, quando os pacientes dão a nota quatro ou mais para o seu estresse é considerada a presença do mesmo. Já para os que apontaram a

nota de zero a três é considerada a ausência de “*distress*”, dados estes determinados no estudo de Decat, et al. (2009).

Já a segunda parte é composta por uma lista de problemas, contendo 35 itens divididos entre: Problemas práticos; Problemas familiares; Problemas emocionais; Problemas com o Envolvimento espiritual/religioso e Problemas físicos, em que o paciente responderá “sim”, “não” ou “não se aplica” caso seja pontuado alguma coisa que não faz parte de sua vida.

- *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being /FACIT-Sp* (Peterman, Fitchett, Brady, Pharm, & Cella, 2002). Instrumento desenvolvido para avaliar espiritualidade em pessoas vivendo com câncer (validado para o português de Portugal por Pereira & Santos, 2011) (Anexo 2).

Trata-se de um instrumento composto por uma lista de 12 afirmações referentes a preocupações adicionais, no qual o respondente avalia, a partir de uma escala Likert: 0 (nem um pouco), 1 (um pouco), 2 (mais ou menos), 3 (muito) e 4 (muitíssimo). A pontuação máxima da escala é 48. As questões de 1 a 8 investigam aspectos relacionados ao “sentido e paz” e as questões de 9 a 12 investigam aspectos relacionados à “fé”.

### **2.3 – Procedimento**

A coleta dos dados ocorreu de forma individual e em um único evento, em um dos consultórios do ICA, antes ou após a consulta médica. Toda semana era realizada uma pesquisa na agenda da oncologia clínica através do sistema MV (Sistema Hospitalar Eletrônico) para selecionar os pacientes a serem avaliados na mesma semana. Os dados foram colhidos entre os meses de fevereiro e outubro de 2014. Os dados foram estudados por análise descritiva e por meio de testes da estatística não paramétrica, com índice de significância de 0,05 para os dados quantitativos e análises por categorias de respostas com as mesmas semânticas.

## **2.4- Considerações Éticas**

Os dados foram coletados após aprovação do projeto no Comitê de Ética (Parecer N° 467.686 em 12/11/2013) (Anexo 3). Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2), contendo todas as informações sobre a pesquisas, a liberdade para desistir da pesquisa sem prejuízos, o caráter confidencial dos dados e uso previsto para as informações coletadas. Após ser esclarecido sobre o estudo, era solicitado ao paciente que assinasse o termo de consentimento. Os pacientes identificados com demanda psicossocial ou clínica foram conduzidos ao serviço de referência para o acompanhamento necessário, conforme preconizado pelas Resoluções 196/96 e 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde -CNS.

## **2.5 - Plano de Análise dos Dados**

Os dados foram tabulados em planilhas Excell e apresentados em tabelas e figura a partir de análise descritiva. Posteriormente, foi realizada análise dos dados por meio de testes da estatística não paramétrica, com índice de significância de 0,05 para os dados quantitativos e análises por categorias de respostas com as mesmas semânticas.

## **3 - RESULTADOS**

Participaram do estudo 52 pacientes com diagnóstico de Câncer de Pulmão. Os dados sócio-demográficos estão resumidos na tabela 1.

**Tabela 1**

Características sócio demográficas dos participantes (N=52)

<b>Variáveis</b>	<b>Participantes (n)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	22	42,30
Masculino	30	57,69
<b>Idade</b>		
Média	64,29	---
Desvio Padrão	9,89	---
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	4	7,69
Casado(a)/União Estável	42	80,76
Divorciado(a)	3	5,76
Viúvo(a)	3	5,76
<b>Escolaridade</b>		
Não-Alfabetizado	8	15,38
Fundamental Completo	3	5,76
Fundamental Incompleto	38	73,07
Médio Completo	3	5,76

O Termômetro de *Distress* apontou 57,69% dos participantes que relataram ter sentido estresse na última semana, incluindo o dia da entrevista. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos indivíduos na Escala de 0 a 10.

**Tabela 2**

Distribuição por nível de **distress** dos pacientes avaliados através do Termômetro de **distress** (TD)

	<b>Termômetro</b>	<b>N(%)</b>
	0	12 (23,07)
	1	2 (3,84)
	2	4 (9,61)
	3	4 (9,61)
Presença de <i>Distress</i>	<b>4</b>	<b>3 (5,76)</b>
	5	10 (19,23)
	6	3 (5,76)
	7	2 (3,84)
	8	8 (15,38)
	9	1 (1,92)
	<b>10</b>	<b>3 (5,76)</b>

Os pacientes foram solicitados a assinalar, em uma lista de problemas, aqueles que haviam experimentado na última semana, incluindo o dia da avaliação. Foram avaliados os seguintes problemas:

- 1) *Problemas Práticos* - eram avaliadas questões como cuidar de crianças, da casa, Planos de saúde, transporte e trabalho / escola. De todos os entrevistados, 50% apresentaram pelo menos um tipo de problema sendo Plano de Saúde (n= 12) e cuidar da casa (n=10) os mais frequentes.

2) *Problemas Familiares* – avaliava questões referentes a filhos e cônjuges. De todos os entrevistados, 25% apresentaram problemas referentes aos filhos e apenas 9,61% referentes ao cônjuge.

3) *Problemas Emocionais* – foram avaliadas questões como depressão, medo, nervosismo, tristeza, preocupação e perda de interesse em atividades usuais. Dos participantes, 84,61% apresentaram algum tipo de problemas, sendo os itens preocupação, nervosismo e tristeza, respectivamente, os mais frequentes.

4) *Problemas com Envolvimento religioso/espiritual* – apenas sete participantes (13,46%) apresentaram problemas deste âmbito.

5) *Problemas Físicos* – compostos por uma lista de problemas com questões referentes à aparência, tomar banho e se vestir, respirar, mudanças ao urinar, constipação, diarreia, alimentação, fadiga, sentir-se inchado, febre, indigestão, passear, memória, mucosite, náusea, nariz seco, dores, sexual, pele seca/coceira, dormir e pés ou mãos formigando. De todos os participantes, 94,23% apresentaram um ou mais problemas referentes aos aspectos físicos, sendo os mais frequentes: Dores (n=31), Dormir (n=26), Alimentação (n=25), Fadiga (n=23), Pele seca (n=23), Respirar (n=22) e passear (n=22).

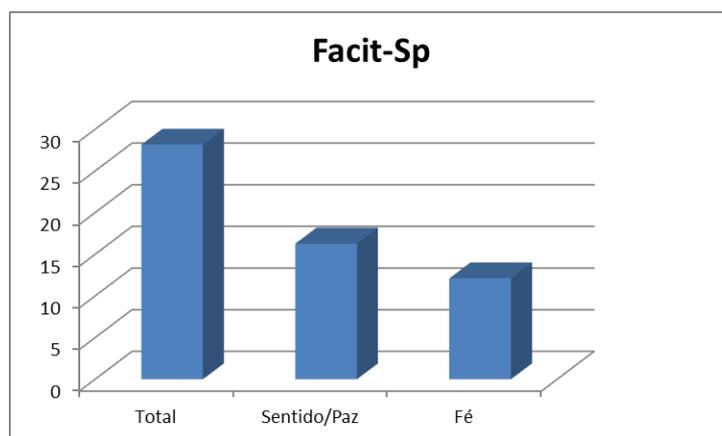
Salienta-se que a grande maioria dos pacientes apontou mais frequentemente *problemas físicos* seguidos dos *problemas emocionais* como sendo os fatores mais estressantes na última semana incluindo o dia da entrevista.

Na Escala de Espiritualidade - *FACIT-Sp* (escore total=48), o escore médio para os pacientes foi de 28,15 (dp = 6,78), sendo oito a pontuação mais baixa e 40 a mais alta. A mediana apresentada foi 29,5.

Essa escala é subdividida em dois momentos. A primeira avalia o quesito “sentido/paz” (itens 1 a 8). O escore médio apresentado foi de 16,28 (dp = 3,98) e mediana igual a 16.

O segundo momento avalia “fé” (itens 9 a 12). O escore médio foi de 12,11 (dp = 3,20) e mediana igual a 12. A Escala de Espiritualidade aponta aspectos relacionados a “sentido e paz” abaixo da média descrita na literatura e “fé” acima da média.

A Figura 1 ilustra a distribuição da pontuação do escore médio apresentada pelos pacientes.



**Figura 1**

Resultados da Escala de Espiritualidade para pacientes com câncer de pulmão

Para a análise estatística foram utilizados os dados apontados no Termômetro de *Distress* e realizada uma divisão dos participantes em dois grupos: a) pacientes que apresentaram *distress*; b) pacientes com ausência de sintomas de *distress* para comparar com os dados do Facit e posteriormente com os dados sócio-econômicos.

Ao analisar estatisticamente os dados da pesquisa, não houve correlação significativa entre o Facit e o Termômetro de *Distress* ( $p=0,26$ ). Para melhor esclarecer os resultados do Facit, os escores foram divididos em três grupos (primeiro grupo escore entre 0 a 16, o segundo entre 16 a 32 e o terceiro entre 32 a 48). Mesmo assim não houve associação dos

valores extremos do Facit com a presença ou ausência do estresse, bem como quando categorizado pela média dos escores (24) (Teste Rô de Spearman).

Também não houve associação entre o sexo dos participantes e a presença do estresse ( $p=0,86$ ), bem como quando comparado o sexo com o Facit ( $p=0,17$ ).

Já quando comparado o Facit com a idade dos participantes, houve uma correlação inversa leve entre os escores do Facit e a idade (coeficiente RHO de Spearman menor que 0,43 e  $P=0,001$ ). Quanto mais novo o participante maior é sua espiritualidade.

Ao investigar o estado civil versus estresse também não houve associação entre ser sozinho ou ter um companheiro (a) e a presença e ausência de estresse ( $p=0,27$ ). Também não houve diferença no escore do Facit com o estado civil (sozinho x não sozinho) ( $p=0,87$ ).

Quando comparados os pacientes fumantes com o nível de estresse também não houve associação entre o estresse e hábito de fumar ( $p=0,71$ ).

As condições de saúde, tratamento e estilo de vida estão descritos na Tabela 3.

**Tabela 3**

Condições de saúde, tratamento e estilo de vida (N=52)

<b>Variáveis</b>	<b>Participante (n)</b>	<b>(%)</b>
<b>Iniciou tratamento</b>		
Sim	30	57,69
Não	22	42,30
<b>Tempo de tratamento (dias)</b>		
Média	69,53	
Desvio Padrão	50,46	
<b>Tipo de tratamento</b>		
Cirurgia	4	13,33
Quimioterapia	19	63,33
Cirurgia + quimioterapia	2	6,66
Radio + quimio	1	3,33
Radioterapia	2	6,66
Radio + quimio + cirurgia	2	6,66
<b>Fumante</b>		
Sim	43	82,69
Não	9	17,30
<b>Parou de Fumar</b>		
Não	12	23,07
Sim	31	59,61
Nunca Fumou	9	17,30

Todos os participantes afirmaram acreditar em Deus. A Tabela 4 aponta informações sobre as crenças religiosas dos participantes. Embora 49 pacientes se considerassem religiosos apenas 46 seguiam alguma religião.

Quando interrogados sobre quem transmitiu o diagnóstico, 49 (94,23%) relataram ter sido o médico e três (5,76%) ficaram sabendo através de familiares.

**Tabela 4**

Crenças religiosas dos participantes (N=52)

<b>Variáveis</b>	<b>Participantes (n)</b>	<b>(%)</b>
<b>Segue alguma Religião</b>		
Sim	46	88,46
Não	6	11,53
<b>Religião</b>		
Católica	26	50
Evangélica	15	28,84
Espiritismo	3	5,76
Testemunho de Jeová	1	1,92
Messiânica	1	1,92
Não tem	6	11,53
<b>Considera-se Religioso</b>		
Sim	49	94,23
Não	3	5,76
<b>O que dá sentido na vida</b>		
Família	22	42,30
Fé/Deus/Religião	16	30,76
O viver	9	17,30
Trabalho	2	3,84
Nada	3	5,76

Ao investigar como os participantes se sentiram ao receber o diagnóstico 38,46% relataram que já esperavam o diagnóstico, devido a conversas com outros médicos ou por existirem vários casos na família; outros não se desesperaram devido ter muita fé em Deus ou acreditar que já viveram o suficiente.

No entanto, o sentimento de desespero, abalo, medo de morrer ou nunca ter imaginado que aconteceria com eles foi relatado por alguns. A maioria dos pacientes (61,46%) afirmou ter sido um choque receber o diagnóstico: não esperavam, ficaram “sem chão”, muito preocupados e/ou com medo de morrer.

**Tabela 5**

Categorias de respostas fornecidas pelos pacientes para explicar como se sentiram ao receber o diagnóstico de câncer.

<b>Definição da variável</b>	<b>Exemplo de verbalização</b>
Diagnóstico era esperado: Paciente já imaginava, em função de sintomas e/ou conversas anteriores com o médico.	<p>“Quando soube não senti tristeza, já imaginava que era câncer” (73 anos, masculino, casado)</p> <p>“Normal, já imaginava, tem muitos casos na família” (61 anos, feminino, casada)</p> <p>“Foi normal, não adianta assustar e pôr na cabeça que isso faz morrer mais rápido” (56 anos, feminino, casada)</p> <p>“Na hora fiquei normal, mas depois fiquei pensando que já vivi o que tinha para viver, só tenho medo de ficar na cama” (70 anos, masculino, separado)</p>
Diagnóstico veio como um “choque”: Paciente não esperava o diagnóstico	<p>“Não esperava, achei que fosse um problema mais fácil de resolver, que não seria grave como é” (54 anos, masculino, solteiro)</p> <p>“Foi um choque, nem imaginava isso” (55 anos, feminino, divorciada)</p> <p>“Levei um susto, fiquei com medo e preocupado” (82 anos, masculino, casado)</p> <p>“Na hora foi difícil, chorei, me isolei das pessoas, depois pensei em Deus para seguir em frente” (66 anos, feminino, viúva)</p>

Quando questionados se acreditavam que suas crenças religioso-espirituais influenciavam em sua saúde, todos afirmaram que sim, pois é uma fonte de apoio, acham importante, se sentem bem, tem como alicerce para superar a situação.

Os pacientes foram questionados também sobre como acreditam que os profissionais da saúde podem ajudá-los em relação as suas crenças religioso-espirituais. Quarenta e três pacientes (82,69%) consideram importante que médicos e profissionais da saúde conversem sobre suas crenças religioso-espirituais, pois acreditam ser uma forma de carinho e atenção com seu problema.

A Tabela 6 apresenta respostas dos pacientes sobre como acreditam que os profissionais da saúde podem ajudá-los em relação as suas crenças religioso-espirituais.

**Tabela 6**

Categorias de respostas citadas para explicar como o paciente acha que os profissionais da saúde poderiam ajudar em relação a suas crenças.

<b>Definição da variável</b>	<b>Exemplo de verbalização</b>
Profissionais podem ajudar: Conversar, dar atenção, falar sobre as crenças religiosas-espirituais do paciente como forma de apoio	<p>"A medicina é guiada por Deus, então se eu não seguir o que a medicina fala é como cometer um suicídio" (49 anos, masculino, casado)</p> <p>"Eles podem ajudar dando carinho, afeto, te olhar nos olhos, isso anima, a gente fica até bom" (60 anos, masculino, divorciado/amasiado)</p> <p>"Se o médico ajudar na bíblia é bem vindo, porque se ele fizer o contrário da lei de Deus, não vai fazer efeito" (70 anos, masculino, casado)</p>
Profissionais não podem ajudar: não consideram importante falar sobre as crenças religioso-espirituais	<p>"Não tem como ajudar, tem que aceitar a vida até quando for, tratar e esperar o melhor" (62 anos, masculino, casado)</p> <p>"Não precisa se basear na religião do paciente, ele tem que apenas fazer seu trabalho" (76 anos, feminino, viúva/amasiada)</p> <p>"Acho que não tem necessidade do médico entrar este assunto" (60 anos, feminino, solteira)</p>

É importante destacar que 43 (82,69%) pacientes acharam importante que médicos e profissionais da saúde conversem sobre suas crenças religioso-espirituais, pois acreditam ser

uma forma de carinho e atenção com seu problema. Isso mostra a importância dos profissionais da saúde, de modo geral, fornecerem um tratamento mais humanizado, compatível com as necessidades dos pacientes.

#### **4 – DISCUSSÃO**

Nosso estudo demonstrou que a maioria dos participantes apresentou *distress* e nível de espiritualidade acima da média. Embora fosse o foco principal da pesquisa, não foi identificada uma correlação entre o nível de espiritualidade e o estresse. Uma possível explicação seria que a espiritualidade, bem como a religiosidade, serem utilizadas como uma estratégia de enfrentamento na qual o indivíduo busca fortalecimento para superar a doença e/ou tratamento. Já o estresse muitas vezes está relacionado à dificuldade de resolução de problemas. Entretanto, como a pesquisa foi feita com os pacientes no início do tratamento, provavelmente ele ainda não teve tempo de utilizar suas estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse.

Fornazari e Ferreira (2010), em seu estudo sobre espiritualidade e qualidade de vida em pacientes oncológicos, relacionaram o enfrentamento religioso/espiritual com a qualidade de vida em pacientes oncológicos. Levantaram evidências sobre o quanto a fé do paciente influencia de forma positiva sua qualidade de vida, apontando melhora na saúde mental, redução do estresse e adesão ao tratamento.

Devido ao tempo de evolução da doença de nosso estudo, seria interessante avaliarmos os pacientes após um período maior desde o início do diagnóstico de câncer para identificarmos as possíveis estratégias de enfrentamento que poderiam ser utilizadas.

Ao investigar a relação entre o sexo dos participantes com estresse e espiritualidade, não houve associação entre o sexo e a presença do estresse, bem como quando comparado o sexo com a espiritualidade. Não existem relatos na literatura sobre esse tipo de comparação.

Já quando comparado o nível de espiritualidade com a idade dos participantes, houve uma correlação inversa leve entre os escores (coeficiente RHO de Spearman menor que 0,43 e  $P= 0,001$ ). Quanto mais novo o participante maior é sua espiritualidade. Esse fato não é frequentemente encontrado na literatura (Oliveira, Cotrim, Novo, Juliano, & Schnaider, 2014). É possível que, quando mais novo o paciente, maiores suas expectativas em relação ao futuro, o que justifica a busca pela espiritualidade como uma forma de suporte para enfrentar o diagnóstico. Já os pacientes mais idosos, ou já tem religiosidade como fonte de apoio ou tem menos expectativas quanto ao futuro, pelas experiências já vividas (ex. filhos, carreira).

Quando investigado o Estado Civil versus Estresse também não houve associação entre ser sozinho ou ter um companheiro (a) e a presença e ausência de estresse ( $p= 0,27$ ). No estudo de Bergerot (2013) sobre a avaliação do *distress* para identificar fatores de risco e proteção em pacientes oncológicos, os pacientes foram avaliados em três momentos, sendo que no primeiro evidenciou-se que os casados e/ou divorciados apresentavam um alto *distress*. No presente estudo também não houve diferença no escore do Facit com o estado civil (sozinho x não sozinho) (Teste de Mann-Whitney  $P=0,87$ ).

Quando comparado os pacientes fumantes com o nível de estresse também não houve associação entre o estresse e hábito de fumar ( $p=0,71$ ). É notória a escassez de estudos relacionando o estresse com o hábito de fumar. O que se encontra na literatura é uma associação entre tabagismo e depressão. Afonso e Pereira (2012) concluíram em seu estudo sobre preditores de morbidade psicológica em fumantes, que há um predomínio de sintomas de depressão associados ao hábito de fumar, o que faz aliar seu estado de humor negativo por meio de reforço negativo (fumar). É possível pensar que o comportamento de fumar tenha sido utilizado ao longo da vida como uma estratégia para lidar com o estresse.

Neste estudo avaliou-se apenas um tipo de estratégia de enfrentamento, focado na religiosidade-espiritualidade. Entretanto, a família é citada com frequência como responsável por dar sentido à vida de pacientes com câncer. Estudo realizado por Rodrigues, Ferreira e Caliri (2013) evidenciou a importância de avaliar o suporte social como fonte de enfrentamento para pacientes oncológicos, sendo a família e os amigos mais íntimos os principais apoiadores.

Todos os pacientes avaliados no presente trabalho afirmaram acreditar em Deus, apesar de uma minoria não seguir nenhum tipo de religião. No estudo de Silva, Piassa, Oliveira e Duarte (2014) sobre depressão em adultos com câncer, 100% da amostra possuíam crenças religiosas e as usavam como forma de enfrentamento da doença.

Ao investigar o impacto ao receber o diagnóstico foi possível notar que para alguns o câncer já era esperado em função de histórico familiar, para outros, a fé em Deus os fortalecem para enfrentar essa fase de tratamento e outros ainda acreditavam que já viveram o suficiente. No entanto, o sentimento de desespero, abalo, medo de morrer ou nunca ter imaginado que aconteceria com eles foi relatado por alguns.

Já a maioria dos pacientes afirmou ter sido um choque receber o diagnóstico, por outro lado, alguns relataram que já esperavam o diagnóstico, devido a conversas com outros médicos ou por existirem vários casos na família.

Em um estudo qualitativo sobre a relação entre espiritualidade e câncer sob a perspectiva do paciente, realizado por Guerrero, Zaro, Sawada e Pinto (2011), a maioria dos pacientes ficaram perplexos ou em choque ao receber o diagnóstico, apresentando sentimentos de indignação e tristeza. Já outros, não apresentaram reação ou sentimentos ao algum. Eles apontaram o sexo masculino como sendo aqueles que apresentam dificuldades em expressar seus sentimentos frente ao diagnóstico de câncer, indicando um autocontrole que acaba por

dificultar o compartilhamento de seus medos, aludindo uma falta de preocupação com sua própria saúde.

No presente estudo, ao questionar os pacientes se os mesmos acreditavam que suas crenças religioso-espirituais influenciavam em sua saúde, todos afirmaram que sim, pois é uma fonte de apoio, acham importante, se sentem bem e tem como alicerce para superar a situação do adoecer.

Geronasso e Coelho (2012) investigaram a influencia da religiosidade-espiritualidade na qualidade de vida de pessoas com câncer e evidenciaram os benefícios das crenças religiosas neles, considerando uma forte ligação da fé com a recuperação da doença. Apontaram influencia como: bem estar; diminuição de depressão e ideação suicida; melhorando assim a qualidade de vida daqueles em que vivenciam a presença de um câncer, devido ao suporte e força adquirido para enfrentar o tratamento. Também foi notável a mudança de atitude no estilo de vida dos entrevistados, tornando-se mais saudável durante e após a doença, revendo suas prioridades na vida (relações sociais, amizades, família, trabalho) e buscando ter mais tempo para si mesmo.

No presente estudo, a maioria dos pacientes considera importante o médico e os profissionais da saúde conversem sobre suas crenças religioso-espirituais, pois acreditam ser uma forma de carinho e atenção com seu problema. Isso nos mostra a importância de um tratamento mais humanizado, compatível com as necessidades dos pacientes.

Um estudo realizado por Oliveira et al. (2013) sobre a saúde, espiritualidade e ética na percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado, destacou-se que os pacientes consideram importante e gostaria de receber apoio sobre a dimensão espiritual no processo saúde-doença, dos profissionais da saúde, incluindo o médico, pelo fato de acreditarem que a espiritualidade influenciava em sua saúde, considerando ser o papel do profissional fazer essa ponte entre a

medicina e a espiritualidade. No entanto muitos profissionais não se sentem a vontade para lidar com o assunto, provavelmente devido as faculdades e universidades de medicina brasileira não prepararem os futuros médicos para abordar tal aspecto mencionado.

Durante o estudo, algumas dificuldades prejudicaram a coleta de dados. Por se tratar de uma amostra de pacientes acima de 50 anos, alguns solicitaram que um acompanhante permanecesse junto no momento da entrevista, pois se sentiriam mais seguros. A presença do acompanhante, entretanto, pode ter interferido em algumas respostas do paciente.

Avaliar o estilo de vida de pessoas com câncer de pulmão e o papel de suas crenças religioso-espirituais como fonte de suporte para enfrentar a doença mostrou-se relevante. Além disso, profissionais da saúde devem ser treinados para ouvir e acolher os pacientes, respeitando e valorizando suas crenças como fonte de suporte para enfrentar o problema.

## **5 – CONCLUSÃO**

O estudo demonstrou que a maioria dos participantes apresentou *distress* e nível de espiritualidade acima da média embora não tenha sido encontrada correlação entre esses dois itens. A Escala de Espiritualidade apontou que os aspectos relacionados a “sentido e paz” encontram-se abaixo da média descrita na literatura e “fé” acima da média.

Houve uma correlação inversa quanto à idade e espiritualidade, destacando o enfrentamento religioso-espiritual mais acentuado nos mais novos.

A investigação quanto ao sexo e a presença do estresse, bem como quando comparado o sexo com a espiritualidade não foram significativos.

Enfrentamento baseado na espiritualidade mostrou-se presente entre todos os participantes, sendo que todos acreditavam em Deus e 94% se consideravam religiosos.

Pesquisas nesta área ainda são escassas destacando a necessidade de maiores estudos, principalmente no que se refere a espiritualidade dos idosos.

## REFERÊNCIAS

Afonso, F., & Pereira, M., G. (2012). Preditores da Morbidade Psicológica em Fumantes, motivados para deixar de fumar, e em Abstinentes. *Revista SBPH*, 15(2), 96-116.

Andolhe, R., Guido, L. d. A., & Bianchi, E. R. F. (2009). Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 711-720.

Batista, S., & Mendonça, A. (2012). Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Revista Bioética*, 20(1), 175-188.

Bergerot, C. D. (2013). *Avliação de distress para identificação de fatores de risco e proteção na experiência oncológica: contribuições para estruturação de rotinas e programas em psico-oncologia*. (Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10482/15392>

Carmo, C. B. S., Silva, R. D., & Teixeira, R. C. (2014). Perfil Epidemiológico De Pacientes Com Câncer De Pulmão Em Hospital Público De Referência Oncológica Do Estado Do Pará. *Revista Paraense de Medicina*, 28 (1), 55-62.

Decat, C. S. A., Laros, J. A., & Araujo, T. C. C. F. d. (2009). Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 14, 253-260.

Faria, A. M. D. B., & Cardoso, C. L. (2010). Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Estudos de Psicologia - Campinas*, 27, 13-20.

Ferreira, A. G. N., Gubert, F. d. A., Martins, A. K. L., Galvão, M. T. G., Vieira, N. F. C., & Pinheiro, P. N. d. C. (2011). Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32, 744-750.

Fonseca, A. A., & Rêgo, M. A. V. (2013). Tendência da Mortalidade por Câncer de Pulmão na Cidade de Salvador e no Estado da Bahia, Brasil, 1980 a 2011. *Revista Brasileira de cancerologia*, 59(2), 175-183.

Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e Saúde. *Psicologia teoria e prática*, 26, 265-272.

- Franceschini, J., Jardim, J. R., Fernandes, A. L. G., Jamnik, S., & Santoro, I. L. (2013). Relação entre a magnitude de sintomas e a qualidade de vida: análise de agrupamentos de pacientes com câncer de pulmão no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 39, 23-31.
- Geronasso, M. C. H. & Coelho, D. (2012). A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *Revista interdisciplinar Saúde e Meio Ambiente*. 1(1), 173-187.
- Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, 53-59.
- Guimarães, H. P., & Avezum, A., (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de psiquiatria clínica, supl I*, 88-94.
- INCA, Instituto Nacional do Cancer, 2014.
- Jamnik, S., Santoro, I. L., Borges, E. L., Uehara, C. & Silva, V.V. (2009). Estudo comparativo de fatores prognósticos em portadores de carcinoma Não-pequenas células de pulmão: sobrevida superior a cinco anos e inferior a um ano. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(1), 5-10.
- Lipp, M. E. N. (2000). *O estresse está dentro de você*. São Paulo: Contexto.
- Nascimento, C. M., & Nunes, S. (2010). O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psico-oncologia. *Revista de psicologia; 13(19)*, 91-102.
- Oliveira, M. C. M., Cotrim, L., Novo, N. F., Juliano, Y., Schnaider, T. B. (2013). Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com linfadenectomia axilar. *Revista do Médico Residente*, 15(3), 170-180.
- Oliveira, G. R., Neto, J. F., Salvi, M. C., Camargo, S. M., Evangelista, J. L., Espinha, D. C. M., & Lucchetti, G. (2013). Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. *Revista Brasileira Clinica Medica*, 11(2), 140-144.
- Pereira, F., & Santos, C. (2011). Adaptação cultural da Functional Assessment of chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. *Cadernos de Saúde*, 4(2), 37-45.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Pharm, L. H., & Cella, D., (2002). MeasuringSpiritual Well-Being in people with cancer: The functional Assessment of Chronic Illness Therapy-spiritual Well-Being Scale (Facit –Sp). *Annals of Bbehavioral Medicin*, 24(1), 49-58.
- Portes, L. H., & Guimarães, M. B. L. (2012). Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. *Rev APS*. 15(1), 101-112.

- Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000) Taking Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129 – 137.
- Rodrigues, J. S. M., Ferreira, N. M. L. A., & Caliri, M. H. L. (2013). Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 46(3), 289-296.
- Silva, N. M., Piassa, M. P., Oliveira, R. M. C., & Duarte, M. S. Z. (2014). Depressão em adultos com câncer. *Revista Ciência Atual*. 2(1), 02-14.
- Souza, M. C. d., Vasconcelos, A. G. G., Rebelo, M. S., Rebelo, P. A. d. P., & Cruz, O. G. (2014). Profile of patients with lung cancer assisted at the National Cancer Institute, according to their smoking status, from 2000 to 2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17, 175-188.
- Straub, R. O. (2005). Estresse e Saúde. Capítulo 2. In. *Psicologia da Saúde* (115-149). Porto Alegre: Artmed.
- Straub, R. O., (2005). Câncer. Capítulo 10. In. *Psicologia da Saúde* (354-391). Porto Alegre: Artmed.
- Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of Nature. *Informa Healthcare USA*, 15(5), 472–478.
- Teodoro, R. A. N. (2013). *O impacto psicossocial do Distress em doentes oncológicos: Gênero, tempo de diagnóstico e tipo de cancro*. (Tese de mestrado, ISPA - Instituto Universitário, Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.12/2755>

**APÊNDICE 1****Entrevista Semi-Dirigida**

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

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Filhos/Idade: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Iniciou o tratamento: ( ) sim ( ) não. Qual? Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sente dor neste momento? Quanto? ( ) Sim ( ) Não

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10

Está sentindo algum desconforto neste momento: ( ) Sim ( ) Não

Fumante: ( ) sim ( ) não. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Quantidade diária de cigarros: \_\_\_\_\_

Parou de fumar: ( ) sim ( ) não. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Quem te falou sobre seu diagnóstico? ( ) médico ( ) familiar ( ) Outros

Você acredita em Deus: ( ) sim ( ) não

Segue alguma religião? ( ) sim ( ) não. Qual? \_\_\_\_\_

Como você recebeu o diagnóstico? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Você se considera religioso ou espiritual? Se não, o que lhe dá sentido a vida?

---

---

---

Qual é a importância das suas crenças na sua vida? \_\_\_\_\_

---

---

Você acha que suas crenças podem influenciar na sua saúde?

---

---

---

Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Isso lhe dá um suporte ou é importante para você? \_\_\_\_\_

---

---

---

Como podemos ajudar nesse sentido, em relação as suas crenças, como profissionais da saúde?

---

---

---

---

## APÊNDICE 2

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Informação ao participante sobre a pesquisa

Meu nome é Vanessa Cristina Lourenção, sou psicóloga (CRP/06-84913) do Serviço de Psicologia da Famerp/Funfarme, responsável pelo projeto de pesquisa “Estresse e espiritualidade em pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão”. Trata-se de uma pesquisa que estou realizando junto ao curso de mestrado em Psicologia e Saúde da FAMERP. Comprometo-me em lhe informar a respeito do projeto e de seus direitos e, em caso de aceitação solicitamos sua assinatura no local determinado ao final da página (termo). A orientadora do projeto é Prof<sup>a</sup>. Dra. Patrícia Maluf Cury (CRM 65394) do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

O estresse tem importante impacto sobre a qualidade de vida das pessoas, que devem desenvolver mecanismos de enfrentamento (formas positivas de enfrentar o problema) para lidar com situações estressantes. Muitos utilizam a espiritualidade para lidar com suas dificuldades pessoais. O impacto do diagnóstico do câncer provoca sensações negativas no paciente, que pode entrar em um nível de estresse prejudicial à sua saúde. Saber qual é o impacto de receber o diagnóstico de câncer e como os pacientes lidam com isso é importante para que possamos lhe ajudar.

O objetivo do trabalho é analisar o impacto do diagnóstico de câncer de pulmão sobre pacientes com diagnóstico recente da doença e a relação entre presença e nível de estresse e espiritualidade

Para conhecer como você está lidando com a doença, precisaremos conversar (entrevista). Tudo o que você disser será mantido em segredo. Durante a nossa conversa você vai se lembrar dos momentos vivenciados durante o período do diagnóstico, das dificuldades enfrentadas, isso pode fazer aparecer sentimentos de tristeza, angústia, medo, insegurança, entre outros, mas estarei aqui para ajudar você a lidar com todos esses sentimentos.

Se você decidir participar da pesquisa as informações que me passar serão utilizadas em trabalhos científicos, mas o seu nome não será revelado, para que você possa ficar protegido. É importante saber que você pode não aceitar participar da pesquisa ou desistir de participar a qualquer momento, com a garantia que não será prejudicado em seu tratamento.

Caso seja identificadas a presença de estresse importante e a necessidade de acompanhamento psicológico, você será encaminhado para um serviço de atendimento psicológico se for de sua vontade.

Após ter conhecido os objetivos desta pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para participar do estudo, é que:

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa “Estresse e espiritualidade em pacientes com diagnóstico recente de câncer de pulmão”, após ter lido ou sido informado sobre os objetivos do estudo, esclarecido as minhas dúvidas com a

entrevistadora. Estou ciente: que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento; do sigilo do projeto e que aceitei participar de forma totalmente voluntária.

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da Entrevistadora: \_\_\_\_\_

São José do Rio Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

### **Contato**

Pesquisadora responsável: Vanessa Cristina Lourenção

Inscrição no Conselho Regional de Psicologia: 06 / 84913)

Cargo/Função: Supervisora e Psicóloga no Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP.

Endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, n° 5544, bairro São Pedro

Cidade: São José do Rio Preto, CEP: 15090-000. Fone: (17) 3201-5000

### **Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos - Famerp**

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, n° 5416

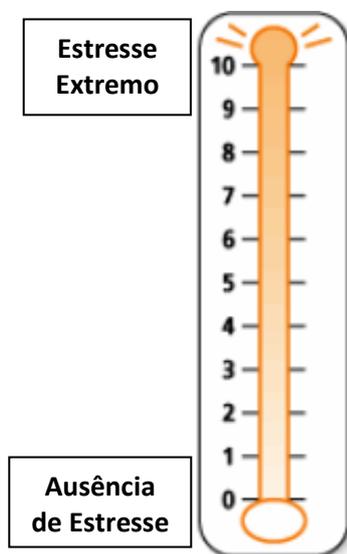
Vila São Pedro, CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto – SP

Telefone: (17) 3201 - 5813

## ANEXO 1

Termômetro de *Distress*

Primeiramente circule um número de 0 a 10 que melhor descreve a quantidade de *distress* (estresse negativo) que você tem experimentado na semana passada incluindo o dia de hoje.



Indique a seguir se algum desses itens tem sido um problema para você na última semana incluindo o dia de hoje. Certifique-se de assinalar **Sim (S)**, **Não (N)** ou **Não se Aplica (NA)** em cada item.

<b><u>Problemas práticos:</u></b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se Aplica</b>
Cuidar de criança			
Cuidar de casa			
Plano de saúde			
Transporte			
Trabalho / Escola			
<b><u>Problemas familiares:</u></b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se Aplica</b>
Filhos			
Companheiro (a)			
<b><u>Problemas Emocionais:</u></b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se Aplica</b>
Depressão			
Medo			
Nervosismo			
Tristeza			
Preocupação			

Perda de interesse em atividades usuais			
<b><u>Problemas:</u></b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se Aplica</b>
Envolvimento espiritual / religioso			
<b><u>Problemas físicos:</u></b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se Aplica</b>
Aparência			
Tomar banho / se vestir			
Respirar			
Mudanças ao urinar			
Constipação (intestino preso)			
Diarréia			
Alimentação			
Fadiga			
Sentir-se inchado			
Febre			
Dar uma volta / passear			
Indigestão			
Memória / concentração			
Mucosite / afta			
Náusea			
Nariz seco / congestionado			
Dores			
Sexual			
Pele seca / coceira			
Dormir			
Mão / pés formigando			

**Outros problemas:**

---



---

## ANEXO 2

## Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being /FACIT-Sp

## Escala de bem-estar espiritual – FACIT\_Sp-12

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

	<b>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</b>	<b>Nem um Pouco</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Maior ou Menos</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>Sp 1</b>	Sinto -me em paz.					
<b>Sp 2</b>	Tenho uma razão para viver.					
<b>Sp 3</b>	A minha vida tem sido produtiva.					
<b>Sp 4</b>	Custa -me sentir paz de espírito.					
<b>Sp 5</b>	Sinto que a minha vida tem um propósito.					
<b>Sp 6</b>	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a).					
<b>Sp 7</b>	Sinto -me em harmonia comigo mesmo(a).					
<b>Sp 8</b>	Falta sentido e propósito em minha vida.					
<b>Sp 9</b>	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais.					
<b>Sp 10</b>	A minha fé ou crenças espirituais me dá força.					
<b>Sp 11</b>	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais.					
<b>Sp 12</b>	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará bem.					

**Anexo 3**

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa