

A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico

Ana Cláudia Mesquita¹
Érika de Cássia Lopes Chaves²
Carolina Costa Valcanti Avelino³
Denismar Alves Nogueira²
Raquel Gerhke Panzini⁴
Emília Campos de Carvalho⁵

Objetivo: Investigar o uso do enfrentamento religioso/espiritual por pessoas, com câncer, em quimioterapia. Métodos: trata-se de estudo quantitativo, descritivo e transversal, com 101 pacientes em quimioterapia endovenosa, em ambulatório de oncologia de hospital público de Minas Gerais, realizado no primeiro semestre de 2011. Para coleta de dados utilizou-se entrevista empregando-se questionário para caracterização da amostra e Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada. Resultados: todos os sujeitos fizeram uso do coping religioso/espiritual (média=3,67; dp=0,37); houve tendência para utilizar o coping de forma negativa os indivíduos mais jovens, sem religião e que não consideravam importante o apoio espiritual; já os indivíduos que gostariam de receber apoio espiritual e que participavam de grupo de apoio ao paciente com câncer utilizavam o coping de forma positiva. Conclusões: o estudo reforça que o coping religioso/espiritual é importante estratégia de enfrentamento do câncer e contribui para a compreensão do mesmo como ferramenta útil para o cuidado espiritual.

Descritores: Enfermagem; Espiritualidade; Quimioterapia; Neoplasias.

¹ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

³ Enfermeira, Residente em Saúde da Família, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

⁴ Doutoranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Emília Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: ecdcava@usp.br

Introdução

Estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas apontam para a relação positiva entre espiritualidade e religiosidade e melhores indicadores de saúde⁽¹⁾. Espiritualidade pode ser compreendida como a essência de uma pessoa, uma busca de significado e propósito na vida. Já a religião pode ser definida como uma expressão parcial da espiritualidade, praticada por meio de tradições sagradas, transmitida pelo patrimônio cultural, acompanhada de dogmas e doutrinas⁽²⁾.

Pessoas religiosas frequentemente apresentam maior capacidade para lidar com circunstâncias adversas da vida com a utilização do *Coping* Religioso/Espiritual (CRE)⁽¹⁾. *Coping*, ou enfrentamento, refere-se a um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas com o objetivo de enfrentar situações de estresse⁽³⁾. Quando o paciente utiliza recursos religiosos para esse fim, ele está utilizando o *coping* religioso⁽⁴⁾. Algumas definições de *coping* religioso não mencionam explicitamente a espiritualidade, no entanto, essa também constitui importante fonte de enfrentamento⁽³⁾.

O CRE pode ser positivo ou negativo⁽⁵⁾; quando positivo (CREP) abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico ao indivíduo, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentes. O CRE negativo (CREN) envolve estratégias que geram consequências prejudiciais, por exemplo, redefinir o estressor como punição divina⁽³⁾. Dentre os instrumentos de medida, empregou-se, neste estudo, a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve)⁽⁶⁾. Ela determina o CRE total (CRET) que indica a quantidade total de CRE praticado pelo indivíduo, por meio da média entre o índice CREP e a média das respostas do CREN Invertido⁽⁶⁾. O CRET e o CREP estão associados a melhores resultados de saúde e qualidade de vida⁽³⁾.

Na última década, atenção maior tem sido dispensada à espiritualidade e seu papel como estratégia de enfrentamento utilizada por pacientes com câncer, afinal, a espiritualidade e também a religião mostram-se importantes no enfrentamento de tal doença, ao desempenhar papel protetor contra a morbidade psicológica, pois têm impacto importante sobre a maneira como a pessoa lida com a enfermidade⁽⁷⁻⁹⁾. Cada indivíduo expressa a espiritualidade à sua maneira, relacionando-a à esperança de sobreviver ao câncer, visto que a doença amedronta e a espiritualidade renova, o que demonstra a importância do reconhecimento da mesma como estratégia de enfrentamento no planejamento da assistência ao paciente com câncer⁽⁹⁾. Assim, é necessário aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito da dimensão espiritual do paciente, aumentando,

assim, a capacidade dos mesmos de aliviar o sofrimento humano⁽¹⁰⁾, o que justifica o investimento em estudos sobre essa temática.

Na prática clínica, é imprescindível que o enfermeiro conheça a dimensão espiritual do paciente ao planejar o cuidado de enfermagem, visto que, ao ser utilizada como modo de enfrentamento, a espiritualidade ocupa lugar de destaque na vida das pessoas⁽⁹⁾.

O objetivo deste estudo foi investigar o uso do enfrentamento religioso/espiritual por pessoas, com câncer, em quimioterapia.

Métodos

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Protocolo nº107/2010, conforme diretrizes para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos. A população do estudo foi composta pelos pacientes com câncer, em quimioterapia endovenosa, em um ambulatório público de oncologia, no interior de Minas Gerais, atendidos no primeiro semestre de 2011. A amostra, caracterizada por conveniência, contou com 101 pacientes (cerca de 50% da população), atendidos no período da manhã. Foram incluídos os pacientes que realizavam tratamento quimioterápico endovenoso, com idade igual ou superior a 21 anos, independente do sexo, orientados no tempo, espaço e pessoa e com capacidade para se expressar verbalmente. Após convite e concordância em participar do estudo, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, utilizou-se questionário e a escala CRE-Breve. O questionário, de autoria dos pesquisadores, foi construído com o objetivo de caracterizar os participantes quanto aos aspectos demográfico, clínico e espiritual/religioso. Foi submetido à validação de aparência e conteúdo por três juízes que estudam espiritualidade/religiosidade e doença oncológica. Todas as sugestões foram incorporadas e relacionavam-se à forma de apresentação do questionário.

A CRE-Breve é uma versão resumida da Escala de CRE validada para o Brasil⁽⁶⁾, adaptada do instrumento norte-americano que contém 105 itens⁽⁵⁾ e que propicia avaliar a utilização de estratégias religiosas e espirituais para lidar com estressores importantes da vida. A CRE-Breve contém 49 itens, 34 relacionados ao CREP e 15 relacionados ao CREN⁽¹¹⁾. As respostas são dadas em escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (muitíssimo) e recebem uma pontuação que possibilita a análise e compreensão dos dados. O parâmetro utilizado para análise dos valores das médias da CRE-Breve é: nenhuma ou irrisória (1,00 a 1,50), baixa (1,51 a 2,50),

média (2,51 a 3,50), alta (3,51 a 4,50) e altíssima (4,51 a 5,00)⁽⁶⁾. A análise de consistência interna do conjunto de itens da CRE-Breve para o estudo foi o alfa de Cronbach de 0,90, demonstrando expressiva consistência interna, com valor semelhante ao obtido na validação da escala que foi de 0,97⁽⁶⁾, especialmente considerando que a amostra deste estudo equivale a 1/6 da amostra original.

Para este estudo, o questionário e a CRE-Breve foram submetidos a um pré-teste com 29 pacientes que não fizeram parte da amostra, para averiguar o entendimento dos itens pelos pacientes. Não foram detectadas dificuldades de compreensão por parte dos participantes.

A coleta dos dados foi realizada durante as sessões de quimioterapia; foi explicado o objetivo do estudo e solicitada a participação dos sujeitos. Realizou-se, então, com aqueles que consentiram em participar, uma entrevista para que pudessem responder ao questionário geral e à Escala CRE-Breve. Optou-se pela entrevista com o objetivo de facilitar a participação dos indivíduos, visto que, na maioria das vezes, o membro superior estava punccionado para a infusão do medicamento, o que dificultaria a escrita das respostas. Vale ressaltar que não houve interpretação das questões por parte do entrevistador ao paciente.

A análise dos dados foi precedida pela elaboração de um banco de dados no aplicativo Excel (Windows – 2010), utilizado para codificação das variáveis em um dicionário e para validação mediante dupla digitação dos dados. Para a análise estatística, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17.0. A estatística descritiva permitiu apresentar e resumir os dados obtidos. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para correlacionar as variáveis ordinais (idade, renda familiar, tempo de diagnóstico, importância dada à religião/espiritualidade) com o CRE. O teste t permitiu comparar as diferenças das médias dos valores de CRE em relação a diferentes variáveis (sexo, possuir religião, considerar importante a prestação do cuidado espiritual, gostaria de receber apoio espiritual). A análise de variância possibilitou testar a igualdade de médias de respostas. O modelo de regressão linear múltipla foi utilizado para explicar a relação entre as variáveis sociodemográficas e os escores da variável dependente CRE-Breve (CRET, CREP e CREN). O nível de significância estabelecido foi de 5% para os testes e 10% para os parâmetros do modelo de regressão.

Resultados

Dos 101 sujeitos participantes, 51 (51%) pertenciam ao gênero feminino, 50 (50%) enquadravam-se na faixa etária de 43 a 64 anos, 60 (59%) possuíam ensino fundamental completo, 65 (64%) casados e 56 (57%)

recebiam de dois a três salários-mínimos (salário-mínimo: R\$545,00, no período da coleta de dados).

Os tipos de câncer prevalentes foram: colorretal (31%), mama (17%) e próstata (8%). Em relação ao tempo de tratamento, 69% dos pacientes realizavam quimioterapia entre 1 e 12 meses, 18% há menos de um mês e 11% entre 1 e 4 anos. Em relação ao tempo de diagnóstico, 64% dos pacientes relataram ter descoberto a doença entre 1 e 12 meses e 16% entre 13 meses e 2 anos. Quanto à realização de outro tipo de tratamento para o câncer, 80% dos pacientes já o fizeram: 54% cirurgia, 5% radioterapia e 24% ambos os tratamentos. Quanto à presença de efeitos colaterais da quimioterapia, 37% dos entrevistados informaram não apresentar efeito colateral, 24% informaram apresentar efeitos colaterais leves, 14% moderados e 16% intensos; 58% participavam de algum grupo de apoio ao paciente com câncer.

Em relação à abordagem do tema espiritualidade/religião pelos profissionais de saúde, 93% dos pacientes a considera importante como forma de auxiliar no enfrentamento da doença; no entanto, apenas 16% informaram já ter conversado com algum profissional de saúde sobre o tema. Ainda, a maioria dos sujeitos (80%) informou que gostaria de receber algum tipo de cuidado espiritual durante o tempo de tratamento.

Tabela 1 – Distribuição sujeitos entrevistados, de acordo com as características religiosas e espirituais. Minas Gerais, Brasil, 2011

Variáveis	n (%)
Religião	
Católica	86 (85)
Evangélica	11 (11)
Espírita	02 (02)
Sem religião, mas espiritualizado	02 (02)
Importância da religião/espiritualidade	
Não é importante	0
Um pouco importante	0
Importante	24 (24)
Muito importante	77 (76)
Frequência à igreja	
Diariamente	01 (01)
1 ou mais vezes por semana	54 (53)
1 ou mais vezes por mês	23 (23)
1 vez ao ano	12 (12)
Nunca	09 (09)
Costuma rezar/orar/meditar	
Sim	101 (100)
Não	0
Escores do CRET	
Irrisório	0
Baixo	01 (01)
Médio	35 (35)
Alto	64 (63)
Altíssimo	01 (01)

Consideram-se praticantes de sua religião 91% dos entrevistados e 73% informaram que a doença e tratamento não dificultam a prática religiosa. Constatou-se que todos usavam CRE, sendo que a maior parte deles enquadrou-se no escore alto do CRET (Tabela 1).

As médias dos valores de CRE foram: CREN=3,67 (dp=0,37); CREN=1,19 (dp=0,26); CREP=2,58 (dp=0,67). A média da razão CREN/CREP foi igual a 0,21 (dp=0,06).

Associações entre CRE e as demais variáveis em estudo

Empregando-se o coeficiente de correlação de Spearman, apreende-se que o CREN associou-se inversamente à idade e à renda familiar e que o CRET associou-se diretamente à importância que os indivíduos deram à religião/espiritualidade e ao tempo de diagnóstico (Tabela 2).

Tabela 2 - Coeficientes de correlação de Spearman para as variáveis sociodemográficas e o *coping* religioso/espiritual. Minas Gerais, Brasil, 2011

	Coef. de correlação	p
CREN x idade	-0,209	0,036
CREN x renda familiar	-0,294	0,003
CRET x TD	0,196	0,049
CRET x IRE	0,307	0,002

TD: tempo de diagnóstico; IRE: importância da religião/espiritualidade.

Segundo análise pelo teste *t*, as mulheres apresentaram médias de CREP e CRET maiores que as dos homens. Os indivíduos que possuíam religião apresentaram média de CREN irrisório. Os indivíduos que gostariam de receber apoio espiritual apresentaram médias de CREP e CRET maiores do que os que não gostariam de receber esse apoio (Tabela 3).

Tabela 3 – Teste *t* para as variáveis sociodemográficas e o CRE. Minas Gerais, Brasil, 2011

	Médias							
	Sexo	p	PR	p	CE	p	AE	p
CRE P	Masc: 2,4	0,012			Sim: 2,6	0,105	Sim: 2,7	0,003
	Fem: 2,7	0,012			Não: 2,2	0,042	Não: 2,2	0,001
CRE N			Sim: 1,1	0,002				
			Não: 1,7	0,35				
CRE T	Mas: 3,6	0,04			Sim: 3,7	0,04	Sim: 3,7	0,009
	Fem: 3,8	0,04			Não: 3,4	0,03	Não: 3,5	0,002

PR: possui religião; CE: considera importante a prestação do cuidado espiritual; AE: gostaria de receber apoio espiritual.

Conforme a análise de variância houve significância estatística entre o CREN e a presença de efeitos colaterais e o CRET e a denominação religiosa (Tabela 4).

Tabela 4 – Médias para as medidas de *coping* religioso/espiritual em relação aos efeitos colaterais e à religião. Minas Gerais, Brasil, 2011

	p	Efeitos colaterais	Média
CREN	0,017	Nenhum	1,11
		Intensos	1,37
		Religião	Média
CRET	0,012	Protestantismo	3,90
		Espiritismo	3,80
		Catolicismo	3,60
		Sem religião	3,10

De acordo com o Modelo de Regressão Linear Múltipla, 17 a 26% da variância na espiritualidade e religião (CREP, CREN e CRET) foi explicada por combinação das variáveis apresentadas na Tabela 5. A escolha das variáveis foi realizada pelo procedimento de Backward. As associações significativas ocorreram para explicar o comportamento dos três tipos de CRE, de acordo com as variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas/espirituais.

Os indivíduos que mais utilizavam o CREP são: indivíduos que gostariam de receber apoio espiritual e que participavam de grupo de apoio ao paciente com câncer. Os que utilizavam o CREN são indivíduos mais jovens, sem religião e não consideravam importante o apoio espiritual. As mulheres, com maior tempo de tratamento, participantes de grupo de apoio ao paciente com câncer, que gostariam de receber apoio espiritual e possuíam religião apresentaram o CRET mais elevado.

Tabela 5 – Distribuição do CRE e demais variáveis estudadas, segundo a estimativa dos parâmetros e erros padrões dos modelos de regressão linear múltipla. Minas Gerais, Brasil, 2011

	CREP			CREN			CRET		
	B	EP	p	B	EP	p	B	EP	p
AE	0,579	±0,161	0,001	-	-	-	0,198	±0,93	0,036
PG	0,309	±0,130	0,019	-	-	-	0,195	±0,68	0,006
Idade	-	-	-	-0,095	±0,056	0,094	-	-	-
PR	-	-	-	-0,533	±0,171	0,002	0,587	±0,229	0,012
CE	-	-	-	-0,225	±0,091	0,016	0,255	±0,135	0,063
Sexo	-	-	-	-	-	-	0,134	±0,068	0,054
TD	-	-	-	-	-	-	0,140	±0,071	0,052
R ²	0,173			0,195			0,263		

AE: gostaria de receber apoio espiritual; PG: participa de grupo de apoio ao paciente com câncer; PR: possui religião; CE: considera importante o cuidado espiritual; TD: tempo de diagnóstico.

Discussão

Os participantes deste estudo utilizavam, de alguma forma, o CRE como estratégia de enfrentamento da doença. Recentes avanços na psico-oncologia e nas investigações sobre psiconeuroimunologia em pessoas com câncer têm permitido a redescoberta da importância da espiritualidade influenciando a clínica e o curso da doença, em termos de apoio e como variável de prognóstico potencial⁽¹²⁾.

Os sujeitos expressaram que gostariam de receber cuidado espiritual (80%) e consideravam importante a abordagem da questão como forma de auxiliar o enfrentamento da doença (93%). No entanto, apesar de evidências na literatura acerca das necessidades espirituais do paciente^(9,13), apenas 16% dos entrevistados já receberam algum tipo de apoio espiritual.

Certamente, o cuidado físico prevalece na assistência de enfermagem, pois o pensamento cientificista predomina na mentalidade dos profissionais⁽¹⁴⁾. A falta de formação profissional⁽¹⁵⁾ e a carência teórica para o cuidado espiritual apresentam-se como pretexto para a deficiência do mesmo⁽¹⁶⁾. No entanto, na *Nursing Interventions Classification* (NIC), que se apresenta como um referencial já consolidado acerca das intervenções de enfermagem, propõem-se duas intervenções relacionadas especificamente à espiritualidade: apoio espiritual e facilitação do crescimento espiritual⁽¹⁷⁾. Ao implementar essas intervenções, a enfermagem atende as necessidades espirituais do paciente⁽¹³⁾, realizando a interface entre a espiritualidade e o corpo de conhecimento próprio da profissão.

O estudo da relação do CRE com os aspectos sociodemográficos demonstrou que as mulheres apresentaram valores maiores de utilização do CREP (média=2,7), indicando, conforme a literatura, que as mulheres possuem maior envolvimento religioso que os homens⁽¹⁸⁾. Os dados também revelam que considerar

a religião/espiritualidade como algo importante na vida ($p=0,002$) e possuir uma religião ($p=0,012$) contribuiu de forma significativa para a utilização do CRET, o que fortalece a afirmativa de que dentre as razões para uma associação positiva entre religião e saúde está o fato de que crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas⁽³⁾.

Os indivíduos evangélicos apresentaram maior utilização do CRET (média=3,9), o que pode se dar pela maior prática de atividades religiosas (jejum, leitura bíblica e outras) entre os mesmos⁽⁴⁾. Outra variável que se relacionou ao CRET foi o tempo de diagnóstico, indicando que quanto maior o mesmo maior a utilização do CRET ($p=0,049$), pois, com o tempo, o número de estressores com os quais o paciente tem que lidar aumenta, sejam eles psicossociais ou fisiológicos, o que leva ao maior uso de modos de enfrentamento da doença⁽¹⁹⁾. A participação em grupos de apoio ao paciente com câncer também apresentou relação com o CRET ($p=0,006$) e CREP ($p=0,019$), o que corrobora o fato de que o suporte social, entre outros fatores, está associado ao melhor prognóstico de câncer⁽²⁰⁾. A utilização do CREP também foi associada ao desejo de receber apoio espiritual ($p=0,001$), o que confirma que o paciente pode atribuir à espiritualidade importante papel, de forma a minimizar o sofrimento e obter maior esperança de cura⁽⁹⁾.

De acordo com a literatura, valores de razão CREN/CREP $\leq 0,50$ estão associados a resultados positivos do CRE na qualidade de vida⁽⁶⁾. A média da razão CREN/CREP encontrada neste estudo foi de 0,21 ($dp=0,06$), o que indica que o CRE pode contribuir de forma positiva para melhor qualidade de vida dos participantes da pesquisa.

A renda familiar baixa resultou em maior utilização do CREN ($p=0,003$). A renda está fortemente associada ao ajustamento psicológico do paciente, o que fornece apoio para se considerar que, além dos aspectos humanos envolvidos no processo saúde/doença, as variáveis

ligadas ao contexto material de vida das pessoas também precisam ser investigadas; afinal, elas oferecem o substrato concreto para suporte das ações de cuidado⁽²¹⁾.

Os indivíduos do presente estudo, que apresentaram efeitos colaterais intensos, mostraram tendência a utilizar mais o CREN (média=1,37). Conforme os eventos negativos aumentam a utilização das estratégias, tanto negativas quanto positivas, também aumentam. Porém, quando não há alívio, mas continuidade do estresse, os sujeitos tendem a reavaliar sua visão de Deus e utilizar estratégias negativas⁽⁵⁾. Os pacientes com câncer são constantemente submetidos a procedimentos invasivos, às toxicidades da quimioterapia e às crises álgicas ocasionadas pela doença⁽²²⁾. O sofrimento leva a um conflito pessoal. O paciente passa por períodos de angústia, ansiedade e depressão em que pode se sentir "abandonado" por Deus e pelos demais, sentindo-se incapaz de orar e de receber consolo. Ainda, o paciente pode entender o sofrimento como castigo divino⁽²³⁾.

Os indivíduos sem religião, porém espiritualizados, apresentaram maior utilização do CREN ($p=0,002$). Isso pode ocorrer pela ausência de crenças e práticas religiosas, já que as mesmas podem evocar emoções positivas⁽³⁾. A fé religiosa oferece esperança, equilíbrio e fortalecimento, propiciando a luta pela vida e serenidade para aceitar a doença⁽²⁴⁾. Os indivíduos mais jovens apresentaram maior utilização do CREN ($p=0,036$). A literatura indica que há baixo nível de espiritualidade entre os sujeitos mais jovens⁽²⁵⁾.

A fé pode influenciar positivamente a eficácia da quimioterapia e o curso clínico do câncer⁽¹²⁾. O suporte espiritual está associado à melhor qualidade de vida, mas muitos pacientes não têm suas necessidades espirituais atendidas⁽⁷⁾. Portanto, questionar o paciente sobre CRE pode configurar um meio de intervenção que o leva a voltar-se ao enfrentamento da doença e desenvolver os possíveis benefícios dessa estratégia. Cabe reiterar que a espiritualidade pode ser objetivamente avaliada⁽²⁵⁾, assim, o instrumento utilizado neste estudo pode ser útil para a prática clínica, com aplicação rápida e capaz de identificar a presença do fenômeno investigado.

Algumas limitações do presente trabalho devem ser destacadas. O estudo é de desenho transversal o que não permite determinar se a utilização do CRE varia de acordo com o tempo, também, foi realizado em um único centro de tratamento quimioterápico, o que pode retratar uma experiência específica do local. Recomenda-se a realização de pesquisas longitudinais e multicêntricas. Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo têm implicações para a prática clínica, visto que oferece um instrumento para a inclusão do cuidado espiritual na assistência de enfermagem.

Conclusão

O estudo permite concluir que o *coping* religioso/espiritual é importante estratégia de enfrentamento do câncer. Os resultados também indicam que os pacientes com câncer em tratamento quimioterápico eram religiosos, consideraram importante a espiritualidade/religião em suas vidas e gostariam que os profissionais de saúde abordassem tal questão por meio da oferta do cuidado espiritual.

A identificação da utilização do *coping* religioso/espiritual, como estratégia de enfrentamento da doença pela população em estudo, contribui para o planejamento de intervenções relacionadas à religiosidade/espiritualidade. A identificação do perfil dos sujeitos que utilizam o *coping* religioso/espiritual facilita ao enfermeiro a seleção de intervenções da assistência de enfermagem adequadas a cada tipo de paciente. Dessa forma, tal escala torna-se ferramenta útil para a concretização do cuidado espiritual.

Referências


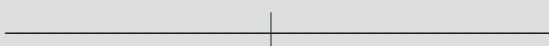
1. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e Saúde. In: Salgado MI, Freire G. Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte (MG): Inede; 2008. p. 427-43.
2. Como J. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic Nurs Pract*. 2007;21(5):224-36.
3. Panzini RG, Bandeira DR. Spiritual/religious coping. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(1):126-35.
4. Mellagi AG. Religious coping in HIV/SIDA patients: a psychosocial study among Catholic and Pentecostal men [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2009. 84 p.
5. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol*. 2000;56(4):519-43.
6. Panzini RG, Bandeira DR. Spiritual/Religious Coping Scale (Sscope Scale): elaboration and construct validation. *Psicol Estud*. 2005;10(3):507-16.
7. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007;25(5):555-60.
8. Travado L, Grassi L, Gil F, Martins C, Ventura C, Bairradas J et al. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliative Supportive Care*. 2010;8(4):405-413.
9. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relationship between spirituality and cancer: patient's perspective. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):53-9.

10. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):242-50.
11. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):153-65.
12. Lissoni P, Messina G, Parolini D, Balestra A, Brivio F, Fumagalli L, et al. A spiritual approach in the treatment of cancer: relation between faith score and response to chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer patients. *In vivo.* 2008;22(5):577-82.
13. Sartori P. Spirituality 1: Should spiritual and religious beliefs be part of patient care? *Nurs Times.* 2010;106(28):14-7.
14. Espíndula JA, Valle ERM, Bello AA. Religion and spirituality: the perspective of health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(6):1229-36.
15. Pedrão RB, Beresin R. Nursing and spirituality. *Einstein.* 2010;8(1 Pt 1):86-91.
16. Penha RM, Silva MJP. Knowledge and perception on the importance of the spiritual dimension of care by Nursing Undergraduate Students. *O Mundo da Saúde.* 2007;31(2):238-45.
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *NIC: Nursing Interventions Classification.* 5 ed. Rio de Janeiro: translator. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
18. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiq Clín.* 2010;37(1):12-5.
19. Bertolin DC. *Ways of coping of the people with terminal chronic renal failure in hemodialysis treatment [dissertação de mestrado].* Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007. 141 p.
20. Falagas ME, Zarkadoulia EA, Ioannidou EM, Peppas G, Christodoulou C, Rafailidis PI. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Res.* 2007;9(4):1-23.
21. Mastropietro AP, Oliveira-Cardoso EA, Simões BP, Voltarelli JC, Santos MA. Relationship between income, work and quality of life of patients submitted to bone marrow transplantation. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2010;32(2):102-7.
22. Jaconodino CB, Amestoy SC, Thofehrn MB. Alternative therapies for patients undergoing chemotherapy. *Cogitare Enferm.* 2008;13(1):61-6.
23. Yunta ER. El sentido del sufrimiento: experiencia de los enfermos de cáncer. *Ars Med. (Santiago).* 2000;2(3):73-88.
24. Teixeira JJV, Lefèvre F. The meaning of medical intervention and religious faith for the elderly cancer patient. *Cienc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1247-56.
25. Pillon SC, Santos MA, Gonçalves AMS, Araújo KM. Alcohol use and spirituality among nursing students. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):100-7.

Recebido: 8.10.2012

Aceito: 6.12.2012

Como citar este artigo:

Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* mar.-abr. 2013 [acesso em: ];21(2):[07 telas]. Disponível em: 

dia | ano
mês abreviado com ponto

URL