

Spirituality and quality of life of physicians who work with the finitude of life

Espiritualidade e qualidade de vida em médicos que convivem com a finitude da vida

Monique Sá e Benevides de Carvalho Plauto¹ monique_plauto@hotmail.com
Catarina Calábria Figueirêdo Cavalcanti¹ catarinacalabriafc92@gmail.com
Arturo de Pádua Walfrido Jordán¹ arturojordan@fps.edu.br
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa¹ leopoldopsi@gmail.com

RESUMO

Introdução: Na área médica, ainda existem lacunas no que tange à concepção de morte e à finitude da vida, muitas vezes entendida como falha da medicina e não como parte integrante da existência. Nesse contexto, a visão da morte como um erro, um insucesso de um tratamento, gera ansiedade e cobrança por parte dos próprios médicos, podendo afetar sua saúde física, mental e espiritual.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre espiritualidade, práticas religiosas e qualidade de vida de profissionais médicos da área de oncologia e cuidados paliativos que convivem diariamente com a finitude da vida em hospital de referência do Nordeste brasileiro.

Método: Trata-se de um estudo transversal, analítico e quantitativo com amostra intencional e por conveniência. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico, e adotaram-se os seguintes instrumentos: World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref), Escala de Coping (Enfrentamento) Religioso-Espiritual Abreviada (CRE-Breve) e Spirituality Self Rating Scale (SSRS). A análise dos dados utilizou o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13.0 para Windows. O estudo foi aprovado pelo CEP do IMIP sob o Parecer nº 2.890.118.

Resultado: Participaram do estudo 20 médicos oncologistas e paliativistas: a maioria sendo mulheres (55%), brancos (60%), católicos (80%) e casados (70%). A SSRS identificou um escore médio de 21,75. Na Escala CRE-Breve, o aspecto positivo ficou com pontuação de 2,64, o aspecto negativo em 1,47 e o aspecto total com 2,04. Houve associação positiva significativa entre os resultados da SSRS e CRE ($p = 0,0$). Quando se associou a WHOQOL-bref com a CRE-Breve, foi obtida relação direta com significância estatística do domínio psicológico com CRE total (p -valor: 0,01) e com o CRE negativo (p -valor: 0,03).

Conclusão: O estudo apontou uma relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida, assim como aspectos positivos da fé para o enfrentamento do estresse cotidiano, corroborando com a discussão da importância de incluir a espiritualidade como fator protetor na saúde.

Palavras-chave: Espiritualidade; Qualidade de Vida; Cuidados Paliativos; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: In the medical field there are still gaps regarding the concept of death and the finitude of life, very often understood as a failure of Medicine and not as an integral part of existence. In this context, the view of death as an error, the failure of a treatment, generates anxiety and demands by doctors themselves, which can affect their physical, mental and spiritual health.

Objective: To analyze the relationship between spirituality, religious practices, and quality of life of medical professionals in the field of oncology and palliative care who deal with the finitude of life on a daily basis in a reference hospital in northeastern Brazil.

Method: Cross-sectional, analytical and quantitative study with an intentional and convenience sample. Questionnaires were applied to describe the sociodemographic profile, quality of life (WHOQOL – bref) and spirituality using the Brief Religious/Spiritual Coping Scale (Brief RCOPE) and the Spirituality Self Rating Scale (SSRS). Data analysis used the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 13.0 for Windows. The study was approved by the REC of IMIP under Opinion 2,890,118.

Result: Twenty oncologists and palliative care physicians participated in the study; most were women (55%), of white ethnicity (60%), Catholic (80%) and married (70%). The SSRS scale identified an average score of 21.75. In the Brief RCOPE, the positive aspect scored 2.64, the negative aspect 1.47, and the total aspect 2.04. There was a significant positive association between the SSRS and RCOP results ($p=0.0$). When associating WHOQOL – bref with Brief RCOPE, a direct relationship with statistical significance of the psychological domain was obtained with total RCOP (p -value: 0.01) and with negative RCOP (p -value: 0.03).

Conclusion: The study showed a relationship between spirituality and quality of life, as well as positive aspects of faith for coping with everyday stress, corroborating the discussion of the importance of including spirituality as a protective factor in health.

Key words: Spirituality; Quality of life; Palliative care; Mental health.

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.
Editora associada: Cristiane Barelli.

Recebido em 16/11/21; Aceito em 11/01/22.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A busca pela espiritualidade e/ou religiosidade (E/R) sempre existiu na história, mas apenas recentemente a ciência médica tem demonstrado interesse em investigar o tema. Ainda existem lacunas no que tange à concepção de morte principalmente quando os profissionais de saúde se encontram em contato contínuo com tal esfera. Nesse sentido, o avanço das pesquisas vem apontando a necessidade de reconstruir as inter-relações entre ciência e E/R ante as várias situações de vulnerabilidade física e psíquica do ser humano, incluindo a finitude e seus desdobramentos^{1,2}.

Em condições de adoecimento, espiritualidade e religiosidade apresentam-se como termos relevantes tanto para os indivíduos que passam por esse processo quanto para os médicos e familiares. Por serem termos utilizados comumente como sinônimos, faz-se necessário compreender sua distinção. Enquanto a espiritualidade pode ser entendida como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida sem se limitar a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa³, a religiosidade pode ser entendida como o nível mais básico da religião dizendo respeito ao quanto o indivíduo acredita em determinada religião, segue-a e a pratica⁴.

A espiritualidade transcende o mundo cotidiano e está baseada em questionamentos pessoais referentes a aspectos existenciais de significados e propósitos⁵. Crenças e práticas espirituais e religiosas são comumente usadas por pacientes e médicos para que possam lidar com o adoecimento e outras mudanças estressantes. Na literatura, evidencia-se que pessoas mais espiritualizadas têm uma melhor saúde mental e se adaptam mais rapidamente aos problemas em comparação com aquelas que são menos espiritualizadas. Esses possíveis benefícios para a saúde mental e o bem-estar têm consequências fisiológicas que afetam a saúde física, o risco de desenvolver doenças e as respostas ao tratamento⁶.

No que concerne à finitude da vida, a morte apresenta-se como um assunto que enfrenta dificuldades relevantes, inclusive para médicos que a têm não só como elemento da própria vida, como também inerente ao cotidiano do ofício. Ressalta-se ainda que, apesar de a medicina atual ser bastante resolutiva na busca da cura do corpo, ainda necessita de preparação para abordar o sofrimento global que acompanha o processo de adoecimento e da morte⁷. Dessa maneira, um percentual significativo de médicos, em sua formação, não é preparado para lidar com a morte como sendo um fator inerente à condição humana, e, por isso, na busca de vencê-la, eles muitas vezes se esquecem de que se trata de uma luta contra o invencível⁸.

A morte com a qual os estudantes de Medicina aprendem a lidar é uma morte morta, sem alma. Quando se encontram de fato com a morte, com corpo e alma, emergem conflitos e paradoxos entre as concepções desejadas para esse enfrentamento, e os pressupostos assimilados ganham expressão nas interações intersubjetivas vividas⁹. O profissional que não está devidamente preparado para lidar com essas situações poderá experimentar uma gama de sentimentos reativos que poderão impactá-lo negativamente¹⁰.

A influência da espiritualidade na atenuação desses impactos nocivos, físicos e mentais, na vida desses profissionais e o crescente interesse nos assuntos que abordam essa correlação entre qualidade de vida, espiritualidade e religiosidade apontam uma necessidade de estudos na área. Nesse sentido, o presente estudo analisou a relação entre espiritualidade, práticas religiosas e qualidade de vida de profissionais médicos da área de oncologia e cuidados paliativos que convivem diariamente com a finitude da vida em hospital de referência do Nordeste brasileiro.

MÉTODO

Trata-se um estudo observacional, analítico, transversal e de natureza quantitativa, contemplando os profissionais médicos oncologistas e paliativistas que convivem diariamente com a finitude da vida no setor de oncologia em um hospital de referência do Nordeste do Brasil. A coleta de dados foi realizada entre maio e julho de 2019. Não participaram os profissionais que estavam afastados do serviço por licença ou férias durante a coleta. A amostra foi intencional e por conveniência, totalizando 20 profissionais oncologistas e paliativistas que aceitaram participar do estudo. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico, e adotaram-se os seguintes instrumentos: *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, Escala de Coping (Enfrentamento) Religioso-Espiritual Abreviada (CRE-Breve) e *Spirituality Self Rating Scale (SSRS)*.

O questionário sociodemográfico envolveu as seguintes variáveis: sexo, idade, etnia, renda familiar, estado civil e religião. A WHOQOL-bref, da Organização Mundial da Saúde, é um instrumento com 26 questões com a finalidade de avaliar qualidade de vida. As questões 1 e 2, que abordam a qualidade de vida geral, são respondidas por meio da escala de Likert que se estende de 1 a 5, e quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Além das questões 1 e 2, o instrumento ainda conta com outras 24 que são facetas que compõem os quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para obtenção dos dados por meio dessa escala, somam-se, para cada faceta e cada domínio, os valores da entrevista que são divididos pelo número de participantes, obtendo, assim, uma

média. As médias, que também variam de 1 a 5, representam os resultados obtidos tanto para os domínios quanto para as facetas. Assim, a partir dos resultados, classifica-se a qualidade de vida em: necessita melhorar (de 1 a 2,9), regular (de 3 a 3,9), boa (de 4 a 4,9) e muito boa (5)¹¹.

A CRE-Breve apresenta questões que se coadunam com os cinco objetivos-chave da religião, que são: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade, transformação de vida^{12,13}.

A CRE-Breve identifica como a religiosidade e a espiritualidade podem atuar no enfrentamento das adversidades. A escala é composta por 49 itens divididos em duas dimensões: uma positiva (CREP) com 34 itens e sete fatores, e outra negativa (CREN) com 15 itens e quatro fatores. O instrumento apresenta ainda quatro índices gerais e 11 fatoriais pela média dos itens. Os resultados variam de 1 a 5 para utilização da estratégia de *coping* (enfrentamento) religioso/espiritual, significando: nenhuma ou irrisória (de 1,00 a 1,50), baixa (de 1,51 a 2,50), média (de 2,51 a 3,50), alta (de 3,51 a 4,50) e altíssima (de 4,51 a 5,00). Inclui questão descritiva sobre a maior situação de estresse dos últimos três anos, a partir da qual o participante responde à escala. Foram adicionadas duas questões: atribuição de valor ao grau de estresse percebido e classificação da situação de estresse vivenciada. Quanto à razão CREN/CREP, trata-se de um índice inversamente proporcional, pois é esperado que a pessoa mobilize mais o CREP em relação ao CREN¹⁴.

Consideram-se métodos positivos do CRE:

- *Reavaliação religiosa benevolente*: delineada como a capacidade de redefinir o estressor por meio da religião como benevolente e potencialmente benéfico.
- *Coping (enfrentamento) religioso de colaboração*: trata-se da tentativa de controlar e resolver os problemas em parceria com Deus.
- *Foco religioso*: refere-se à forma de buscar alívio da situação estressante com foco na religião.
- *Ajuda por meio da religião*: trata-se do esforço para prover conforto e suporte espiritual a outros.
- *Apoio espiritual*: consiste em procurar por conforto e segurança renovados por meio do amor e do cuidado de Deus.
- *Apoio de membros e/ou frequentadores da instituição religiosa*: abarca a procura por conforto e renovação da confiança por meio do amor e cuidado dos membros e frequentadores da instituição religiosa.
- *Perdão religioso*: abrange a busca por ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, mágoa e medo associados a uma ofensa à paz.

- *Conexão espiritual*: refere-se à busca de conexão com as forças transcendentais^{15,16}.

Os métodos negativos são identificados por meio de:

- *Reavaliação de Deus como punitivo*: método descrito por meio da redefinição do estressor como punição divina aos pecados individuais.
- *Reavaliação demoníaca ou malévola*: abrange redefinir o estressor como fenômenos do mal ou atos do demônio.
- *Reavaliação dos poderes de Deus*: método descrito como a redefinição dos poderes de Divino para influenciar a situação estressante.
- *Coping (enfrentamento) religioso de delegação*: consiste em esperar passivamente que Deus resolva os problemas.
- *Descontentamento espiritual*: trata-se de expressão de confusão e descontentamento com Deus.
- *Descontentamento religioso interpessoal*: refere-se à expressão de confusão e descontentamento com membros e frequentadores da instituição religiosa.
- *Intervenção divina*: trata-se da súplica por intervenção divina direta^{15,16}.

O instrumento SSRS é composto por aspectos da espiritualidade do paciente, apresenta seis itens em uma escala Likert que varia de 1 (concordo muito) a 5 (discordo totalmente) e avalia a importância da espiritualidade para o entrevistado e seu esforço e nível de fé. As respostas devem ser dadas de acordo com a percepção do indivíduo no momento do preenchimento das questões. Para atingir os resultados, é necessário fazer o somatório de pontos, que variam de 6 a 30. Em relação aos itens que devem ser recodificados, são realizadas inversões nas quais o escore de 5 torna-se 1, 2 torna-se 4 e assim por diante. As respostas recodificadas são somadas para produzir o escore total, e este, por sua vez, representa o nível de orientação espiritual. Essa escala foi validada no Brasil, e o teste de confiabilidade apresentou coeficiente alfa de Cronbach igual a 0,78, valor considerado aceitável, o que referenda a utilização do instrumento¹⁷.

Seus itens estão relacionados com a orientação espiritual e analisam se o indivíduo valoriza as questões relacionadas à dimensão espiritual, se as julga importantes e as aplica em sua vida. Cada item da escala aborda questões pertinentes à dimensão espiritual e à sua aplicação na vida. O primeiro item refere-se à importância de passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações; o segundo questiona sobre o esforço para viver de acordo com crenças religiosas; o terceiro procura fazer o comparativo entre a relevância

dos pensamentos espirituais que tem sozinho e em reuniões religiosas ou espirituais; o quarto aborda o interesse na leitura de assuntos relacionados à espiritualidade ou religião; o quinto interroga se a espiritualidade ajuda a manter a estabilidade e o equilíbrio da vida; e, por fim, o sexto item examina o quanto a espiritualidade é a base da vida do indivíduo¹⁷.

O banco de dados foi elaborado no Microsoft Excel 2010, e realizou-se a análise de dados por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13.0 para Windows. Aplicaram-se todos os testes com 95% de confiança, e identificaram-se os dados com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas foram representadas pelas medidas de tendência central e de dispersão. Para verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher. Para as variáveis quantitativas, adotou-se o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($n \geq 30$). Na comparação com dois grupos, utilizaram-se os testes t de Student (distribuição normal) e de Mann-Whitney (não normal). Na comparação com mais de dois grupos, adotaram-se a ANOVA (distribuição normal) e o teste de Kruskal-Wallis (não normal). O coeficiente de correlação usado foi o de Spearman (não normal). O presente estudo foi iniciado somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) sob o Parecer nº 2.890.118, e, em todas as etapas da pesquisa, adotaram-se as determinações da Resolução nº 510/2016.

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 profissionais, com média de idade de 39,05 anos (variando de 30 a 54 anos), sendo a maioria mulheres (55%), casados (70%), renda mensal compreendida entre dez e 20 salários mínimos (75%), autodeclarados brancos (60%) e praticante da religião católica (80%) (Tabela 1).

Quanto aos dados obtidos na escala de qualidade de vida WHOQOL-bref, o resultado médio obtido no domínio físico foi o que apresentou menor escore (3,21), seguido do domínio de relações sociais (3,61) e dos domínios meio ambiente e psicológico com escore mais elevado apresentando média de 3,71 em ambos.

Entre os seis itens da SSRS, na amostra avaliada, apenas um participante discordou completamente do fato de ser importante passar um tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações. Contudo, observou-se que oito (40%) concordaram e cinco (25%) concordaram muito com essa premissa. Em relação ao esforço para viver de acordo com as crenças religiosas, cinco (25%) profissionais concordaram muito, sete (35%) mencionaram que se esforçam bastante para isso e apenas um discordou. As orações ou os pensamentos espirituais individuais eram tão importantes quanto os que

teriam durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais para nove (45%) participantes. Enquanto quatro (20%) profissionais concordaram muito que gostam de ler sobre sua espiritualidade e/ou religião, seis participantes (30%) discordaram e três (15%) discordaram totalmente dessa premissa. A maioria concordou ou concordou muito que a espiritualidade ajuda a manter a vida mais estável e equilibrada. Apenas dois (10%) profissionais concordaram totalmente com o fato de a vida toda deles ser baseada sua religião (Tabela 2).

Na SSRS, que mensura o grau de espiritualidade, identificou-se um escore médio de 21,75 com desvio padrão de 4,66.

No que se refere à religiosidade/espiritualidade (CRE-Breve), identificou-se, no domínio positivo, um índice médio (2,64), e, no negativo, observou-se uma pontuação irrisória (1,43). O CRE total (2,04) e a razão entre CREN e CREP (0,55) obtidos são considerados índices baixos. Esses dados denotam que a amostra utilizou mais o *coping* (enfrentamento) positivo quando comparado ao negativo.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos profissionais médicos de oncologia e cuidados paliativos que convivem com finitude diariamente no IMIP – Recife-PE, Brasil, 2019.

| Variáveis | N (20) | N (%) |
|---------------------------|--------|-------|
| <i>Sexo</i> | | |
| Feminino | 11 | 55 |
| Masculino | 9 | 45 |
| <i>Estado civil</i> | | |
| Solteiro | 3 | 15 |
| Casado | 14 | 70 |
| Divorciado | 2 | 10 |
| Viúvo | 1 | 5 |
| <i>Etnia</i> | | |
| Branca | 12 | 60 |
| Negra | 0 | 0 |
| Indígena | 1 | 5 |
| Parda | 7 | 35 |
| <i>Renda</i> | | |
| Menos de 1 salário mínimo | | |
| < 10 salários | 1 | 5 |
| 10-20 salários | 15 | 75 |
| >20 salários | 4 | 20 |
| <i>Religião</i> | | |
| Espírita | 3 | 15 |
| Católica | 16 | 80 |
| Sem religião | 1 | 5 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2. Frequência de respostas dos profissionais médicos aferidas pela SSRS – Recife-PE, Brasil, 2019.

| Questões | Concordo muito | Concordo | Concordo parcialmente | Discordo | Discordo totalmente |
|---|----------------|----------|-----------------------|----------|---------------------|
| | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| É importante, para mim, passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações. | 5 (25) | 8(40) | 6 (30) | 1 (5) | - |
| Esforço-me muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas. | 5 (25) | 7 (35) | 7 (35) | 1(5) | - |
| As orações ou os pensamentos espirituais que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teria durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais. | 9 (45) | 5 (25) | 5 (25) | 1 (5) | - |
| Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião. | 4 (20) | 3 (15) | 4 (20) | 6 (30) | 3 (15) |
| A espiritualidade ajuda a manter minha vida estável e equilibrada, da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem. | 7 (35) | 9 (45) | 3 (15) | 1 (5) | - |
| Minha vida é baseada em minha espiritualidade. | 2 (10) | 4 (20) | 8 (40) | 3 (15) | 3 (15) |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em relação à associação das variáveis, não foi encontrada significância estatística entre o sexo e as escalas aplicadas. Quando se associaram os resultados da SSRS e do CREP, houve significância estatística ($p = 0,00$) com correlação diretamente proporcional de 0,83 e correlação direta ($p = 0,0001$) entre a SSRS e o CRE total (0,75).

Na correlação direta entre o domínio psicológico da WHOQOL-bref, com CRE total (0,55) e CREN (0,46), a relação foi significativa: $p = 0,01$ e $p = 0,03$, respectivamente.

Ainda contemplando os cruzamentos da WHOQOL- bref, correlacionando a questão 26 que fala sobre pensamentos negativos e a questão 9 do mesmo questionário que aborda sobre a saúde do ambiente de trabalho, obtivera-se um p-valor de 0,006 e uma relação inversa de 0,59. Também houve significância estatística quando associada a questão 26 com o domínio de relações sociais, apresentando uma relação inversa e com um p-valor de 0,05.

Ao cruzarmos os dados obtidos na escala de CRE-Breve, os domínios negativos e positivos e o escore total, obtivemos como resultado uma relação direta entre o CREP e o CREN com um p-valor de 0,01 e correlação direta de 0,55. Dessa forma, o CRE total tem uma relação direta com o CREP com um p-valor de 0,00 e correspondência direta de 0,95, o que demonstra uma forte correlação. O CRE total também apresenta relação direta com CREN com o p-valor de 0,00 e correlação de 0,78.

DISCUSSÃO

A qualidade de vida é definida como a percepção de uma pessoa quanto à sua posição no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ela vive, e em relação aos objetivos, às expectativas, aos padrões e às preocupações

dela¹⁸. Trata-se de um conceito complexo, pois abrange saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças espirituais, religiosas e pessoais, e relação com o ambiente¹⁹.

A profissão médica tem aspectos desgastantes, como a exigência de grande dedicação de tempo, o envolvimento de muita responsabilidade pessoal, assim como o contato constante com o sofrimento de pacientes e familiares²⁰. Há áreas da medicina em que os profissionais, apesar de uma grande dificuldade em lidar com a morte, seja por falhas durante a formação médica, dificuldades pessoais ou até pela vivência do luto antecipatório, frequentemente lidam com pacientes em condições graves de adoecimento com maior aproximação com o processo de morrer, o que torna o processo ainda mais complexo^{21,22}.

No presente estudo, quando se avaliou a qualidade de vida desses profissionais, foram identificados, por meio da WHOQOL-bref, domínios que apontaram para uma qualidade de vida regular. Destes, o domínio físico obteve o menor escore e se relaciona com dor e desconforto, energia e fadiga, sono, mobilidade, atividades da vida cotidiana e dependência de medicação ou de tratamentos que podem influenciar em nossa qualidade de vida. Esses achados corroboram aos dados da literatura que ressaltam situações-limite em que predominam uma carga de trabalho excessiva e a expectativa de alta *performance*, com longas jornadas e intensificação do trabalho, nos plantões e a distância, por exemplo, múltiplos vínculos assumidos para garantir uma renda mínima condizente com as expectativas sociais, baixa autonomia e dificuldades crescentes relacionadas à deficiência de infraestrutura, especialmente nos serviços públicos²³. Nesse contexto, esses

profissionais são muitas vezes levados a lançar mão do uso de recursos medicamentosos para atenuar desconfortos físicos e emocionais causados pelas condições de trabalho.

Em contrapartida, o domínio meio ambiente obteve o maior escore. Esse domínio está relacionado a temas como segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. Apesar de um mercado cada vez mais competitivo, ainda na atualidade, a medicina é vista como uma profissão com *status* social e financeiro atrativos, e tal circunstância possivelmente corrobora o fato de esse domínio apresentar o maior escore.

Um estudo de revisão sobre a saúde e a qualidade de vida de médicos residentes apresentou incidências elevadas de estresse, fadiga, sonolência, depressão e estafa²⁴. Especificamente em relação à oncologia, trata-se da especialidade médica com indicadores elevados de taxa de cansaço emocional, mantendo, dessa forma, uma correlação direta com os escores dos domínios apresentados no presente estudo²⁵.

A questão da espiritualidade é muito ampla e sua mensuração bastante complexa, sendo o bem-estar espiritual, ou seja, a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença, um de seus aspectos passíveis de avaliação. Instrumentos que se destinam a mensurar o bem-estar espiritual baseiam-se no conceito de espiritualidade que envolve um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida), e este último não implica qualquer referência a conteúdo especificamente religioso²⁶.

No atual estudo, foi identificado que 45% dos participantes concordaram ou concordaram muito com o fato de ser importante passar um tempo com pensamentos espirituais particulares ou meditações, não havendo quem discordasse completamente. Esse indicador é descrito como positivo, na medida em que as práticas espirituais, como crenças e atividades individuais, têm a capacidade de auxílio na focalização da esperança, além de a oração poder ser entendida como uma das principais estratégias de enfrentamento do alívio de sofrimento²⁷.

As crenças em relação à espiritualidade identificadas neste estudo foram positivas, considerando que o escore de orientação espiritual obteve média de 21,75 (DP = 4,66). Tal dado reflete a orientação espiritual do indivíduo, ou seja, se ele considera ou julga importantes (mais ou menos) questões pertinentes à sua dimensão espiritual e as aplica em sua vida. Esse resultado está em consonância com o obtido em um estudo publicado em 2018, que utilizou o mesmo instrumento

de análise no intuito de avaliar profissionais de saúde envolvidos no cuidado com paciente crítico. Nesta pesquisa, foi identificado um escore de 24,5, o que classifica ambos os resultados como um grau de espiritualidade relevante segundo o estudo original de validação da escala^{28,29}.

Quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse, acontece o *coping* religioso¹². Na literatura, o *coping* (enfrentamento) é descrito como o modo que o indivíduo utiliza sua fé para lidar com o estresse e os problemas da vida, ressaltando que a fé pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais. Além da associação com estratégias de *coping* (enfrentamento) focadas no problema, a religião também pode se correlacionar com a ventilação de emoções, que representa uma tendência à liberação destas relacionadas ao estresse e a sentimentos negativos, podendo, então, apresentar caráter não adaptativo. Desse modo, em relação aos resultados, podem-se classificar os métodos de *coping* (enfrentamento) religioso espiritual em positivos e negativos³⁰⁻³⁴.

No presente estudo, foi encontrada uma utilização maior de *coping* (enfrentamento) religioso/espiritual positivo para o enfrentamento das situações estressantes. Dessa forma, ficou demonstrado que os sujeitos do estudo se utilizam dos efeitos benéficos do *coping* (enfrentamento), como procurar amor e proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus e redefinir o estressor como benéfico. Da mesma forma, utilizam menos estratégias que geram consequências prejudiciais, como questionar a existência, o amor ou o atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir descontentamento em relação a Deus ou membros de instituição religiosa e redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal^{34,35}.

É interessante comparar esses dados com o estudo que utilizou a mesma escala para avaliar como pacientes oncológicos utilizam as estratégias de *coping* (enfrentamento) religioso/espiritual nesse processo de finitude, o qual obteve razão CREN/CREP de 0,54, isto é, índice bem semelhante³⁶.

É descrito que os indivíduos com níveis mais elevados de espiritualidade têm menor prevalência de depressão e ansiedade, melhor qualidade de vida, menor prevalência de problemas cardiológicos e menor mortalidade¹⁸. Em um estudo de base populacional, envolvendo 506 pessoas com idade entre 16 e 78 anos residentes em Porto Alegre, o caráter protetor do bem-estar espiritual foi demonstrado por sua associação com a diminuição de distúrbios mentais³⁷.

Sabe-se que o envolvimento religioso parece ter significativo efeito protetor para o bem-estar físico, uma vez que ter uma visão biopsicossocioespiritual da saúde implica

enxergar de maneira mais integral a vida, reconhecendo a relação da espiritualidade com as outras dimensões, lembrando, no entanto, que o enfrentamento das situações dolorosas é importante para a melhoria da qualidade de vida e para o crescimento do ser humano³⁸. Dessa forma, pode-se inferir que a correlação positiva entre os índices do CREP e a SSRS do presente estudo, ao apontar para maior espiritualidade nos envolvidos, e a associação positiva do domínio físico da WHOQOL-bref com o CRE total tendem a impulsionar os profissionais de saúde do estudo ao usufruto dos efeitos benéficos descritos.

CONCLUSÕES

Médicos oncologistas e paliativistas ocupam grande parte de seu tempo com atividades profissionais com íntima relação com a finitude da vida, e a visão da morte pode ser traduzida como erro ou insucesso de um tratamento, gerando assim demandas emocionais negativas que podem interferir na atuação profissional e na vida dessas pessoas. Espiritualidade foi relacionada a aspectos da qualidade de vida, principalmente ao domínio psicológico. Também foram identificadas associações entre o grau de espiritualidade e a utilização dos aspectos positivos da fé para o enfrentamento dos estresses do cotidiano. Dessa forma, as influências da espiritualidade na atenuação desses impactos nocivos, físicos e mentais, na vida desses médicos alertam para a necessidade do reconhecimento da espiritualidade como componente importante para a saúde global desses profissionais.

Como limitações, o estudo apresenta amostra pouco representativa, pois buscou informações em um único serviço de saúde com corte transversal. Entretanto, observa-se que a especificidade e as demandas de cuidados da área de oncologia e cuidados paliativos parecem ser comuns em diversas regiões do Brasil e do mundo, como evidenciado pela literatura. Sugere-se que estudos de seguimento e multicêntricos possam ser realizados a fim de trazer à luz mais informações que possam contribuir para a melhoria na formação e da qualidade de vida dos profissionais médicos, podendo se estender a outras especialidades.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise, interpretação dos dados, a elaboração do rascunho, a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

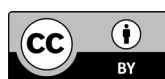
FINANCIAMENTO

Os autores declaram não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

- Teixeira MZ. Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade. *Rev Med.* 2020;99:134-47. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v99i2p134-147.
- Vermandere M, de Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract.* 2011;61:e749-60. doi: 10.3399/bjgp11X606663.
- World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) – report on WHO Consultation. Geneva: WHO; 1998.
- Evangelista CB, Lopes MEL, da Costa SFG, Batista PSS, Batista JBV, Oliveira AMM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2016;69:591-601. doi: 10.1590/0034-7167.2016690324i.
- Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica.* 2001;8:107-12. doi: 10.5935/0104-7795.20010003.
- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2012;2012:1-33. doi: 10.5402/2012/278730.
- Figueiredo MGMCA, Stano RCMT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: ausências no currículo de medicina. *Rev Ciências em Saúde.* 2013;3:74-86. doi: 10.21876/rcsfmit.v3i3.243.
- Mello AAM, da Silva LC. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. *Rev Abordagem Gestál.* 2012;18:52-60. doi: 10.18065/rag.2012v18n1.7.
- da Silva GSN. A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006. doi: 10.11606/T.5.2007.TDE-19042007-133348.
- Mascia AR, Silva FB, Lucchese AC, de Marco MA, Martins MCFN, Martins LAN. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. *Rev Bras Educ Med* 2009;33:40-8. doi: 10.1590/s0100-55022009000100006.
- Power M, Kuyken W. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46:1569-85. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00009-4.
- Barrett JL, Pargament KI. The psychology of religion and coping: theory research practice. *Rev Relig Res.* 1998;40(1):89. doi: 10.2307/3512468.
- Tarakeshwar N, Pargament KI. Religious coping in families of children with autism. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 2001;16:247-60. doi: 10.1177/108835760101600408.
- Panzini RG, Bandeira DR. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol Estud.* 2005;10:507-16. doi: 10.1590/s1413-73722005000300019.
- Pargament KI, Tarakeshwar N, Ellison CG, Wulff KM. Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *J Sci Study Relig.* 2001;40(3):497-513. doi: 10.1111/0021-8294.00073.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig.* 1998 Dec;37(4):710. doi: 10.2307/1388152.
- Gonçalves AMS, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Arch Clin Psychiatry (São Paulo).* 2009;36:10-5. doi: 10.1590/s0101-60832009000100002.
- Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22:1705-16. doi: 10.1590/1413-81232017225.20362015.
- Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Qual Life Res.* 2002;11:135-44. doi: 10.1023/A:1015013312456.

20. Torres AR, Ruiz T, Müller SS, Lima MCP. Quality of life, physical and mental health of physicians: a self-evaluation by graduates from the Botucatu Medical School – UNESP. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14:264-75. doi: 10.1590/s1415-790x2011000200008.
21. de Camargo AP, Marcela L, Nunes F, Ramos VK, Reis D, Breschiliare MFP, et al. O ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira: artigo de revisão. *Rev Uningá*. 2015;45(1):44-51 [acesso em 16 nov 2021]. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1233>.
22. da Silva JV, de Andrade FN, do Nascimento RM. Cuidados paliativos – fundamentos e abrangência: revisão de literatura. *Rev Ciências em Saúde*. 2013;3:56-73. doi: 10.21876/rcsfmit.v3i3.242.
23. Dias EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2015;13(2):60-8 [acesso em 16 nov 2021]. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/5/pt-BR/condicoes-de-trabalho-e-saude-dos-medicos--uma-questao-negligenciada-e-um-desafio-para-a-associacao-nacional-de-medicina-do-trabalho>.
24. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Health and quality of life of medical residents. *Rev Assoc Med Bras* 2010;56:81-90. doi: 10.1590/s0104-42302010000100021.
25. Gracino ME, Zitta ALL, Mangili OC, Massuda EM. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde Debate*. 2016;40:244-63. doi: 10.1590/0103-1104201611019.
26. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):440-5. doi: 10.1590/S0034-89102003000400008.
27. Souza VM, Frizzo HCF, de Paiva MHP, Bousso RS, Santos AS. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):791-6. doi: 10.1590/0034-7167.2015680504i.
28. Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2007;33:257-64. doi: 10.1016/j.jsat.2006.06.014.
29. De La Longuinere ACF, Donha YS, Silva ECS. Influência da religiosidade/ espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Rev Cuid*. 2018;9:1961. doi: 10.15649/cuidarte.v9i1.413.
30. Wong-Mcdonald A. Surrender to God: an additional coping style? *J Psychol Theol*. 2000;28:149-61. doi: 10.1177/009164710002800207.
31. Clark KK, Bormann CA, Cropanzano RS, James K. Validation evidence for three coping measures. *J Pers Assess*. 1995;65(3):434-55. doi: 10.1207/s15327752jpa6503_5.
32. Pargament KI, Zinnbauer BJ, Scott AB, Butter EM, Zerowin J, Stanik P. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *J Clin Psychol*. 2003;59(12):1335-48. doi: 10.1002/jclp.10225.
33. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(9):513-21. doi: 10.1097/00005053-199809000-00001.
34. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
35. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Aferindo espiritualidade e religiosidade na pesquisa clínica: uma revisão sistemática dos instrumentos disponíveis para a língua portuguesa. *Sao Paulo Med J*. 2013;131:112-22. doi: 10.1590/S1516-31802013000100022.
36. Jordán APW, Ramos BDS, Souza EA, Barbosa LNF, Silva LQM. Espiritualidade, coping religioso espiritual e qualidade de vida em pacientes oncológicos em um hospital público no Nordeste do Brasil. In: Castro LHA, Moreto FVC, Pereira TT, organizadores. Política, planejamento e gestão em saúde. Ponta Grossa: Atena; 2020.
37. Marques LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicol Ciênc Prof*. 2003;23(2):56-65 [acesso em 16 nov 2021]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000200009&lng=pt&nrm=iso&tng=pt.
38. da Costa CC, de Bastiani M, Geyer JG, Calveti PÜ, Muller MC, de Moraes MLA. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. *Psicol Estud*. 2008;13:249-55. doi: 10.1590/s1413-73722008000200007.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.