

**Instituto Universitário da Maia – ISMAI**

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Distress, Espiritualidade e Religiosidade em Doentes Oncológicos

Ana Sofia Martins da Costa

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da  
Saúde

**Orientação:**

Prof. Doutora Joana Carreiro

Setembro, 2020





**Instituto Universitário da Maia**

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

***Distress, Espiritualidade e Religiosidade em Doentes Oncológicos***

Ana Sofia Martins da Costa

Nº 29128

Trabalho realizado sob a orientação da Prof. Doutora Joana Carreiro, ISMAI

Setembro de 2020

## **DEDICATÓRIA**

*A todas as pessoas que a doença oncológica me levou e que estão eternamente no meu coração.*

## **Agradecimentos**

O concluir deste caminho fez-me olhar para trás e pensar que ter chegado até aqui, fez parte de um percurso árduo onde as dúvidas foram muitas, mas sempre com a certeza de que iria conseguir o meu objetivo. Muitas vezes, foi um percurso pautado por anseios, inseguranças, incertezas, mas que por termos sempre as pessoas certas ao nosso lado e que nos encorajam a perceber que cada dificuldade não passa de uma batalha que com toda a certeza será conquistada e vencida, não poderei deixar de lembrar agora que o objetivo final foi alcançado.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Professora Joana Carreiro por ter aceitado entrar neste desafio comigo e ser minha orientadora, ajudando a esclarecer as minhas dúvidas, apontando-me sempre a direção certa e o melhor rumo a tomar. Nunca deixou que eu perdesse o foco ou que por momentos duvidasse das minhas capacidades e objetivos. A sua exigência fez-me evoluir pessoalmente e como profissional. Quero levar como exemplo o amor e a paixão demonstrados pela psicologia e, sobretudo pela Psico-Oncologia.

Aos participantes deste estudo, por terem partilhados histórias de vida, medos e receios e por terem confidenciado comigo todas essas partilhas.

Aos meus pais, que com o seu amor incondicional permitiram a concretização daquilo que sabem que para mim é um sonho há muito desejado. Uniram esforços necessários para que nunca nada me faltasse ou atrapalha-se este caminho. A eles serei eternamente grata.

À minha avó, Nurniça Lacá, por todos os valores que me passou e pelo seu amor incondicional, do qual tenho naquilo que sou hoje enquanto mulher e enquanto profissional.

Aos meus avós paternos, Madalena e Manuel, por acreditarem em mim e neste caminho e pelo orgulho que manifestam por todas as minhas vitórias.

À Márcia, a minha amiga de sempre, por todo o apoio neste caminho ao longo destes 5 anos e pela motivação diária que sempre me deu nunca me deixando desistir estando sempre lá em todos os momentos. Não seria possível sem este apoio.

À Carina, que de repente entrou na minha vida neste caminho e que se tornou uma chave para a concretização do mesmo, pela motivação, perseverança e por nunca me deixar fraquejar em nenhum momento.

Ao André, por me ouvir, me apoiar, por me incentivar a seguir em frente. Pelas aprendizagens e lições de vida que me deu ao longo deste ano que me fizeram crescer enquanto pessoa e enquanto profissional, por me ensinar a olhar a vida de outra forma.

À Sara, minha companheira e amiga desde há 5 anos neste caminho académico, pela partilha das dúvidas e das incertezas, pelo choro e pelos risos, pelas noitadas, pelo apoio incondicional, por termos chegado ao fim deste caminho juntas.

Ao Ricardo, meu amigo, por todas as motivações sempre dadas e pelo apoio ao longo destes 5 anos.

A todos os outros que fizeram parte deste percurso ao longo destes anos, professores, familiares e amigos, o meu obrigada!

## Resumo

A doença oncológica apresenta-se como uma das doenças mais frequentes em Portugal e no mundo e que tem impacto em diversas áreas da vida dos doentes, ao nível da sua saúde física, psicológica, social e profissional. Dada a relevância do tema e face à escassez de estudos em Portugal que relacionem as variáveis *distress*, religiosidade e espiritualidade nas diferentes fases do processo da doença oncológica, a presente investigação pretende aumentar a compreensão acerca das relações entre as variáveis e analisar o efeito da variável sociodemográfica género, nas mesmas. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e transversal desenvolvido com uma amostra de 372 utentes com diagnóstico de doença oncológica. Os instrumentos utilizados foram *Termómetro do Distress* (Bacalhau, 2004) e a sua dimensão *Aspetos Religiosos* e o *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – dimensão da Espiritualidade* (WHOQOL-100) (Vaz Serra et al., 2006). Considerando a fase da doença (fase de tratamento e pós-tratamento), não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no *distress*, na religiosidade e na espiritualidade. Tendo em conta a fase de doença e o género, encontramos diferenças estatisticamente significativas em função do género no *distress* na fase de tratamento, sendo superior no género feminino na fase de tratamento; já na fase de pós-tratamento, são as mulheres que também apresentam maior espiritualidade comparativamente aos homens. Relativamente às associações, na fase de tratamento, verifica-se que se existe uma associação negativa entre o *distress* e a espiritualidade. Considera-se que este estudo alerta para a importância de avaliar as necessidades emocionais, psicossociais e espirituais por representarem um grande desafio para os profissionais de saúde, para os doentes e para os familiares, pelo impacto que a doença tem em diversas dimensões da vida das suas vidas.

**Palavras-chave:** Cancro; *Distress*; Religiosidade; Espiritualidade.

## **Abstract**

Cancer is one of the most frequent diseases not only in Portugal but in the whole world, and has an impact on different areas of patients' lives, in terms of their physical, psychological, social and professional health. Given the relevance of the topic and the scarcity of studies in Portugal relating the variables distress, religiosity and spirituality in the different stages of the oncological disease process, the present investigation aims to provide information about the study population in order to investigate the existence of possible relationships between the aforementioned variables, as well as analyzing the effect of the sociodemographic variable gender on them. This is a quantitative, exploratory and cross-sectional study developed with a sample of 372 users diagnosed with oncological disease. The instruments used were the Thermometer of the Distress (Bacalhau, 2004) and its Religious Aspects dimension and the World Health Organization's Quality of Life Assessment Instrument - Spirituality dimension (WHOQOL-100) (Vaz Serra et al., 2006). Considering the stage of the disease (treatment and post-treatment phase), we found no statistically significant differences in distress, religiosity and spirituality. Taking into account the disease phase and gender, we found statistically significant differences according to gender in relation to distress in the treatment phase, being higher in the female gender and in the post-treatment phase. In fact, women are more spiritual than men. Regarding associations, in the treatment phase, it appears that there is a negative association between distress and spirituality. This study is considered to alert to the importance of assessing emotional and psychosocial needs as they represent a major challenge for health professionals, patients and family members, due to the impact that the disease has on different dimensions of patients' lives.

**Keywords:** Cancer; Distress; Religiosity; Spirituality.

## Índice Geral

Introdução .....	9
Capítulo 1: Enquadramento teórico.....	11
1.1. Caracterização da doença oncológica.....	11
1.1.1. Epidemiologia: incidência, prevalência, mortalidade e sobrevivência .....	11
1.1.2. Definição e fases da trajetória da doença oncológica .....	12
1.1.3. Adaptação psicossocial à doença oncológica .....	15
1.2. Variáveis psicossociais associadas à doença oncológica.....	19
1.2.1. Psicologia Oncológica.....	19
1.2.2. Distress psicológico e cancro.....	21
1.2.3. Religiosidade e cancro.....	24
1.2.4. Espiritualidade e cancro .....	28
1.2.5. Distress psicológico, Religiosidade e Espiritualidade na Doença Oncológica .....	31
Capítulo 2 - Estudo Empírico.....	33
2.1. Método .....	33
2.1.1. Problema de investigação .....	33
2.1.2. Objetivos do estudo.....	34
2.1.3. Hipóteses de investigação e variáveis em estudo .....	35
2.1.4. Participantes.....	35
2.1.5. Aspetos éticos na investigação em Psico-Oncologia .....	37
2.1.6. Procedimentos.....	37
2.1.7. Instrumentos .....	38
Capítulo 3 – Resultados .....	41
3.1. Resultados inferenciais .....	41
3.1.1. Comparação das dimensões em estudo – espiritualidade, religiosidade e distress em função da fase da trajetória da doença - fase de tratamento e fase de pós-tratamento. ....	41
3.1.2. Relação entre Distress, Religiosidade e Espiritualidade, na fase de tratamento e pós-tratamento .....	43
Capítulo 4 – Discussão .....	44
Capítulo 5- Conclusão .....	51
5.1. Limitações e sugestões futuras .....	52
Referências.....	54

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1-</b> Caraterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes (n=372).....	36
<b>Tabela 2-</b> Diferenças na espiritualidade, religiosidade e distress em função da fase de tratamento.....	41
<b>Tabela 3-</b> Diferenças na espiritualidade, religiosidade e distress nas fases de tratamento e de pós tratamento em função do género.....	42
<b>Tabela 4-</b> Coeficientes de Correlação de Pearson para o distress, religiosidade e espiritualidade em função da fase de tratamento e pós tratamento .....	43
<b>Tabela 5-</b> Coeficientes de Correlação de Pearson para o distress, religiosidade e espiritualidade em função da fase de tratamento e pós tratamento .....	44

## **Lista de abreviaturas**

IARC- International Agency for Research Cancer

IRP- Inventário de Rastreio Psicossocial do Doente Oncológico

ISMAI- Instituto Universitário da Maia

NCCN- Nacional Comprehensive Cancer Network

OMS- Organização Mundial de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPSS- Software Statistical Package for Social Sciences

WHOQOL-100 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

## **Introdução**

Atualmente, 70% das mortes a nível mundial por ano têm como causa uma doença crónica, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), em que as mais prevalentes são as doenças cardiovasculares, oncológicas e respiratórias.

A saúde e a doença fazem parte do equilíbrio dinâmico entre o Homem e o Meio Ambiente e, por este motivo, são resultado de uma interação recíproca entre o indivíduo e o mundo que o rodeia, em que o mecanismo de adaptação a esse mundo se poderá traduzir em saúde, e a inadaptação ou desgaste, em doença (Andrade, 2001). O processo de adaptação é um processo dinâmico e multifatorial que integra, por um lado, as características individuais, como a personalidade e a perceção de ameaça (Larsen, 2014; Ribeiro et al., 2010) e por outro, as exigências ambientais, sobretudo as que se associam à doença (Souza, 2014).

Dekker e Groot (2018) sinalizam que as principais respostas psicológicas perante uma doença crónica, onde se enquadra a doença oncológica, são a incerteza face ao futuro, sentimentos de ansiedade e humor deprimido e evitamento da realização de atividade física, fatores estes que podem comprometer a adaptação psicológica à doença. Perante o diagnóstico de uma doença oncológica, o modo como cada indivíduo a vivencia depende de variados fatores biopsicossociais, designadamente do tipo de diagnóstico e prognóstico, da terapêutica a realizar e da existência ou não de apoio familiar para lidar com a doença. Neste âmbito, vários estudos referem que o diagnóstico de cancro, a necessidade de tratamento ou a descoberta de recidivas ou metástases acarretam uma complexa gama de emoções e reações nos doentes, bem como no seio familiar (Andrade, 2001; Dekker & Groot, 2018; Matos & Pereira, 2002).

Neste sentido, considerando o impacto da doença oncológica, é pertinente esclarecer o papel de algumas variáveis psicossociais, tais como o *distress*, a espiritualidade e a religiosidade no processo de adaptação psicológica no cancro. Sabemos que, se por um lado, os avanços médicos e tecnológicos têm permitido uma maior sobrevivência do doente oncológico (Lunet & Barros, 2006), por outro, as necessidades emocionais e psicossociais constituem-se, nos dias de hoje, o grande desafio para os profissionais de saúde, para os doentes e para os familiares, pelo impacto que a doença pode ter em diversas dimensões da vida de cada pessoa (Nezu, Lombardo, & Nezu, 2006).

O presente trabalho encontra-se dividido nas seguintes secções, nomeadamente: enquadramento teórico, estudo empírico, discussão e conclusão. No enquadramento teórico, encontram-se os subcapítulos dedicados à caracterização da doença oncológica, aspetos clínicos e psicológicos da doença oncológica, fases da doença oncológica, variáveis psicossociais associadas à doença oncológica, *distress*, religiosidade e espiritualidade, bem como a sua relação com cancro. No estudo empírico, são definidos os objetivos e as hipóteses de investigação, apresentados os aspetos éticos que norteiam o desenvolvimento deste trabalho, a caracterização dos participantes, dos instrumentos e dos procedimentos adotados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua discussão, procurando promover uma reflexão crítica dos mesmos. Por fim, na conclusão, pretende-se apresentar as ideias principais resultantes da investigação, bem como refletir sobre aspetos a considerar em futuros trabalhos.

## Capítulo 1: Enquadramento teórico

### 1.1. Caraterização da doença oncológica

#### 1.1.1. Epidemiologia: incidência, prevalência, mortalidade e sobrevivência

A doença oncológica representa atualmente um importante problema de saúde pública em todo o mundo, devido às elevadas taxas de incidência, de prevalência e de mortalidade (Ministério da Saúde, 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), anualmente e, por todo o mundo, ocorrem mais de 10 milhões de novos casos e 6 milhões de mortes por cancro. No nosso país, temos vindo a assistir a um aumento muito significativo de novos casos, sendo já a segunda causa de morte (Ministério da Saúde, 2018; *International Agency for Research on Cancer - IARC*, 2019).

Segundo a IARC (2019), a agência da Organização Mundial da Saúde especializada na investigação em cancro, a doença representa uma crescente ameaça global à saúde em todo o mundo. Estima-se assim que, em todo o mundo, tenham sido registados mais de 18 milhões de novos casos de cancro no ano de 2018, com a morte de mais de 9.6 milhões de pessoas. Ainda, um em cada cinco homens e uma em cada seis mulheres em todo o mundo desenvolvem cancro durante a vida e um em cada oito homens e uma em cada 11 mulheres morrerão em consequência de uma patologia do foro oncológico de acordo com o primeiro relatório da IARC desde 2012. A IARC afirma que o número crescente de novos diagnósticos de cancro pode ser explicado pelo aumento da população como consequência do envelhecimento da população mundial e que alguns tipos de cancro estejam relacionados com o desenvolvimento social e económico, se considerarmos os aspetos relacionados com a pobreza e infeções associadas a estilos de vida mais típicos em países industrializados (IARC, 2019).

Assistimos assim, a um número cada vez mais crescente de diagnósticos relacionados com a doença oncológica e, em Portugal, o cenário não é diferente. Segundo dados do Sistema Nacional de Saúde (SNS, 2018), em 2016 28 mil mortes foram devidas a diagnóstico de cancro equivalendo a um aumento de 3% de pessoas vítimas desta doença, representando uma morte em cada seis (OMS, 2018), o que faz com que o cancro seja a segunda maior causa de morte a nível nacional. Todavia, destes números, assistimos igualmente a um aumento exponencial da probabilidade de sobrevivência perante um diagnóstico desta natureza (Cardoso et al., 2009).

Segundo dados do Sistema Nacional de Saúde (2018), a taxa de sobrevivência do cancro está a aumentar no mundo e é no cancro da mama (feminino), estômago e próstata que Portugal se fixa entre os dez países da Europa com os melhores resultados em termos de taxa de sobrevivência. No cancro do estômago, a taxa de sobrevivência situa-se nos 32.2 % (média), subindo para 87.6 % no cancro da mama e para 90.9 % no cancro da próstata. Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia são os países com maiores taxas de sobrevivência, em que foram analisados os registos de 37.5 milhões de pacientes diagnosticados com cancro entre 2000 e 2014 em 71 países (Allemani, 2018).

### **1.1.2. Definição e fases da trajetória da doença oncológica**

A palavra *cancro* deriva do grego *karkínos* e significa caranguejo devido ao seu potencial de alastrar pelo hospedeiro. Esta expressão foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, considerado o pai da Medicina (Philipps, Sands, & Marek, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) o termo cancro refere-se a um grupo de doenças que se caracteriza pelo crescimento de células anormais para além dos limites habituais e que podem invadir partes adjacentes do corpo e/ou migrarem para outros órgãos, podendo afetar qualquer parte do corpo, tendo diversos subtipos

anatômicos e moleculares, exigindo estratégias de intervenção diferenciadas na sua terapêutica.

Segundo Ogden (2004), o cancro é igualmente definido como um crescimento incontrolável e importante de células anormais que produzem tumores que se designam por neoplasias, sendo diferenciados em dois tipos: tumores benignos (que não se espalham através do corpo) e tumores malignos (que apresentam metástases, isto é, ocorre um processo de separação de células do tumor e a sua deslocação para outro local do organismo).

Diversos estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de melhor compreender a forma como os doentes vivenciam e lidam com a doença ao longo do tempo (Holland, 2002). Neste sentido, Hewitt, Greenfield e Stovall (2006) propõem que existem fases distintas que caracterizam a trajetória da vivência da doença oncológica, designadamente: a fase de pré-diagnóstico, a fase de diagnóstico, a fase de tratamento, a fase de sobrevivência e recidiva (Pinto & Gomes, 2012).

No que concerne à fase de pré-diagnóstico, esta caracteriza-se pelo primeiro contacto que o indivíduo estabelece com os serviços de saúde, motivado pelo aparecimento de alguns sinais e sintomas físicos que levam a pessoa a procurar ajuda médica. Com vista a esclarecer o quadro clínico, surge a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico. Nesta fase, podem imperar emoções como a incerteza e o medo dos resultados (Carlson & Bultz, 2003). Em face do diagnóstico de uma doença do foro oncológico podem surgir reações emocionais intensas, exacerbando no doente e na família sentimentos de perda, choque e medo da morte. É frequente que nesta fase se questione os motivos pelos quais a pessoa foi acometida com tal diagnóstico, qual o impacto que os tratamentos terão no futuro ou como lidar com os efeitos adversos (Carlson & Bultz, 2003; Hewitt et al., 2006).

Após o diagnóstico, é definido um plano de intervenção e tratamento que pode incluir cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia dependendo do estadio e características da doença. São esperados, nesta fase, sentimentos de incerteza, vulnerabilidade, medo ou negação face às expectativas sobre as possibilidades de sucesso (Hewitt et al., 2006). Ao mesmo tempo, é natural que sintomas de *distress* se intensifiquem devido a complicações relacionadas com a gestão dos efeitos secundários dos tratamentos, com aspetos financeiros ou de imagem corporal (Leventhal & Leventhal, 2003).

Segue-se a fase de sobrevivência durante a qual se experienciam sentimentos, por vezes, ambivalentes. Por um lado, o alívio, mas por outro, o medo da recidiva. Esta é uma etapa durante a qual surgem dúvidas associados ao retorno às atividades habituais, como voltar a trabalhar, voltar a desempenhar papéis familiares e reinvestir nas relações interpessoais, acompanhados de sentimentos de medo e de vulnerabilidade (Hewitt et al., 2006; Leventhal & Leventhal).

Se a doença progride dando lugar à recidiva, o doente volta a experienciar os mesmos sentimentos vividos aquando do conhecimento do diagnóstico, mas esta fase é tipicamente caracterizada pela negação e tida como a mais difícil em todo o processo de doença oncológica. São ativados processos emocionais relacionados com a perda de controlo e o confronto com a morte representa agora uma realidade iminente (Schapira, 2009).

No fim de vida, surgem desafios específicos que se prendem com o isolamento, a perda de funcionalidade, a dependência, a dor e o sofrimento. É chegado o momento de preparar os doentes e os seus familiares para o que se vai seguir e apoiar para o fim de vida e os processos de luto (Levy et al., 2012). O cancro apresenta-se assim como uma condição clínica que, apesar da evolução positiva no que se refere ao seu diagnóstico e

ao tratamento, continua a afigurar-se como uma ameaça à saúde e à vida dos doentes, com repercussões a vários níveis. Essas repercussões podem iniciar-se cedo, numa fase em que existe só risco de doença, na eventualidade de história familiar e/ou risco genético, perante a realização de exames de rastreio ou de despiste, e durante o curso da doença oncológica, desde a fase de diagnóstico, tratamentos e sobrevivência, passando pela recaída, fase terminal e morte (Cabral, & Paredes, 2015).

### **1.1.3. Adaptação psicossocial à doença oncológica**

O cancro tem o potencial de promover profundas e diversas alterações na vida de uma pessoa, podendo resultar em efeitos negativos sobre a sua qualidade de vida (QDV) e bem-estar (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009, McIntyre & Gameiro, 1999).

A adaptação psicológica à doença pode ser definida como uma resposta cognitiva, emocional e comportamental dada pelo indivíduo perante o diagnóstico de cancro, ou seja, parece depender da forma as pessoas doentes compreendem as implicações do cancro e as reações comportamentais que se seguem, com o objetivo de reduzir a ameaça transmitida pela doença. Assim, a adaptação refere-se a uma mudança no ambiente que permite que o indivíduo se ajuste adequadamente a essa mesma alteração (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007). No contexto da doença, significa que se trata de um processo que se inicia com a apresentação de sintomas e que continua pelo curso da doença, respondendo às alterações do seu estado (Rabin, Leventhal, & Goodin, 2004). A forma como cada indivíduo percebe e enfrenta a doença deve ser considerado um processo dinâmico e multidimensional que varia consoante as características de cada pessoa, as características da doença e o meio em que o indivíduo está inserido. Este é um processo

único uma vez que os indivíduos são seres idiossincráticos e cada um terá o seu caminho ao longo da vivência e gestão emocional da doença (Larsen, 2014).

Na literatura sobre a adaptação psicológica à doença, destacam-se algumas conclusões, mas importa salientar que não existe um modelo único capaz de prever todas as variáveis envolvidas no processo (Greer & Watson, 1987; Lazarus & Folkman, 1984; Watson et al., 1991). Sabemos que as doenças crónicas requerem uma adaptação por parte do sujeito em diferentes domínios de vida, que se devem considerar todos os indicadores de adaptação (positivos ou negativos), que a adaptação é um processo dinâmico, que se molda ao longo do tempo associado à evolução da doença e que depende do contexto de referência particular de cada um (Ribeiro, 2005).

É de todo pertinente considerar ainda a vulnerabilidade psicossocial à doença oncológica, pois esta decorre da perceção individual sobre o impacto da mesma no próprio e nos seus planos de vida (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskas, & Harman, 2007), da disponibilidade de apoio emocional e social (Mesquita, 2010) e da perceção do indivíduo acerca da sua capacidade para atingir objetivos futuros e o relacionamento interpessoal satisfatório. Alguns estudos acrescentam que a adaptação psicológica neste contexto pode ser comprometida pela incapacidade física associada à condição de doente (Breitbard, Rosenfeld, & Pessin, 2002; McIntyre, 2004).

Estudos sugerem que existem diferenças na adaptação à doença oncológica em função do género. Os homens e as mulheres apresentam comportamentos distintos quando recebem um diagnóstico de doenças oncológicas, quer em termos de cuidados com a saúde física, quer em termos de adaptação psicológica à doença (Xavier, Ataíde, Pereira, & Nascimento, 2010), sugerindo que as mulheres revelam uma maior capacidade de adaptação a novas situações, que procuram obter maior conhecimento sobre a doença,

procuram mais o apoio social e emocional e desenvolvem mecanismos de *coping* mais ajustados à situação, quando comparadas com os homens.

Outra das diferenças no processo de adaptação está relacionada com a faixa etária, uma vez que estudos demonstram que doentes oncológicos mais jovens apresentam menor adaptação à doença oncológica em comparação com os doentes oncológicos que têm idade superior (igual ou superior a 60 anos). Esta diferença tem como causa o facto de os jovens apresentarem uma melhor condição física, exercerem uma função laboral e ainda terem uma vida social mais ativa enquanto que indivíduos com idades iguais ou superiores a 60 anos apresentam uma menor qualidade de vida devido a problemas associados ao envelhecimento e a outras doenças crónicas pré-existentes (Dorval, Maunsell, Deschenes, & Brisson, 1998; Cohen, Hack, Moor, Katz, & Goss, 2000; Gorisek, Krajnc, & Krajnc, 2009).

Uma investigação levada a cabo por Weinert, Cudney e Spring (2008) mostrou também que sentimentos mais positivos estão associados a uma melhor adaptação à doença e, ainda, que as expectativas positivas sobre a evolução clínica que o indivíduo cria na fase do diagnóstico são já preditores do resultado do processo.

Neste âmbito e segundo Lewis (1989) e Barkweel (1991), os indivíduos que se deparam com uma doença oncológica constroem um significado sobre a sua doença e este cria um impacto na adaptação à doença. Por sua vez, um estudo realizado por Fife (1995) demonstrou que o significado e o estabelecimento de metas para o futuro, foram considerados como fatores que contribuíram para a adaptação à doença oncológica. De acordo com Dekker e Groot (2018), uma das mais comuns respostas psicológicas face a uma doença crónica, como é a doença oncológica, é a incerteza sobre o futuro e os sentimentos exacerbados de ansiedade e depressão e, por conseguinte, o evitamento da realização de atividades. Evitamento esse que parece estar relacionado com pior perceção

de QDV destes doentes e, conseqüentemente, com a sua adaptação à doença. Também Kornblith e Ligibel (2003) salientam que, apesar de muitos sobreviventes de cancro se conseguirem adaptar à condição ao fim de dois anos, cerca de 30% (podendo variar entre 5 a 50%) apresentam sofrimento psicológico - depressão e ansiedade, ao fim de quatro anos de tratamento e que esta percentagem varia em função da data do diagnóstico e do fim do tratamento. Os autores verificaram ainda que o sofrimento relacionado com o cancro envolve a percepção da imagem corporal, medo de recidiva, *stress* traumático e dificuldades no foro sexual (Kornblith & Ligibel, 2003). Na mesma linha de pensamento, Filazoglu e Griva (2008) procuraram esclarecer o papel do apoio social e dos mecanismos de *coping* na percepção de QDV relacionada com a saúde em 188 mulheres com cancro da mama. Os resultados sugerem que quanto maior for a percepção de QDV, melhor será a percepção sobre o apoio social e que as estratégias de *coping* preferencialmente adotadas são o *coping* religioso e o *coping* focado no problema.

Tendo em conta as exigências físicas, psicológicas e emocionais que um diagnóstico de cancro impõe ao doente, são assim esperadas, inicialmente, reações como tristeza, desorientação e choque (Holland, 2010; Mesquita, 2010) e frequentemente relatos de medo da recidiva e da morte (Chochinov, 2006). Vários estudos demonstram que, ao longo do tempo os doentes vão desenvolvendo estratégias de *coping* para lidar com a doença transformando essas reações emocionais noutras mais adaptativas (Brandão, Schulz & Matos, 2017; Cardoso et al., 2009; Sá, 2001). Cada doente lida com a doença oncológica de forma pessoal e individual, contudo, o facto de alguns doentes oncológicos terem dificuldade em mostrar as suas emoções, pode contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade e de sintomas depressivos. Pelo contrário, os doentes que utilizam estratégias focadas no problema e que procuram apoio psicossocial, conseguem manter uma autoestima elevada, melhor qualidade de vida e melhor adaptação

à doença oncológica (Nezu et al., 2006). Num estudo desenvolvido por Mesquita e colaboradores (2013) foi possível verificar que os indivíduos que gostavam de receber apoio espiritual e que participavam em grupos de apoio ao doente com cancro utilizaram o *coping* espiritual de forma positiva durante o tratamento com quimioterapia. Num outro estudo desenvolvido por Costa e colaboradores (2019) foi possível identificar uma associação positiva e estatisticamente significativa entre o recurso ao *coping* espiritual/religioso e maiores níveis de esperança.

Considerando o exposto, a adaptação psicológica à doença surge como um objetivo principal a ser alcançado durante o processo oncológico e, para tal, revela-se essencial a promoção de bem-estar físico, emocional, psicológico, social e espiritual dos doentes (Ávila, Brandão, Teixeira, Coimbra & Matos, 2015; Costa et al., 2019).

## **1.2. Variáveis psicossociais associadas à doença oncológica**

### **1.2.1. Psicologia Oncológica**

Segundo Albuquerque e Cabral (2015) a psico-Oncologia surge na segunda metade do século XX quando se reconhece na medicina que o aparecimento e evolução do cancro poderia estar relacionado com fatores psicológicos, comportamentais e sociais, para além dos fatores biomédicos, e que esta doença acarreta sofrimento emocional e psicossocial no doente e na sua família. Assim, a psico-Oncologia é uma área da psicologia da saúde que tem como foco o cuidado do doente com cancro, da família e dos profissionais envolvidos no tratamento (Viet & Carvalho, 2008).

A psico-Oncologia é assim, a união de várias disciplinas médicas, psicológicas e sociais tendo como objetivo dar aos doentes uma abordagem abrangente da doença, tendo como referência o modelo biopsicossocial da saúde e da doença (Dúra & Ibañez, 2000). Assim, a psico-Oncologia dedica-se à prevenção, diagnóstico, avaliação, tratamento,

reabilitação, cuidados paliativos e etiologia do cancro, bem como como a uma melhoria das capacidades de comunicação e de interação e à otimização de recursos para promover serviços de saúde de mais qualidade e de maior eficácia (Cruzado, 2003).

Estudos realizados também sugerem que a valorização dos problemas emocionais, interpessoais, familiares, vocacionais e espirituais que estão associados ao processo de doença e aos tratamentos e o impacto dos mesmos na qualidade de vida do doente foram também motivos para o aparecimento desta nova área, a Psico-Oncologia (Scannavino et al, 2013).

É de salientar que com os desafios que o doente e a família enfrentam aquando da sobrevivência e com o risco de uma recidiva torna-se importante que estes possuam algum suporte psicossocial que ajudem doente e família ao ajustamento a uma nova realidade (Weaver, Rowland, Alfano e McNeel, 2010). Sabe-se que os doentes que recebem um diagnóstico de doença oncológica relatam muitas vezes consequências psicológicas com um forte impacto na qualidade de vida (Odgen, 2004).

Por este motivo, a psico-Oncologia compreende as duas principais dimensões psiquiátricas e psicológicas do cancro; por um lado, “...as vivências dos doentes e dos seus familiares ao longo da evolução da doença, bem como o *stress* sentido pelos profissionais prestadores de cuidados; por outro, os fatores psicológicos, comportamentais e sociais que influenciam o risco, a deteção e a sobrevida da doença oncológica”. (Albuquerque & Cabral, 2015, p. IX).

Segundo Holland e colaboradores (2010), torna-se cada vez mais importante valorizar, conhecer e monitorizar os sentimentos dos doentes e das suas necessidades psicossociais. De igual modo, as mudanças comportamentais e a promoção de estilos de vida saudáveis, as condições psicológicas relacionadas com a doença, as perturbações psicofisiológicas, os problemas físicos e consequentes limitações e incapacidades, as

manifestações somáticas de problemas psicológicos e o impacto dos procedimentos médicos são também algumas das problemáticas que são alvo de intervenção por parte da psico-Oncologia (Holland et al., 2010).

Em relação aos fatores psicossociais, sabe-se que a intervenção no doente com cancro e família deve ter em conta fatores diversificados, tais como, o contexto de desenvolvimento e cultural do doente, os fatores socioeconómicos, a capacidade de enfrentar uma situação nova e promotora de *stress*, o nível de coesão e comunicação entre membros e a história pessoal e familiar do doente. Só assim é possível intervir de forma eficaz no doente e na família (Adams-Greenly, 1991).

Estudos têm assim demonstrado que os cuidados psicológicos especializados no âmbito da psico-Oncologia são de enorme importância para o doente e para os familiares tornando-se mesmo parte integrante do tratamento, valorizando-se assim a experiência subjetiva e emocional do doente proporcionando, deste modo, uma melhor perceção de qualidade de vida e adaptação à doença (Albuquerque & Cabral, 2015).

### **1.2.2. *Distress* psicológico e cancro**

O conhecimento do diagnóstico de cancro pode ser vivenciado como um momento de crise pela experiência traumática que provoca, dado o seu potencial para marcar o início de uma mudança significativa na vida do doente (Reis et al., 2019). O momento em que se conhece o diagnóstico clínico de cancro é, frequentemente, acompanhado de sentimentos de medo, de tristeza e de frustração, associados a desafios que podem dificultar o processo de adaptação psicológica à doença, deteriorando a qualidade de vida e o bem-estar global dos doentes (Ávila, Brandão, Teixeira, Coimbra, & Matos, 2015; Dekel, Ein-Dor, & Solomon, 2012; Reis, Magalhães, Dias & Abreu, 2019).

São vários os aspetos da doença suscetíveis de despoletar reações emocionais intensas e prolongadas, em particular, a incerteza em relação ao futuro, o sofrimento e a dor, a dependência, a perda de controlo sobre o ambiente, os efeitos secundários dos tratamentos, a recidiva da doença e o medo da morte, são alguns dos aspetos com maior impacto psicológico e que contribuem para a vivência de *distress* psicológico (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis, 2009; Goebel et al., 2011; Panzini & Bandeira, 2007; Lichtenthal, Cruess, Clark, & Ming, 2005; dos Santos, Mota, & Pimenta, 2009).

Diversos estudos apontam para uma elevada prevalência de perturbações emocionais ou psiquiátricas, especialmente quadros depressivos e de ansiedade, em doentes com cancro (Brandão, & Matos, 2015; Dukes Holland, & Holahan, 2003; Oliveira, 2018).

De acordo com a definição apresentada pela NCCN *Distress Guideline* (Jacobson & Ransom, 2007), o *distress* é definido como uma experiência emocional desagradável multideterminada de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou espiritual, que pode interferir na capacidade de lidar efetivamente com o cancro, com os seus sintomas físicos e com o tratamento. Estende-se e varia num *continuum*, isto é, pode oscilar entre sentimentos de vulnerabilidade, tristeza e medo da recidiva a depressão grave, sintomas de ansiedade, trauma e pânico (Holland et al., 2013). O conceito de *distress* foi introduzido pela NCCN (2019) para descrever as consequências psicossociais relevantes associadas ao cancro, com o objetivo de diagnosticar a carga emocional, social e espiritual significativa de si decorrente (Jacobson & Ransom, 2007).

No que concerne às causas do *distress* no contexto da doença oncológica, estas parecem estar mais associadas ao momento do diagnóstico, ao sofrimento físico e emocional desencadeado pelos tratamentos, muitas vezes, invasivos e com diversos

efeitos secundários, bem como com as dúvidas sobre o futuro e incerteza face à possibilidade de sobrevivência (Head et al., 2012; Jacobsen, & Ransom, 2007).

A literatura sugere, de facto, que o *distress* psicológico depende da fase da doença oncológica e da intervenção terapêutica a que os doentes foram sujeitos, tendo sido verificado que maior *distress* se associou à fase aguda da doença em doentes que haviam sido submetidos a doses elevadas de quimioterapia com mais efeitos secundários (Hurny et al., 1996) e uma maior prevalência de depressão foi identificada em doentes numa fase avançada (Nordin et al., 2001). O *distress* relacionado com o cancro e com o tratamento é, de facto, um dos sintomas mais comuns experienciados pelos doentes (Petronis et al., 2003) e a sintomatologia relacionada com este pode iniciar-se desde cedo com o conhecimento do diagnóstico, devido à necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e frequentar regularmente consultas de especialidade, o que faz exacerbar a ameaça percebida pelo medo da recidiva e da morte (Duhamel et al., 2000; Pereira et al., 2012).

Diversos estudos sugerem que doentes que experienciam mais sintomas de *distress* aderem menos às recomendações médicas (Kennard et al., 2004), verbalizam pior perceção de qualidade de vida (Sloan et al., 2002; Vitek et al., 2007; Von Essen et al., 2002) e menor satisfação com o atendimento nos serviços de saúde (Jacobson, 2007; Jacobson & Ransom, 2007; Johansson, Ryden, & Finzia, 2011).

Segundo a NCCN (2019) a avaliação e a triagem precoces do *distress* psicológico permitem uma melhor e mais adequada gestão do sofrimento psíquico, o que, por sua vez, melhora a eficácia do tratamento médico. Por outro lado, quando não há um correto diagnóstico e tratamento destes sintomas, as consequências podem traduzir-se na não adesão ao tratamento, no aumento do número de internamentos hospitalares e na redução da qualidade de vida (Jacobson & Ransom, 2007).

Embora o *distress* e outros sintomas de foro emocional estejam amplamente identificados e reconhecidos, verifica-se que existem lacunas relacionadas com a sua avaliação e monitorização, ou seja, existem poucos instrumentos capazes de detetar eficazmente os sintomas referidos (Goebel et al., 2011). As elevadas taxas de prevalência de *distress* em pacientes oncológicos, por todo o mundo, levou a que, em 2009, a Sociedade Internacional de Psico-Oncologia considerasse o *distress* como o 6.º sinal vital (Bultz & Johansen, 2011).

Apesar de alguns doentes conseguirem adaptar-se à doença, outros apresentam grandes dificuldades de adaptação após o diagnóstico. A comorbilidade psicológica é também elevada e, frequentemente, é acompanhada por sintomas físicos, como a fadiga, a insónia, a perda de apetite e/ou perturbações na esfera sexual (Goebel, Stark, Kaup, von Harscher, & Mehdorn, 2011; Jacobson & Ransom, 2007; NCCN, 2003). Assim, a identificação da necessidade de tratamento psicossocial deve ser avaliada e agilizada (Harris et al., 2012), com recurso ao rastreio psicossocial do *distress* psicológico do doente oncológico, visando potenciar respostas precoces às necessidades dos doentes e, promovendo assim, uma melhor adaptação à doença (NCCN, 2003).

### **1.2.3. Religiosidade e cancro**

O conceito de religiosidade refere-se a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que auxiliam a proximidade do indivíduo ao sagrado e ao transcendente (Peres & Simão, 2007). A religião apresenta-se como uma estratégia eficaz para lidar com eventos de vida de impacto significativo, de que é exemplo o conhecimento de um diagnóstico de cancro (Falsetti, Resick & Davis, 2003; Fontana & Rosenheck, 2004; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2004; Schuster et al., 2001).

Perante a adversidade, os indivíduos religiosos e com fé procuram conservar ou transformar as suas crenças e valores enquanto estratégia para lidar, adiar ou anular sintomas de *distress* (Pargament et al., 1990; Pargament, Koenig, & Perez, 2000).

Para melhorar a abordagem terapêutica junto do doente com cancro, é importante considerar algumas atitudes básicas do ser humano relacionadas com a expressão da religiosidade (Kóvac, 2007), isto é, os doentes podem encontrar-se em negação e, por isso, distantes de qualquer conteúdo de foro religioso; podem encontrar-se numa fase de afirmação literal, na qual os aspetos religiosos são tidos de forma objetiva, podendo dificultar o desenvolvimento de uma relação mais estreita com este mecanismo de *coping*; outros doentes são capazes de produzir uma interpretação que permite olhar a religiosidade como fenómeno social e como ilusão; e ainda, doentes capazes de produzir uma interpretação reparadora, em que a procura dos símbolos de fé e do seu significado adquirem sentido (Kóvac, 2007).

Pargament e colaboradores (1990) defendem que o *coping* religioso está tipicamente relacionado com resultados mais positivos de adaptação psicológica perante a vivência de eventos desencadeadores de *distress*. Os autores supracitados mostraram que os esforços religiosos de *coping*, envolvendo a crença num Deus justo e amoroso, a experiência de Deus como parceiro e suporte, o envolvimento em rituais religiosos e a busca de apoio espiritual estavam significativamente relacionados com melhores resultados na saúde mental e de crescimento espiritual (Pargament, 1997).

De acordo com a literatura empírica sobre o tema, Pargament (1997) apresentou a definição de *coping* como a “*busca de significado em tempos de crise/stress*” (p.90). De facto, nas últimas duas décadas, o número de estudos que enfatizam o papel da religião na adaptação aos principais acontecimentos da vida potencialmente stressantes teve uma tendência crescente. Estudos experimentais mostraram que muitas pessoas consideram a

religião uma fonte para entender e lidar com situações adversas nos momentos mais difíceis das suas vidas (Ano & Vasconcelles, 2005; Schuster et al., 2001).

Embora a identificação de estratégias de *coping* religioso específicas da situação tenha permitido esclarecer o papel funcional da religião no processo de adaptação psicológica, as implicações do *coping* religioso para pessoas que lidam com situações de ameaça não são totalmente claras (Gene & Vasconcelles, 2005).

A consideração do papel da religião no *coping* pode assumir duas abordagens distintas (Pargament, 1997). A primeira que considera a religião como uma variável independente, geralmente medida através de aspetos do foro comportamental (eg. quantas vezes assistimos ou participamos em rituais religiosos) ou pelo conteúdo (eg., quanto é que cada pessoa se considera religiosa ou quais são as suas orientações intrínsecas ou extrínsecas) (Allport & Ross, 1967). A segunda, que considera a religião como uma estratégia de *coping* mais complexa, em que as avaliações religiosas são tipicamente enfatizadas, em vez de crenças religiosas, como variáveis individuais de diferença (Gall et al., 2005; Pargament, 1997). Deste modo, a identificação global do papel da religião enquanto mecanismo de adaptação ou de enfrentamento exige uma análise que considere a associação de aspetos específicos da religião e aspetos específicos do processo de *coping* (Newton & McIntosh, 2010).

O *coping* religioso pode ser positivo e negativo. O *coping* religioso positivo integra uma relação segura com Deus, um sentimento de conexão ou ligação espiritual com os outros e uma visão de mundo em que Deus é benevolente, amoroso e poderoso. Já o *coping* religioso negativo inclui a vivência de tensão espiritual e luta dentro de si mesmo, com os outros e com Deus (Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011).

No estudo desenvolvido por Wilt, Exline, Grubbs, Park e Pargament (2016) foi possível verificar que o *coping* religioso negativo apresentou correlações negativas com

indicadores de adaptação psicológica e positivas com indicadores de *distress*. Os autores acrescentam que as crenças que atribuem a Deus um papel benevolente no sofrimento se associam ao *coping* religioso positivo e, por sua vez, a níveis mais elevados de bem-estar, constituindo-se num indicador de adaptação psicológica. Foi, também, possível identificar que existe uma correlação positiva entre algumas crenças religiosas positivas que incluem a responsabilidade divina, o encontro, a construção da alma, a superação e a providência (Wilt et al., 2016). Estes resultados são apoiados pelo estudo levado a cabo por Ano e Vasconcelles (2005) que concluiu que há uma associação moderada entre o *coping* religioso positivo e a adaptação psicológica à doença no cancro, e uma associação positiva entre o *coping* religioso negativo e a menor capacidade adaptação psicológica à doença e ao *stress*. Outros estudos sugerem ainda que doentes com cancro conseguem encontrar um sentido para a sua doença através da religião, bem como, maior capacidade para lidar com o medo existencial (Jim et al., 2015). No estudo desenvolvido por Bonaguidi, Michelassi, Fillipponi e Rovai (2010) foi possível constatar que a religiosidade expressada através da visão de Deus como figura de suporte se associou com a sobrevivência em doentes oncológicos sujeitos a transplante de rim.

Outros estudos longitudinais apontam para a existência de uma relação significativa entre o *coping* religioso e adaptação a eventos de vida significativos ao longo do tempo. Estes estudos longitudinais procuraram compreender a forma como doentes mais velhos internados em hospitais (Fitchett et al., 1999; Pargament et al., 2001; Pargament et al., 2004) e outros doentes em diversos ambientes médicos (Jim, Richardson, Golden-Kreutz, & Andersen, 2006; Tarakeshwar et al., 2006) e confirmaram que, com o tempo, aqueles que são mais religiosos experimentam menos sintomas depressivos quando a gravidade/severidade da doença está controlada (Koenig et al., 1998; Pressman et al., 1990).

Num outro estudo realizado por Moschella, Pressman, Pressman e Weissman (1997) com doentes diagnosticados com cancro, verificou-se que os participantes que acreditavam que compreender o papel de Deus através da experiência da fé, intensificaram as suas crenças e as suas práticas religiosas, sugerindo que a abordagem existencial associada à religiosidade é positiva. Corroborando o estudo anterior, uma investigação levada a cabo por Saso e colaboradores (2017), conclui que em doentes diagnosticadas com cancro da mama, a religiosidade se apresentou como uma estratégia de obtenção de suporte e de apoio em todas as fases da doença.

As principais conclusões dos estudos realizados neste âmbito suportam assim a necessidade de se avaliar, explorar e considerar a dimensão da religiosidade no atendimento e na intervenção com doentes oncológicos com o objetivo de melhorar a adaptação à doença e aos seus desafios ao longo da trajetória da doença.

#### **1.2.4. Espiritualidade e cancro**

A espiritualidade pode ser definida como uma disposição humana para a compreensão do sentido da vida através de conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (Guimarães & Avezum, 2007). Uma vez que a espiritualidade representa uma experiência social, a sua compreensão pode ser incrementada através da comunicação sobre crenças espirituais com outros indivíduos, como familiares, amigos, líderes espirituais e, em alguns casos, prestadores de cuidados de saúde (Austin et al., 2017; Puchalski, 2013).

A espiritualidade assume um papel importante no que toca à adaptação psicológica do doente oncológico devido ao inevitável confronto com a morte (Chochinov, 2006). Segundo Chochinov (2006) a espiritualidade possui um papel

protetor no fim de vida, associa-se a menor possibilidade de desenvolver sintomas depressivos (Nelson, Rosenfeld, & Breitbart, 2002), diminuiu os níveis de ansiedade face à morte e promove a redução do sofrimento pelas crenças sobre a continuidade da vida após a morte (McClain, Jacobson, Rosenfeld & Kosinski, 2004).

As diversas definições de espiritualidade focam-se no seu carácter multidimensional associado à experiência humana (Bolander, 1998; Vachon, 2008) e nestas dimensões são incluídas a busca pessoal pelo significado e propósito da vida, a ligação a uma dimensão transcendental da existência e os sentimentos associados a essa busca e ligação (e.g. amor, paz interior, esperança). Neste sentido, a espiritualidade pode ser conceptualizada em três áreas principais que são, designadamente: i) o sentido e o propósito de vida; ii) a vontade de viver, e a iii) crença e fé em si, nos outros e, naturalmente, em Deus (Pestana, Estevens, & Conboy, 2007). Para alguns autores, a espiritualidade é entendida como um caminho para alcançar um melhor bem-estar mental e físico (Featherstone, King, & Brooks, 2014; Vachon, 2008).

Alguns autores referem que, não raras vezes, os conceitos de religião e de espiritualidade se sobrepõem (Koenig, 2012; Koenig, King, & Carson, 2012); todavia, enquanto a religião se refere a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que procuram facilitar a proximidade com o transcendente (Koenig, 2012), a espiritualidade refere-se a uma atitude, ao contacto do sujeito com sentimentos e pensamentos superiores, à busca de um sentido para a vida e ao amadurecimento que esta ligação ao transcendente poderá trazer ao próprio (Pestana et al., 2007).

Dado o reconhecimento do papel da espiritualidade na saúde em geral (Viftrup, Hvidt, & Buus, 2013) e na vivência da doença oncológica em particular, esta variável psicossocial tem recebido uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde e dos

investigadores nos últimos anos (Austin, Macleod, Siddall, McSherry, & Egan, 2017; Ellingson, 2009; Koenig, 2012; Surbone & Baider, 2010; Meluch, 2018; Vachon, 2008).

Os estudos que procuram esclarecer o papel da espiritualidade associada à saúde permitiram encontrar uma forte associação entre o bem-estar espiritual e a saúde física e psicológica das pessoas diagnosticadas com cancro (Koenig, 2012; Vachon, 2008). Outros acrescentam que a tomada de decisão das pessoas diagnosticadas com cancro baseada na espiritualidade foi promotora do bem-estar espiritual e do *coping* adaptativo (Brown & Bakos, 2007; Fitzsimmons, George, Payne, & Johnson, 1999; Ragan, Wittenberg, & Hall, 2003).

De igual modo, e segundo Pinto e Ribeiro (2007), a espiritualidade parece relacionar-se com uma melhor condição de saúde, com uma expectativa de vida mais duradoura e maior controlo de sintomas emocionais na doença oncológica, tais como a depressão e a ansiedade. Neste sentido, as pessoas com cancro e para as quais a espiritualidade é uma dimensão integrante na vivência da doença, revelam estar mais capazes de encontrar um significado na experiência vivida, promovendo uma melhor adaptação ao processo de doença (Mesquita, 2010). A adaptação psicológica à doença através da espiritualidade tem como objetivos manter a autoestima e procurar apoio emocional (Panzini & Bandeira, 2007).

Fichet e colaboradores (2010) referem também que perante o diagnóstico de doença oncológica as pessoas experienciam um processo de transformação pessoal, que muitas vezes, envolve a revisão de crenças pessoais para se sentirem mais ligadas a uma entidade superior, sendo desta forma que a espiritualidade se encontra associada a uma melhor adaptação psicológica e gestão da doença.

Considerando o exposto, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos às dimensões religiosas e espirituais, pelo papel protetor que estas dimensões

parecem assumir durante o processo de doença, destacando-se a necessidade de olhar o doente como ser biopsicossocial e espiritual (Koenig, Hooten, Lindsay, & Meador, 2010).

#### **1.2.5. *Distress* psicológico, Religiosidade e Espiritualidade na Doença Oncológica**

Os eventos traumáticos podem promover alterações psicológicas significativas nos sujeitos que os vivenciam. Nesta perspectiva, o diagnóstico de cancro pode ser preditor da experiência de sintomas de *stress*, e nalguns casos, evoluir até para o aparecimento de sintomas de *distress* e *stress* traumático (Andrykowski et al., 1995; Varela & Leal, 2008, cit. Varela & Leal, 2011). São diversos os estudos que indicam que perturbações de ansiedade são mais comuns em pessoas com cancro do que em pessoas com outras doenças crónicas na população em geral (Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman, & Wallace, 1994; Massie & Holland, 1998). No entanto, esses sintomas desaparecem com o tempo, à medida que o medo de recidiva diminui (Levin & Alici, 2010). Outros estudos mostraram a presença de sintomas característicos de *stress* ou trauma em sobreviventes de cancro, como comportamentos de evitamento, pensamentos intrusivos e aumento da ativação (Jacobson & Ransom, 2007).

A maioria dos estudos que se debruçou sobre a investigação acerca da relação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde mental revelou que níveis mais elevados da participação religiosa estão associados a maior bem-estar e saúde mental (Almeida et al., 2006). No entanto, a evolução pode ser mais positiva no sentido de um crescimento interior pós-traumático, durante e após a vivência de cancro (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001, cit. Varela & Leal, 2011). A vivência do diagnóstico de cancro é um fenómeno subjetivo e único e, neste sentido, alguns autores consideram que indivíduos que apresentem níveis mais elevados de coerência perante a adversidade, irão

apresentar recursos mais eficazes e, por isso, melhor capacidade de adaptação (Chochinov, 2006; Pargament et al., 2001; Pargament et al., 2004).

Alguns outros estudos tornam evidente que as variáveis psicossociais religião e espiritualidade assumem um relevante papel na adaptação psicossocial à doença (Koenig, 2000; Koenig et al., 2001).

Estudos desenvolvidos junto de doentes oncológicos permitiram constatar que aqueles que apresentavam níveis mais elevados de bem-estar espiritual e/ou religioso eram menos propensos a desejar uma morte «acelerada» (O'Mahoney et al., 2005) e doentes oncológicos que se apoiavam no *coping* religioso positivo percecionavam uma melhor QDV ao longo do tempo (Jim et al., 2006; Tarakeshwar et al., 2006).

A religião e a espiritualidade parecem, de facto, ser aspetos particularmente importantes em doentes oncológicos, independentemente do tipo de cancro. São muitos os estudos que se debruçam sobre a necessidade de abordar e considerar a especificidade de cada doente e do seu contexto religioso como parte do tratamento médico/clínico (Fichet et al., 2010; Gobat & Araújo, 2013; Koenig et al., 2010). Pese embora, as conclusões não sejam consensuais provavelmente devido às características das amostras ou à forma como os constructos são avaliados, mas a sua importância está considerada e devemos partir deste pressuposto (Jim et al., 2006).

Os benefícios da espiritualidade para a saúde mental e o para o bem-estar repercutem-se em consequências fisiológicas que melhoram a saúde física e influenciam a resposta do organismo ao tratamento. Muitos estudos evidenciam relações significativas entre a religiosidade e a espiritualidade e a melhor condição de saúde (Koenig et al., 1998; Pressman et al., 1990).

Apesar de vários estudos sugerirem que a vivência da doença oncológica é acompanhada de *stress* clinicamente significativo (Ávila et al., 2015; Dekel et al., 2012;

Holland et al., 2013; Jacobson & Ransom, 2007; Kornblith & Ligibel, 2003; McIntyre, 2004), provocando algum tipo de rutura na vida do indivíduo (Ribeiro, 2005), as conclusões revelam também que grande parte destes doentes acaba por se adaptar positivamente à doença (Brandão et al., 2017; Cardoso et al., 2009; Sá, 2001; Xavier et al., 2010).

A associação entre o *distress*, a espiritualidade e a religiosidade pode, assim, auxiliar os profissionais de saúde a desenvolverem abordagens mais adequadas e ajustadas às necessidades do doente oncológico (McIntyre, 1999; Okon, 2005), desenhadas numa perspetiva biopsicossocial e espiritual que integre todas as dimensões da vida do doente, dando lugar ao olhar atento e a cuidados humanizado ao doente oncológico (McIntyre, 1999).

## **Capítulo 2 - Estudo Empírico**

### **2.1. Método**

#### **2.1.1. Problema de investigação**

A definição do problema de investigação resulta da revisão de literatura efetuada e apresentada na primeira parte do presente trabalho, e das conclusões de várias investigações que sugerem a realização de estudos com um maior número de participantes, sublinhando a necessidade de se comparar a relação entre a espiritualidade, a religiosidade e o *distress* em diferentes fases da trajetória da doença oncológica (Año & Vasconcelles, 2005; Harris et al., 2008; Massie & Holland, 1998; Pargament et al., 2004). Neste sentido, a relevância do estudo das questões relacionadas com a religiosidade e a espiritualidade do doente oncológico, nas diferentes fases da doença, tem-se tornado cada vez mais evidente (Brown & Bakos, 2007; Ragan et al., 2003).

Face à escassez de estudos em Portugal que relacionem estas três variáveis (espiritualidade, religiosidade e *distress*) nas diferentes fases do processo da doença oncológica, a presente investigação pretende, de algum modo, contribuir para a sua compreensão, através de dados recolhidos num único momento, com o intuito de investigar a existência de possíveis relações entre as variáveis supramencionadas, bem como analisar o efeito da variável sociodemográfica género, nas mesmas.

Assim, com o intuito de colmatar as lacunas presentes na literatura verificada após análise do estado da arte, o problema de investigação que norteia o presente estudo é: *Qual a relação que existe entre espiritualidade, religiosidade e distress em doentes oncológicos na fase de tratamento e pós-tratamento da trajetória da doença?*

### **2.1.2. Objetivos do estudo**

Com o objetivo geral de analisar a relação entre as variáveis psicossociais – *distress*, espiritualidade, religiosidade - em doentes oncológicos na fase de tratamento e pós-tratamento da doença oncológica desenhou-se um estudo do tipo correlacional/transversal, de natureza quantitativa cujos objetivos específicos foram os seguintes: i) examinar se existem diferenças nas dimensões em estudo - espiritualidade, religiosidade e *distress* - em doentes oncológicos na fase de tratamento e pós-tratamento; ii) examinar se existem diferenças nas dimensões em estudo -espiritualidade, religiosidade e *distress* - em indivíduos do género masculino e do género feminino na fase de tratamento e pós-tratamento e; finalmente, iii) analisar a relação entre espiritualidade, religiosidade e *distress* na fase de tratamento e pós-tratamento.

### **2.1.3. Hipóteses de investigação e variáveis em estudo**

Com a presente investigação é esperado que:

H1) existam diferenças na espiritualidade, religiosidade e *distress em doentes oncológicos, em função da fase da trajetória da doença* - fase de tratamento e fase de pós-tratamento;

H2) existam diferenças significativas na espiritualidade, religiosidade e *distress* entre o género feminino e masculino, na fase de tratamento e de pós-tratamento;

H3) o *distress* se relacione negativamente com a espiritualidade e com a religiosidade, na fase de tratamento e de pós-tratamento;

H4) a religiosidade se relacione positivamente com a espiritualidade, na fase de tratamento e de pós-tratamento.

### **2.1.4. Participantes**

O presente estudo foi constituído por uma amostra não probabilística de 372 indivíduos portadores de uma doença oncológica, que se encontravam em duas fases distintas da trajetória da doença, designadamente, na fase de tratamento e pós-tratamento. Fizeram parte do estudo indivíduos de ambos os géneros, sendo que a inclusão dos participantes teve em linha de conta os seguintes critérios: i) ter idade igual ou superior a 18 anos; ii) ter recebido um diagnóstico de cancro; e iii) encontrar-se em qualquer fase do processo da doença. Os critérios de exclusão foram: i) estar a receber tratamento paliativo; ii) apresentar algum défice cognitivo e/ou ser portador de alguma patologia severa diagnosticada que invalidasse a participação do estudo.

**Tabela 1**

Caraterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes (n=372)

		N	%
<b>Género</b>	Masculino	108	29.0
	Feminino	264	71.0
<b>Filhos a cargo</b>	Sim	106	28.5
	Não	266	71.5
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	52	14.0
	Casado(a)	227	61.0
	União de Facto	14	3.8
	Divorciado(a)	39	10.5
	Viúvo(a)	39	10.5
<b>Habilitações</b>	Separado(a)	1	0.3
	Analfabeto	6	1.6
	1º- 4º ano	144	38.7
	5º- 6º ano	50	13.4
	7º- 9º ano	56	15.1
	10º- 12º ano	73	19.6
<b>Situação Laboral</b>	Ensino Superior	43	11.6
	Ativo(a)	80	21.5
	Baixa médica	50	13.4
	Desempregado(a)	47	12.6
	Estudante	6	1.6
	Doméstico(a)	19	5.1
	Reformado	168	45.2
<b>Fase da doença</b>	Diagnóstico	9	2.4
	Tratamento	145	39.0
	Pós-tratamento	195	52.4
	Recidiva	23	6.2

Pela leitura da Tabela 1, podemos verificar que este estudo contou com a participação de 372 participantes, sendo a amostra constituída predominantemente por participantes do género feminino (n=264; 71 %), com idades compreendidas entre os 18 e os 91 anos ( $M=56.91$ ;  $DP=14.01$ ). No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes é casada (61%), mas sem filhos (71.5%). Relativamente à escolaridade, a maior parte frequentou o 1º ciclo (1º-4º ano) (38.7%) e 45.2% encontram-se reformados. Sobre a fase da doença, 52.4% dos participantes encontrava-se na fase de pós-tratamento e 39% na fase de tratamento.

### **2.1.5. Aspetos éticos na investigação em Psico-Oncologia**

A presente investigação obedeceu a questões éticas e teve em consideração as diretrizes éticas na investigação em Psicologia de acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016).

Esta investigação foi avaliada e aceite por uma Comissão de Ética de um Centro Hospitalar da Zona Norte de Portugal.

A participação foi feita de forma voluntária e o recrutamento teve em conta os critérios de inclusão e de exclusão definidos na investigação.

Os participantes foram informados acerca dos seus direitos e objetivos da investigação, assinando um consentimento informado, assegurando assim, os princípios de privacidade e confidencialidade salvaguardados através do anonimato das respostas.

Na presente investigação os participantes foram ainda informados e motivados a participar na sessão de divulgação de resultados que acontecerá no final da presente investigação.

### **2.1.6. Procedimentos**

Após obtenção da autorização para contacto com os doentes, procedeu-se ao início da recolha dos dados. Uma parte da amostra foi recolhida por psicólogas da equipa de investigação especializadas e devidamente treinadas (1) em dois centros hospitalares do norte do país ( $n = 250$ ) e, a restante amostra, foi recolhida (2) através da técnica de bola de neve executada pela autora da presente tese e pelos restantes elementos do grupo de supervisão ( $n=122$ ). Foram salvaguardados procedimentos idênticos em ambas as modalidades de recolha de dados.

Os participantes contactados diretamente pela investigadora foram recrutados entre janeiro de 2020 e março de 2020, sendo que no momento da aplicação dos

instrumentos de avaliação foi explanado o âmbito do estudo e seus objetivos e garantida a confidencialidade e privacidade dos dados recolhidos. A recolha dos dados incluiu apenas um momento de avaliação que se traduziu na aplicação do Inventário de Rastreo Psicossocial do Doente Oncológico (IRP) que incluía um Questionário Sociodemográfico e Clínico e oito instrumentos de avaliação psicológica. No entanto, no presente estudo serão apenas alvo de análise os dados relativos a três dos instrumentos de avaliação. O instrumento foi aplicado individualmente e num espaço privado a cada participante, sendo que para a sua administração adotou-se como técnica a leitura dos itens em voz alta (hétero-relato) dos instrumentos e a investigadora ia assinalando as respostas dadas pelos participantes. Cada entrevista teve a duração de aproximadamente 60 minutos. Todos os participantes responderam aos mesmos instrumentos de avaliação num único momento e nenhum dos mesmo se recusou a responder a nenhum dos instrumentos apresentados, nem demonstrou interesse em abandonar a investigação aquando o início da mesma.

### **2.1.7. Instrumentos**

Tendo por base os objetivos do estudo, utilizou-se uma metodologia quantitativa exploratória que integrou os seguintes instrumentos: i) Questionário Sociodemográfico e Clínico; ii) o Termómetro do *Distress* (NCCN & American Society of Clinical Oncology - ASCO, 1997; Bacalhau, 2004) e a iii) Subescala da Espiritualidade do Instrumento de Avaliação da QDV - WHOQOL-100 (Vaz Serra et al., 2006).

#### **2.1.7.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

Pretende-se com este questionário obter a informação sociodemográfica sobre os participantes. Desta forma, as questões sociodemográficas versam sobre a idade, o género, o estado civil, a situação face ao trabalho e as habilitações literárias. No que se

refere ao perfil clínico, este pretendeu recolher informação sobre a doença oncológica, o grau/estádio da doença, o tempo decorrido desde o diagnóstico, se os participantes foram sujeitos a tratamento e quais, duração dos tratamentos quando se aplique e quais foram os principais sintomas manifestados. Pretendeu-se saber se existe ou existiu acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico após o diagnóstico de doença oncológica.

#### **2.1.7.2. Termómetro do *Distress***

O Termómetro do *Distress* foi criado pela National Comprehensive Cancer Network e pela American Society of Clinical Oncology, em 1998, tendo como objetivo avaliar o nível de *distress* e as suas possíveis causas, na última semana, vivenciadas pelo indivíduo, incluindo o próprio dia da avaliação. Pretende-se com este instrumento avaliar o grau de angústia/sofrimento que a pessoa experiencia (Bacalhau 2004).

Este instrumento está dividido em duas partes, a primeira parte avalia o grau de angústia/sofrimento do doente numa escala de *Lickert* de 0 a 10 (Decat, Laros, & Araújo, 2009), onde é pedido aos participantes que assinalem o nível de *distress*, partindo do 0 (zero) - sem *distress* - até 10 (dez) - *distress* extremo. A segunda parte do instrumento consiste numa lista de problemas composta por 36 itens que pretendem identificar as possíveis causas que estão a potenciar o *distress*. Os itens encontram-se organizados em cinco dimensões, e o participantes deverão responder “Sim” ou “Não”, em função da presença ou não nas suas vidas nas últimas semanas: 1) Problemas do dia-a-dia (e.g. “Tarefas domésticas”, “Planos de saúde”, “Questões financeiras”); 2) Problemas familiares (e.g. “Relação com os filhos”, “Relação com o companheiro”); 3) Problemas emocionais (e.g. “Depressão”, “Nervosismo”, “Tristeza”); 4) Aspectos religiosos (e.g. “Perda da fé”) e 5) Problemas físicos (e.g. “Problemas sexuais”, “Aparência”, “Tomar banho e vestir”).

Importa referir que a dimensão «Aspetos religiosos» será usada para avaliar a religiosidade no presente estudo.

#### **2.1.7.4. Subescala da Espiritualidade do WHOQOL-100**

A subescala da Espiritualidade é uma das escalas que integra o Instrumento de Avaliação da QDV – WHOQOL-100. O WHOQOL-100 é uma medida genérica, multidimensional e multicultural para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis (Canavarro et al., 2010).

A sua estrutura assenta em seis domínios, designadamente: 1) físico, 2) psicológico, 3) nível de independência, 4) relações Sociais, 5) ambiente e 6) espiritualidade/religião/crenças pessoais. Cada um destes domínios é composto por facetras da QDV que sumariam o domínio particular de qualidade de vida em que se inserem. No WHOQOL-100 é pedido aos sujeitos para, num registo de escala tipo *Likert*, fazerem julgamentos acerca da sua QDV nas duas últimas semanas, sendo que valores mais elevados neste instrumento indicam uma melhor QDV (Canavarro et al., 2010). O WHOQOL-100 apresenta boas características psicométricas (alfa de *Cronbach* para as 100 questões de .91) e em particular a dimensão da espiritualidade apresenta uma consistência interna de .81. A dimensão da espiritualidade é designada por “Aspetos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais” (Canavarro et al., 2010). No presente estudo será utilizada apenas a subescala relativa à espiritualidade (“As suas crenças religiosas, princípios e valores dão sentido à sua vida?”). A consistência interna da dimensão da espiritualidade no presente estudo é  $\alpha=.864$ .

## Capítulo 3 – Resultados

### 3.1. Resultados inferenciais

Nesta secção pretendemos, de seguida, apresentar as análises inferenciais que foram realizadas para responder aos objetivos e às hipóteses de investigação.

#### 3.1.1. Comparação das dimensões em estudo – espiritualidade, religiosidade e *distress* em função da fase da trajetória da doença - fase de tratamento e fase de pós-tratamento.

Para testar a primeira hipótese de estudo, H1, que postula que existem diferenças estatisticamente significativas na espiritualidade, na religiosidade e no *distress* em função da fase da doença, recorreremos ao teste *t* de *Student* para duas amostras independentes. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2**

Diferenças na espiritualidade, religiosidade e *distress* em função da fase de tratamento

	Fase de tratamento (n=145)		Fase de pós-tratamento (n=193)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Espiritualidade	15.08	3.56	15.68	3.39	-1.586	.114
Aspetos religiosos	2.53	8.07	1.89	.26	1.11	.269
<i>Distress</i> (termómetro)	5.01	3.13	4.68	2.78	1.05	.294

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicossociais **espiritualidade**, na **religiosidade** e no ***distress*** em função das fases de tratamento e de pós-tratamento.

### 3.1.2. Comparação das dimensões em estudo – espiritualidade, religiosidade e *distress* entre o género na fase de tratamento e pós-tratamento

Para testar a segunda hipótese de estudo, H2, que postula que existem diferenças estatisticamente significativas na espiritualidade, religiosidade e *distress* entre o género feminino e masculino, na fase de tratamento e pós-tratamento, recorremos ao teste t de *Student* para duas amostras independentes. Os resultados são apresentados na Tabela 3.

Pela leitura da Tabela 3, verifica-se que na *fase de tratamento* existem diferenças estatisticamente significativas no *distress* entre os participantes do género feminino ( $M=5.55$ ,  $DP=3.02$ ) e os participantes do género masculino [ $M=3.96$ ,  $DP=3.12$ ;  $t(334)=-2.973$ ;  $p=.003$ ], sendo os níveis de *distress* superiores nos participantes do género feminino. Na fase de *pós tratamento*, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na **espiritualidade** entre os participantes do género feminino ( $M=15.95$ ,  $DP=3.22$ ) e os participantes do género masculino [ $M=14.66$ ,  $DP=3.80$ ,  $t(334)=-2.196$ ,  $p=.029$ ], sendo a espiritualidade superior no género feminino.

**Tabela 3**

Diferenças na espiritualidade, religiosidade e distress nas fases de tratamento e de pós tratamento em função do género

	Feminino (n=96)		Masculino (n=49)			
<b>Fase de tratamento</b>						
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Espiritualidade	15.31	3.77	14.61	3.07	-1.12	.264
Aspetos religiosos	2.84	9.92	1.93	.20	-.640	.523
<i>Distress</i> (termómetro)	5.55	3.02	3.96	3.12	-2.973	<b>.003</b>
	Feminino (n=152)		Masculino (n=41)			
<b>Fase de pós tratamento</b>						
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Espiritualidade	15.95	3.22	14.66	3.80	-2.196	<b>.029</b>
Aspetos religiosos	1.89	2.56	1.89	.26	-.097	.923
<i>Distress</i> (termómetro)	4.86	2.71	4.02	2.87	-1.742	.083

### 3.1.2. Relação entre *Distress*, Religiosidade e Espiritualidade, na fase de tratamento e pós-tratamento

Para testar a terceira hipótese de estudo, H3, que postula que existe associação negativa entre o *distress* e a religiosidade e o *distress* e a espiritualidade, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4**

Coefficientes de Correlação de Pearson para o *distress*, religiosidade e espiritualidade em função da fase de tratamento e pós tratamento

<b>Fase de tratamento</b>	<i>Distress</i> (termómetro)	Religiosidade	Espiritualidade
<i>Distress</i> (termómetro)	-		
Religiosidade	.013 n.s.	-	
Espiritualidade	-.19 (*)	-.009 n.s.	-
<b>Fase de pós tratamento</b>	<i>Distress</i> (termómetro)	Religiosidade	Espiritualidade
<i>Distress</i> (termómetro)	-		
Religiosidade	-.234 (**)	-	
Espiritualidade	-.100 n.s.	.340 (**)	-

Legenda: (\*)  $p < .05$ ; (\*\*)  $p < .01$ ; n.s. não significativo

Pela leitura da Tabela 4, podemos verificar que na *fase de tratamento* existe uma associação negativa, fraca e estatisticamente significativa entre a **espiritualidade** e o *distress* avaliado pelo termómetro ( $r = -.19$ ,  $n = 145$ ,  $p < .05$ ) sugerindo que a uma maior espiritualidade se associa um nível inferior de *distress*.

Na *fase de pós tratamento*, existe uma associação negativa, fraca e estatisticamente significativa entre a **religiosidade** e o *distress* ( $r = -.234$ ,  $n = 193$ ,  $p < .01$ ), sugerindo que uma maior religiosidade se associa a menor experiência de *distress*.

Para testar a quarta hipótese de estudo, H4, que postula que existe uma associação positiva entre a espiritualidade e a religiosidade, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Os resultados são apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5**

Coefficientes de Correlação de Pearson para o distress, religiosidade e espiritualidade em função da fase de tratamento e pós tratamento

<b>Fase de tratamento</b>	Religiosidade	Espiritualidade
Religiosidade	-	
Espiritualidade	-.009 n.s.	-
<b>Fase de pós tratamento</b>	Religiosidade	Espiritualidade
Religiosidade	-	
Espiritualidade	.340 (**)	-

Através da análise da tabela 5, verifica-se que na *fase de pós tratamento*, existe uma associação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre a **religiosidade** e a **espiritualidade** ( $r=.340$ ,  $n=193$ ,  $p<.01$ ), sugerindo que nesta fase da doença, maiores níveis de espiritualidade se associam a maiores níveis de religiosidade.

#### Capítulo 4 – Discussão

Para responder aos objetivos de estudo, foram delineadas quatro hipóteses que serão discutidas, de seguida, individualmente.

A primeira hipótese (**H1**) postula que *existem diferenças significativas no distress, na espiritualidade e na religiosidade na fase de tratamento e pós-tratamento*. De acordo com os resultados obtidos, verificamos que a hipótese é **rejeitada** por não se terem observado diferenças nas variáveis em análise em função da fase da doença – fase de tratamento e pós-tratamento.

Vários estudos sugerem que a vivência da doença oncológica é acompanhada de *stress* clinicamente significativo (Ávila et al., 2015; Dekel et al., 2012; Holland et al., 2013; Jacobson & Ransom, 2007; Kornblith & Ligibel, 2003; McIntyre, 2004), provocando algum tipo de rutura na vida do indivíduo (Ribeiro, 2005), mas os estudos

revelam também que grande parte destes doentes acaba por se adaptar positivamente à doença (Brandão et al., 2017; Cardoso et al., 2009; Sá, 2001; Xavier et al., 2010).. Considerando que muitos doentes oncológicos conseguem, então, desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento perante o evento *stressor* – diagnóstico e vivência da doença oncológica (Moreira & Canavarro, 2011; Brandão, Tavares, Schulz, & Matos, 2017) e que o período de adaptação para os doentes oncológicos à sua nova realidade é de aproximadamente um ano (Dukes, Holland, & Holahan, 2003) este facto pode ajudar a compreender o motivo pelo qual os resultados obtidos não diferem entre fases da trajetória da doença. Verifica-se também que 29% (n=108) dos participantes receberam acompanhamento psicológico durante a gestão do processo de doença. Em particular, estes participantes terão tido oportunidade de aprender a lidar, em contexto terapêutico, com a incerteza em relação ao futuro, com o sofrimento e com a dor, com o eventual medo da dependência, com a perda de controlo sobre o ambiente, com os efeitos secundários dos tratamentos, com a recidiva da doença e o medo da morte, por serem aspetos sensíveis e com maior impacto psicológico (Cardoso et al., 2009; Goebel et al., 2011; Panzini & Bandeira, 2007; Lichtenthal et al., 2005; dos Santos et al., 2009).

No que concerne às variáveis *espiritualidade* e *religiosidade*, a literatura existente sobre o tema aponta para que estas variáveis psicossociais assumam um relevante papel na adaptação psicossocial à doença (Koenig, 2000; Koenig et al., 2001). Os benefícios da espiritualidade para a saúde mental e o para o bem-estar repercutem-se em consequências fisiológicas que melhoram a saúde física e influenciam a resposta do organismo ao tratamento. Muitos estudos evidenciam, de facto, relações significativas entre a religiosidade e a espiritualidade e a melhor condição de saúde (Koenig et al., 1998; Pressman et al., 1990).

Estudos sugerem também que os doentes com cancro conseguem encontrar um sentido para a sua doença através da religião, bem como, maior capacidade para lidar com o medo existencial (Jim et al., 2015), sendo esta capacidade transversal à evolução da doença e não dependente da fase clínica desde o diagnóstico à eventual recidiva. Como foi exposto previamente, no estudo desenvolvido por Saso e colaboradores (2017) foi possível verificar que em doentes diagnosticadas com cancro da mama, a religiosidade se apresentou como estratégia de obtenção de suporte e de apoio em todas as fases da doença.

A segunda hipótese (**H2**) postula que existem diferenças significativas na espiritualidade, religiosidade e *distress* entre o género feminino e masculino, na fase de tratamento e pós-tratamento.

Com base nos resultados, podemos afirmar que esta hipótese é **parcialmente confirmada** dado que foram encontradas diferenças em função do género no *distress* na *fase de tratamento*, sendo superior no género feminino. Foram também encontradas diferenças em função do género na variável *espiritualidade* na *fase de pós-tratamento*, revelando que as mulheres apresentam maior espiritualidade comparativamente aos homens, nesta fase da trajetória da doença.

Estudos sugerem que existem diferenças na adaptação à doença oncológica em função do género. Os homens e as mulheres apresentam comportamentos distintos quando recebem um diagnóstico de doença oncológica, quer em termos de cuidados com a saúde física, quer em termos de adaptação psicológica à doença (Modena et al., 2014) sugerindo que as mulheres revelam uma maior capacidade de adaptação a novas situações, procuram obter maior conhecimento sobre a doença, procuram mais o apoio social e emocional e desenvolvem mecanismos de *coping* mais ajustados à situação, quando comparadas com os homens. No entanto, os resultados do presente estudo não

suportam na totalidade os de alguns estudos anteriores. Na *fase de tratamento*, a mulher tem de mudar as suas rotinas diárias, delegar papéis familiares e sociais até então, exercidos por si, devido ao tempo que passa a despende com a terapêutica, bem como, lidar com a fadiga e com os restantes efeitos secundários consequentes dos tratamentos. Estas mudanças podem constituir-se como fatores de *distress* pela perceção de incapacidade de fazer o que se fazia antes. Tendo em conta as exigências físicas, psicológicas e emocionais o cancro impõe ao doente, são assim esperadas reações como tristeza, desorientação e choque (Holland, 2010; Mesquita, 2010) e, frequentemente, estão também presentes relatos de medo da recidiva e da morte (Chochinov, 2006) que podem contribuir para o maior *distress* nas diferentes fases da doença, podendo as mulheres revelarem maior dificuldade na adaptação à doença. A literatura sugere, de facto, que o *distress* psicológico depende da fase da doença oncológica e da intervenção terapêutica a que os doentes foram sujeitos, tendo sido verificado que maior *distress* se associou à fase aguda da doença em doentes que haviam sido submetidos a doses elevadas de quimioterapia com mais efeitos secundários, o que corrobora os resultados do presente estudo (Hurny et al., 1996), mas não oferece uma explicação definitiva para o facto de serem as mulheres a apresentarem maiores níveis de *distress*, dado que também elas parecem gerir melhor o *distress* de acordo com os estudos de Pinto e Gomes (2012) e do National Cancer Institute (2017) corroborados por Xavier e colaboradores (2010) que sugerem que as mulheres revelam uma maior capacidade de adaptação a novas situações, que procuram obter maior conhecimento sobre a doença, procuram mais o apoio social e emocional e desenvolvem mecanismos de *coping* mais ajustados à situação, quando comparadas com os homens.

Na *fase de pós-tratamento*, verificou-se que as mulheres apresentam maior nível de espiritualidade comparativamente aos homens. Como vimos, a espiritualidade pode

ser conceptualizada em três áreas distintas que envolvem o sentido e o propósito de vida, a vontade de viver, e a crença e fé em si, nos outros e, naturalmente, em Deus (Pestana et al., 2007). Para alguns autores, a espiritualidade é entendida como um caminho para alcançar um melhor bem-estar mental e físico (Ferraro & Kelley-Moore, 2000; Vachon, 2008). O facto de serem as mulheres a apresentarem níveis mais elevados de espiritualidade na *fase de pós-tratamento* comparativamente aos homens pode ser explicado por questões socioculturais.

A literatura sugere que a espiritualidade tem o potencial de contribuir para a melhoria da saúde de homens e de mulheres que enfrentaram algum tipo de doença crónica, neste caso doença oncológica. Alguns estudos sugerem que independentemente dos aspetos cristãos, é mais provável que as mulheres se afilem em instituições religiosas, que considerem a espiritualidade uma dimensão da vida muito importante, que leiam textos religiosos e que acreditem na vida após a morte (Stark, 2002). Relativamente à relação entre a saúde e a espiritualidade, alguns estudos apontam para diferenças entre homens e mulheres (Ferraro & Kelley-Moore, 2000; Strawbridge et al., 2000). Por exemplo, é mais provável que as mulheres procurem apoio/conforto religioso e que recorram ao apoio social de instituições religiosas para lidar com a doença (Strawbridge et al., 2000). Apesar destas conclusões, a literatura é inconsistente no que toca ao papel da espiritualidade em função do género ao longo da vivência de processos de doença (Reid-Arndt, Smith, Yoon, & Johnstone, 2011). Uma das razões que concorre para a inconsistência parece ser a forma como os constructos de espiritualidade e de religiosidade são avaliados (Koenig, 2008; Sloan, Bagiella, & Powell 1999). Por serem temas relacionados podem, por vezes, ser confundidos e quando isto acontece, a possível exploração das dimensões espirituais ou religiosas e a saúde pode ficar comprometida, sobretudo quando se tenta analisar diferenças ao longo da doença, das suas diferentes e o

género. Estes resultados merecem análise precisamente por se considerar que noutros estudos se verificou que as mulheres podem ser mais espirituais ou participar mais frequentemente de atividades religiosas do que os homens (Koenig et al., 1999; Strawbridge, Cohen, & Shema, 2000).

A terceira hipótese (**H3**) postula que o *distress* se relaciona negativamente com a espiritualidade e com a religiosidade nas *fases de tratamento* e de *pós-tratamento*. Após análise dos resultados, verificamos que esta hipótese é **parcialmente confirmada**.

Na *fase de tratamento*, verifica-se que se existe uma associação negativa entre o *distress* e a espiritualidade experienciados pelos doentes oncológicos, sugerindo que menor *distress* se associa a maior espiritualidade.

Considerando a fase de tratamento e os seus desafios físicos, emocionais e psicossociais, esta envolve um plano de intervenção e tratamento que pode incluir cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e imunoterapia, dependendo do estadio e características da doença, assim é expectável que surjam sentimentos de incerteza, vulnerabilidade, medo ou negação face às expectativas sobre as possibilidades do seu sucesso (Hewitt et al., 2006). Ao mesmo tempo, é natural que sintomas de *distress* se intensifiquem devido a complicações relacionadas com a gestão dos efeitos secundários dos tratamentos, com aspetos financeiros ou de imagem corporal (Leventhal & Leventhal, 2003). Neste sentido, parece que a espiritualidade se pode revelar uma variável protetora dos sintomas de *distress*, sobretudo durante a *fase de tratamento*.

Corroborando os resultados do nosso estudo, também no estudo desenvolvido por Reid-Arndt e colaboradores (2011) foi possível verificar que a espiritualidade pode ser relevante para os resultados da saúde, em que, no caso das mulheres, a saúde mental foi significativamente associada a três das cinco escalas da espiritualidade, em particular as experiências espirituais diárias, o perdão e o enfrentamento religioso/espiritual. Este

resultado sugere que acreditar numa entidade superior solidária se associa a um enfrentamento psicológico positivo em mulheres com doença crónica, podendo este resultado suportar o facto de também encontrarmos uma associação negativa entre o *distress* e a espiritualidade (Ray, 2004). O medo da morte e da recidiva por ser intensificado durante a fase de tratamento e por isso, haver uma identificação com práticas espirituais como mecanismo de enfrentamento ou *coping* positivo (Reid-Arndt et al., 2011). Na *fase de pós tratamento*, a associação entre o *distress* e a espiritualidade e entre o *distress* e a religiosidade não se observa. A influência da religiosidade e da espiritualidade pode ser positiva ou negativa (Koenig, Hooten, Lindsay-Calkins, & Meador, 2010). Neste sentido, o contributo da espiritualidade e da religiosidade depois da fase de tratamento, pode significar a atribuição de sentido à experiência vivida e com potencial para dotar o doente de ferramentas de *coping* de forma positiva (Benito, Barbero & Dones, 2014). A ausência de associação entre as variáveis na fase de pós-tratamento pode dever-se à redução do *distress* associado aos tratamentos que, nesta fase de pós-tratamento não se evidencia. Corroborando esta ideia, Freire e colaboradores (2017) defendem que a espiritualidade e a religiosidade são estratégias muito importantes na gestão da doença oncológica, tendo em conta que os doentes descreveram o significado positivo do apoio recebido através da fé. Por este motivo, pode haver redução ou extinção do *distress*, não espelhando a eventual associação que se esperava encontrar.

A quarta e última hipótese (**H4**) postula que a espiritualidade e a religiosidade se associam positivamente na *fase de tratamento* e de *pós-tratamento*. Tendo por base os resultados obtidos, podemos verificar que H4 se **confirma parcialmente**.

São vários os estudos que identificaram a importância da espiritualidade e da religiosidade como estratégias positivas para lidar com a doença e com as consequências adversas dos diferentes tratamentos (Correia et al., 2016; Sousa et al., 2017; Roussi, 2017;

Tsai et al., 2016). A religiosidade apresenta-se como uma estratégia eficaz para lidar com eventos de vida de impacto significativo, desde a fase inicial de doença e ao longo da trajetória da mesma (Falsetti, Resick & Davis, 2003; Fontana & Rosenheck, 2004; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2004; Schuster et al., 2001). Perante a adversidade, os indivíduos religiosos e com fé procuram conservar ou transformar as suas crenças e valores enquanto estratégia para lidar, adiar ou anular sintomas de *distress* experienciados no decurso da doença (Pargament et al., 1990; Pargament, Koenig, & Perez, 2000).

No que respeita à fase de pós-tratamento, estudos revelam que existe uma espécie de agradecimento a Deus por se ter sobrevivido, tendo este agradecimento a função de *coping* para lidar com a doença em que a espiritualidade/religiosidade podem ser ferramentas eficazes para a adaptação à doença. No estudo desenvolvido Oliveira, Furtado, Azevedo, Ramos e Bittar (2018) foi possível verificar que a fé em Deus se apresentou como um mecanismo de *coping* perante a doença e que através da religião, da oração e da participação em atividades religiosas se formaram vínculos de apoio e redes de suporte, assegurando aos doentes momentos de paz e tranquilidade ao longo de todo o processo de doença oncológica.

## **Capítulo 5- Conclusão**

Chegada a fase final do trabalho, pretende-se reunir as ideias principais que resultaram da realização desta investigação, bem como alertar para a importância de alguns aspetos a ter em conta no desenvolvimento de futuros trabalhos e referir as limitações do presente estudo.

A revisão do estado da arte inicialmente realizada permitiu a compreensão de múltiplos desafios que se vão colocando ao longo da doença aos doentes oncológicos.

Neste sentido, com a intenção de analisar o papel das variáveis *distress*, espiritualidade e religiosidade nas diferentes fases da doença oncológica, procurou-se contribuir para uma melhor compreensão do processo de adaptação psicológica do doente ao diagnóstico ao cancro.

Este estudo permitiu assim concluir que:

1. Não existem diferenças estatisticamente significativas no *distress*, espiritualidade e religiosidade em função da fase da doença;
2. São as mulheres que apresentam maior *distress* na fase de tratamento e na fase de pós-tratamento da doença,
3. São as mulheres que apresentam maior espiritualidade, quando comparadas com os homens na fase de tratamento e pós-tratamento.
4. Não existe associação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e a religiosidade na fase de tratamento e na fase de pós-tratamento da doença.

Entendemos assim que a compreensão das variáveis psicossociais – *distress*, espiritualidade e religiosidade - que interferem com a adaptação psicológica ao diagnóstico de doença oncológica são variáveis muito relevantes a considerar para delinear intervenções eficazes de redução de *distress* e que atribuam a devida importância à contemplação das crenças espirituais e à fé dos doentes.

### **5.1. Limitações e sugestões futuras**

Este estudo teve como objetivo esclarecer o papel do *distress*, da espiritualidade e da religiosidade nas diferentes fases da doença oncológica e nesse sentido, consideramos que é relevante pelas respostas que permitiu obter.

No entanto, como qualquer estudo, também este apresenta algumas limitações. Trata-se de um estudo transversal e correlacional, não permitindo o estabelecimento de relações causais entre as variáveis, mas os resultados apontam para a possibilidade de que

as variáveis em análise sofram mudanças ao longo do processo de doença, sugerindo a necessidade de realizar outros estudos que permitam esclarecer se esta relação é causal. Não foi possível analisar todas as fases da doença, em particular, a fase de diagnóstico e de recidiva pelos desafios que lhes estão associados. Talvez pudesse igualmente ser útil explorar outras variáveis psicossociais, tais como o suporte social, o papel da resiliência psicológica e da inteligência emocional e o seu impacto no processo de adaptação às diversas fases da doença. Poderá ser pertinente, no futuro, realizar estudos de mediação entre as variáveis que poderão trazer novos dados de análise. A importância desses estudos é aceder ao conhecimento sobre outras variáveis que podem mediar a relação entre o *distress*, a espiritualidade e a religiosidade, procurando esclarecer o seu papel mediador no processo de adaptação psicológica à doença oncológica ao longo de todas as fases da trajetória da doença.

## Referências

- Adams-Greenly, M., (1991). Psychosocial assessment and intervention at initial diagnosis. *Pediatrician*, 18(1), 03-10.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Ammerman, N. T. (2013). Spiritual but not religious? Beyond binary choices in the study of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52, 258–278.
- Andrade, M. (2001). Psicologia da Saúde: Contributos para uma Abordagem Interdisciplinar da Educação para a Saúde. *Revista de Educação em Enfermagem*, 7, 17-24.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461–480. doi:10.1002/jclp.20049
- Austin, P., Macleod, R., Siddall, P. J., McSherry, W., & Egan, R. (2017). Spiritual care training is needed for clinical and non-clinical staff to manage patients' spiritual needs. *Journal for the Study of Spirituality*, 7, 50-63.
- Ávila, M., Brandão, T., Teixeira, J., Coimbra, J. L., & Matos, P. M. (2015). Attachment, emotion regulation, and adaptation to breast cancer: assessment of a mediational hypothesis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1514-1520.
- Bacalhau, R. (2004). *Termómetro de Distress – Tradução e Reprodução para o Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil*. Lisboa: CROL, SA.
- Barkweel, D. (1991). Ascribed meaning: A critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer related pain. *Journal of Palliative Care*, 7(3), 5-14.
- Benito, E., Barbero, J., & Dones, M. (2014). *Espiritualidad en clínica: Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: Monografías SECPAL.
- Brandão, T., & Matos, P. M. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 98-106.
- Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 26(7), 917-926.
- Bonaguidi, F., Michelassi, C., Fillipponi, F., & Rovai, D. (2010). Religiosity associated with prolonged survival in liver transplant recipients. *Transplante de fígado*, 16(10), 1158-1163. doi: 10.1002 /lt.22122
- Bultz, B. D., & Johansen, C. (2011). Screening for distress, the 6th vital sign: where are we, and where are we going? *Psychooncology*. 20(6), 569-571. doi: 10.1002/pon.1986
- Cabral, A. S., & Paredes, T. (2015). Distress e Perturbações de Adaptação. In E. Albuquerque, A. S. Cabral e L. Monteiro (Coord.), *Temas Fundamentais em Psico-Oncologia* (pp. 195-204). Lisboa: Lidel.
- Campbell, J. D., Yoon, D. P., & Johnstone, B. (2010). Determinando as relações entre saúde física e experiência espiritual, práticas religiosas e apoio congregacional em uma amostra médica heterogênea. *Journal of Relig Health*, 49, 3-17. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9227-5>

- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., ... Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, EPE, 8-18.
- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening: needs, models and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 403-409. doi:10.1016/S0022-3999(03)00514-2
- Chochinov, H. M., (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life *CA Cancer J Clin* 56(2), 84-103.
- Cohen, L., Hack, T., Moor, C., Katz, J., & Goss, P. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 7, 427-434. Doi: 10.1007/s10434-000-0427-9
- Cruzado, J. A. (2003). La Formación en Psicooncología. *Psicooncologia*, 0, 9-19.
- Decat, C., Laros, J. & Araújo, T. (2009). Termómetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 14(3), 253-260.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice & Policy*, 4, 94-101.
- Dekker, J., & de Groot, V. (2018). Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation— an exploration. *Disability and rehabilitation*, 40(1), 116-120.
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., & Brisson, J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 83(10), 2130-2138. DOI: 10.1002 / (SICI) 1097-0142 (19981115) 83:10 <2130
- Dukes-Holland, K., & Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and health*, 18(1), 15-29.
- Dura, E., & Ibanez, E. (2000). Psicologia Oncológica: Perspectivas Futuras De Investigación E Intervención Profesional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 27-43.
- Falsetti, S. A., Resick, P. A., & Davis, J. L. (2003). Changes in religious beliefs following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 391-398. doi:10.1023/A:1024422220163
- Featherstone, V., King, N., & Brooks, J. (2014). Supporting people with active and advanced disease. A rapid review of the evidence. doi:10.13140/RG.2.1.4485.00.88
- Ferraro, K. F. and Kelley-Moore, J. A. 2000. Religious consolation among men and women: Do health problems spur seeking?. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39, 220–234.
- Fife, B. (1995). The measurement of meaning in illness. *Society, Science and Medicine*, 40(8), 1021-1028. doi: 10.1016/0277-9536(94)0017-R

- Filazoglu, G., & Griva, K. (2008). Suporte e apoio social e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer de mama na Turquia. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 559-573. <https://doi.org/10.1080/13548500701767353>
- Fichet, G., King, S. D., & Vandenhoeck, A. (2010). Education of chaplains in psycho-oncology. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Orgs.), *Psycho-oncology* (pp. 605-609). New York, NY: Oxford University Press.
- Fitchett, G., Rybarczyk, B. D., Demarco, G. A., & Nicholas, J. J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 44, 1–22. doi:10.1037/00905550.44.4.333
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (2004). Trauma, change in strength of religious faith and mental health service use among veterans treated for PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 579–584. doi: 10.1097/01.nmd.0000138224.17375.55
- Frank, S. A. (2007). *Dynamics of Cancer - Incidence, Inheritance and Evolution* (H. A. Orr Ed.): Princeton University Press.
- Freire, M., Vasconcelos, M., Silva, T., & Oliveira, K. (2017). Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. *Cuidado é Fundamental*, 356-362.
- Friedman, L. C., Nelson, D. V., Baer, P. E., Lane, M., & Smith, F. E. (1991). Adjustment to breast cancer: A replication study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8(4), 27-40.
- Gene, G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. DOI: 10.1002/jclp.20049
- Gobatto, C. A., & Araújo, T. C. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais de saúde. *Psicologia USP*, 11-34.
- Greer, S., & Watson, M. (1989) Patients' adjustment to cancer: The mental adjustment to cancer (MAC). Scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 373-377
- Goebel, A. M., Stark, L., Kaup, & von Harscher, H. M. (2011). Distress in patients with newly diagnosed brain tumours Psycho-Oncology. *Psycho-Oncology*, 20, 623-630 (2011). DOI: 10.1002/pon.1958
- Gorisek, B., Krajnc, P., & Krajnc, I. (2009). Quality of life and the effect on social status among Slovenian women after breast cancer treatment. *The Journal of International Medical Research*, 37(2), 557-566. Doi: 10.1177/147323000903700233
- Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007) Impact of spirituality on physical health. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 88-94.
- Hamer, M., Chida, Y. & Molloy, G. (2009). Psychological distress and cancer mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 255-258.
- Harris, J., Erbes, C. R., Engdahl, B. E., Ogden, H., Olson, R. A., Winkowski, A. M.... Mataas, S. (2012). Religious Distress and Coping with Stressful Life Events: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1276-1286. DOI:10.1002/jclp.21900
- Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (2006). *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *American Psychosomatic Society*, 64, 206-211.

- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O., Compas, B. ... Freedman-Cass, D. A. (2013). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *11*, 190-209.
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., & Mccorkle, R. S. (2010). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford.
- Holland, J. (2010). *Psycho-oncology*. Oxford University Press.
- Hughs, J. (1987). *Cancer and Emotion: Psychological Preluds and Reactions to Cancer*. Chichester: John Willey & Sons.
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, *24*(1), 15-27.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P., Priestman, T., & Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *Eur J Cancer*, *30*, 37-40.
- Jacobsen, P. B. (2007). Screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities. *Journal of Clinical Oncology*, *25*, 4526-452.
- Jacobsen, P. B., & Ransom, S. (2007). Implementation of NCCN Distress Management Guidelines by Member Institutions. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *5*(1), 99-103.
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, *25*, 753–761. doi:10.1037/0278-6133.25.6.753
- Jim, H. S. L., Pustejovsky, J. E., Park, C. L. Park, Danhauer, S. C., Sherman, A. C. ... Salsman, J. (2015). Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Cancer*, *1*, 3760-3768. DOI: 10.1002/cncr.2935
- Johansson, M., Ryden, A., & Finzia, C. (2011). Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer - a longitudinal study. *BMC Cancer*, *11*, 283.
- Kennard, B. D, Smith, S. M., Olvera R. (2004). Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *J Clin Psychol Med Settings*, *11*, 30–39.
- King, D. E., & Bushwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract*, *39*(4), 349-52.
- King, R. J. B., & Robins, M. (2006). *Cancer Biology* (3<sup>a</sup> ed.). Pearson Education Limited.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 536–542.
- Koenig, H. G., Hays, J. C., Larsons, D. B., George, L. K., Cohen, H. J., McCullough, M. E., & Blazer, D. G. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *Journal of Gerontology: Medical Science*, *54A*: 370–M377.
- Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring “spirituality” in research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(5), 349–355.
- Koenig, H. G., Hooten, E. G., Linsay-Culkins, E., & Meador, K. G. (2010). Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *40*(4), 391-398.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press (2<sup>nd</sup> Ed.). New York, NY, USA.

- Kóvacs, M. J. (2007) Espiritualidade e psicologia - cuidados compartilhados. *O Mundo da Saúde. São Paulo*, 31(2), 246-255
- Larsen, P. D. (2014). *Psychosocial Adjustment in Lubkin's Chronic Illness*. Jones & Bartlett Publishers.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (p. 42-65). Routledge
- Levin, T. T., & Alici, Y. (2010). *Anxiety Disorders Psicho-Oncology* (2.<sup>a</sup> ed., pp. 324-331). Oxford University Press.
- Lewis, F. (1989). Attributions of control, experienced meaning, and psychosocial well-being, in patients with advanced cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 105. Doi: 10.1300/J077v07n01\_08
- Lichtenthal, W., Cruess, D., Clark, V., & Ming, M. (2005). Investment in body image among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma. *Body Image*, 2, 41-52.
- Lunet, N., & Barros, H. (2006). Cancro – uma perspetiva de saúde pública. *ArquiMed*, 20(1/2), 31-36.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Matos, P. & Pereira, M. (2002a). Áreas de Intervenção na Doença Oncológica. In M. Pereira & C. Lopes. *O Doente Oncológico e sua Família*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Massie, M., & Holland, J. (1997). The cancer patient with pain: Psychiatric complications and their management. *Med. Clin. N. Am*, 71, 243-57.
- Ministério da Saúde (2018). *Retratos de Saúde*. Portugal.
- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, U., Pessin, H., Cimino, J. E., & Breitbart, W. (2004). Crença na vida após a morte, bem-estar espiritual e desespero no final da vida em pacientes com câncer avançado. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(6), 484-6.
- McIntyre, L. J. (1999). *The Practical Skeptic: Core Concepts in Sociology*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing.
- McIntyre, T., & Gameiro, M. G. (1999). Inventário de experiências de sofrimento na doença (IESSD). In A. P. Soares (Eds.). *Avaliação psicológica: formas e contextos*. Braga: APPORT - Associação de Psicólogos Portugueses. pp. 723 - 736.
- Meluch, A. L. (2018). Spiritual Support Experienced at a Cancer Wellness Center. *Southern Communication Journal*, 83(3), 137-148. DOI: 10.1080/1041794X.2018.1459817
- Mesquita, M. M. B. C. (2010). *A Mulher com Cancro de Mama: Experiência Subjectiva de Sofrimento e Apoio social*. Lisboa: ISPA.
- Modena, C. M., Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., & Schall, S.S. (2014). Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em Psicologia*, 22(1), 67-78. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-06>
- Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: time for a unified theory. *British journal of health psychology*, 18(4), 681-686.

- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). A adaptação ao cancro da mama nas fases de diagnóstico e sobrevivência: será o investimento na aparência um factor explicativo relevante? *Análise psicológica*, 29(4), 505-520.
- Nezu, A. M., Lombardo, E. R., & Nezu, C.M. (2006). Cancer. In: Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, & Bruch, M. (eds.). *Formulation and Treatment in Clinical Health Psychology*. Routledge: London, pp. 254-72.
- Newton, T., & McIntosh, D. (2010). Specific Religious Beliefs in a Cognitive Appraisal Model of Stress and Coping. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 20, 39-58. DOI: 10.1080/10508610903418129
- NCCN (2003). Distress management clinical practice guidelines. *J Natl Compr Care Netw*, 1, 344-374.
- National Cancer Institute (2017). Cancer stat facts: Female breast cancer. Disponível em <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>
- NCCN (2019). *Annual Conference: Improving the Quality, Effectiveness, and Efficiency of Cancer Care™*. Orlando, Florida.
- Nordin, K., Wasteson, E., Hoffman, K., Glimelius, B., & Sjoden, P. (2001). Discrepancies between attainment and importance of life values and anxiety and depression in gastrointestinal cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 10, 479-489.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, A. (2018). Reação emocional à doença. Comunicação de más notícias. In A. Macedo, A. T. Pereira, & N. Madeira (Eds.), *Psicologia na Medicina* (pp.271-285). Lisboa: LIDEL, Edições Técnica.
- O'Mahoney, S., Goulet, J., Kornblith, A., Abbatiello, G., Clarke, B., Kless-Siegel, S.... Payne, R. (2005). Desire for hastened death, cancer pain, and depression: Report of a longitudinal observational study. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 29, 446-457.
- Onco+ (2014) *Tratamento*. <http://www.oncomais.pt/cancro/tratamento>. Acedido em janeiro de 2020.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). O Perfil dos Psicólogos da Saúde. Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Cancer. <http://www.who.int/cancer/en/>. Acedido em janeiro de 2020.
- Okon, T. R. (2005) Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 8(2), 392-414.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K., Feuille, M., Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions* 2, 51-76.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (1999). A comprehensive measure of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(200004).
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713-730.

- Pereira, A., Cesarino, C., Martins, M., Pinto, M., & Netinho, J. (2012). Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(1). doi: org/10.1590/S0104-11692012000100013
- Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, J. P., Estevens, D., & Conboy, J. (2007). *O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Peteet, J. R., & Balboni, M. J. (2013). Spirituality and Religion in Oncology. *Cancer J Clin*, 63, 280-289.
- Petronis, V., Carver, C., Antoni, M., & Weiss, S. (2003). Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: Partial replication and extension. *Psychology and Health*, 18(1), 1-13.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Pinto, C., & Gomes, B. (2012). Uma experiência das mulheres após um câncer - uma abordagem fenomenológica. *Onco News*, 6(21), 32-37.
- Phillips, W., Sands, J., & Marek, J. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (8ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pressman, P., Lyons, J. S., Larson, D. B., & Strain, J. J. (1990). Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *American Journal of Psychiatry*, 147, 758-760.
- Puchalski, C. M. (2013). Integrating spirituality into patient care: An essential element of person-centered care. *Polish Archives of Internal Medicine*, 123, 491-497.
- Rabin, C., Leventhal, H., Goodin, S. (2004). Conceptualization of disease timeline predicts posttreatment distress in breast cancer patients. Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, *American Psychological Association*, 23(4), 407-12.
- Ragan, S. L., Wittenberg, E., & Hall, H. T. (2003). The communication of palliative care for the elderly cancer patient. *Health Communication*, 15, 219-226.
- Reid-Arndt, S. A., Smith, M. L., Yoon, D. P., & Johnstone, B. (2011). Gender Differences in Spiritual Experiences, Religious Practices, and Congregational Support for Individuals with Significant Health Conditions. *Journal of Religion, Disability and Health*, 15(2), 175-196. Doi:10.1080 / 15228967.2011.566792
- Reis, A., Magalhães, A., Dias, L., & Abreu, M. (2019). Causas médicas – a comunicação de um diagnóstico como evento traumático. In R. Ferreira e M. Moreira (Eds.). *Saúde mental da comunidade: trauma e resiliência*. V. N. G.: Gaiense, pp. 41-46.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. P., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Abreu, M., Martins, A., & Martins-da-Silva, A. (2010). *O ajustamento à doença crónica: aspectos conceptuais*. ISPA.
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246-255.
- Riggs, A. L., & Giuliano, T. A. (2007). Running in the Family or Swimming in the GenePool: Discriminating between Family History and Genetic Risk in Illness Perceptions. *Journal of Health Psychology*, 12, 883-894.
- Sá, E. M. (2001) A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório. Lisboa: ISPA.

- Santos, F. S. (2009). *Cuidados Paliativos - Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer*. São Paulo: Atheneu.
- Saso, S., Jones, B. P., Bracewell-Milnes, T., Ruseyin, G., Boyle, D. C. Priore, G. D., & Smith, J. R. (2017). Gynecological cancers: an alternative approach to healing. *Future Science*, 3(3).
- Scannavino, C., Sorato, D., Lima, M., Franco, A., Martins, M., Júnior, J., Bueno, P., Rezende, F., Valério, N., (2013). *Psico-Oncologia: Atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos*. São Paulo, Ed.: Psicologia USP.
- Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., ... Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *Journal of medicine*, 345, 1507-1512. doi:10.1056/nejm200111153452024
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*, 353, 664-667.
- Sloan, J. A., Cella, D., Frost, M., Guyatt, G. H., Sprangers, M., Symonds, T., & Clinical Significance Consensus Meeting, G. (2002). Assessing clinical significance in measuring oncology patient quality of life: introduction to the symposium, content overview, and definition of terms. *Mayo Clin Proc*, 77(4), 367-370.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu Rev Psychol*, 58, 565-92.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D. and Shema, S. J. 2000. Comparative strength of association between religious attendance and survival. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30(4): 200-308.
- Surbone, A., & Baidar, L. (2010). The spiritual dimension of cancer care. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 73, 228-235. doi: 10.1016/j.critrevonc.2009.03.011
- Souza, J. R. (2014). *Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO): construção e validação de um instrumento de triagem para pacientes com câncer*. (Doctoral Thesis. Universidade de Brasília).
- Tarakeshwar, N., Wanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 646-657. doi:10.1089/jpm.2006.9.646
- Thompson, M., & Vardaman, P. (1997). The Role of Religion in Coping with the Loss of a Family Member to Homicide. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(1), 44-51.
- Vachon, M. L. S. (2008). Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24, 218-225.
- Varela, A. M., & Leal, I. (2011). A perturbação de pós-stress traumático e o sentido de coerência em mulheres com cancro da mama. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6.
- Veit, M., & Carvalho, V. (2008). Psico-oncologia: definições e área de atuação. *Temas em psico-oncologia*. (pp. 15-21). São Paulo: Summus.
- Viftrup, D. T., Hvidt, N. C. & Buus, N. (2013). Spiritually and Religiously Integrated Group Psychotherapy: A Systematic Literature Review. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/274625>
- Vitek, L., Rosenzweig, M. Q., & Stollings, S. (2007). Distress in patients with cancer: definition, assessment, and suggested interventions. *Clin J Oncol Nurs*, 11(3), 413-418. doi: 10.1188/07.CJON.413-418

- Von Essen, L., Larsson, G., Oberg, K. (2002). 'Satisfaction with care': associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. *European Journal of Cancer Care* 11, 91-99.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1991). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- Weaver, K., Rowland, J., Alfano, C. & McNeel, T. (2010). Parental Cancer and the Family. *Cancer*, 4395-4401.
- Weinert, C., Cudney, S., & Spring, A. (2008). Evolution of a conceptual model for adaptation to chronic illness. *Journal of nursing scholarship*, 40(4), 364-372
- Xavier, A., Ataíde, M., Pereira, F., & Nascimento, V. (2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 921-926.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality*, 67, 889-919.



# BONUM STUDIUM

