

ARTIGO ORIGINAL

Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em pacientes oncológicos: um estudo transversal

Spirituality, religiosity and quality of life in cancer patients: a cross-sectional study

Espiritualidad, religiosidad y cualidad de vida en pacientes oncológicos: un estudio transversal

Marcos Vítor Naves Carrijo¹, Gustavo Soares de Souza², Alan Cardec Barbosa³, Suellen Rodrigues de Oliveira Maier⁴, Juliana Cristina Donadone⁵

RESUMO

Objetivo: analisar as implicações da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida de pacientes oncológicos terminais. **Método:** estudo transversal realizado em um hospital de referência em oncologia. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, escala WHOQOL – SRPB e a escala de DUREL. Os dados foram analisados a partir do teste U de *Mann-Whitney* com nível de significância de 5%. **Resultados:** participaram 32 pacientes de ambos os sexos, onde 90,7% relatam possuir religião, quanto à dedicação de seu tempo para atividades religiosas individuais, 18 (56,3%) realizavam diariamente, 8 (25%) mais de uma vez por dia, 3 (9,4%) duas ou mais vezes na semana, 2 (6,3%) poucas vezes por mês e 1 (3,1%) poucas vezes por ano. **Conclusão:** os resultados indicaram que a maioria dos participantes possuía religião e sugerem relação entre a presença de fé e qualidade de vida.

DESCRITORES: Espiritualidade, Religião, Pacientes oncológicos.

Informações do Artigo:
Recebido em: 31/10/2022
Aceito em: 29/11/2022

¹ Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças – MT, Brasil. E-mail: marcosvenf@gmail.com

² Universidade Federal de Rondonópolis, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, Rondonópolis – MT, Brasil. E-mail: psgustavosoares@gmail.com

³ Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças – MT, Brasil. E-mail: acb.alan@hotmail.com

⁴ Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, Brasil. E-mail: suellenromaier@usp.br

⁵ Universidade Federal de Rondonópolis, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, Rondonópolis – MT, Brasil. E-mail: [judonado@terra.com.br](mailto:judsonado@terra.com.br)

ABSTRACT

Objective: to analyze the implications of spirituality and religiosity in the quality of life of terminal cancer patients. **Method:** a cross-sectional study carried out in an oncology referral hospital in Mato Grosso, Brazil. For data collection, a semi-structured questionnaire, the WHOQOL – SRPB scale and the DUREL scale were used. Data were analyzed using the Mann-Whitney U test with a significance level of 5%. **Results:** thirty-two patients of both sexes participated, where 90.7% reported having a religion, regarding the dedication of their time to individual religious activities, 18 (56.3%) performed daily, 8 (25%) more than once a day, 3 (9.4%) twice a week, 2 (6.3%) a few times a month and 1 (3.1%) a few times a year. **Conclusion:** the results indicated that most participants had a religion and suggest a relationship between the presence of faith and quality of life.

DESCRIPTORS: Spirituality, Religion, Cancer patients.

RESUMEN

Objetivo: analizar las implicaciones de la espiritualidad y la religiosidad en la calidad de vida de pacientes oncológicos terminales. **Método:** estudio transversal realizado en un hospital de referencia de oncología en Mato Grosso, Brasil. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario semiestructurado, la escala WHOQOL – SRPB y la escala DUREL. Los datos se analizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** Participaron 32 pacientes de ambos sexos, donde el 90,7 % refirió tener una religión, en cuanto a la dedicación de su tiempo a actividades religiosas individuales, 18 (56,3 %) las realizan diariamente, 8 (25 %) más de una vez al día, 3 (9,4%) dos veces por semana, 2 (6,3%) algunas veces al mes y 1 (3,1%) algunas veces al año. **Conclusión:** los resultados indicaron que la mayoría de los participantes tenía una religión y sugieren una relación entre la presencia de la fe y la calidad de vida.

DESCRIPTORES: Espiritualidad, Religión, Pacientes con Cáncer.

INTRODUÇÃO

O câncer ou tumor, como é popularmente conhecido, surge a partir de uma proliferação anormal de células de maneira desordenada. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o crescimento das células cancerosas é provocado pela divisão de forma rápida, agressiva e incontrolável, desenvolvendo outras células anormais e causando prejuízos à saúde do indivíduo. O câncer por sua vez é considerado a segunda principal causa de morte no mundo, responsável por 9,6 milhões de óbitos em 2018, cenário este que tende a se agravar com estimativas de 21,4 milhões de casos novos e 13,2 milhões de mortes para o ano de 2030⁽¹⁾.

Enfatizadas a alta incidência e mortalidade, é primordial reconhecer que independentemente do tipo de câncer, este por sua vez interfere de forma direta ou indiretamente na qualidade de vida e estado de saúde (física e mental) dos pacientes, independentemente do seu estágio, seja nas fases de diagnóstico; tratamento; reabilitação; cura ou terminalidade^(2,3). O processo de adoecer de uma doença tão estigmatizada causa diferentes sentimentos no indivíduo, tornando mais frequentes pensamentos e reflexões sobre a finitude⁽²⁾.

Esses processos atingem potencialmente seu paroxismo diante da terminalidade: onde a ameaça ao bem-estar é constante, é possível perceber que a impossibilidade de cura e a percepção da morte iminente se tornam fatores de sofrimento intenso no processo de morrer. Nesse contexto, faz-se necessários ajustes na atenção e cuidados à saúde, visando assegurar uma melhor qualidade de vida e bem-estar tanto para o paciente terminal quanto para sua família, transcendendo os aspectos físicos e biológicos⁽⁴⁾.

Durante o processo de adoecer do paciente oncológico, mesmo quando não há perspectiva de resgate integral de sua saúde, faz-se necessário o trabalho para a promoção de aspectos de sua qualidade de vida, ainda que a qualidade de vida na terminalidade seja pouco debatido devido os tabus e estigmas que envolvem esta fase^(2,4). O conceito de qualidade de vida está associado ao bem-estar subjetivo, ou seja, uma autoavaliação singular do indivíduo sobre sua felicidade e satisfação com a vida, o que inclui tanto aspectos emocionais, quanto espirituais na concepção de saúde⁽⁵⁾.

Nesse sentido, é importante para a equipe multiprofissional, compreender e potencializar as estratégias de enfrentamento, isto é, os esforços comportamentais e cognitivos voltados para o manejo de exigências e adversidades ou demandas internas ou externas⁽⁶⁾ que efetivamente estejam relacionados a uma melhora na qualidade de vida do paciente terminal. Perante a literatura é possível perceber relações positivas entre religiosidade, espiritualidade, resiliência e melhor qualidade de vida, apontando essa temática como viável nas intervenções com pacientes oncológicos⁽⁷⁾.

Religiosidade e espiritualidade se firmam como estratégias que possibilitam ao ser humano maneiras de lidar com os desafios propostos pela terminalidade, sendo estas consideradas como ações que podem proporcionar conforto, orientação e sentido de vida, sendo fatores protetivos para o estresse, sofrimento e outros agravos causados pelo processo de aproximação com a morte^(8,9).

Desta forma, sendo a religião e a espiritualidade expostos como importantes estratégias de enfrentamento, tanto ao diagnóstico de câncer quanto aos passos de seu prognóstico de terminalidade, indicados pela equipe de saúde responsável, objetivou-se analisar as implicações da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida de pacientes oncológicos, admitidos em um hospital de referência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, correlacional e analítico com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no setor de internação oncológico de um hospital de referência. Este estudo foi orientado pelas diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

Foi estabelecida uma amostra por conveniência, de pacientes internados em um hospital de referência, entretanto, devido à pandemia de COVID-19 reconhecida pela Organização Mundial de

Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, a coleta de dados precisou ser interrompida, o que justifica o tamanho amostral inferior ao desejado previamente ao início do estudo. Utilizou-se como critérios de inclusão: homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos; ser alfabetizado (a); ter o diagnóstico definido de câncer; estar consciente e ciente do seu diagnóstico; estar em estado terminal afirmado pela equipe médica e ciente dessa informação; assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando com a participação na pesquisa e estar internado (a) no hospital no período de coleta de dados da pesquisa, sendo o período de internação superior a 24 horas.

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: 1) Questionário semiestruturado, onde foram as variáveis o sexo, a idade, a escolaridade, o tempo de internação, localidade do tumor, ano em que descobriu, o grau de parentesco do acompanhante, se possuía religião e para os que possuíam há quanto tempo, este questionário passou por um teste piloto de aplicabilidade com 3 pacientes anteriormente a coleta de dados; 2) Escala WHOQOL – SRPB, para se verificar a qualidade de vida dos pacientes e as influências da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais nesta e 3) Escala de DUREL (Índice de religiosidade da Universidade de Duke), que possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional, não-organizacional e religiosidade intrínseca.

A coleta de dados ocorreu no período entre junho ao mês de novembro, de 2020. Neste período, o pesquisador realizava a busca diária dos pacientes em estágio terminal por meio da leitura das evoluções médicas ou contato com a equipe de saúde responsável. Posteriormente, era realizada apresentação sobre o pesquisador e a realização da pesquisa (relatando os objetivos, riscos e benefícios). Por fim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era assinado. O espaço de escuta e acolhimento também era uma proposta explicitada ao paciente, sendo que ao decorrer da aplicação da pesquisa, respostas emocionais poderiam ser manifestadas.

As análises estatísticas dos dados foram realizadas através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, utilizando a dupla digitação para possibilitar a verificação de potenciais inconsistências durante a confecção do banco de dados. As variáveis contínuas foram descritas com média e desvio padrão e as variáveis categóricas com frequências absolutas (n) e frequências relativas (%).

Os dados obtidos através da escala da WHOQOL- SRPB foram calculados da seguinte forma: os escores das facetas foram calculados a partir da média individual das respostas de cada uma das oito facetas, sendo divididas em dois grupos, considerando as médias de cinco e quatro como espiritualidade/religiosidade alta e, se a média da pontuação na faceta fosse um, dois ou três, classificou-se como espiritualidade/religiosidade baixa. Dividindo-se estas repostas nestas duas variáveis ordinais, agrupou-se os escores da questão sobre o da morte (questionário sociodemográfico) em duas

categorias: medo baixo (zero-cinco) e medo elevado (seis-dez). A fim de se verificar a associação existente entre tais variáveis, assim como entre a variável medo da morte e as facetas da escala WHOQOL-SRPB, procedeu-se à realização do teste U de Mann-Whitney. O intervalo de confiança foi de 95%, sendo considerado o valor de $p < 0,05$ para associações estatisticamente significativas. Os itens da escala de Duke foram analisados, de forma a separar as três respectivas dimensões (Religiosidade Organizacional, Não-Organizacional e Intrínseca), sendo que cada uma dessas dimensões gerou um score que não deve ser somado visando um único valor final⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondonópolis, com o parecer n.º 3.633.786, CAAE: 28595120.8.0000.8088, tendo sido respeitado rigorosamente todos os princípios e diretrizes éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, em atendimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 32 pacientes hospitalizados (16 homens e 16 mulheres) e que se enquadravam nos critérios de terminalidade durante no período da coleta de dados. Dois (6,3%) participantes estavam acompanhados pelas mães; 15 (46,9%) por filhos/filhas; seis (18,8%) por irmão/irmã; três (9,4%) por amigos; dois por cuidadores e quatro (12,5%) não possuíam acompanhantes. A média de idade foi de 60 anos. A faixa etária predominante foi de 60 a 79 anos (19 participantes, 54,9%), 7 participantes (21,9%) estavam na faixa etária de 40 a 59 anos; 4 (12,5%) entre 20 a 39 anos e 2 (6,3%) na faixa etária entre 80 a 99 anos, 20 (62,5%) possuíam nível de escolaridade fundamental incompleto; 5 (15,6%) fundamental completo; 3 (9,4%) ensino médio incompleto; 1 (3,1%) médio completo e 3 (9,4%) ensino superior completo.

Em relação aos aspectos clínicos, o tempo de internação variou de 2 a 8 dias com média de 3,6 dias, sendo que 4 pacientes foram diagnosticados com câncer de fígado (12,5%) seguidos de 3 diagnósticos (9,4%) para cada um dos locais: garganta, próstata, ovário e cólon reto; e de 2 diagnósticos (6,2%) para pulmão, estômago e mama.

Os demais tipos de câncer – pâncreas, pescoço, esôfago, intestino, coluna, trompas uterinas, rim, boca e pênis – tiveram a frequência de apenas um diagnóstico (3,1%). Dentre esses, 12 pacientes (37,5%) receberam o diagnóstico há menos de seis meses, como indicado na tabela 1. O sentimento mais frequente ao receber o diagnóstico foi o de tristeza (31,3%), seguido por desespero (15,6%) e conformidade/aceitação (15,6%).

Com relação à presença de sintomas físicos no período durante a internação, 15 entrevistados (46,9%) relataram não apresentar nenhuma sintomatologia. Dos participantes que apresentaram sintomas, 9 (28%) relataram dor; 3 (9,4%), fraqueza; dois (6,3%), náuseas; 1 (3,1%), dispneia; e 2 (6,3%),

constipação. Com relação às manifestações psicológicas, particularmente o medo da morte, 18 (56,3%) indicaram medo leve e 14 (43,7%) medo elevado (Tabela 1). Apenas 5 pacientes relataram possuir diagnóstico de transtorno mental, sendo 3 (9,4%) de depressão, 1 (3,1%) de esquizofrenia e 1 (3,1%) de transtorno de pânico, 10 (31,3%) relataram a presença de psicopatologias no contexto familiar.

Com relação ao uso de medicamentos de uso contínuo, 10 participantes (9,4%) relataram utilizar analgésicos; 3 (9,4%), antidepressivos e 1 (3,1%), repositores de eletrólitos e minerais. Quanto ao uso recreativo de drogas, 15 pacientes (46,9%) utilizavam cigarro, 3 (9,4%), álcool e 1 (3,1%), anfetamina. O tempo de utilização de tais drogas variou de 13 a 80 anos, com média de 19 anos.

Tabela 1. Caracterização dos aspectos psicológicos apresentados pelos pacientes oncológicos de um hospital referência. Rondonópolis- MT, Brasil. (n=32)

Variáveis	n (%)
Período decorrido ao diagnóstico	
< de 6 meses	12 (37,5%)
6 meses -- 1 ano	8 (25,0%)
1 ano -- 3 anos	6 (18,8%)
Sentimento diante ao descobrimento do diagnóstico	
Tristeza	10 (31,3%)
Surpresa	1 (3,1%)
Medo	3 (9,4%)
Esperança	3 (9,4%)
Tranquilidade/Indiferença	3 (9,4%)
Dor	2 (6,3%)
Desespero	5 (15,6%)
Conformidade/Aceitação	5 (15,6%)
Medo da morte	
Medo leve	18 (56,3%)
Medo elevado	14 (43,7%)

Perante a caracterização da religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida, pode-se notar que a grande maioria dos pacientes declarou possuir religião, sendo que 16 (50%) declararam-se católicos. Dos participantes que se declararam religiosos, 16 (50%) afirmaram ser praticantes desde seu nascimento, conforme indicado em tabela 2.

Tabela 2. Caracterização religiosa/espiritual dos pacientes oncológicos de um hospital referência. Rondonópolis-MT, Brasil.

Variáveis	N (%)
Religião	
Católica	16 (50%)
Evangélica	11 (34,4%)
Espírita	2 (6,3%)
Não possui	3 (9,3%)
Há quanto tempo possui essa religião?	
Desde que nasceu	16 (50%)
20 anos -- 40 anos	6 (18,8%)
1 -- 20 anos	5 (15,6%)
Não possui	3 (9,4%)
< de 1 ano	2 (6,3%)

Quanto à religiosidade organizacional e não organizacional, medidas pela escala de DUREL indicam que 13 (40,6%) frequentavam encontros religiosos de duas a três vezes por mês, 9 (28%) uma vez por semana, 7 (21,9%) mais do que uma vez por semana, 2 (6,3%) uma vez por ano ou menos e 1 (3,1%) algumas vezes por ano. Já em relação à dedicação de seu tempo para atividades religiosas individuais, 18 (56,3%) realizavam diariamente, 8 (25%) mais de uma vez por dia, 3 (9,4%) duas ou mais vezes na semana, 2 (6,3%) poucas vezes por mês e 1 (3,1%) poucas vezes por ano.

A religiosidade intrínseca, também avaliada pela escala de DUREL é avaliada em três itens. O primeiro, “Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”, 90,6% (29) responderam ser “Totalmente verdade” e 9,4% (3) “Em geral é verdade”. No segundo item, “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”, 87,5% (28) marcaram a opção “Totalmente verdade”, 9,4% (3) “Em geral é verdade” e 3,1% (1) “Não estou certo”. No terceiro item, “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”, 87,5% (28) apontaram a opção “Totalmente verdade”, 9,4% (3) “Em geral é verdade” e 3,1% (1) “Não estou certo”.

Quanto à relação entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida, os resultados da aplicação do WHOQOL-SRPB apontam escores elevados (escores máximos são de 20 pontos) em todas as suas oito facetas. A maior média dos escores foram nas respostas das facetas 'Fé' (19,19), seguido por 'Conexão com o ser ou força espiritual' (18,75), 'Admiração' (18,34), 'Força espiritual' (18,31), 'Sentido na vida' (18,22). As menores médias foram 'Totalidade e integração' (17,91), 'Esperança e otimismo' (17,91) e 'Paz interior' com 17,81, conforme indicado em tabela 3.

Tabela 3. Média, Desvio Padrão e Coeficiente de variação das respostas apresentadas pelos participantes na escala WHOQOL-SRPB. Rondonópolis-MT, Brasil. ($n=32$)

Faceta	Média	Desvio-padrão	Coeficiente de variação
Conexão com o ser ou força espiritual	18,75	1,74	9,29
Sentido na vida	18,22	2,15	11,81
Admiração	18,34	2,13	11,64
Totalidade e integração	17,91	2,45	13,71
Força espiritual	18,31	2,48	13,55
Paz interior	17,81	2,28	12,79
Esperança e otimismo	17,91	2,32	12,95
Fé	19,19	1,20	6,27

Com o intuito de se verificar as associações estatísticas existentes entre o medo da morte e as médias obtidas das facetas da escala WHOQOL-SRPB, pode-se observar que houve relação significativa entre o medo alto da morte e as facetas esperança e otimismo ($p=0,042$), totalidade e integração ($p=0,042$), admiração ($p=0,042$), conexão com o ser ou força espiritual ($p=0,033$) e sentido na vida ($p=0,042$). Nas entrevistas realizadas pode-se observar que os participantes que referiram baixo medo da morte a justificavam pela esperança em viver.

A fim de se obter quais variáveis poderiam se relacionar com o medo da morte dos participantes, optou-se por realizar cruzamentos entre as variáveis de medo (0-5 medo baixo e 6-10 medo elevado) e as características individuais como gênero (feminino e masculino), tempo de internação (2 e 3 dias como recente e 4 ou mais dias como longo) e a presença de algum sintoma (sim e não). Tais associações foram testadas com o teste *U de Mann-Whitney* e não houve relação estatisticamente significativa em nenhum dos cruzamentos. Percebe-se, contudo, que dos 14 entrevistados que referiram medo elevado da morte, 10 possuíam algum sintoma e 8 eram do gênero feminino.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a distribuição entre os gêneros dos participantes foi igual. Esse resultado é diferente dos apresentados pela Sociedade Brasileira de Cancerologia (2016), bem como de outros estudos produzidos pela literatura, os quais apontam maior incidência entre mulheres⁽¹¹⁻¹³⁾. Tal fato, provavelmente, está relacionado a questões amostrais. Nas pesquisas supracitadas, a justificativa para maior incidência de câncer terminal em mulheres está associada a características socioeconômicas dos países em desenvolvimento, como o reduzido número de exames preventivos realizados por mulheres. O número de diagnósticos ligados ao gênero é semelhante em países desenvolvidos, devido aos amplos programas de prevenção e detecção existentes⁽¹²⁾.

A faixa etária predominante foi de 60 a 79 anos. Dados similares aos encontrados em outros estudos, podendo-se encontrar como justificativa plausível a predominância de pacientes terminais nesta faixa etária ao aumento de expectativa de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, o aumento de doenças crônico-degenerativas. Desta forma, a diminuição ao longo dos anos da regeneração celular somado a outros tipos de comorbidades impacta significativamente o prognóstico destes pacientes⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Os participantes da presente pesquisa apresentaram nível de escolaridade baixo (predominância de ensino fundamental incompleto), informações que corroboram com a literatura disponível, onde pode-se associar o menor grau de escolaridade a um maior enfrentamento das adversidades embasados no uso de práticas religiosas^(3,13,16). A maior parte dos participantes da pesquisa declaram possuir alguma crença religiosa, sendo o catolicismo a religião mais frequente, confirmando as informações obtidas em outros estudos^(8,13,16).

Para a religiosidade, de acordo com averiguações já realizadas, puderam constatar que 95% da população brasileira relatam possuir religiosidade⁽¹⁷⁾, este mesmo estudo indicou que há associação entre religiosidade, estado de saúde e qualidade de vida melhores, principalmente no que tange aos aspectos mentais, psicológicos e sociais, ainda é mencionado que, tais aspectos podem estar relacionados com menores níveis de ansiedade, depressão, estresse e parâmetros hematológicos. Nesta pesquisa, os participantes que afirmaram 'sentir a presença de Deus em suas vidas' obtiveram escores mais altos na 'conexão com o ser espiritual' e um maior engajamento na aceitação e no enfrentamento da terminalidade. Já 'paz interior' foi relacionada a 'forma de viver e o esforço realizado para viver a religião em todos os aspectos de sua vida'.

As facetas do instrumento WHOQOL-SRPB que obtiveram maiores médias foram Fé (19,19), Conexão com o ser ou força espiritual (18,75) e Admiração (18,34), dados semelhantes a outras pesquisas⁽²⁾. Infere-se a partir destes dados que pacientes oncológicos utilizam a espiritualidade e/ou religiosidade como uma estratégia de enfrentamento positiva tanto ao diagnóstico quanto ao prognóstico, podendo desta forma afirmar que a espiritualidade e a religião, na experiência do câncer, têm sido

reconhecidas de maneira crescente, pois ao contrário das explicações reducionistas da medicina, os sistemas religiosos oferecem uma explicação à doença que a insere no contexto sociocultural do paciente ⁽¹⁸⁾. Se faz comum, a busca das pessoas em se fortalecer perante as adversidades impostas pela patologia e a religião pode estabelecer papel estabilizador, além do fato que suas práticas contribuem para relações sociais e familiares mais positivas ⁽¹⁹⁾.

Nesta pesquisa, a faceta 'paz interior' apresentou a menor média entre as facetas avaliadas, sendo que no contexto de tratamento do câncer, indivíduos podem apresentar desequilíbrio na esfera física, emocional, espiritual, econômica e social ⁽²⁾, sendo que esta faceta busca mensurar até que ponto a pessoa se sente em paz consigo mesma, ou ainda consiga sentir paz quando necessário e harmonia em sua vida, é justificável o menor valor nesta faceta.

O relato de sintomas decorrentes do estágio da doença apresentados na presente pesquisa foi inferior ao encontrado na literatura. O uso de medicamentos com objetivo de analgesia encontrados nesta pesquisa (28%) se mostrou inferior aos encontrados na literatura existente ⁽²⁰⁾. Uma possibilidade de explicação para o número reduzido de sintomas refere-se à estabilidade emocional e espiritual e redução de relatos de sintomas físicos ⁽²⁾.

Nesta pesquisa não houve relação estatisticamente significativa entre medo da morte e a apresentação de algum sintoma físico, fato este talvez relacionado ao tipo de análises, sendo sugerido investigações que utilizem escalas padronizadas para esta medida. De acordo com outras pesquisas que buscaram analisar este fenômeno, à medida que o corpo começa apresentar sintomas, mais evidente se torna a possibilidade de morte, faz-se necessário, desta forma, considerar os aspectos subjetivos associados aos sintomas, sendo possível afirmar que no adulto, a concepção de morte é dependente das experiências físicas e psicológicas do sujeito ⁽²¹⁾. Desta forma, estratégias focadas na qualidade de vida, tais como as relacionadas à espiritualidade, podem gerar conforto e um momento mais agradável para este paciente que enfrenta a finitude.

Limitações do Estudo

Estudos que investigam a temática da terminalidade de forma quantitativa são mais comuns na América do Norte, quando comparados a países latino-americanos, como o Brasil. No entanto, a pequena produção brasileira nessa área explicita que abordagens sobre o tema da morte, por se tratar de um tabu social, ainda envolvem temor, vergonha entre outros sentimentos que poderiam influenciar no modo de responder aos questionários. Esta é uma das limitações da área que podem ter afetado os resultados desta pesquisa. A extração da amostra (amostragem por conveniência) torna difícil a generalização dos achados desta pesquisa para a população. Procedeu-se desta forma por características da atuação do pesquisador residente, da população e também por conta da pandemia de

COVID-19. Destaca-se o baixo número amostral como uma limitação referente as alterações sofridas no hospital que serviu de local de pesquisa devido a diminuição das internações devido a pandemia do COVID-19.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados contribuem na compreensão da importância da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida dos pacientes oncológicos. A maioria dos participantes referiu possuir religião, sendo possível notar que a fé, conexão com o ser e admiração são importantes fatores para a concretização desta. Inferiu-se com os achados que a população idosa, de baixa escolaridade apresenta uma maior ligação com a religião para o enfrentamento dos seus problemas, e que assuntos como estes sejam levados em consideração no estabelecimento de medidas terapêuticas individualizadas e integrais afim de contemplar todas as dimensões do ser, contribuindo ao profissional uma gama de aspectos a serem avaliados para incluírem o tratamento ideal.

CONCLUSÃO

Perante a realização desta pesquisa, percebe-se que a religião impacta positivamente na qualidade de vida dos pacientes oncológicos, sendo que este aspecto deve ser levado em consideração para execução de tratamento integral e holístico ao paciente em condição de finalidade de vida. Pode se perceber com a pesquisa que maiores índices de fé provocam maiores práticas religiosas, sendo possível ainda inferir a partir dos dados que a maior parte dos entrevistados referem que as suas crenças estão por trás da sua forma de viver e que se esforçam muito para viver a religião em todos os aspectos da vida. Concluímos que nestes instantes, a espiritualidade e religião se demonstraram fortes estratégias para lidar com o sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Coordenação de Prevenção e Vigilância. INCA, 2017.
2. Menezes RR, Kameo, SY, Valença TS, Mocó GAA, Santos JM. Qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade em pessoas com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2018;64(1):9-17. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.106>
3. Benites AC, Neme CMB, Santos MA. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia*. 2017;34(2):269-279. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200008>
4. Mendes BH. Psicologia hospitalar e terminalidade: possibilidades de intervenção. *Rev. Mult.*

- Psic. 2020;14(50);151-173. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v14i50.2480>
5. Maia NSV, Vidigal CSA, Ribeiro MC. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares e Desafios da Prática Médica diante da Finitude da Vida. Rev. Bras. Cancerol. 2022;66(4):1-10. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.423>
 6. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, De Longis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology. 1986;50(1):572-574. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.3.571>
 7. Freitas RA, *et al.* Espiritualidade e religiosidade no vivido do sofrimento, culpa e morte da pessoa idosa com câncer. Rev. Bras. Enferm. 2020;73(3):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0034>
 8. Nantes AC, Grubits S. A religiosidade/espiritualidade como um possível fator de ajuda à prevenção da prática suicida. Revista Contemplação. 2017;16(1):73-84. Disponível em: <https://revista.fajopa.com/index.php/contemplacao/article/view/155>
 9. Oliveira ALCB, Feitosa CDA, Santos AG, Lima LAA, Fernandes MA, Monteiro CFS. Espiritualidade e religiosidade no contexto do uso abusivo de drogas. Rev Rene. 2017;18(2):283-290. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200019>
 10. Almeida MA, Peres MF, Aloe F, Neto FL, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. Rev. Psiquiatr. Clín. 2008;35(1):31-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
 11. Dallouf FA, *et al.* Epidemiologia do câncer no sistema de saúde pública de Catanduva, São Paulo, Brasil, Cuid. Enferm. 2020;14(1):28-34. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v1/p.28-34.pdf>
 12. Freitas BI, Nunes EL, Araújo PVP. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em idosos no Rio Grande do Norte. Diversitas Journal. 2022;7(4):2637-2650. DOI: <https://doi.org/10.48017/dj.v7i4.2328>
 13. Bastos BR, *et al.* Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2018;9(2):31-36. DOI: <https://doi.org/10.5123/S2176-62232018000200004>
 14. Marques TC, Pucci SHM. Espiritualidade nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos. Psicologia USP. 2021;32(1):e200196. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200196>
 15. Caetite SJ, Silva SA, Manzoli AJ. Spirituality and religiosity in the approach to patients under palliative care. Revista Bioética. 2022;30(2):382-390. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302534ES>
 16. Portella MP, *et al.* Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes oncológicos. Revista

- Saúde (Santa Maria). 2017;34(3):1-8. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583421195>
17. Meneguim S, Matos TDS, Ferreira MLSM. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):2114-2120. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360>
 18. Aquino VA, Zago MMF. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *Rev. Latino-americana Enfermagem.* 2007;15(1):42-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100007>
 19. Fernandes FL, *et al.* A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Rev. Bras. Cancerol.* 2020;66(2):e-07422. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422>
 20. Da Costa RSL, *et al.* Sentimentos e expectativas de mulheres frente ao diagnóstico de câncer de mama. *Journal Health NPEPS.* 2020;5(1):290-305. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4119>
 21. Milhorim TK, Neto SBC. Manifestações corporais do sofrimento psíquico: psicossomática em contexto de pronto-socorro. *Rev. SBPH.* 2019;22(1):127-153. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100008&lng=pt