

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABELLA CABRAL DOS SANTOS

**RELIGIOSIDADE E ESPERANÇA NO ENFRENTAMENTO
DO CÂNCER DE MAMA: MULHERES EM QUIMIOTERAPIA**

UBERLÂNDIA

2022

ISABELLA CABRAL DOS SANTOS

**RELIGIOSIDADE E ESPERANÇA NO ENFRENTAMENTO DO
CÂNCER DE MAMA: MULHERES EM QUIMIOTERAPIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
Uberlândia, para o curso de graduação
em Enfermagem, como requisito para
conclusão de curso e obtenção do título
de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Anna Cláudia
Yokoyama dos Anjos

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Luana Araújo
Macedo Scalia

UBERLÂNDIA

2022

Religiosidade e esperança no enfrentamento do câncer de mama: mulheres em quimioterapia

Religiosity and hope in addressing breast cancer: women in chemotherapy

Religiosidad y esperanza en el cáncer de mama: mujeres en quimioterapia

Religiosidade e esperança no enfrentamento do câncer

RESUMO:

Introdução: O câncer de mama tem-se destacado como a neoplasia de maior incidência na região sudeste do Brasil. Na quimioterapia, que é a modalidade terapêutica mais utilizada para essa doença, os pacientes oncológicos podem apresentar diversas reações, assim na tentativa de minimizar esses efeitos, buscam por estratégias não farmacológicas. Destacam-se duas estratégias de enfrentamento, a esperança e a religiosidade, as quais tem promovido resultados positivos e benéficos para pacientes em tratamento oncológico.

Objetivo: avaliar os níveis de religiosidade e esperança e analisar as relações presentes, em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com a aplicação de questionário sociodemográfico, Escala de Herth (EEH) e Escala de Religiosidade da Duke. **Resultados:** Participaram desta pesquisa 41 mulheres, com idade média de $53,61 \pm 11,8$ anos. O escore mediano obtido na EEH foi de 39 (± 9) e a variação obtida foi de 32 a 48 pontos. O escore mediano da Religiosidade Organizacional foi de 5 (± 2) e a variação obtida foi de 1 a 6 pontos. O escore mediano da Religiosidade Intrínseca foi de 15 (± 1) e a variação obtida foi de 9 a 15 pontos. Na amostra da pesquisa, pode-se identificar o alto escore e a homogeneidade nas respostas.

Conclusão: Neste estudo, a esperança e a religiosidade de pacientes com câncer de mama, não apresentaram correlação positiva entre si. No entanto, foram encontrados altos níveis de esperança e de religiosidade nas pacientes entrevistadas, o que demonstra a busca por terapêuticas não farmacológicas para o enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Esperança. Neoplasias. Religião. Quimioterapia.

ABSTRACT:

Introduction: Breast cancer has been highlighted as the cancer with the highest incidence in southeastern Brazil. In chemotherapy, which is the most used therapeutic modality for this disease, cancer patients can present several reactions, so in an attempt to minimize these effects, they look for non-pharmacological strategies. Two coping strategies stand out, hope and religiosity, which have promoted positive and beneficial results for patients undergoing cancer treatment. **Objective:** to assess the levels of religiosity and hope and analyze the relationships present in women with breast cancer undergoing chemotherapy. **Method:** This is a quantitative research, with the application of a sociodemographic questionnaire, Herth Scale (EEH) and Duke's Religiosity Scale. **Results:** 41 women participated in this research, with a mean age of 53.61 ± 11.8 years. The median score obtained in the HSE was 39 (± 9) and the variation obtained was 32 to 48 points. The median score of Organizational Religiosity was 5 (± 2) and the variation obtained was 1 to 6 points. The median Intrinsic Religiosity score was 15 (± 1) and the variation obtained was 9 to 15 points. In the research sample, one can identify the high score and homogeneity in the responses. **Conclusion:** In this study, the hope and religiosity of patients with breast cancer did not show a positive correlation between them. However, high levels of hope and religiosity were found in the interviewed patients, which demonstrates the search for non-pharmacological therapies to cope with the disease.

Keywords: Hope. Neoplasms. Religion. Chemotherapy.

RESUMEN:

Introducción: El cáncer de mama se ha destacado como el cáncer de mayor incidencia en el sureste de Brasil. En la quimioterapia, que es la modalidad terapéutica más utilizada para esta enfermedad, los pacientes con cáncer pueden presentar varias reacciones, por lo que en un intento por minimizar estos efectos, buscan estrategias no farmacológicas. Destacan dos estrategias de afrontamiento, la esperanza y la religiosidad, que han promovido resultados positivos y beneficiosos para los pacientes sometidos a tratamiento oncológico. **Objetivo:** evaluar los niveles de religiosidad y esperanza y analizar las relaciones presentes en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia. **Método:** Se trata de una investigación cuantitativa, con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico, Escala de Herth (EEH) y Escala de Religiosidad de Duke. **Resultados:** 41 mujeres participaron en esta investigación, con una edad promedio de $53,61 \pm 11,8$ años. La mediana de la puntuación obtenida en el HSE fue de 39 (± 9) y la variación obtenida fue de 32 a 48 puntos. La puntuación mediana de Religiosidad Organizacional fue de 5 (± 2) y la variación obtenida fue de 1 a 6 puntos. La mediana de la puntuación de Religiosidad intrínseca fue de 15 (± 1) y la variación obtenida fue de 9 a 15 puntos. En la muestra de investigación, se puede identificar la alta puntuación y la homogeneidad en las respuestas. **Conclusión:** En este estudio, la esperanza y religiosidad de las pacientes con cáncer de mama no mostró una correlación positiva entre ellas. Sin embargo, se encontraron altos niveles de esperanza y religiosidad en los pacientes entrevistados, lo que demuestra la búsqueda de terapias no farmacológicas para hacer frente a la enfermedad.

Palabras clave: Esperanza. Neoplasias. Religión. Quimioterapia.

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o termo câncer é atribuído a um conjunto de mais de 100 tipos de doenças, que em semelhança apresentam crescimento celular rápido, desordenado e incontrolável ocasionando a formação de tumores; estas células, que sofreram mutações genéticas, possuem capacidade de invadir tecidos e órgãos ¹.

A taxa de mortalidade por câncer é crescente, assim o posicionando como a segunda principal causa de morte no mundo; além disso as projeções de países pobres e em desenvolvimento apontam que nas próximas décadas, neoplasias ocuparam o primeiro lugar como causa de morte ².

De acordo com a estimativa apresentada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), espera-se que a cada ano do triênio de 2020 a 2022 ocorram cerca de 66.280 novos casos de cânceres de mama no Brasil. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres. Considerando as taxas ajustadas, o câncer de mama ocupará a primeira posição em todas as regiões brasileiras, com maior incidência na região sudeste ³.

O diagnóstico de câncer provoca sentimentos negativos, como a possibilidade da morte, incertezas e falta de perspectiva em relação aos planos futuros, conseqüentemente abalando o estado emocional e psicológico do paciente oncológico e seus familiares. A instabilidade emocional é percebida no comportamento de desespero tanto do paciente como dentre os familiares que ainda acreditam ser o câncer uma doença sem tratamento. Destaca-se ainda o estigma social do câncer de ser uma doença incurável e com grandes possibilidades de levar o paciente à morte ⁴.

Dentre os impactos do diagnóstico de câncer de mama gerados na vida das mulheres e de seus familiares, é necessário destacar o sofrimento psicológico e os prejuízos no desempenho de seus papéis funcionais na sociedade. Muitas mulheres passam por um processo de intensa angústia, sofrimento e ansiedade, após a descoberta da patologia. O impacto existente, para além de conseqüências físicas, provoca também

mudanças de ordem psicossocial e econômica. Decorrente dos impactos e prejuízos, assim como do estigma relacionado à doença, verifica-se frequentemente um processo de negação de difícil aceitação ⁵.

Tem-se evidenciado que quanto mais precoce é feita a descoberta das neoplasias de mama mais elevadas se tornam as chances de cura. Os pacientes quando recebem diagnóstico de câncer é notável a ocorrência da sensibilização psicológica, tornando necessário identificar as repercussões e proporcionar o cuidado integral ao paciente oncológico e seus familiares ⁶.

Ao longo dos ciclos de quimioterapia, as reações adversas são, muitas vezes, inevitáveis. Com isso, pacientes e profissionais da saúde, buscam terapêuticas convencionais e também estratégias não farmacológicas para minimizar os prejuízos e melhor enfrentamento destas condições. Tais estratégias em geral, são provenientes do próprio contexto sociocultural.

Foi realizada uma revisão integrativa, pela equipe do projeto de extensão que desenvolveu este estudo, que buscou entender o manejo da fadiga por mulheres com câncer de mama, utilizando estratégias não farmacológicas. Como um dos resultados, foi identificada a religiosidade, como estratégia de enfrentamento das reações adversas; a prática religiosa garantiu um local de refúgio espiritual, além de proporcionar mais segurança e tranquilidade para as pacientes em tratamento quimioterápico ⁷.

A religiosidade pode ser definida como o modo pelo qual o indivíduo expressa sua espiritualidade, utilizando valores, crenças e rituais. Além disso, engloba a sistematização de culto e doutrina de determinado grupo de pessoas ⁸. Na prática clínica tem-se observado que as pessoas acometidas pelo câncer buscam frequentemente por práticas religiosas e pela religiosidade como recursos para o enfrentamento da doença, considerando sua gravidade e a complexidade do tratamento.

A religiosidade apresentou-se como uma estratégia positiva de enfrentamento em situações difíceis, tais como verificado em pessoas que recebem o diagnóstico de câncer e necessitam realizar o tratamento. Apesar da religiosidade ter demonstrados resultados benéficos para a saúde física, sendo até considerada como um possível fator de prevenção

no desenvolvimento de outras doenças, além da redução na taxa de óbitos, ainda há necessidade de desenvolver estudos que investiguem e comprovem a relação de saúde física e espiritualidade ⁹.

A esperança é caracterizada como probabilidade subjetiva de bons resultados, assim constituindo um sentimento de futuro otimista. Desta forma considera-se que no processo de enfrentamento de doenças crônicas como o câncer, a esperança possui grande importância, sendo essencial conhecer e compreender sua influência durante estas experiências no contexto do adoecimento e tratamento ¹⁰.

A construção de uma revisão integrativa, a qual buscou investigar a esperança em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, foi essencial para o desenvolvimento desta atual pesquisa. Como resultado principal foi identificado que a esperança é uma estratégia não farmacológica que sozinha ou associada a outras estratégias, pode promover o melhor enfrentamento do paciente durante o tratamento do câncer ¹¹.

Após o diagnóstico de câncer, é importante buscar apoio em pessoas que fazem parte do contexto familiar e social visando enfrentar o sofrimento advindo da notícia sobre a doença, os desafios a serem superados ao longo do processo de tratamento, bem como em manter a esperança. A notícia relacionada a uma doença com estigma de sofrimento, que produz sentimentos de ameaça à vida, podem provocar desesperança no indivíduo, acarretando consequências às condições de vida e prejuízos inclusive no prognóstico. Tem-se verificado que pacientes que mantêm ou que aumentam o sentimento de esperança, adquirem maior capacidade de aceitação do diagnóstico, da conduta terapêutica, com maiores índices de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhor resposta ¹².

O cuidado ao paciente oncológico envolve, além da assistência aos aspectos físico-biológicos socioculturais, aspectos subjetivos como as necessidades psicoemocionais, dentre as quais destacamos a religiosidade e as emoções. Cabe ao profissional de enfermagem, ser capaz de compreender as necessidades do paciente em todas as dimensões, aspectos envolvidos no contexto saúde-doença, formas de enfrentamento e terapêuticas necessárias, para planejar uma assistência integral e individualizada. Frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar os níveis

de religiosidade e esperança e analisar as relações presentes, além de verificar a hipótese da influência da religiosidade na esperança, em mulheres com câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico, buscando ampliar a compreensão dos recursos não farmacológicos utilizados no enfrentamento da doença e das reações adversas decorrentes da terapêutica proposta.

MÉTOD

O presente estudo utilizou metodologia quantitativa no desenvolvimento da pesquisa. Foram selecionadas mulheres com diagnóstico de câncer de mama, cientes do diagnóstico, submetidas a tratamento quimioterápico, realizando o terceiro ou quarto ciclo, no momento da coleta de dados. As participantes eram maiores de 18 anos; capazes de ler os instrumentos utilizados para coleta de dados, não apresentavam déficit de compreensão. Para seleção das participantes, as pesquisadoras frequentaram um serviço de Oncologia, vinculado a um hospital universitário do estado de Minas Gerais. Durante as sessões de quimioterapia, pacientes que cumpriram os critérios de inclusão, foram abordadas pelas pesquisadoras e convidadas a participar da pesquisa. As participantes da pesquisa receberam o devido esclarecimento referente todo o processo, e formalizaram seu interesse em participar da pesquisa assinando previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A realização deste estudo não expôs as participantes a riscos físicos ou psicológicos. As pesquisadoras não utilizaram qualquer procedimento invasivo ou que pudesse ferir os princípios morais e éticos.

Foram aplicados um questionário de dados sociodemográficos e duas escalas, definidas para avaliação da esperança e religiosidade. As escalas de Esperança de Herth¹³ e a escala de Religiosidade de Duke¹⁴, foram aplicadas uma única vez para cada participante.

A escala de Esperança de Herth promove a facilidade em avaliar a esperança em vários intervalos, nos quais as variações dos níveis de esperança poderão ser identificadas pelos pesquisadores. O escore total varia de 12 a 48, sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança¹³.

A escala de Religiosidade (DUREL) é composta por cinco itens: "Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? "; "Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos? "; "Em minha vida eu sinto a presença de Deus ou do Espírito Santo"; "As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver"; "Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida". Eles mensuram três dimensões do envolvimento religioso do indivíduo: Religiosidade Organizacional caracterizada pela frequência aos encontros religiosos; Religiosidade Não Organizacional definida pela frequência de atividades religiosas particulares e Religiosidade Intrínseca definida como a busca pela internalização e vivência da religiosidade como o principal foco do indivíduo. Recomenda-se que as três dimensões sejam avaliadas individualmente e não sejam totalizadas em apenas um escore total ¹⁵.

As pesquisadoras sanaram as dúvidas das participantes sobre a pesquisa e sobre os instrumentos. No questionário de dados sociodemográficos, a entrevistada foi identificada por um nome fictício escolhido por ela própria.

Posteriormente à coleta, os dados foram analisados, sendo primeiramente digitados em planilha Excel. A análise descritiva foi realizada apresentando resultados de frequência, porcentagem, média e desvio padrão, para os dados sociodemográficos. Os dados obtidos pela aplicação das escalas, foram analisados pelo intervalo interquartil e mediana.

Os dados foram importados para o programa IBM SPSS® versão 23.0. A normalidade dos dados contínuos foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Nas comparações para duas proporções foram utilizados, os Testes Exato de Fisher, o Qui-quadrado, Mann-Whitney e alguns dos dados quantitativos foram correlacionados entre si, utilizando Correlação de Spearman. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 41 mulheres, que atenderam aos critérios de inclusão. Não fizeram parte da amostra um total de 48 mulheres, pelos seguintes critérios de exclusão: 17 mulheres estavam em cuidados paliativos, 17 mulheres realizaram tratamento com hormonioterapia, 7 mulheres foram submetidas exclusivamente radioterapia, uma mulher utilizou somente a imunoterapia e 7 outras se encontravam em ciclos posteriores aos estabelecidos como critérios de inclusão. Os dados de caracterização sociodemográfica das mulheres participantes do estudo podem ser visualizados na tabela 1.

A idade média das participantes foi de $53,61 \pm 11,8$ anos, sendo que a faixa etária de 36 a 50 anos correspondeu a 43,9% das entrevistadas. Em relação ao estado civil, 23 (56,1%) mulheres eram casadas, 11 (26,8%) solteiras, e as demais, viúvas ou divorciadas. Em relação à escolaridade das participantes, 16 (39%) delas possuíam ensino médio completo, 12 (29,3%) ensino fundamental incompleto e 5 (12,2%) ensino superior completo. Todas possuíam alguma religião, sendo que o catolicismo foi declarado como a principal (n=22, 53,7%), seguido pela evangélica (n=13, 31,7%) e espiritismo (n=6, 14,6%). Mais da metade das entrevistadas tinham renda acima de 1,5 salário mínimo (n=24, 58,5%). Em relação à ocupação, 23 (56%) mulheres eram donas dos lares e 33 (80,5%) possuíam filhos. A maioria encontrava-se realizando o terceiro ciclo de quimioterapia (n= 30, 73,2%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, clínica das mulheres participantes da pesquisa. Uberlândia-MG, Brasil, 2021. (n=41).

Variável	N	%
----------	---	---

Idade:		
36 a 50 anos	18	43.9
51 a 65 anos	17	41.5
acima de 65 anos	6	14.6
Estado civil:		
Solteira	11	26.8
Casada	23	56.1
Viúva	2	4.9
Divorciada	5	12.2
Escolaridade:		
Ensino Fundamental incompleto	12	29.3
Ensino Fundamental completo	4	9.8
Ensino Médio incompleto	3	7.3
Ensino Médio completo	16	39
Ensino Superior completo	5	12.2
Pós-graduação	1	2.4
Renda:		
0 a 1,5 salários mínimos	17	41.5
acima de 1,5 salários mínimos	24	58.5
Religião:		
Católica	22	53.7
Evangélica	13	31.7
Espírita	6	14.6
Trabalha em casa		
Trabalha fora	23	56.1
Trabalha fora	18	43.9
Filhos:		
Nenhum filho	8	19.5
De 1 a 3 filhos	27	65.9
Acima de 3 filhos	6	14.6
Ciclos quimioterápicos:		
No terceiro ciclo	30	73.2
No quarto ciclo	11	26.8

*SM= Salário mínimo (considerado o valor de R\$ 1.192,40 para o ano de 2021 no Brasil)

A mensuração da esperança das 41 mulheres com câncer de mama em quimioterapia avaliada pela Escala de Esperança de Herth (EEH) pode ser observada na tabela 2.

Tabela 2 - Estatística descritiva dos escores da Escala de Esperança de Herth, Brasil, 2021. (n=41).

ITENS DA EEH	MEDIANA±IIQ*	DP*	VO*
1. Estou otimista quanto à vida	3±1	0,50	3-4
2. Eu tenho planos a curto e longo prazo	3±1	0,64	2-4
3. Eu me sinto sozinho	3±1	0,89	1-4
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades	3±1	0,58	2-4
5. Eu tenho fé que me conforta	4±1	0,49	3-4
6. Eu tenho medo do futuro	3±1	0,83	1-4
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos	3±1	0,55	2-4
8. Eu me sinto forte	3±1	0,50	3-4
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	3±1	0,55	2-4
10. Eu sei aonde quero ir	3±1	0,52	2-4
11. Eu acredito no valor de cada dia	3±1	0,49	3-4
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	3±1	0,50	3-4
EEH total	39±9	5,06	32-48

*DP: Desvio Padrão; IQ: Intervalo interquartil; VO: Variação obtida.

Na tabela 2, foi possível observar a mediana, intervalo interquartil, desvio padrão e variação obtida de cada um dos 12 itens que compõem a EEH. O item 5 – “Eu tenho fé que me conforta” – apresentou a pontuação mediana mais alta de 4±1, com desvio padrão de 0,49 e variação obtida de 3-4. O item 3- “Eu me sinto sozinho” - apresentou o maior desvio padrão com 0,89.

O escore mediano obtido na EEH foi de 39 (±9) e a variação obtida foi de 32 a 48 pontos. É essencial destacar que a pontuação da EEH pode apresentar a variação de 12 a 48 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de esperança do indivíduo. Na amostra da pesquisa, pode-se identificar o alto escore e a homogeneidade nas respostas das participantes, com nível elevado de esperança durante o tratamento quimioterápico.

A verificação da religiosidade das 41 participantes foi realizada por meio da Escala de Religiosidade da Duke, a ser observada na tabela 3.

Tabela 3 - Estatística descritiva dos escores da Escala de Religiosidade da Duke, Brasil, 2021. (N=41).

ITENS DA DUREL	MEDIANA±IIQ	DP*	VO*
Religiosidade Organizacional	5±2	1,25	1-6

Religiosidade Não-Organizacional	6±1	0,74	3-6
Religiosidade Intrínseca	15±1	1,11	9-15

*DP: Desvio Padrão; IQ: Intervalo interquartil; VO: Variação obtida.

Na tabela 3, foi possível identificar a mediana, intervalo interquartil, desvio padrão e variação obtida da Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não-Organizacional e Religiosidade Intrínseca, que compõem a Escala de Religiosidade da Duke. O escore mediano da Religiosidade Organizacional foi de 5 (± 2) e a variação obtida foi de 1 a 6 pontos. O escore mediano da Religiosidade Intrínseca foi de 15 (± 1) e a variação obtida foi de 9 a 15 pontos.

Na tabela 4, é possível identificar a presença de correlações entre dados sociodemográficos, itens da EEH e da Escala de Religiosidade de Duke. Houve correlação positiva entre renda e escolaridade ($r^2 = 0,315$, $p < 0,05$) e entre renda e itens da EEH (E5, E6, E9, E12 e Escore total de Esperança). Encontrou-se também correlação positiva entre o Escore total da EEH com a escolaridade ($r^2 = 0,348$, $p < 0,01$). Houve correlação inversamente moderada entre Ciclos de Quimioterapia e Religiosidade Organizacional ($r^2 = -0,415$, $p < 0,01$). Não houve correlação entre Esperança e Religiosidade.

Não houve associação significativa entre estado civil, número de filhos, trabalho e esperança/religiosidade (dados não mostrados).

Tabela 4 - Correlações obtidas entre as respostas das participantes para a EEH e para a Escala de Religiosidade de Duke, Brasil, 2021. (N=41).

	Idade	Renda	Escolar	CQ	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	ETotal	RO	RNO	RI
Idade	1,000																			
Renda	-,182	1,000																		
Escolaridade	-,316*	.315*	1,000																	
Ciclos Químio	-,214	,063	,277	1,000																
E1	-,139	,146	,214	,130	1,000															
E2	,070	,247	,180	,168	.555**	1,000														
E3	-,035	,005	,226	,307	,172	,284	1,000													
E4	-,132	,272	.327*	,113	.757**	.673**	.342*	1,000												
E5	-,032	.342*	,238	-,080	.506**	.454**	,300	.599**	1,000											
E6	-,184	.322*	.466**	,160	.418**	.433**	.525**	.546**	.461**	1,000										
E7	-,098	,110	.358*	,117	,229	.507**	.500**	.414**	.476**	.368*	1,000									
E8	-,118	,286	,081	-,011	.558**	.525**	.311*	.547**	.743**	.434**	.397*	1,000								
E9	-,164	.344*	,250	-,024	.517**	.685**	,241	.637**	.687**	.374*	.534**	.752**	1,000							
E10	-,268	,252	,195	-,028	.707**	.599**	,158	.777**	.591**	.427**	.541**	.672**	.726**	1,000						
E11	-,195	,306	,249	,049	.552**	.501**	,144	.695**	.673**	.430**	.517**	.509**	.566**	.844**	1,000					
E12	-,215	.425**	,154	-,040	.513**	.666**	,115	.613**	.681**	.353*	.450**	.757**	.800**	.736**	.664**	1,000				
HERTH Total	-,113	.347*	.348*	,086	.668**	.755**	.522**	.816**	.802**	.699**	.683**	.749**	.807**	.790**	.740**	.775**	1,000			
RO	,268	-,304	-,118	-.415**	-,129	-,151	,076	-,155	,024	,000	-,052	-,139	-,064	-,155	-,089	-,064	-,052	1,000		
RNO	,057	-,286	-,069	-,152	,199	-,016	,114	,246	,150	-,026	,029	,154	,120	,301	,111	-,026	,156	,139	1,000	
RI	,046	-,025	-,082	-,042	-,177	-,217	-,049	-,220	,023	,022	-,080	,033	-,177	-,151	-,122	-,110	-,103	,090	,133	1,000

** . A correlação é significativa no nível de 0,01 * . A correlação é significativa no nível de 0,05 RO= Religiosidade Organizacional; RNO= Religiosidade Não Organizacional; RI= Religiosidade Intrínseca; E1= Estou otimista quanto à vida; E2= Eu tenho planos a curto e longo prazo; E3= Eu me sinto sozinho; E4= Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades; E5= Eu tenho fê que me conforta; E6= Eu tenho medo do futuro; E7= Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos; E8= Eu me sinto forte; E9= Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor; E10= Eu sei aonde quero ir; E11= Eu acredito no valor de cada dia; E12= Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou investigar a correlação entre as variáveis esperança e religiosidade em um grupo de 41 mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico. Com objetivo de verificar a hipótese de que a religiosidade influencia a esperança do paciente oncológico.

Verificou-se que a maioria das participantes eram da faixa etária entre 36 a 50 anos, corroborando com uma pesquisa realizada com 10 mulheres com câncer de mama no estado de Santa Catarina. Apesar do número reduzido de participantes, foi possível observar que resultados encontrados são semelhantes ao de nosso estudo onde, 60% das mulheres possuíam faixa etária de 35 a 50 anos ¹⁶. Outra pesquisa, realizada com 55 mulheres com câncer de mama de um hospital universitário do Nordeste do Brasil, identificou que 54,5% das participantes possuíam idade até 50 anos ¹⁷. A idade média de 49,6±12,5 anos, deste último estudo, pode ser comparada ao resultado encontrado na atual pesquisa, onde verificamos uma idade média de 53,61±11,8 anos. Em um estudo transversal realizado com dados de mulheres com câncer de mama com tratamento realizado entre os anos de 2000 a 2009, composto por uma amostra de 12.689 casos, identificou que metade das participantes possuíam faixa etária de 36 a 39 anos ¹⁸.

Vale ressaltar que 56,1% das entrevistadas possuíam acima de 50 anos. Segundo o INCA, o câncer de mama não possui uma causa única. Há diversos fatores relacionados ao aumento do risco de desenvolver a neoplasia, como a idade; mulheres com faixa etária acima dos 50 anos têm maior risco de desenvolver câncer de mama ¹⁹.

As participantes desta pesquisa eram em sua maioria casadas, com filhos, com renda acima de 1,5 salário mínimo e todas possuíam alguma religião, sendo o catolicismo declarado como a principal. Estudo realizado em um hospital universitário do Nordeste, mostrou que 74,5% das entrevistadas apresentavam renda até um salário mínimo e 50,9% não tinham companheiro (50,9%), porém de modo semelhante a esta pesquisa, a maioria (76,4%) tinha filhos ¹⁷. Tal dado, difere do que é apontado pelo INCA, sobre a nuliparidade como um importante fator de risco para o desenvolvimento da neoplasia de mama ¹⁹.

Outro estudo, realizado no estado de Santa Catarina, mostra que a renda mensal das participantes variou de 1 a 5 salários mínimos: 70% recebem de 1 a 2 salários

mínimos e 30% recebem de 3 a 5 salários-mínimos e 80% são casadas. Além disso, notou-se a semelhança do fator do catolicismo ser a principal religião identificada correspondendo a 80% das participantes, e foi apresentado que 20% possuíam ensino fundamental completo e 30% ensino médio completo ¹⁶.

Em relação ao escore encontrado na Escala de Esperança de Herth, houve semelhança com estudo de Menezes e colaboradores, que identificaram alto escore de EEH correspondendo à mediana de 40,59 em um grupo de 42 pessoas com câncer em tratamento, acompanhadas na rede de atenção primária ²⁰. No estudo de Balsanelli e Grossi ¹², foi citado um estudo de Zhang e colaboradores ²¹, que realizou uma pesquisa com mulheres chinesas com câncer de mama em quimioterapia, que considerou seu resultado elevado quanto ao escore de esperança onde a mediana encontrada foi de 38,62.

A amostra do estudo foi composta em sua totalidade por participantes com religião. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) verificou que a amostra da população brasileira tem o catolicismo como a religião principal do país correspondendo a porcentagem de 64,6%, seguido pelos evangélicos com 22,2%, já os espíritas correspondem à 2% apenas da comunidade brasileira, assim como neste estudo ²².

O mesmo resultado foi encontrado em relação à religiosidade, em que a população de estudo apresentou altas pontuações na avaliação da religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca. Zhizhong e colaboradores, consideram pessoas com alta religiosidade aquelas com pontuações > 24, somando as três religiosidades. Ao somarmos as medianas, encontramos um valor de 26, confirmando altas pontuações na Escala de Religiosidade da Duke ²³.

Pacientes oncológicos buscam a religiosidade como uma estratégia positiva de enfrentamento durante o processo de adoecimento, principalmente durante o tratamento. Buscam força e conforto, recorrendo às práticas religiosas tais como orações e encontros religiosos, em que referem sensações de paz e satisfação interior, o que conseqüentemente, contribuem para melhor bem-estar e qualidade de vida ²⁴. Portanto, verificamos que a valorização dessas estratégias, por parte dos profissionais de enfermagem é essencial, devendo ser incorporadas como intervenções da assistência de enfermagem.

Neste estudo não houve correlação entre religiosidade e esperança. Esse resultado foi oposto ao de outros estudos realizados, que verificaram que a religiosidade e a esperança podem apresentar uma correlação positiva entre si ^{12,17}. Como não houve

nenhum participante sem religião, não foi possível uma comparação entre esses dois tipos distintos de públicos, impossibilitando uma diferença estatística, que é necessária para comprovar a correlação entre essas duas variáveis.

Foi possível observar a correlação positiva entre as variáveis sociodemográficas renda e nível de esperança das pacientes em quimioterapia. Na história do Brasil, nota-se que as desigualdades sociais influenciam diretamente na saúde da população, promovendo os determinantes sociais de saúde como os principais protagonistas neste contexto. Em relação à saúde da mulher e da criança, há avanços conquistados, mas ainda há grandes desigualdades de acordo com a área regional e poder socioeconômico do público alvo ²⁵. Ressalta-se que neste estudo foi encontrado maior parte das participantes com renda acima de 1,5 salários mínimos e maioria com grau de instrução que possibilita bom entendimento do tratamento e do diagnóstico médico. Segundo Balsanelli e Grossi (2016), cita um estudo realizado com mulheres chinesas com câncer de mama, que identificou também a correlação positiva entre renda e o escore total de esperança, podendo inferir que, quanto maior a renda mensal, maior o nível de esperança dos pacientes ¹².

A paciente quando se depara com o diagnóstico de neoplasia procura maior aproximação com sua religiosidade, apoio em um ser transcendente, para enfrentamento do processo de adoecimento. A fé como componente da espiritualidade, promove o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento, que geram maior tranquilidade e aceitação. Pacientes que realizam práticas espirituais e religiosas, em geral, demonstram maior fortalecimento psicossocial, não apresentando sintomas negativos como ansiedade, depressão, e desesperança ^{17,26}.

Foi identificada correlação inversa moderada entre o número de ciclos de quimioterapia e a religiosidade organizacional. Essa correlação inversamente moderada entre ambas retrata que, com o avanço dos ciclo de quimioterapia, a frequência dos pacientes oncológicos em locais religiosos diminui. Esse resultado pode refletir a questão de que os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico podem apresentar imunossupressão e alterações hematológicas. Desse modo, são orientados a não frequentarem lugares públicos com aglomeração de pessoas, a fim de evitar exposição a infecções ou outras complicações ¹⁷. Em um estudo qualitativo feito com mulheres com câncer de mama e seus familiares, realizado no estado do Paraná, apresentou que algumas das mulheres entrevistadas citaram que o afastamento social, principalmente de locais

públicos foram devido às suas condições de saúde debilitadas, que tornavam uma barreira para saírem de casa ²⁷.

A limitação deste estudo foi o número pequeno de participantes, que pode ter dificultado para efetuar comparações e correlações entre os indivíduos. Além disso, a seleção de amostra por conveniência também pode ser um fator que influencia nos resultados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a esperança e a religiosidade nesta amostra, de pacientes com câncer de mama, não apresentaram correlação positiva entre si. No entanto, foram encontrados altos níveis de esperança e de religiosidade nas pacientes entrevistadas, reforçando a hipótese de que as pacientes em quimioterapia procuram estratégias terapêuticas não farmacológicas para o enfrentamento da doença, como a esperança e a religiosidade, que lhes asseguram maior confiança e motivação para o tratamento. Portanto, é essencial refletir e acolher essas estratégias na prática do cuidado de enfermagem, com o propósito de oferecer uma assistência humanizada, com visão holística do paciente, verificando suas reais necessidades para além das biológicas. Essencialmente, é necessário valorizar estratégias como a esperança e religiosidade no enfrentamento do adoecimento pelo câncer de mama.

Os autores deste estudo pretendem levar contribuições para a prática clínica e para melhor compreensão dos modos de enfrentamento da doença e do tratamento quimioterápico utilizados por pacientes com câncer de mama, para além das terapias convencionais farmacológicas. Como sugestão para futuros estudos, os autores desta pesquisa sugerem investigar os níveis de esperança e de religiosidade em grupos com características diferentes desta amostra, aplicando as escalas de esperança e de religiosidade em diferentes momentos do tratamento, além de utilizar amostras maiores de participantes.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **O que é Câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 30 de setembro de 2019.

2. CARVALHO, João Batista; PAES, Neir Antunes. Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3857-3866, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.03612018>
3. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa Síntese de Resultados e Comentários**. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultadosecomentarios#:~:text=Para%20o%20Brasil%2C%20estimam%2Dse,mil%20mulheres%20\(Tabela%201\)](https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultadosecomentarios#:~:text=Para%20o%20Brasil%2C%20estimam%2Dse,mil%20mulheres%20(Tabela%201).). Acesso em: 01 de abril de 2021.
4. LIMA, Sara Fiterman et al. Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes em tratamento oncológico. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160037>
5. OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez; SILVA, Felipe Santana; PRAZERES, Amanda da Silva Brasil dos. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. **Rev. enferm. UFPE online**, p. 2533-2540, 2017. DOI: 10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201707
6. ALVARES, Rafaella Bortolassi et al. Sentimentos despertados nas mulheres frente ao diagnóstico de câncer de mama. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v7i3.12639>
7. CUNHA, Nayara Ferreira et al. Experiencias de Mujeres en Quimioterapia sobre el Manejo de la Fatiga: estrategias de autocuidado. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0097>
8. INOUE, Thais Martins; VECINA, Marion Vecina Arcuri. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst [Internet]**, v. 35, n. 2, p. 127-30, 2017. Disponível em: http://espiritualidades.com.br/Artigos/i_autores/INOUE_Thais_et_VECINA_Marion_tit_Espiritualidade_e-ou_religiosidade_e_saude_revisao_de_literatura.pdf
9. FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>
10. WAKIUCHI, Julia et al. Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 202-208, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500035>
11. DOS SANTOS, Isabella Cabral et al. Esperança como estratégia de enfrentamento de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia: Revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17515-17532, 2020.
12. BALSANELLI, Alessandra Cristina Sartore; GROSSI, Sonia Aurora Alves. Fatores preditores da esperança entre mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6, p. 898-904, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000700004>

13. SARTORE, Alessandra Cristina; GROSSI, Sonia Aurora Alves. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 227-232, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>
14. MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, p. 31-32, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
15. TAUNAY, Tauly Claussen D.'Escragnolle et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 39, p. 130-135, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>
16. CAVALCANTE, Marcia Luiza Ferreira; CHAVES, Fernanda; AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa. Câncer de mama: sentimentos e percepções das mulheres mastectomizadas. **Revista de Atenção à Saúde (ISSN 2359-4330)**, v. 14, n. 49, p. 41-52, 2016. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n49.3736>
17. MACÊDO, Elton de Lima ; GOMES, Eduardo Tavares; BEZERRA, Simone Maria Muniz da Silva. Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65400>
18. PINHEIRO, Aline Barros et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.
19. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer de Mama. Fatores de Risco**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/fatores-de-risco>. Acesso em: 24 de setembro de 2021.
20. MENEZES, Renata Ramos et al. Esperança de vida de pessoas com câncer acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e12510413644-e12510413644, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13644>
21. Zhang J, Gao W, Wang P, Wu ZH. Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. *Chin Med J*. 2010;123(17):2331-5.
22. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>
23. ZHIZHONG, W. et al. Interactions between Apolipoprotein E Genes and Religiosity in Relation to Mild Cognitive Impairment Interactions between Apolipoprotein E Genes and Religiosity in Relation to Mild Cognitive Impairment. n. May, 2017. Disponível em: <https://www.jneuropsychiatry.com/peer-review/interactions-between-apolipoprotein-e-genes-and-religiosity-in-relation-to-mild-cognitive-impairment.html>.
24. FERREIRA, Laura Fernandes et al. A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, 2020. DOI:<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422>

25. SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam da et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>

26. RIBEIRO, Leandro Aparecido dos Santos; ARAÚJO, Marlon Noronha; DA SILVA MENDONÇA, Tânia Maria. Esperança, Medo e Qualidade de vida Relacionada à Saúde na Percepção de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1193>

27. SALCI, Maria Aparecida; MARCON, Sonia Silva. As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o início do tratamento para o câncer. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 43-51, 2010.



DEC11/2022/RBC/INCA/MS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o artigo “*Religiosidade e Esperança no Enfrentamento do Câncer de Mama: Mulheres em Quimioterapia*”, de autoria de *Isabella Cabral dos Santos, Geovanna Alves Nunes, Anna Claudia Yokoyama dos Anjos, Luana Araújo Macedo Scalia e Nayara Ferreira Cunha*, foi aceito para ser publicado na edição 68.3 (julho/agosto/setembro/2022) da REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA (RBC) - ISSN 2176-9745, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

Rio de Janeiro, 09 de maio de 2022.

Letícia Casado

Matrícula nº 2257531

Editora executiva

CONTATOS**Revista Brasileira de Cancerologia – RBC**

Rua Marques de Pombal, 125 – 2º andar, Centro

CEP: 20.230-240 - Rio de Janeiro – RJ

E-mail: rbc@inca.gov.br

Tel.: 21 3207-6132