



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

ANA CLARA DE ANDRADE PATRÍCIO

**A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE
VIDA DE PACIENTES ONCÓLOGICOS**

**CAMPINA GRANDE - PB
2019**

ANA CLARA DE ANDRADE PATRÍCIO

**A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE
VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino

Coorientadora: Prof^a. Dra. Rebecca A. A. Athayde

**CAMPINA GRANDE - PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P314i Patrício, Ana Clara de Andrade.
A influência da espiritualidade e da religiosidade no sentido de vida de pacientes oncológicos [manuscrito] / Ana Clara de Andrade Patrício. - 2019.
75 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino, UFPB - Universidade Federal da Paraíba."
"Coorientação: Profa. Dra. Rebecca Alves Aguiar Athayde, UFPB - Universidade Federal da Paraíba"
1. Espiritualidade. 2. Religiosidade. 3. Sentido de vida. 4. Pacientes oncológicos. I. Título

21. ed. CDD 615.852

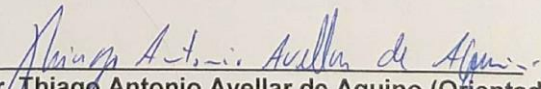
ANA CLARA DE ANDRADE PATRÍCIO

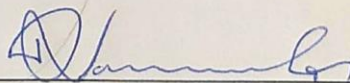
A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE
VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

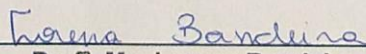
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Departamento de
Fisioterapia da Universidade Estadual
da Paraíba (UEPB), como requisito
para a obtenção do título de Bacharela
em Fisioterapia.

Aprovada em: 22/05/2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)


Prof. Dr. Danilo de Almeida Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof.^a. Me. Lorena Bandeira da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, por todo amor,
ensinamentos e cuidados, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Um dia, inspirado pelo Espírito Santo, São João Paulo II disse: "O homem permanece um ser incompreensível para si mesmo, sua vida não tem sentido se o amor não lhe é revelado, se não o encontra". Foi com os amores revelados e encontrados durante a minha vida que pude extrair o sentido dela e chegar até aqui. Realizo esse sonho, porque sempre tive pessoas que me auxiliaram durante o árduo caminho.

O maior de todos os meus amores revelados: meu Deus, Senhor da minha vida e a quem eu credito a alegria pela conclusão de mais uma etapa, pois Ele não inspira ninguém a seguir um caminho por acaso. Louvo-O por tudo o que sem merecer recebi e por me guardar da desistência, ao preencher meu coração de fé, de esperança e de amor. A Ele devo toda minha essência exalada.

A Nossa Senhora, a Imaculada Conceição, por ter sido sempre meu auxílio nos tempos difíceis, por me ensinar, através da sua vida, a pertencer de forma mais perfeita ao Cristo e por me mostrar que o objetivo que, de fato, precisa me interessar é o céu. A ela, o meu amor sincero e desinteressado.

A Santa Clara, um dos meus maiores exemplos de santidade a ser seguido, por ter me mostrado a beleza de ser serva inútil do Amor e me ensinar que eu deveria perder para ganhar o Tudo.

Aos meus pais, Aubery de Andrade (em memória) e Wagna Patrício, dos quais recebi meus primeiros valores e sem os quais pouco valeria aquilo que me foi passado nas instituições de ensino que os sucederam. Deles, as mais suaves correções e a compreensão de que na vida nada se adquire com facilidade. Fui gratuitamente amada, alcançada por seus esforços, suas renúncias e seus esvaziamentos diários. Portanto, o reflexo de tudo isso é o que eu realizei. O diploma que, de fato, não põe fim a minha formação, é a perfeita expressão dessa vitória. A vocês, minha eterna gratidão!

Aos meus irmãos, Maria Júlia e Miguel Afonso a quem eu amo com um amor *rahamim* (entranhas), e a quem me dou por completo nessa missão de amar. Obrigada pelas diversas situações em que vocês me deram amostras da caridade de Deus!

Aos meus avôs, Aury (em memória) e Manoel (em memória); minhas avós, Benedita e Lucila; meus tios, Aubenito (em memória), Aubeny, Pádua, Petrônio e

Tadeu; e minhas tias, Aubeniza, Auberiza, Diana, Sandra e Verônica, que sempre foram exemplos a serem seguidos e que me ensinaram sobre o amor ao próximo.

Aos meus primos, Ana Beatriz, Andrea, Bárbara, Bianca, Bruna, Bruno José, Bruno Montenegro, Clarissa, Daniel, Diego, Fernanda, João Vitor, José Manoel, Luana, Manoel, Maria da Conceição, Natan, Paloma, Priscila Andrade, Priscila Zelo, Rebeca, Renally, Rodrigo, Tatiana, Thiago, Vanessa e Vital, que são como irmãos para mim, com os quais aprendi a importância de ser família e descobri a presença de Deus entre nós.

Aos meus sobrinhos, Beatriz Maria (em memória), Bianca Maria (em memória), Gabriele, Liv, Miguel, Rafael e Theo, que me ensinaram a enxergar o milagre da grandeza da vida e a perceber o pedacinho de céu que habita em cada um deles e com o qual sonho todos os dias.

Aos meus amigos, Débora, Fernando, Gabriela, Igor, Jeann, Jefferson, Maurício, Raíssa e Rayanne, pela convivência diária, pelas angústias compartilhadas, pelas experiências trocadas e pelos momentos intensamente vividos, que restarão guardados na memória de todos que vivenciaram.

Aos meus irmãos do Encontro de Jovens com Cristo (EJC), de modo especial, Aparecida, Ary, Bianca, Bruno, Elane, Fabrício, Gabriel, Géssica, Gilvan, Gilvânia, Gustavo, Huan, Inácio, Ingrid, Isabela, Jacqueline, Magno, Manoel, Marilha, Micaele, Sâmara, Paula e Thiago, pelos momentos de partilha tão fundados em Deus.

Aos meus afilhados de Crisma, Artur, Eduarda e Nataly, que confiaram em mim para auxiliar nos caminhos de suas vidas.

Ao meu orientador, Thiago Avellar, profissional e pessoa admirável, a quem devo a honra de ser orientanda. Muito obrigada pelas ideias trocadas, pelas correções necessárias, pela paciência e pelo comprometimento tão inerente com a Logoterapia!

A minha coorientadora, Rebecca Athayde, pela leveza dos ensinamentos, pelos incentivos e por me abrir os olhos neste caminho de pesquisa.

Aos professores do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em especial, Augusta Moura, Cláudia Holanda, Danilo Vasconcelos, Dásio Araújo, João Moura, Lorena Bandeira, Railda Nascimento e Vitória Quirino, que contribuíram ao longo dos anos de curso, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Padre João Jorge, meu pai espiritual, que tanto me encaminha pelos caminhos turvos da vida e que sempre me impulsiona na busca do conhecimento e da santidade.

As irmãs do Convento das Clarissas de Campina Grande, especialmente Irmã Laura e Irmã Letícia, por me ensinarem através das nossas partilhas que o sentido de vida pode ser extraído das coisas mais simples do dia a dia e que nossa finalidade é o amor, afinal fomos criados para amar.

Aos funcionários da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), de modo particular, Milena, aos da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), do Comitê de Ética e do Departamento de Fisioterapia, e aos da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em especial Ailma, Josy, Michelly, Mônica e Perpétua, pela presteza e atendimento quando me foi necessário.

A todos os meus pacientes e entrevistados que tive a oportunidade de abraçar, conversar e cuidar do Cristo através deles. Ganhei, com certeza, algo de valor imensurável: sorrisos dos que tinham suas dores sejam espirituais ou corporais, aliviadas.

As minhas amigas de classe, em especial, Aline Silva, Ana Paula Araújo, Daniele Silva e Leandra Henrique, pela convivência diária, pelas experiências trocadas e pelos momentos intensamente vividos.

A Viktor Frankl por ter fundado a Logoterapia.

“A vida é sofrimento, e sobreviver é encontrar sentido na dor”.
(Viktor E. Frankl)

RESUMO

O cuidado ao paciente oncológico torna-se mais complexo do que outras doenças, pois envolve, além dos aspectos físicos, biológicos e socioculturais, os aspectos espirituais, religiosos e o sentido de vida dessas pessoas enfermas que têm a ideia de finitude tão iminente. Por isso, este estudo teve como objetivo geral, investigar a influência da espiritualidade e da religiosidade no sentido de vida de pacientes oncológicos e como específico, identificar a relação entre a dimensão espiritual, a religiosa e o sentido de vida com as variáveis biosociodemográficas: Idade e Sexo. Dessa maneira, participaram do estudo 100 enfermos com câncer, de ambos os sexos, com idades que variaram entre 21 e 81 anos e média de 53,97 (DP = 12, 812), que tinham consciência do diagnóstico e encontravam-se em tratamento em um hospital de Campina Grande - PB. Sendo assim, esses responderam um questionário biosociodemográfico e os seguintes instrumentos: *World Health Organization Quality of Life instrument - 100* (WHOQOL-100) (Domínio: Religião, Espiritualidade e outras Crenças Pessoais), Escala de Atitudes Religiosas (EAR-20) e Questionário de Sentido de Vida. Além disso, a análise de dados foi realizada com o *Statistical Package for Social Science* (SPSS) (versão 22) para as estáticas descritivas, com o objetivo de verificar as medidas de tendência central e porcentagens e, para as inferenciais, foram utilizadas a Correlação de Pearson, o teste U de Mann-Whitney e a Regressão Linear Múltipla. Nesse contexto, o resultado primário verificou que há correlação positiva e estatisticamente significativa entre o fator Comportamento Religioso ($r = 0,29$; $p < 0,01$), o Sentimento Religioso ($r = 0,38$; $p < 0,001$) e o *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs* (SRPB) ($r = 0,38$; $p < 0,001$) na Presença de Sentido, além de que essa última pode ser predita pela Espiritualidade do paciente oncológico e por seu Comportamento Religioso ($\beta = 0,32$; $p < 0,01$; $\beta = 0,20$; $p < 0,05$). Em relação ao objetivo secundário, foram encontradas correlações positivas e com significância estatística na variável Idade com relação ao Comportamento Religioso ($r = 0,34$; $p < 0,01$) e ao fator Busca de Sentido ($r = 0,20$; $p < 0,05$), o que demonstra que quanto maior a idade do paciente, mais ele apresentava um comportamento religioso e mais tinha a clareza acerca da busca de sentido na vida. Já na variável Sexo, o teste U de Mann-Whitney detectou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nos componentes da Escala de Atitudes Religiosas (Conhecimento, Sentimento, Comportamento, Corporeidade) e no domínio SRPB, na qual as mulheres pontuaram mais do que os homens. Todavia, nos fatores Presença e Busca não foram encontradas diferenças entre os sexos. Em vista disso, demonstra-se que o sexo feminino se apresenta mais religioso que o sexo masculino e que tanto homens quanto mulheres podem encontrar e procurar sentido na vida. Em suma, a espiritualidade e a religiosidade são *senderos* (caminhos), pelos quais os pacientes oncológicos podem se enveredar para extrair sentido de vida.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religiosidade. Sentido de Vida. Pacientes Oncológicos.

ABSTRACT

The care for the oncological patient becomes more complex than other illnesses, because it involves besides the physical, biological and socio-cultural, aspects the spiritual and religious aspects and the meaning in life of these infirm people who have the idea of finitude so imminent. Therefore, this study had as general objective, to investigate the influence of spirituality and religiousness on the meaning in the life of oncological patients and as specific, to identify the relationship between the spiritual and religious dimension and the meaning in life with bio sociodemographic variables: Age and sex. In this way, participated in the study 100 cancer infirm, of both sexes, with ages that varied between 21 and 81 years and average of 53,97 (SD = 12,812), who were aware of the diagnosis and were undergoing treatment in a hospital in Campina Grande – PB. Thus, they answered a bio sociodemographic questionnaire and the following instruments: World Health Organization Quality of Life instrument - 100 (WHOQOL-100) (Domain: Religion, Spirituality and other Personal Beliefs), Religious Attitudes Scale (RAE-20) and Meaning in Life Questionnaire. Besides that, the data analysis was performed with the Statistical Package for Social Science (SPSS) (version 22) for the descriptive statistics, with the objective of verifying the measures of central tendency and percentages and, for the inferential ones, the Pearson's correlation, the Mann-Whitney U test and the Multiple Linear Regression. In this context, the primary result found that there is a positive and statistically significant correlation between the Religious Behavior factor ($r = 0,29$; $p < 0,01$), the Religious Sentiment ($r = 0,38$; $p < 0,001$) and the Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) ($r = 0,38$; $p < 0,001$) in the Presence of Meaning, and the latter can be predicted by the Spirituality of the oncological patient and by his Religious Behavior ($\beta = 0,32$; $p < 0,01$, $\beta = 0,20$; $p < 0,05$). In relation to the secondary objective, were found positive correlations and with statistical significance in the variable Age with respect to Religious Behavior ($r = 0,34$; $p < 0,01$) and the Meaning Search Factor ($r = 0,20$; $p < 0,05$), which shows that the greater the patient's age, the more he presented a religious behavior and had more clarity about the search for meaning in life. In the variable Gender, the Mann-Whitney U test detected a statistically significant difference ($p < 0,05$) in the components of the Religious Attitudes Scale (Knowledge, Sentiment, Behavior, Corporeity) and the SRPB domain, in which women scored more than men. However, in the Presence and Search factors, no differences were found between the sexes. In view of this, it is shown that the female sex is more religious than male sex and that both men and women can find and search meaning in life. In short, spirituality and religiousness are *senderos* (paths), by which oncological patients can turn to extract meaning in life.

Keywords: Spirituality. Religiousness. Meaning in Life. Oncological Patients.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Descrição do órgão/parte atingido pelo câncer.....	37
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatísticas relativas às variáveis de idade e de sexo.....	34
Tabela 2. Caracterização do estado civil.....	34
Tabela 3. Caracterização do grau de instrução.....	34
Tabela 4. Caracterização da zona de moradia.....	35
Tabela 5. Caracterização da situação ocupacional.....	35
Tabela 6. Caracterização do rendimento familiar.....	35
Tabela 7. Caracterização da religião e da prática religiosa.....	36
Tabela 8. Caracterização do órgão/parte atingido pelo câncer.....	36
Tabela 9. Caracterização do tempo do diagnóstico do câncer.....	37
Tabela 10. Correlações entre Espiritualidade, Religiosidade, Sentido de Vida e Idade.....	38
Tabela 11. Estatísticas descritivas dos domínios Espiritualidade, Religiosidade e Sentido de Vida com relação a variável Sexo.....	39
Tabela 12. Correlações entre Espiritualidade, Religiosidade e Sentido de Vida.....	40
Tabela 13. Regressões sobre Espiritualidade, Comportamento Religioso e Sentimento Religioso na Presença de Sentido.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- a.C.** – antes de Cristo
- B** – Coeficiente não padronizado
- β** – Coeficiente padronizado
- BS** – Busca de Sentido
- CAAE** – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- Cf.** – Conferir
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CR** – Comportamento Religioso
- DP** – Desvio Padrão
- EAR-20** – Escala de Atitudes Religiosas, versão expandida
- EJC** – Encontro de Jovens com Cristo
- et al.** – E outros
- F** – Comparação de média
- FAP** – Fundação Assistencial da Paraíba
- In.** – Em
- INCA** – Instituto Nacional do Câncer
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- Org.** – Organizador ou organizadores
- Máx.** – Máximo
- Mín.** – Mínimo
- p** – Valores estatisticamente significativos
- PB** – Paraíba
- PS** – Presença de Sentido
- r** – Correlação de Pearson
- R²** – Proporção de variância explicada
- Sig.** – Significância
- SM** – Salário Mínimo
- SPSS** – *Statistical Package for Social Science*
- SRPB** – *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*
- SV** – Sentido de Vida
- t** – teste de comparação de médias

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life instrument*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 Espiritualidade.....	18
2.2 Religiosidade.....	19
2.3 Sentido de vida.....	21
2.4 Câncer.....	24
2.5 Espiritualidade, religiosidade e sentido de vida no câncer.....	25
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO	29
3.1 Tipo de pesquisa.....	29
3.2 Participantes.....	29
3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	29
3.4 Instrumentos de coleta dos dados.....	29
3.4.1 Questionário biosociodemográfico.....	29
3.4.2 WHOQOL-100 (Domínio: Religião, Espiritualidade e outras Crenças Pessoais).....	30
3.4.3 Escala de Atitudes Religiosas (EAR-20).....	30
3.4.4 Questionário de Sentido de Vida.....	30
3.5 Procedimento de coleta de dados.....	31
3.6 Processamentos e análise dos dados.....	31
3.7 Aspectos éticos.....	32
4 RESULTADOS	33
4.1 Caracterização dos participantes.....	33
4.2 Escalas de mensuração.....	38
5 DISCUSSÃO	42
5.1 Correlação entre os construtos Espiritualidade, Religiosidade e Sentido de Vida e as variáveis Idade e Sexo.....	42
5.2 Correlação e regressão entre Espiritualidade, Religiosidade com a Presença de Sentido em pacientes oncológicos.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE	61
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO.....	62

ANEXOS	63
ANEXO A – WHOQOL-100 (DOMÍNIO: RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E OUTRAS CRENÇAS PESSOAIS).....	64
ANEXO B – ESCALA DE ATITUDES RELIGIOSAS (EAR-20).....	65
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SENTIDO DE VIDA.....	66
ANEXO D – MAPA DAS CIDADES DA PARAÍBA ONDE OS PACIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA RESIDEM.....	67
ANEXO E – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 510/16 DO CNS.....	68
ANEXO F – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA.....	69
ANEXO G – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	70
ANEXO H – CERTIDÃO DO DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA.....	71
ANEXO I – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	72
ANEXO J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	73
ANEXO K – TIRINHA DE CALVIN SOBRE SENTIDO DA VIDA (BILL WATTERSON).....	75

1 INTRODUÇÃO

A denominação genérica “câncer” define um grupo de mais de 100 doenças que possuem uma característica em comum – o crescimento desordenado de células – que invadem tecidos e órgãos do corpo humano e podem sofrer metástases (GOMES, 2014). Desse modo, essas células cancerígenas multiplicam-se de forma rápida, hostil e irrefreável, o que nomeia, assim, as neoplasias malignas (BRASIL, 2017).

Em sua maioria, os casos de cânceres estão relacionados à exposição a fatores de risco ambientais, como, por exemplo, tabagismo, medicamentos, hábitos alimentares e radiação solar, que refletem diretamente no aumento das taxas de incidência com a passagem do tempo. Em decorrência, estima-se que no ano passado houve quase 500.000 mil novos casos para ambos os sexos no Brasil, sendo desses quase 5.000 no cenário do estado da Paraíba (INCA, 2018a, 2018b).

Hodiernamente, apesar do surgimento de avanços para os tratamentos das doenças oncológicas, ainda persistem as ideias de finitude e de morte ligada ao termo câncer (GOBATTO; ARAUJO, 2013). Além disso, existem as sequelas fisiológicas e as emocionais, tais como, queda de cabelo, fraqueza, vulnerabilidade e medo da recidiva da enfermidade, que criam imprecisões e incertezas quanto à identidade do ser humano (AQUINO; ZAGO, 2007; SILVA *et al.*, 2008).

Outrossim, as crenças espirituais e as religiosas podem influenciar o modo como o paciente com câncer lida com a doença e extrai significado dela, além de tornarem-se fatores importantes diante do enfrentamento da enfermidade. Por isso, há um número crescente de estudos na área da saúde envolvendo espiritualidade, religiosidade e sentido de vida como, por exemplo, o de Correia *et al.* (2016), que verificou a importância dos fatores espirituais/religiosos para o paciente com câncer, e o de Jim e colaboradores (2015), que descreveu os efeitos positivos da religiosidade na saúde física do enfermo oncológico (KOENIG, 2012).

Dessa forma, a espiritualidade e a religiosidade podem contribuir para um aumento na qualidade de vida e para uma diminuição das experiências negativas geradas pelo câncer (TARAKESHWAR *et al.*, 2006). Ademais, elas auxiliam na aceitação e no enfrentamento da patologia, a partir do sentido de vida encontrado no sofrimento (AMARO, 2013).

Diante desse contexto, esta pesquisa teve como objetivo geral verificar a influência da espiritualidade e da religiosidade no sentido de vida de pacientes oncológicos em um hospital de Campina Grande - PB. Em vista disso, apresentou como objetivo específico identificar a relação entre esses construtos e as variáveis biosociodemográficas: Idade e Sexo.

Logo, a questão de pesquisa que norteou este trabalho foi: a espiritualidade e a religiosidade exercem influência no sentido de vida de pacientes oncológicos? A seguir, será apresentada a fundamentação teórica do presente trabalho, a qual foi delineada através das dimensões espiritualidade, religiosidade, sentido de vida e câncer, e a relação entre elas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Espiritualidade

Uma grande parte da literatura relaciona a palavra espiritualidade (no grego *Πνευματικότητα*) com o termo grego *πνεύμα* (pneuma), que significa ar em movimento, mente, espírito, alma e respiração. Desse modo, a raiz semântica da palavra pneuma (*πνευ*), que equivale a ar – elemento do qual alguns filósofos da Grécia antiga acreditavam que tudo se originou – descreve o seu movimento como sendo o de uma respiração de uma pessoa, admitindo, assim, que ela estava viva. Além do mais, a palavra espiritualidade, no latim, vem do substantivo *spiritus* que significa "o sopro da vida", o que extrai um sentido que é experiencial pelo próprio significado da origem da palavra (TZOUNIS, 2017).

Sendo assim, a espiritualidade é uma dimensão constitutiva do ser humano (TEIXEIRA *et al.*, 2004), que abarca todas as expressões de religiosidade, por isso abrange uma multiplicidade de fenômenos da esfera religiosa (JUNG, 2016) e pode até incluir os que não se consideram religiosos (KOENIG, 2012). Em vista disso, seu conceito, que pode ser achado em todas as tradições, se torna mais amplo do que o de religiosidade, pois relaciona a transcendência do eu para conexão com o outro, em unidade com a vida, com o ambiente e com o universo (DE LA LONGUINIERI; YARID; SILVA, 2016).

Outrossim, a espiritualidade possui aspectos de comportamento, de cognição e de experiência. Dessa maneira, esses fatores incluem, respectivamente, externar as crenças espirituais próprias e internalizar o seu estado de espírito, procurar o sentido na vida e ter sentimentos para com o amor, a paz e a esperança (KOENIG, 2012). Por conseguinte, essa dimensão deve ser entendida como uma busca pessoal para compreender o sentido da vida, a existência e a relação pessoal com o sagrado ou com o transcendente, que pode ou não levar a práticas religiosas (BRAVIN *et al.*, 2017). Em decorrência, ela vai além da experiência humana palpável (ARRIEIRA *et al.*, 2018), ou seja, é necessário ter-se uma relação com o sobrenatural ou com a religião (KOENIG, 2012).

Ademais, o crescimento do interesse que existe na área da saúde sobre o estudo da espiritualidade, se dá pelos resultados que comprovam a eficiência dela no enfrentamento de qualquer doença (SILVA; SILVA, 2014; SILVA, 2016), como,

por exemplo, no câncer. Por essa razão, o paciente pode procurá-la como auxílio para diminuir os sofrimentos e as dificuldades advindos da enfermidade, a fim de encontrar uma esperança maior de cura com o tratamento (EVANGELISTA *et al.*, 2016) e um sentido de existência (FRANKL, 2018a).

Logo, as consequências da espiritualidade na vida de uma pessoa podem resultar em um estado social benéfico, a partir do vínculo com o próximo e em bons indicadores de saúde mental, como, por exemplo, a paz interior, o conforto, a honestidade e a gratidão (ALVES; AQUINO, 2017; KOENIG, 2012). Assim, os afetos positivos dela – fé, esperança, amor, alegria, compaixão e perdão – unem o ser humano ao outro e a experiência com o divino (VAILLANT, 2010).

Destarte, há uma estreita relação entre espiritualidade e saúde e isso vem sendo demonstrado nas pesquisas científicas, como, por exemplo, a de Cragun *et al.* (2016) e de Park *et al.* (2015). Desta forma, esses estudos revelam que essa dimensão provoca efeitos positivos na saúde física, tais como: a diminuição da frequência cardíaca e da pressão sanguínea por ação do sistema simpático e parassimpático, que agem no sistema cardiovascular (KOENIG, 2012).

Por fim, a espiritualidade também pode reduzir os níveis de cortisol que ativam as defesas e abaixa os níveis de ansiedade atuando, assim, no sistema imunitário e no endócrino (PINTO; CALDEIRA; MARTINS, 2012). Diante desse contexto, existe uma necessidade de distinguir a espiritualidade da religiosidade. Por isso, logo abaixo será explanada a dimensão de religiosidade para melhor compreensão da diferença entre ambas.

2.2 Religiosidade

A religiosidade foi separada do conceito de espiritualidade pela utilização de forma mais restrita (PESTANA; ESTEVENS; CONBOY, 2007), por isso há a necessidade de diferenciá-las (SILVEIRA; AZAMBUJA, 2018). Sendo assim, a palavra religiosidade tem raiz etimológica na palavra religião que surge da palavra em latim *religare* que significa ligar ou ligar de volta, ou seja, implica em se reconectar através do gesto de adoração a Deus por uma falta de intimidade dos adoradores para com o Divino. Entretanto, há outro significado etimológico da palavra, menos conhecido, que é a palavra latina *relegere* que significa reler (LIBÂNIO, 2004; OPPONG, 2013).

Logo, a religiosidade revela uma busca do ser humano pelo sagrado, sem mencionar o que viria a ser esse sagrado, a fim de que possa compreender a realidade na qual se vive ou até mesmo como uma forma de pedir para que um problema seja solucionado (MANOEL, 2007). Dessa forma, encontra-se durante toda a história do ser humano, desde o homem primitivo até o *Homo sapiens*, expressões de crenças religiosas (AQUINO, 2013) como, por exemplo, nas pinturas, nas esculturas, nos ritos funerários, nos mitos e nos lugares de oração, todos direcionados para a relação do *homo religiosus* (homem religioso) com o divino (RIES, 2008).

Por isso, a religiosidade pode ser vista como um fenômeno universal e, assim, parte do homem (AQUINO, 2013). Nesse sentido, o ser humano é, por essência religioso, seja ele de forma consciente ou inconsciente, já que por mais que o relacionamento com o transcendente pareça ser inseparável, por muitas vezes essa relação permanece velada, ou seja, oculta para ele mesmo (FRANKL; LAPIDE, 2014).

Outrossim, nem sempre a religiosidade está ligada a uma religião com uma instituição, podendo ser vista como manifestações sincréticas, de livre expressão e de qualquer ortodoxia dominante (MANOEL, 2007). Inclusive, ela pode mudar durante o ciclo da vida, isso faz com que cada etapa de idade vivencie, aprenda e pratique de forma diferenciada (CAMBOIM; RIQUE, 2010). De tal forma que, a religiosidade durante as etapas de vida do ser humano em torno da busca de sentido de vida, pode ser relacionada com os estágios da fé como, por exemplo, o estágio da fé madura (a partir dos 40 anos), onde o homem direciona-se para além de si mesmo (autotranscedência) (FOWLER, 1992).

Por essa razão, a religiosidade pode ser definida como o quanto uma pessoa acredita que segue e pratica uma religião, sendo essa entendida como um sistema de crenças baseadas em rituais, valores e regras éticas específicas, com o objetivo de fazer uma ponte entre o sagrado e o profano. Assim, a religiosidade pode ser dividida em dois grupos: primeiro, o organizacional que seria, por exemplo, a participação na igreja ou no templo, e, em segundo, o não organizacional que são as pessoas que rezam, leem livros ou assistem aos programas religiosos na televisão (LUCHHETTI *et al.*, 2011).

Ademais, há outra divisão da religiosidade em cinco dimensões. Primeira, a social, que origina um sentimento de pertença a um grupo devido a prática religiosa.

Segunda, a intelectual, que aborda o conhecimento sobre a fé religiosa e seus dogmas. Terceira, a experiencial, que se refere às experiências emocionais a partir da esfera religiosa. Em seguida, a ritualística, que diz respeito ao comportamento religioso e, por último, a ideológica, onde o credo religioso se relaciona com o sentido da vida do homem e à natureza de Deus (AQUINO *et al.*, 2013).

Na atualidade, muitos estudiosos como, por exemplo, Abdala *et al.* (2015) e Pontes *et al.* (2015), afirmam que a religiosidade de um indivíduo influencia na saúde física e mental, promovendo efeitos positivos, tais como: promoção da autopercepção positiva e crenças saudáveis, diminuição da pressão arterial e bom funcionamento do sistema imunológico. Afinal, essa dimensão dá o suporte social, contribui para o modo de vida (dieta, exercício e o ato de não fumar) e ajuda no enfrentamento dos estresses psíquicos (KOENIG, 2012; MELO *et al.*, 2015).

Portanto, a religiosidade torna-se uma via importante na vida do ser humano, pois pode auxiliá-lo em uma situação classificada como grave, como no caso quando ele ao ser diagnosticado com câncer, questiona sobre o significado daquele sofrimento (COUTO, 2015). Dessa maneira, a crença religiosa pode predispor-lo a mudar as atitudes diante dos pensamentos, das palavras proferidas e das emoções e, por fim, ocasionar um melhor enfrentamento da doença (AQUINO *et al.*, 2009). Consequentemente, isso influencia no sentido de vida, conceito este que será discutido de forma mais profunda a seguir, alterando condutas e decisões.

2.3 Sentido de vida

Qual é o sentido da vida? A expressão “sentido da vida” significa ter uma finalidade na vida, um objetivo, e isso já era discutido na filosofia grega. Por isso, para Aristóteles, é esse propósito que põe movimento às demais causas, motiva, direciona e dá esperança ao ser. Esse questionamento filosófico sobre o significado e a finalidade da existência do ser humano, por muitas vezes, não é respondido de forma satisfatória, sendo que a resposta de cada ser humano é, em sua maioria, existencial. (BOFF, 2014).

Sendo assim, o homem é um ser que busca o sentido da sua vida (visão de um sentido último), que procura extrair um sentido de vida de cada situação (o que pode significar um sentido do momento ou na vida) e um sentido do mundo (do universo), com a finalidade de concretizar eles e completar a essência da sua

existência (FRANKL, 2016a). De maneira análoga a um ser circular (SILVERSTEIN, 2018), o homem é aquele que busca a parte que falta, que procura a metade da esfera para se tornar uno, completo (PLATÃO, 2015).

Dessa maneira, admite-se que o ser humano é constituído por uma vontade de sentido como centro de sua existência e esse sentido é analisado pela teoria denominada Logoterapia e Análise Existencial. Em vista disso, a palavra *Logos* é grega e significa sentido, significado, espírito. Já a palavra existência refere-se ao modo de ser específico ou a vontade de encontrar um sentido concreto na vida (FRANKL, 2018a).

Dessa forma, a Logoterapia e Análise Existencial busca a originalidade e a identidade do homem na autotranscendência, afirmando que o ser humano é constituído por três dimensões: pela corporal, pela psíquica e pela espiritual (*noos*). Portanto, ela não só indaga o ser humano sobre seu sentido último e seus sentidos promulgados nas mais diversas situações da vida, como também leva em consideração a atitude do indivíduo frente à morte e à aflição existencial (XAUSA, 2013).

Destarte, a Logoterapia possui três fundamentos: a liberdade de sentido (livre-arbítrio do homem diante dos condicionamentos da existência), a vontade de sentido (motivação primária da transitoriedade humana em busca de sentido para o seu viver) e o sentido da vida (relação da pessoa humana para com o universo). Em decorrência, o sentido da vida do ser humano, uma das bases da teoria, é encontrado em sua relação com o mundo, já que sua existência se define como um “ser no mundo” (AQUINO *et al.*, 2015).

A partir disso, o ser humano é um ser que tem sua natureza, sua essência própria, que não se explica, pois, o ato de definir o reduz a um ente (coisa), (HEIDEGGER, 2006) e que consegue se distanciar não apenas de uma circunstância, como também de si próprio (autodistanciamento) para dirigir-se para além de si mesmo (autotranscendência), para o mundo externo. Conseqüentemente, a pessoa humana, apesar dos condicionantes biológicos, psicológicos e sociais e dos questionamentos feitos pela existência, é capaz de tomar uma atitude diante deles, de se pôr frente a frente com a vida e de dialogar com ela (FRANKL 2006, 2011, 2014, 2017a).

Logo, o homem ciente da sua finitude e da efemeridade das oportunidades lançadas diante dos seus olhos (AQUINO, 2013), busca encontrar um sentido na

sua vida. Diante disso, esse sentido pode ser encontrado por meio da capacidade de amar, de trabalhar (AQUINO, 2009), diante do sofrimento inevitável, por exemplo, uma doença, ou das piores situações que se possa imaginar, tais como um campo de concentração, afinal o *homo patiens*, homem que sofre e tem consciência desse sofrimento, executa sua orientação ontológica para a efetuação do seu sentido e pode ter a realização diante da dimensão do fracasso (FRANKL, 2016a, 2017b).

Nessa linha, o ser humano é abarcado como um ser que busca preencher a sua temporalidade com um sentido para sua vida (ALVES; AQUINO, 2017), sentido esse que só pode ser encontrado de forma pessoal e situacional (XAUSA, 2013) e que abrange a responsabilidade dele de realizá-lo (FRANKL; LAPIDE, 2014). Assim, comparando os sentidos de vida a uma associação de resistores em paralelo, onde o funcionamento de uma lâmpada permanece caso uma outra fonte de luz que esteja ligada a ela queime (JUNIOR; FERRARO; SOARES, 2007), existe a possibilidade de se ter uma rede de sentidos ligados paralelamente e de, assim, descobrir novos significados, mesmo quando um deles “queimar” (FRANKL, 2018a).

Outrossim, na Mitologia Grega, Sísifo foi um mortal condenado por Zeus a rolar eternamente uma pedra até o cume de uma montanha. Entretanto, ao chegar no topo a pedra sempre retornava à base. De maneira similar, o homem, fadado ao fracasso, tem consciência da sua tragédia e encara o seu destino (CAMUS, 2018). Mas também, esse mesmo homem, é dotado de liberdade para escolher a atitude frente ao sentido dos aspectos negativos de uma determinada situação e, a partir dele, extrair um sentido com aspectos positivos (AQUINO, 2015).

Desse modo, há uma tríade valorativa pela qual o homem concretiza os seus sentidos: valores de criação (o que se oferece ao mundo – trabalhos, ações), valores de vivência (o que se recebe do mundo – amor, natureza) e valores de atitude (como encara-se as adversidades da vida – sofrimento, culpa e morte). Dentre elas, destaca-se essa última, valores atitudinais, que seria, por exemplo, tomar uma atitude perante uma situação imutável, ou seja, transformar uma tragédia em uma realização humana (AQUINO *et al.*, 2015) e, com isso, assumir a responsabilidade frente a realização do seu projeto de existência (AQUINO, 2015). Assim sendo, neste exemplo, pode-se incluir a situação na qual o paciente descobre o diagnóstico do câncer e enfrenta as dificuldades do tratamento (FRANKL, 2017a).

Por conseguinte, diante da situação de sofrimento inevitável, como no caso do câncer, e do confronto a respeito da provável perda de sentido da vida, é que o

homem, ao extrair sentido do sofrimento, realiza o que há de mais humano nele. Inclusive, é enfrentando situações que não podem ser alteradas que ele muda a si próprio, através dos valores de atitude com os quais enfrenta a doença (FRANKL, 2015, 2016b). Então, em qualquer situação, é possível dar a entender ao paciente que a vida tem possibilidade de ter sentido (FRANKL, 2017a). A seguir, será abordado de forma mais específica a doença câncer.

2.4 Câncer

O termo câncer tem sua origem na palavra grega *karkinos* que significa caranguejo. Assim, esse vocábulo deve-se a semelhança entre o tumor, que contém vasos sanguíneos ao seu redor, e o crustáceo que fica enterrado na areia com suas patas abertas em forma de círculo. Outrossim, existe outra palavra grega relacionada ao termo câncer que é *onkos*, utilizada para descrever os tumores e é a origem da palavra oncologia, área da Medicina dedicada ao estudo e tratamento das doenças cancerígenas. Além disso, esse termo grego denominava a máscara que era usada na tragédia grega, com o objetivo de mostrar a carga mental que era suportada pelo ator (MUKHERJEE, 2017), o que podemos comparar também com fardo psíquico carregado pelo paciente oncológico.

Em vista disso, o câncer pode ser definido como um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento anormal das células, que se dividem de forma não controlada e desenvolvem tumores que podem se espalhar pelo corpo humano. Outrora, o primeiro registro científico dessa doença foi feito por Hipócrates, pai da Medicina, em torno de 400 a.C., apesar de egípcios, de persas e de indianos já terem registrado sobre tumores malignos. Assim sendo, foi no século XX que surgiram os primeiros procedimentos cirúrgicos para remoção de alguns tumores como, por exemplo, o tumor no estômago. Desta forma, surgiram centros especializados em pesquisa para combater o câncer (BARRETOS, 2012).

Entretanto, apesar dos inúmeros avanços nas pesquisas para combater a doença do câncer no mundo, a cada ano, são diagnosticadas mais de 12,7 milhões de pessoas com câncer, sendo que 7,6 milhões dessas chegam ao óbito por causa da doença. Logo, para ano passado no Brasil, esperou-se cerca de 500 mil novos casos, sendo a maioria de câncer de próstata (31,7%) para homens e câncer de mama (29,5%) para as mulheres (INCA, 2018c).

Destarte, o diagnóstico e o tratamento do câncer geram um grande impacto na vida das pessoas, causando transtornos. Ademais, as alternativas terapêuticas para a doença oncológica, como a quimioterapia e a radioterapia, podem causar alguns efeitos colaterais como: náuseas, vômitos e queda de cabelo, que podem influenciar na qualidade de vida do enfermo (DE OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Além do mais, os pacientes podem apresentar problemas de ordem psicológica como, por exemplo, a baixa autoestima, a depressão e a ansiedade, bem como sentir dificuldade no suporte dado pela sociedade (OLIVA *et al.*, 2013). Diante disso, a espiritualidade e a religiosidade podem ser não só estratégias alternativas de enfrentamento dos eventos que são considerados estressantes para os pacientes (ALVES *et al.*, 2016), como também uma influência para o sentido de vida do paciente oncológico, como será visto a seguir.

2.5 Espiritualidade, religiosidade e sentido de vida no paciente oncológico

O conceito de saúde foi consideravelmente modificado desde a idade antiga até a idade contemporânea. Assim sendo, na Grécia Antiga, a sociedade escravista era baseada na relação entre o homem livre e o escravo. Porém, os privilégios políticos e, com isso, os de saúde, tal como o de higiene pessoal, eram dados apenas ao homem livre, que tinha tempo disponível para a execução deles (ETCHEVERRY, 1990).

Outrora, na idade média, a organização da sociedade feudal era baseada entre o senhor feudal e o servo. Por isso, a compreensão do mundo partia do princípio que tudo era vontade de Deus, ou seja, a saúde presente no indivíduo era entendida como uma dádiva do Criador e cuidar do doente era um dever do cristão e uma prática da caridade (ETCHEVERRY, 1990).

Além disso, na sociedade consumista o controle advém do poder econômico do indivíduo, reduzindo o ser ao ter. Conseqüentemente, a definição de saúde está voltada para consertar a máquina do corpo humano para que ela possa voltar, o mais breve possível, ao poder de compra e de produção (ETCHEVERRY, 1990).

Entretanto, foi após a segunda guerra mundial, em 1948, que uma definição, criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), passou a ser mundialmente aceita. Em suma, esse conceito da OMS diz que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de

enfermidade”, fazendo com que se reconheça o direito a saúde e o dever do Estado na promoção e proteção da mesma (SCLIAR, 2007; WHO, 2014).

Todavia, apesar dessa definição ter sido reconhecida e permanecer nos documentos básicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) até hoje, surgiu, alguns anos depois, a necessidade de englobar mais aspectos nela, visando o ser humano como um todo. Em vista disso, em 1984, a OMS em um documento discutiu a necessidade de incluir a dimensão espiritual na estratégia de saúde para o ano 2000, remetendo que o bem-estar também se encontra relacionado a questões como sentido na vida (CANASSA; FERRETE, 2016; WHO, 1984).

Dessa maneira, em 1998, a OMS publicou um glossário de promoção de saúde na qual afirmava que a dimensão espiritual estava sendo cada vez mais reconhecida e identificou seis grandes domínios que descrevem os principais aspectos da qualidade de vida entre culturas, dentre eles um que engloba as crenças pessoais e a espiritualidade como, por exemplo, o sentido na vida. Assim, ainda no ano de 1998, o Programa de Saúde Mental da OMS lançou a escala *World Health Organization Quality of Life instrument -100 (WHOQOL-100) com o domínio Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)* que mensura a relação entre o SRPB, a qualidade de vida e a saúde do indivíduo (WHO, 1998a, 1998b).

Logo, há um novo conceito de saúde e com ele uma expectativa de uma nova sociedade, pois o homem não precisa de uma homeostase, mas necessita de uma noodinâmica (tensão entre o que se é e aquilo que se deveria ser). Dessa maneira, ele anseia pela busca de sentido na vida, mesmo nas situações infaustas, a partir da realização do bem-estar individual e principalmente do comunitário (autotranscendência) (FRANKL, 2018a).

Outrossim, a curiosidade sobre a espiritualidade e a religiosidade não surgiu a partir da década de 1980, mas sempre esteve presente no curso da história temporal ou cultural do ser humano. Porém, só recentemente que a área da ciência começou a investigar esses fatores, e foi na década de 1960 que surgiram as primeiras pesquisas com amostras específicas, como, por exemplo, as enfermidades graves, mostrando a influência dessas áreas sobre a saúde do paciente (PERES; SIMÃO; NASELE, 2007).

Desse modo, a espiritualidade e a religiosidade têm demonstrado influência sobre a saúde do corpo e da mente, o que ajuda no enfrentamento da doença a partir da motivação e da cooperação de aderir ao tratamento. Por conseguinte,

podem afetar o sistema cardiovascular, o imunológico e o endócrino, de modo que haja uma influência a resposta ao tratamento médico (KOENIG, 2012). Além do mais, auxiliam na diminuição do estresse e do sofrimento causado pela doença. Destarte, as duas são vistas como uma ligação entre a perda da esperança e a chegada de um sentido de vida com significado, sendo adotada muitas vezes por pacientes (BATISTA, 2017).

Assim, ambas, são consideradas como fatores de enfrentamento de enfermidades graves como, por exemplo, o câncer, que provoca grande impacto na vida (FORNAZARI; FERREIRA, 2010; OLIVEIRA; QUELUZ, 2016; SAMPAIO; SIQUEIRA, 2016). Além disso, elas contribuem na busca de um sentido de vida desses pacientes, direcionando-os para a descoberta do para que viver através da contemplação e da reflexão dos acontecimentos da vida (SANTOS; BARBOSA, 2013). De tal modo, o paciente como ser que é, de fato, aspira encontrar o sumo sentido guiado pela consciência e, ainda, transcender, obtendo como consequência um motivo para a felicidade (FRANKL, 2018b).

Sendo assim, por mais que a vida possa parecer que carece de sentido, levando o homem ao desespero diante do sofrimento (KIERKEGAARD, 2010) e mesmo que haja o anseio de compreender o motivo e a duração do sofrimento (AGOSTINHO, 2015), não existe situação na vida que não tenha um sentido. Logo, é possível encontrar sentido no sofrimento. Então, se o ser humano cumprir o sentido através do sofrimento, no caso de um enfrentamento de uma doença, aceitando-o com valores atitudinais, ele concretiza o que há de mais humano nele e cresce para além de si mesmo (FRANKL, 2015).

A partir disso, é compreensível, apesar das inúmeras dificuldades, que haja um crescimento na valorização da religiosidade e da espiritualidade como um recurso terapêutico na área da saúde, contribuindo desta forma para a descoberta do sentido de vida. Por esse motivo, o envolvimento religioso ou espiritual pode influenciar a saúde através da estratégia de enfrentamento pessoal, diante de alguma situação estressora, de uma fonte de suporte social, já que oferecem ajuda ao próximo, ou de um modificador comportamental, pois muitas decisões são influenciadas por crenças religiosas (KOENIG, 2012).

Portanto, vários estudos expõem que as atividades religiosas estão conexas a um melhor enfrentamento e a uma melhora na qualidade de vida dos pacientes com câncer, pois geram uma adaptação mais rápida aos momentos difíceis e promovem

a esperança, o otimismo e a alegria, dando significado e propósito na vida (KOENIG, 2012). Dessa forma, o percurso de uma doença como o câncer requer um cuidado individual, pois o momento vivenciado pode ter significações diferentes para cada pessoa. Diante disso, ter uma atenção especial para a espiritualidade e para a religiosidade é imprescindível, pois as mesmas ocupam lugares de destaque na vida da maioria dos indivíduos (SOUSA *et al.*, 2017). Logo abaixo, será destrinchado o método com o qual este trabalho foi realizado.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de pesquisa

Esse estudo, correlacional de campo, foi desenvolvido através de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, no período de janeiro a fevereiro de 2019.

3.2 Participantes

A pesquisa foi composta por 100 pacientes de ambos os sexos, sendo 85 do sexo feminino (85%) e 15 do sexo masculino (15%). Ademais, a média aritmética simples da idade encontrada foi de 53,97 anos (DP = 12,812; Amplitude = 21 a 81), sendo o paciente mais jovem entrevistado com idade de 21 anos e o mais velho com 81 anos.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo, pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que tinham consciência do diagnóstico do câncer e que estavam em tratamento para a doença no hospital de Campina Grande - PB, escolhido para a pesquisa. Foram excluídos os pacientes que não sabiam do diagnóstico da doença e que eram menores de 18 anos.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

3.4.1 Questionário biosociodemográfico

Foi utilizado um questionário elaborado para o estudo, que permitiu investigar os dados biosociodemográficos e clínicos dos pacientes. Assim sendo, os dados indagados pela entrevistadora foram relacionados à informação de caráter clínico, social e demográfico, tais como: idade, sexo, escolaridade, renda salarial, moradia, situação ocupacional, religião, tempo do diagnóstico e órgão que foi atingido pela doença (APÊNDICE A).

3.4.2 WHOQOL-100 (Domínio: Religião, Espiritualidade e outras Crenças Pessoais)

O domínio VI referente à SRPB do instrumento WHOQOL-100, validado no Brasil, avalia as crenças espirituais e o quanto elas influenciam na qualidade de vida (COSTA, 2012; WHO,1995), auxiliando as pessoas no enfrentamento das dificuldades e no encontro de um sentido de vida (FLECK *et al.*, 2003). Sendo assim, o domínio, com *Alfa de Cronbach* de 0,82 (FLECK *et al.*, 1999), é constituído por 4 itens organizados em uma escala *Likert* de 5 pontos que podem variar entre: nada até completamente (ANEXO A).

3.4.3 Escala de Atitudes Religiosas (EAR-20)

A Escala de Atitudes Religiosas (EAR-20) foi utilizada para averiguar a religiosidade dos pacientes (AQUINO *et al.*, 2013). Com isso, essa escala foi elaborada originalmente em português e é composta por vinte itens distribuídos em quatro componentes da atitude: Afetivo, Comportamental, Cognitivo e Expressivo, que apresentaram, respectivamente, um *Alfa de Cronbach* de 0,65, 0,82, 0,85 e 0,90. Assim sendo, esses itens são organizados em escala *Likert* de 5 pontos, em que as respostas seguem o seguinte padrão: nunca até sempre (ANEXO B).

3.4.4 Questionário de Sentido de Vida

O Questionário de Sentido de Vida foi originalmente produzido em inglês, traduzido para o português e validado para o contexto brasileiro (AQUINO *et al.*, 2015). Além disso, esse questionário é composto por 10 itens organizados, sendo trabalhado em duas dimensões: a Busca de Sentido (BS), que obteve um *Alfa de Cronbach* de 0,89 e a Presença de Sentido (PS), que apresentou um *Alfa de Cronbach* de 0,85. Portanto, todos os itens são divididos em escala *Likert* de 7 pontos, na qual as respostas seguem o padrão: totalmente falso até totalmente verdadeiro (ANEXO C).

3.5 Procedimento de coleta de dados

A amostra foi por conveniência, uma vez que os pacientes do hospital escolhido, após a autorização da pesquisa, foram convidados pela pesquisadora a participarem do estudo, observando-se se obedeciam aos critérios de inclusão ou de exclusão e, depois de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO J), foi dada a aplicação pela pesquisadora dos instrumentos citados anteriormente. Além disso, as visitas ocorreram de segunda à sexta, no turno matutino e/ou vespertino no setor de quimioterapia, no setor radioterapia e no setor de enfermaria da ala de oncologia do hospital.

Logo, o questionário e as escalas foram aplicados de forma individual, enfatizando que não havia respostas corretas ou incorretas e que poderiam expor livremente o que pensavam sobre cada item. Em sua maioria, a pesquisadora auxiliou na leitura e na marcação dos itens devido a situação na qual o paciente se encontrava, porém não foi emitido uma opinião sobre o que deveria ser respondido.

Ademais, em todas as abordagens foram lidas as instruções dos instrumentos, cujos quais também foram mostrados visualmente. Por isso, estima-se que, em média, foram necessários 20 minutos para cada pessoa concluir a participação na pesquisa.

3.6 Processamento e análise dos dados

Os dados foram tabulados e analisados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS) (versão 22). Por isso, as estatísticas realizadas foram descritivas, com o objetivo de verificar as medidas da tendência central e porcentagens, e inferenciais. Quanto a essas últimas, foram: correlação de Pearson, que analisa a relação entre as variáveis quantitativas; teste U de Mann-Whitney, para comparar a média de dois grupos de amostras independentes e Regressão Linear Múltipla, para analisar o caráter preditivo de uma ou de mais variáveis independentes sobre uma variável dependente. Outrossim, o nível de confiança do estudo foi de $p < 0,05$.

3.7 Aspectos éticos

Este projeto obedeceu a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2016), que segue a prática de pesquisa com seres humanos. Por isso, houve a necessidade de solicitar uma autorização para a realização do estudo no hospital escolhido, sendo que esse só foi iniciado após a aprovação no Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 02667218.0.0000.5188 e Parecer de número: 3.064.230.

Além disso, foram indispensáveis os seguintes documentos: termo de compromisso do pesquisador responsável (ANEXO E), declaração de concordância com o projeto de pesquisa (ANEXO F), termo de autorização institucional (ANEXO G), certidão com parecer favorável do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) (ANEXO H) e folha de rosto para estudo que envolve seres humanos (ANEXO I).

Por fim, os participantes da pesquisa foram informados a respeito dos objetivos dela e da confidencialidade dos dados coletados, sendo enfatizado que o abandono do estudo poderia ser realizado a qualquer momento, sem nenhum risco, e após essa explanação assinaram o TCLE (ANEXO J). Em seguida, serão mostrados os resultados obtidos a partir da análise do questionário e dos instrumentos respondidos.

4 RESULTADOS

Os resultados apresentados nessa parte da pesquisa trazem uma análise de variáveis nominais biosociodemográficas, tais como: idade, sexo, estado civil, grau de instrução, zona de moradia, situação ocupacional, rendimento familiar, religião, tipo de câncer e órgão/parte atingido pela enfermidade do câncer.

Além dessa análise descritiva, também serão apresentadas as estatísticas intervalares. Sendo assim, primeiramente, serão abordadas as variantes nominais e em seguida as escalares.

4.1 Caracterização dos participantes

Em sua maioria, as variáveis biosociodemográficas foram avaliadas em sua totalidade, sem a divisão por sexo, pois os dados coletados foram em maior parcela advinda do sexo feminino (85%). Por isso, devido a discrepância com relação ao sexo masculino (15%), foi decidido que a análise das variáveis nominais seria realizada de uma forma global.

Logo abaixo, serão apresentados os resultados com medidas de tendência central (média aritmética simples), de dispersão (amplitude e desvio padrão). Além disso, serão mostrados os de porcentagem das variantes nominais.

Assim, pela análise dos dados apresentados na Tabela 1, localizada abaixo, pode-se observar que a amostra foi composta por 100 pacientes de ambos os sexos, sendo 85 indivíduos do sexo feminino (85%) e 15 do sexo masculino (15%). Além disso, a faixa etária variou entre 21 anos, para o paciente mais jovem, e 81 anos, para o paciente mais velho. Dessa maneira, foi calculada a média aritmética simples da idade, que obteve como valor 53,97, o Desvio Padrão (DP) com um resultado de 12,812 e a amplitude de 21 a 81.

Tabela 1. Estatísticas relativas às variáveis de idade e de sexo

	Quantidade	Idade Mín.	Idade Máx.	DP	Média
Feminino	85	21	81	13,263	53,77
Masculino	15	43	70	7,709	55,38
Total	100	21	81	12,812	53,97

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

A partir dos dados da Tabela 2, conclui-se que 58 dos entrevistados são casados, o que representa a maioria (58%). Sendo assim, os demais representam uma quantidade de: 10 divorciados (10%), 4 com uma relação estável (4%), 14 viúvos (14%) e 14 solteiros (14%).

Tabela 2. Caracterização do estado civil

	Casado	Divorciado	Relação estável	Viúvo	Solteiro
Total	58	10	4	14	14

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

No que se refere ao grau de instrução (cf. Tabela 3), verifica-se que 54 dos pacientes (54%) possuem o nível de ensino como sendo o fundamental incompleto, 10 o fundamental completo (10%). Além disso, 3 são iletrados (3%), 15 tem o médio completo (15%), 4 a pós-graduação (4%), 12 o superior completo (12%) e 2 o técnico completo (2%).

Tabela 3. Caracterização do grau de instrução

	Fundamental incompleto	Fundamental completo	Iletrado	Médio completo	Pós- graduação	Superior completo	Técnico completo
Total	54	10	3	15	4	12	2

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Em relação à zona de moradia, (cf. Tabela 4) constata-se que a maioria dos pacientes é proveniente do meio urbano (86%) e a minoria do meio rural (14%). Ademais, no mapa anexado (ANEXO D) pode-se observar que a maior parcela dos

enfermos reside em cidades próximas à Campina Grande, sede do hospital escolhido para a pesquisa.

Tabela 4. Caracterização da zona de moradia

	Zona urbana	Zona rural
Total	86	14

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Quanto à situação ocupacional (cf. Tabela 5), analisa-se que 91 pacientes com câncer (91%), que participaram da pesquisa, encontram-se fora do mercado de trabalho, cujo desses 32 são aposentados e 59 não estão trabalhando no momento, devido a enfermidade. Além desses, há 9 pessoas que permanecem empregadas (9%), apesar das limitações ocasionadas pela doença. Por fim, a maioria apresentou a profissão de agricultor (40%) e as demais distribuíram-se em outras como, por exemplo, agente de saúde, auxiliar de serviços gerais e doméstica. Entretanto, essas ocupações não foram apresentadas por terem um número de participantes muito pequeno.

Tabela 5. Caracterização da situação ocupacional

	Não trabalham		Trabalham
	Aposentados	Não aposentados	
	32	59	9
Total	91		9

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Com base no rendimento familiar (cf. Tabela 5), observa-se que 12 pessoas referem uma renda financeira em sua família menor que um salário mínimo (SM) (12%). Em seguida, 56 pessoas com uma rentabilidade igual a um salário mínimo (56%) e, por fim, 32 indivíduos com um ganho salarial superior a um salário (32%).

Tabela 6. Caracterização do rendimento familiar

	<1SM	1SM	>1SM
Total	12	56	32

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Para a variável nominal de religião (cf. Tabela 7), foram encontradas, durante a pesquisa, 77 indivíduos que expressam a religião católica (77%), 14 a evangélica (14%), 2 a espírita e, por fim, 7 que não apresentavam religião, mas tinha o credo em Deus. Outrossim, 87 pessoas praticam a religião (87%) a qual estavam inseridas e 13 não praticam uma religião (13%), cujo 7 por não terem religião (7%) e 6 por outros motivos (6%) que não foram questionados de forma mais profunda durante a coleta de dados.

Tabela 7. Caracterização da religião e da prática religiosa

	Católica	Evangélica	Espírita	Sem religião	Praticante	Não praticante
Total	77	14	2	7	87	13

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

De acordo com o órgão/parte atingido pelo câncer (cf. Tabela 8 e Gráfico 1), verificou-se que havia 50 pessoas que tiveram a mama atingida (50%) e que representam, assim, a maioria na amostra. Distribuíram-se da seguinte forma: 3 pacientes tiveram o ânus atingido (3%), 3 a bexiga (3%), 1 o esôfago (1%), 3 o estômago (3%), 2 o fígado (2%), 6 o intestino (6%), 4 os linfonodos e gânglios (4%), 2 a medula óssea (2%), 5 o osso (5%), 2 o ovário (2%), 1 as partes moles (1%), 1 a pele (1%), 1 a próstata (1%), 6 o pulmão (6%) e 8 o útero (8%).

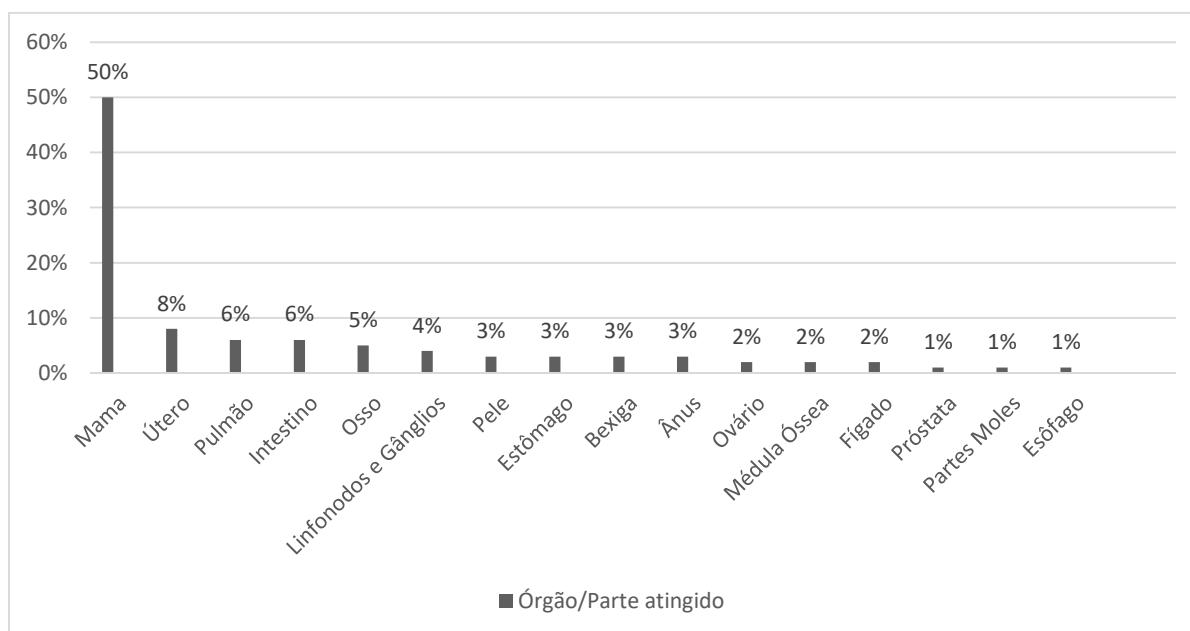
Tabela 8. Caracterização do órgão/parte atingido pelo câncer

Órgão/parte atingido	Quantidade
Mama	50
Útero	8
Pulmão	6
Intestino	6
Osso	5
Linfonodos e Gânglios	4
Pele	3
Estômago	3
Bexiga	3

Ânus	3
Ovário	2
Medula Óssea	2
Fígado	2
Próstata	1
Partes Moles	1
Esôfago	1
Total	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Gráfico 1. Descrição do órgão/parte atingido pelo câncer



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Relacionado ao tempo do diagnóstico do câncer (cf. Tabela 9), verifica-se que há 43 indivíduos com um tempo igual ou menor do que 12 meses, 43 com um tempo superior a 12 meses e inferior a 24 meses. Por fim, 14 com um período acima ou igual a 24 meses.

Tabela 9. Caracterização do tempo do diagnóstico do câncer

	≤12 meses	12>x<24 meses	≥24 meses
Total	43	43	14

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

4.2 Escalas de mensuração

Nesta seção, serão apresentadas as estatísticas inferenciais que foram realizadas com base nas escalas utilizadas na presente pesquisa, a saber: Escala de Atitudes Religiosas (EAR-20) (AQUINO *et al.*, 2013), a qual é composta por quatro fatores: Conhecimento Religioso (itens 1 a 7), Comportamento Religioso (itens 8 a 12), Sentimento Religioso (itens 13 a 15) e Corporeidade Religiosa (itens 16 a 20); Questionário de Qualidade de Vida, WHOQOL-100 (componentes 1,2,3,4), que corresponde ao domínio Espiritualidade, Religiosidade e outras Crenças Pessoais (FLECK *et al.*, 1999); e Questionário de Sentido de Vida (AQUINO *et al.*, 2015), composto pelos fatores Presença de Sentido (itens 1,4,5,6,9) e Busca de Sentido (itens 2,3,7,8,10).

Inicialmente, buscou-se verificar se há alguma relação entre Espiritualidade, Religiosidade e Sentido de vida com a variável idade dos participantes. Assim, foram realizadas análises de correlação de Pearson, as quais apresentaram os seguintes resultados:

Tabela 10. Correlações entre Espiritualidade, Religiosidade, Sentido de Vida e Idade

	Idade
Conhecimento Religioso	r = 0,15
Comportamento Religioso	r = 0,34*
Sentimento Religioso	r = -0,11
Corporeidade Religiosa	r = 0,14
SRPB	r = 0,12
Presença de Sentido	r = 0,17
Busca de Sentido	r = 0,20**

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

*p < 0,01 e **p < 0,05.

Tal como pode ser observado acima, a variável Idade apresentou correlação positiva e estatisticamente significativa com Comportamento Religioso (r = 0,34) e Busca de Sentido (r = 0,20), indicando que quanto maior a idade dos pacientes, mais

eles apresentavam um comportamento religioso e mais eles tinham clareza acerca da busca de sentido em suas vidas.

Também foi realizado o teste U de Mann-Whitney com o intuito de verificar a diferença entre homens e mulheres com relação a importância dada a cada um dos construtos trabalhados (Espiritualidade, Religiosidade e Sentido de Vida). Optou-se por esse teste tendo em vista a disparidade amostral encontrada com relação a variável Sexo. A tabela a seguir apresenta as médias de homens e mulheres em cada uma destas dimensões.

Tabela 11. Estatísticas descritivas dos domínios Espiritualidade, Religiosidade e Sentido de Vida com relação a variável Sexo

Sexo		Média	Desvio Padrão
Feminino	Conhecimento	3,21	0,82
	Comportamento	3,97	0,65
	Sentimento	4,56	0,59
	Corporeidade	3,53	0,98
	Domínio	4,82	0,32
	Busca	6,42	1,16
	Presença	6,46	0,82
Masculino	Conhecimento	2,71	0,80
	Comportamento	3,48	0,67
	Sentimento	4,07	0,90
	Corporeidade	2,81	0,96
	Domínio	4,62	0,49
	Busca	6,57	0,62
	Presença	5,89	1,56

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

O teste U de Mann-Whitney detectou uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nos seguintes fatores: Conhecimento, Comportamento, Sentimento, Corporeidade e Domínio (SRPB). Em todos estes, como pode ser visto na tabela acima, as mulheres pontuaram mais do que os homens. Já com relação a variável Sentido de Vida, não foi possível verificar uma diferença entre homens e mulheres em nenhum dos seus fatores.

Também, foram realizadas análises de correlação de Pearson, a fim de verificar a relação entre Espiritualidade, Religiosidade no Sentido de Vida dos

pacientes oncológicos. Em seguida, encontra-se a Tabela 12 com os resultados dessa correlação.

Tabela 12. Correlações entre Espiritualidade, Religiosidade e Sentido de Vida

	Presença de Sentido	Busca de Sentido
Conhecimento Religioso	$r = 0,18$	$r = 0,04$
Comportamento Religioso	$r = 0,29^*$	$r = 0,06$
Sentimento Religioso	$r = 0,30^*$	$r = -0,04$
Corporeidade Religiosa	$r = 0,15$	$r = -0,05$
SRPB	$r = 0,38^{**}$	$r = 0,11$

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

* $p < 0,01$ e ** $p < 0,001$.

Como pode ser observado acima, apenas o fator Presença de Sentido apresentou correlações estatisticamente significativas, sendo estas com os fatores Comportamento Religioso ($r = 0,29$) e Sentimento Religioso ($r = 0,30$), da escala de Atitudes Religiosas, e com o SRPB ($r = 0,38$), da escala de espiritualidade. Destaca-se que o fator Conhecimento Religioso apresentou uma correlação marginalmente significativa com o fator Presença de Sentido ($r = 0,18$; $p = 0,08$).

Em seguida, foram realizadas análises de Regressão Linear Múltipla a fim de verificar o caráter preditivo destas variáveis sobre o sentido de vida. A análise foi feita com os fatores SRPB, Comportamento Religioso e Sentimento Religioso, pois foram eles que obtiveram uma correlação positiva com a variável Presença de Sentido. Logo, este modelo apresentou significância [$F(3, 96) = 8,90$; $p < 0,001$], com um valor de $R^2 = 0,22$. Os pesos não padronizados (B) e padronizados (β) de cada variável no modelo são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 13. Regressões sobre Espiritualidade, Comportamento Religioso e Sentimento Religioso na Presença de Sentido

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes Padronizados		
	B	Erro Padrão	β	t	Sig.
(constante)	0,70	6,32		0,11	0,91

SRPB	1,10	0,32	0,32	0,34	0,01
Sentimento Religioso	0,32	0,25	0,13	1,29	0,20
Comportamento Religioso	0,29	0,14	0,20	1,99	0,05

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Como pode ser observado acima, duas variáveis (SRPB e Comportamento Religioso) apresentaram uma relação de predição com a variável Presença de Sentido, com valores do β , respectivamente, 0,32 e 0,20. Já a variável Sentimento Religioso foi descartada do modelo. Assim, é possível concluir que a Presença de Sentido, fator do Sentido de Vida, pode ser predito pela Espiritualidade da pessoa e por seu Comportamento Religioso.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo procurou verificar a influência da espiritualidade e da religiosidade no sentido de vida de pacientes oncológicos e a correlação entre essas dimensões e as variáveis Idade e Sexo. Em vista disso, confia-se que este trabalho tenha trazido contribuições nessa perspectiva, cumprindo, assim, com o objetivo primário e secundário anteriormente citado.

Todavia, é notório que o estudo possui limitações, como, por exemplo, o número reduzido da amostra, que foi por conveniência e não representa a população global de pacientes com câncer do hospital sediado em Campina Grande - PB e escolhido para a realização desta pesquisa. Sendo assim, os resultados obtidos, a partir das análises estáticas do questionário e dos instrumentos, podem ser diferentes para participantes de outro estudo. Desse modo, a seguir, iremos destrinchar as correlações encontradas nessa investigação.

5.1 Correlação entre os construtos Espiritualidade, Religiosidade e Sentido de Vida e as variáveis Idade e Sexo

Nos resultados do objetivo secundário obtidos, por meio de análises estatísticas, foi possível verificar que a variável Idade dos participantes tem uma correlação positiva e de significância estatística com o fator de Comportamento Religioso (CR) ($r = 0,34$; $p < 0,01$), da Escala de Atitudes Religiosas, e com o de Busca de Sentido (BS) ($r = 0,20$; $p < 0,05$), do Questionário de Sentido de Vida. Logo, pode-se observar, como foi sugerido previamente, que com a passagem do tempo (o avançar da idade), existe um amadurecimento no comportamento religioso e na busca pelo sentido de vida para os pacientes oncológicos.

A partir desse contexto, em relação ao primeiro fator (CR), vale citar o estudo realizado por Reis, Farias e Quintana (2017), cujos resultados transparecem que a religiosidade se destaca em uma situação de adoecimento advinda do câncer e, conseqüentemente, da ideia de finitude iminente, pois a representação principal, por parte dos pacientes, da esperança de cura, do amparo e da detenção de todo o saber, é Deus. Portanto, corrobora com o resultado encontrado nesta pesquisa.

Dessa maneira, o fato de a variável CR receber valores crescentes em pacientes oncológicos com a passagem do tempo, se relaciona com a ideia de

finitude, tanto da própria idade quanto, de forma mais iminente, da enfermidade. Assim, o comportamento religioso (oração pessoal, tomada de decisão com base na vontade de Deus e participação das celebrações) seria uma forma de fortalecer o relacionamento com o transcendente para obter uma cura, um conforto para o momento que está sendo vivido e um controle da situação que se evade das mãos. Por isso, é importante ressaltar que, durante a coleta de dados, muitos pacientes relataram que antes da doença iam com uma frequência maior à igreja, conseqüentemente, os resultados do CR poderiam ser ainda maiores.

Nessa direção, o estudo de Geronasso e Coelho (2012) relatou que após a descoberta do diagnóstico do câncer, os participantes da pesquisa voltaram-se mais para práticas religiosas como, por exemplo, o ato de participar da igreja e de conversar com Deus (oração) e para mudança de atitudes, o que fez com que fossem revistas as relações, no âmbito social e no trabalho, que tinham mais importância. Conseqüentemente, isso influenciou em uma vida mais saudável, no suporte para o enfrentamento da doença e fez com que o paciente ressignificasse a enfermidade, auxiliando-o na valorização do sentido de vida.

Além disso, na pesquisa de Sousa (2011), os entrevistados idosos buscaram significados para a vida, resolução das questões existenciais e tranquilidade de envelhecer no comportamento religioso, através de ações pessoais como a meditação e a oração, e quando não encontram as respostas para as suas indagações, permanecem na busca delas. Ademais, alguns entrevistados, que tinham como prática religiosa a caridade, relataram que se sentiam bem ao realizar essa ação, o que indica que o CR também influencia nesse encontro com o outro (autotranscedência) e com uma extração do sentido de vida (FRANKL, 2016a; VIEIRA, 2014).

Portanto, pode-se fazer uma relação da religiosidade mais forte no decorrer do ciclo da vida com os estágios da fé sugeridos por Fowler (1992), que, à medida que ocorria o envelhecimento, a fé tornava-se mais madura e havia uma maior preocupação com o sair de si para ir ao encontro do outro. Assim, isso diferencia-se do que foi encontrado no estudo de Camboim e Rique (2010), já que nos dados encontrados, à medida que ocorria o avançar da idade, menor era a prática religiosa (FRANKL, 2016a).

Diante desse contexto, infere-se que durante o processo de envelhecimento dos pacientes oncológicos ocorre um aumento no comportamento religioso. A partir

disso, observa-se que as práticas religiosas, principalmente as orações, são fundamentais para esses enfermos, além de serem mais comuns na faixa etária dos senis do que em outra, apesar das limitações físicas por causa da passagem do tempo. Por isso, encontra-se com esse comportamento religioso uma oportunidade de bem-estar, de uma maior qualidade de vida, de estabelecer uma relação de confiança com Deus, de esperança, de otimismo e de encontrar sentido no sofrimento (ESTEVES, 2014; FRANKL, 2018a; GOLDSTEIN, 2007; HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006; LINDOLPHO; SÁ; ROBERS, 2009; LUCCHETTI *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2017).

Outrossim, de acordo com o segundo fator (BS), observou-se no estudo de Damásio (2013) (em mulheres), de Melo *et al.* (2013), de Park, Park e Peterson (2010), de Steger *et al.* (2006) e de Steger *et al.* (2009), que o fator Busca de Sentido apresentou níveis menores à medida que a idade avançava. Entretanto, nessa pesquisa, o fator BS apresentou significância estatística para os pacientes senis, o que se pode relacionar com o fato que existe um agravante incluído: o câncer.

Desta forma, o fator Busca de Sentido pode se relacionar com efeitos negativos como, por exemplo, o distress, como foi verificado na pesquisa de Steger *et al.* (2009). Por conseguinte, o diagnóstico do câncer pode contribuir para o aparecimento desses aspectos negativos como é o caso do medo, da tristeza, da depressão, da ansiedade e do estresse e, assim, contribuir para uma maior busca de sentido daquele momento que está sendo vivido, bem como do sentido último, através de uma nova perspectiva da vida e ultrapassagem da situação adversa.

Em vista disso, no estudo de Aquino e seus colaboradores (2017), a terceira idade apresentou menor busca de sentido e uma maior presença dele. Todavia, como nessa presente pesquisa há uma circunstância do idoso ter câncer, isso pode influenciar na variável Busca e Presença, já que a doença e a faixa etária trazem à tona uma série de questionamentos existenciais, o que pode gerar uma maior busca pelo sentido de vida com relação ao fator Presença de Sentido.

Por fim, para Lukas (1992), o sentido de vida na velhice se dá pelo olhar para trás (para que foi bom ter vivido), para o presente e para o futuro (tem diante de si um caminho para percorrer). Portanto, o resultado da pesquisa com relação ao fator BS, não quer dizer que não exista a presença de sentido nos idosos com câncer, mas que, apesar de haver essa variável, eles continuam na busca pelo sentido de

vida daquele momento que estão vivendo ou até mesmo da vida como um todo, como uma forma de ressignificação da sua existência e mudança de atitude frente a situação na qual se encontram.

Assim, como é visto no estudo de Park, Park, Peterson (2010) e o de Steger e seus colaboradores (2008), o fator Busca de Sentido não anula a variável PS, inclusive pode se relacionar com o bem-estar e maior satisfação de vida quando é considerada a presença de sentido. Logo, vale destacar que muitos pacientes mencionaram que tinham presente em suas vidas o sentido, mas mesmo assim buscavam novos. Portanto, esse olhar para o futuro lhe abre a possibilidade de buscar novos sentidos para dar ainda mais significado a sua existência e de responder sim à vida, apesar da finitude iminente.

No que diz respeito a segunda variável analisada, o Sexo, foram encontrados dois dados relevantes. Primeiro, o nível de religiosidade (Conhecimento, Sentimento, Comportamento e Corporeidade) e o de Espiritualidade (SRPB) foram maiores no sexo feminino. Segundo, a variável Sentido de Vida não teve, em nenhum dos seus fatores (Busca e Presença), diferença estatística significativa com relação ao sexo.

Em relação ao primeiro dado, verifica-se que coincide com o resultado encontrado na pesquisa de Abdala *et al.* (2015), cuja a representatividade das mulheres na frequência de participação na igreja (comportamento religioso) era maior em relação a dos homens. Inclusive, apresentava-se superior também na realização de orações pessoais e na valorização da religião como parte da sua vida.

Além disso, em outros estudos feitos por autores como, por exemplo, Kralovec *et al.* (2018), Loewenthal, Macleod, Cinnirella (2002) (em cristãos), Pilger *et al.* (2017), Schnabel (2015) (em praticantes do cristianismo), o sexo feminino apresentou maior índice de atitudes religiosas, como, por exemplo, ir à igreja semanalmente, rezar diariamente e ler a bíblia, bem como um nível elevado de espiritualidade.

Destarte, as práticas religiosas representam uma parcela significativa na vida das mulheres, principalmente nas cristãs por serem responsáveis pela transmissão da fé aos filhos, por possuírem um espaço de serviço à Igreja e, no caso do catolicismo, por terem na figura de Maria um modelo de resposta ao chamado da fé que Deus espera dos homens (GISOTTI; JOSÉ, 2018; JOÃO PAULO II, 2000).

De acordo com o segundo dado relevante, observado nesta pesquisa, pode-se ressaltar o resultado obtido por Ortiz e Morales (2013), no qual não foram

encontradas diferenças significativas do fator Sexo com relação a variável Sentido de Vida. Dessa maneira, isso coincide com o que foi encontrado neste trabalho.

Outro estudo que também obteve o mesmo resultado e que vale citar é o de Jaramillo e seus colaboradores (2008), que também não se deparou com pontuações relevantes para a relação entre sexo e sentido de vida. Por conseguinte, isso implica dizer que o sentido de vida não está relacionado ao fato de ser homem ou mulher, ou seja, ele pode ser encontrado independentemente de sexo (FRANKL, 2016a).

5.2 Correlação e Regressão entre Espiritualidade, Religiosidade com a Presença de Sentido em pacientes oncológicos

A análise de dados realizada para investigar a relação dos construtos Espiritualidade e Religiosidade no Sentido de Vida (SV) de pacientes oncológicos, verificou que a Presença de Sentido, fator do SV, tem correlação positiva com a Espiritualidade do indivíduo e com o seu Comportamento Religioso.

Em vista disso, a substância dos resultados referente ao objetivo primário diz respeito a compreender que, como Frankl (2016a) abordou, a imagem do homem (*imago hominis*) é marcada, essencialmente, pela vontade de encontrar um sentido incondicional, no todo da sua vida ou em uma situação, e depois realizá-lo a partir da relação dele com o mundo (noodinâmica). Porém, o que acontece quando uma adversidade como, por exemplo, o câncer, adentra na história pessoal do ser humano e afronta o sentido?

Dessa maneira, o câncer pode ancorar efeitos somáticos e psíquicos (medo, ansiedade, depressão), como citado no estudo de Silva *et al.* (2008), que são capazes conduzir o homem a uma falta de sentido. Então, é notório que surja a pergunta: é possível fazer com que esse indivíduo encontre significado existencial no sofrimento? Segundo Frankl (2016a), esse sentido de vida tem que ser extraído pela própria pessoa humana e pode ser encontrado no amor, no trabalho e, inclusive, no sofrimento inevitável, pois é a partir da liberdade de escolha do homem de como lidará com a doença, que o giro copernicano (180º) acontece e, conseqüentemente, uma nova forma de enxergar aquela situação é posta e o sentido é encontrado (AQUINO, 2014; FRANKL 2016a).

Outrossim, existem vias que podem auxiliar o homem que sofre (*homo patiens*) nesse processo de descoberta de sentido, dentre elas pode-se citar a religiosidade e a espiritualidade, ambas pertencentes a dimensão espiritual, pois transmitem uma sensação de proteção para o indivíduo (FRANKL, 2018a). Além disso, para o homem religioso, o órgão do sentido (a consciência) ressoa a voz da transcendência (AQUINO, 2014; FRANKL, 2016a), o que poderia explicar o fato do ser humano buscar significado da situação presente, que para ele é inexplicável, no sentido último.

Assim, para o *homo religiosus*, a interpretação do seu sofrimento advindo, por exemplo, do câncer, partiria de um “supramundo”, dimensão essa que não é acessível para ele. Porém, assim como Agostinho, o ser humano roga ao supra-Ser para que seja revelado parte do sentido que por Ele é conhecido na totalidade (AGOSTINHO, 2015; AQUINO, 2014; FRANKL, 2014).

Nessa perspectiva, é possível ter PS positiva no câncer, pois o que aniquila o ser humano é o desespero, já que é um sofrimento sem sentido ($D = S - S$) (FRANKL, 2018a). Assim sendo, a espiritualidade e o comportamento religioso auxiliam nesse processo de extração de sentido da situação. Destarte, esses fatores ajudam não só na presença, mas também na fé de uma vontade no sentido último (suprassentido), que dá significado a todos os outros (FRANKL, 2016a).

Logo, essa relação entre presença de sentido, espiritualidade e religiosidade no paciente oncológico, que faz com que ele transcenda para além de si próprio, é mostrado nessa pesquisa através dos resultados da correlação positiva e estatisticamente significativa entre a Presença de Sentido e o domínio SRPB ($r = 0,38$; $p < 0,001$) e Comportamento Religioso ($r = 0,29$; $p < 0,01$), bem como o da regressão sobre SRPB ($\beta = 0,32$; $p < 0,01$) e o CR ($\beta = 0,20$; $p < 0,05$) para com a variável PS como dependente. Dessa maneira, esses resultados corroboram com o de outros estudos, como o de Araújo e seus colaboradores (2015) que identifica a PS, na situação de enfermidade oncológica, em um reconhecimento da própria limitação racional, o que não anula o credo em um sentido maior e no despojamento de confiar a vida a Deus.

Desse modo, no estudo de Arrieira *et al.* (2017) foi encontrado que a espiritualidade concedia sentido aos pacientes com câncer, ajudando-os no enfrentamento da doença e no entendimento do que parece ser inexplicável, e dando-os conforto físico e esperança de cura. Outrossim, a pesquisa de Benites, Neme e

Santos (2017) e de Miranda, Lanna e Felipe (2015), sugeriu que o enfermo oncológico buscava significado de sua existência na espiritualidade e na religiosidade, além de relatar que, a partir disso, a fé e a qualidade de vida haviam aumentado.

Ademais, no estudo de Arrieira *et al.* (2018) indicou que o comportamento religioso como, por exemplo, a oração e a espiritualidade auxiliaram os pacientes na compreensão do sentido último ou do momento presente e no ato de encarar a possibilidade iminente da morte como uma etapa natural da existência humana. Portanto, é essa transitoriedade do homem que dá sentido à sua vida e lhe dá a consciência de responsabilidade (FRANKL, 2017b).

Nesse contexto, Aquino e Zago (2007) verificaram que o comportamento religioso (ida à igreja, oração pessoal e em grupo) é um importante construto para mudança de atitude do paciente frente a doença, auxiliando-o em ter esperança em um futuro, satisfação com a vida e suporte social. Além disso, no estudo Aquino *et al.* (2009), foi observado que as pessoas que tinham uma pontuação maior nas atitudes religiosas apresentavam mais o fator Presença de Sentido. Por conseguinte, é importante a presença da religiosidade, mas o enfermo tem que, a partir da sua liberdade, escolher, de forma responsável, transformar o sofrimento em um triunfo pessoal e transcender para além de si (FRANKL, 2016a).

Diante disso, o sentido em sua totalidade não é dado ao conhecimento do homem. Por isso, cabe a ele responder através de atitudes. Assim, será capaz de responder de forma afirmativa a vida apesar das circunstâncias impostas. Dessa maneira, a espiritualidade e a religiosidade são *senderos* (caminhos) pelos quais o ser humano que sofre com o câncer pode se enveredar para desvelar e alcançar a presença de sentido desse sofrimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No livro *A morte de Ivan Ilitch*, do escritor russo Lev Tolstói, o protagonista Ivan Ilitch se depara com um questionamento acerca da própria existência após a descoberta de uma grave doença. Fora da ficção, nos dias atuais, existem situações adversas como, por exemplo, de sofrimento, que podem levar o homem a questionar a si próprio a respeito do sentido de vida.

Em vista disso, esse questionamento acompanha a humanidade há muito tempo e é visto como algo primordial da existência como é tratado na tirinha de Calvin em anexo (ANEXO K). Por isso, é compreensível que em uma situação de enfermidade, como no câncer, o paciente se indague a respeito do sentido daquele sofrimento dentro da sua história. Assim, ele pode buscar em diversos campos as respostas como uma forma de alívio.

Dessa maneira, a religiosidade e a espiritualidade adentram como *senderos* (caminhos) para auxiliar nessa busca e presença de sentido de vida do paciente oncológico, além de impactar positivamente na dimensão psicológica e somática. Sem dúvida, esta pesquisa engrandeceu a pesquisadora, tanto na esfera pessoal quanto na profissional, pois foi possível ver em prática o quanto a Logoterapia (grande fundamento deste estudo) preza pela visão do homem na sua totalidade.

Sendo assim, observou-se, a partir dos relatos dos pacientes oncológicos e das análises de dados, que a religiosidade (Comportamento Religioso) e a espiritualidade influenciam no sentido de vida deles. Ademais, as palavras proferidas pelos participantes foram marcantes e reafirmam a possibilidade de encontrar sentido no sofrimento inevitável.

Em vista disso, esse estudo teve suas limitações como, por exemplo, o número da amostra por conveniência, que não é equivalente ao da população abarcada pelo hospital sede escolhido para a pesquisa. Além disso, os resultados obtidos podem ser diferentes para participantes de outra investigação.

Portanto, seria viável realizar outros estudos que abarcassem a relação entre espiritualidade e religiosidade no sentido de vida de paciente oncológicos em outros locais, assim como uma correlação dessas variáveis com uma amostra maior, o que aprimoraria ainda mais o conhecimento sobre essas dimensões. Por fim, apesar dessa limitação, o estudo contribuiu para o campo científico da linha de pesquisa

que envolve espiritualidade e saúde, bem como para o conhecimento deixado por Viktor E. Frankl.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Gina Andrade; KIMURA, Miako; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveria; *et al.* Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *In. Revista Saúde Pública*, v.1, n.1, p. 49-55, 2015.

AGOSTINHO. **Confissões**. 6. ed. Petrópolis: Vozes de bolso, 2015.

ALVES, Afranio Batista; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. Atitude Religiosa e Percepção Ontológica do Tempo: Um Estudo Correlacional com Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise. *In. Revista de Psicologia da IMED*, v. 9, n. 1, p. 55-68, 2017.

ALVES, Dailon de Araújo; SILVA, Luanna Gomes da; DELMONDES, Gyllyandeson de Araújo; *et al.* Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. *In. Revista Cuidarte*, v. 7, n. 2, p. 1318-1324, 2016.

AMARO, Luana da Silva. Resiliência em Pacientes com Câncer de Mama: o Sentido da Vida como Mecanismo de Proteção. *In. Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, v. 2, n. 2, p. 147-161, 2013.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; CORREIA, Amanda Pereira Moreira; MARQUES, Ana Laura Câmara; *et al.* Atitude Religiosa e Sentido de Vida: Um Estudo Correlacional. *In. Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 29, n. 2, p. 228-243, 2009.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar. **Atitudes e Intenções de Cometer o Suicídio: seus Correlatos Existenciais e Normativos**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. **Logoterapia e Análise Existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl**. 1. ed. São Paulo: Paulus, 2013.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; GOUVEIA, Valdiney V; SILVA, Shirley de Souza; *et al.* Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20): Evidências de Validade. *In. Revista Avaliação Psicológica*, v. 12, n. 2, p. 109-119, 2013.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. **A presença não ignorada de Deus na obra de Viktor Frankl**. 1. ed. São Paulo: Paulus, 2014.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. **Sentido da vida e valores no contexto da educação: uma proposta de intervenção à luz do pensamento de Viktor Frankl**. 1. ed. São Paulo: Paulinas, 2015.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; GOUVEIA, Valdiney Veloso; AGUIAR, Andrei Alves de; *et al.* Questionário de Sentido de Vida: Evidências de sua Validade Fatorial

e Consistência Interna. *In. Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 35, n. 1, p. 4-19, 2015.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar De; GOUVEIA, Valdiney Veloso; GOMES, Eliseudo Salvino; *et al.* La percepción de sentido de la vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *In. Revista Avances em Psicologia Latinoamericana*, v. 35, n. 2, p. 375-387, 2017.

AQUINO, Verônica Vrban; ZAGO, Márcia Maria Fontão. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *In. Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 42-47, 2007.

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira; THOFERHN, Maira Buss; SCHAEFER, Osmar Miguel; *et al.* O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *In. Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 3, p.1-9, 2017.

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira; THOFEHRN, Maira Buss; PORTO, Adrize Rutz; *et al.* Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *In. Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, n. 0, p. 1-8, 2018.

BARRETOS, Hospital de Câncer. **Câncer: uma doença e sua história.** Hospital de Câncer, Barretos, 2012. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/82-institucional/noticias-institucional/368-cancer-uma-doenca-e-sua-historia>>. Acesso em: 8 set. 2018.

BATISTA, Susana Marisa Loureiro Pais. **Sofrimento na doença: influências da espiritualidade e personalidade na pessoa com doença crônica.** 2017. Tese (Doutorado em Ciências da Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto - PT.

BENITES, Andréa Carolina; NEME, Carmen Maria; SANTOS, Manoel Antônio dos. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *In. Revista Estudos de Psicologia*, v. 34, n. 2, p. 269-279, 2017.

BOFF, C. **O Livro do Sentido: crise e busca de sentido hoje** (parte crítico-analítica). 1. ed. São Paulo: Paulus, 2014.

BRASIL. **Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016.** Ministério da Saúde, Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em: 4 abr. 2019.

BRASIL. **Câncer.** Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer>>. Acesso em: 8 set. 2018.

BRAVIN, Ariane Moysés; TRETTENE, Armando dos Santos; CAVALCANTE, Ricardo de Souza; *et al.* Influência da espiritualidade sobre a função renal em pacientes transplantados renais. *In. Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 5, p. 504-511, 2017.

CAMBOIM, Aurora; RIQUE Julio. O conceito da religião difere de religiosidade e de espiritualidade. *In. Revista Brasileira de História das Religiões*, v. 3, n. 7, p. 251-263, 2010.

CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo**. 1. ed. São Paulo: Record, 2018.

CANASSA, Izabela; FERRET, Jhainieiry Cordeiro Famelli. A influência da espiritualidade/religiosidade na saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *In. Revista Uningá Review*, v. 28, n. 2, p. 67-71, 2016.

CORREIA, Divanise Suruagy; CAVALCANTI, Sandra Lopes; FREITAS, Daniel Antunes; *et al.* The importance of religiosity/spirituality in the perspective of cancer patients. *In. Revista de Enfermagem*, v. 10, n. 8, p. 2895-2905, 2016.

COSTA, Fabiane Bregalda. **Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos**. 2012. Dissertação (Mestrado em Gerontologia médica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS.

COUTO, Raíssa Cristina Abreu. **Câncer de mama, religiosidade e espiritualidade**. 2015. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Departamento de Sociologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG.

CRAGUN, Deborah; CRAGUN, Ryan T.; NATHAN, Brian; *et al.* Do religiosity and spirituality really matter for social, mental, and physical health?: A tale of two samples. *In. Journal Sociological Spectrum*, v. 36, n. 6, p. 359-377, 2016.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo. **Sentido de vida e bem-estar subjetivo: interações com esperança, otimismo, autoeficácia e autoestima em diferentes etapas do ciclo vital**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS.

DE LA LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *In. Revista Cuidarte*, v. 9, n. 1, p. 1961-1972, 2018.

DE OLIVEIRA, Denise Soares; FURTADO, Laura Nascimento Silva; DE AZEVEDO, Flávia Barbosa; *et al.* Influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pacientes em quimioterapia. *In. Revista Temas em Saúde*, v. 18, n. 2, p. 76-102, 2018.

ESTEVES, António João Chincalece. **A Espiritualidade/Religiosidade e a Perda da Autonomia na Última Etapa do Ciclo Vital**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Departamento de Ciências sociais e do Comportamento, Instituto Universitário Da Maia, Castelo da Maia - PT.

ETCHEVERRY, J. A. **Viktor Frankl y la logoterapia**. 1. ed. Buenos Aires: Editorial Almajesto, 1990.

EVANGELISTA, Carla Braz; LOPES, Maria Emília Limeira; COSTA, Solange Fatima Geraldo da; *et al.* Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *In. Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016.

FLECK, Marcelo P.A; LOUZADA, Sergio; XAVIER, Martha; *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *In. Revista Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p.198-205, 1999.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida; BORGES, Zulmira Newlands; BOLOGNESI, Gustavo; *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *In. Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *In. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010.

FOWLER, James W. **Estágios da fé**: a psicologia do desenvolvimento humano e a busca de sentido. 1. ed. São Leopoldo: Sinodal, 1992.

FRANKL, V. E. **Man's search for meaning**. 5. ed. Boston: Beacon Press, 2006.

FRANKL, V. E. **A vontade de sentido**: fundamentos e aplicações da Logoterapia. 1. ed. São Paulo: Paulus, 2011.

FRANKL, V. E. **Logoterapia e Análise Existencial**: textos de seis décadas. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FRANKL, V. E; LAPIDE, Pinchas. **A busca de Deus e questionamentos sobre o sentido**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

FRANKL, V. E. **O sofrimento de uma vida sem sentido**: caminhos para encontrar a razão de viver. 1. ed. São Paulo: É Realizações, 2015.

FRANKL, V. E. **Sede de sentido**. 1. ed. São Paulo: Quadrante, 2016a.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**. 6. ed. São Paulo: Quadrante, 2016b.

FRANKL, V. E. **Um sentido para a vida**: psicoterapia e humanismo. 11. ed. São Paulo: Ideias e Letras, 2017a.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes & Sinodal, 2017b.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 43. ed. Petrópolis: Editora Vozes & Sinodal, 2018a.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia para todos**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2018b.

GERONASSO, Martha Caroline Henning; COELHO, Denise. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *In. Revista Saúde Meio Ambiente*, v. 1, n. 1, p. 173-187, 2012.

GISOTTI, Alessandro; JOSÉ, Silvonei. **Francisco e o papel das mulheres na Igreja**. Vaticano, 2018. <<https://www.vaticannews.va/pt/papa/news/2018-03/francisco-e-o-papel-das-mulheres-na-igreja.html>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *In. Revista Psicologia USP*, v. 24, n. 1, p. 11-34, 2013.

GOLDSTEIN, Lucina Lucchino. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. *In. LIBERALESSO, Anita (org.). Qualidade de vida e idade madura*. 7. ed. Campinas: Papyrus, 2007. p. 83-108.

GOMES, Rosilene Souza. O imperador de todos os males: uma biografia do câncer. Mukherjee S. São Paulo: Companhia das Letras; 2012. *In. Revista Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 6, p. 1351-1352, 2014.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 10. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

HOFFMANN, Fernanda Silva; MULLER, Marisa Campio; FRASSON, Antônio. Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *In. Revista Psicologia Saúde & Doenças*, v. 7, n. 2, p. 239-254, 2006.

INCA. **Estimativa 2018**: Incidência de Câncer no Brasil. INCA, Rio de Janeiro, 2018a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>>. Acesso em: 8 set. 2018.

INCA. **Estimativa 2018**: Incidência de Câncer na Paraíba e em João Pessoa. INCA, Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/paraiba-joao-pessoa.asp>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

INCA. **O que é o câncer**. INCA, Rio de Janeiro, 2018c. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 29 ago. 2018.

JARAMILLO, Alba Liliana; CARVAJAL, Sandra Milena; MARÍN, Nalda Mabel; *et al.* Los estudiantes Universitarios Javerianos y su respuesta al sentido de la vida. *In. Revista Pensamiento Psicológico*, v. 4, n. 11, p. 199-208, 2008.

JIM, Heather S.L.; PUSTEJOVSKY, James; PARK, Crystal L.; *et al.* Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *In. Journal HHS Public Access*, v. 121, n. 21, p. 3760-3768, 2015.

JOÃO PAULO II. **Catecismo da Igreja Católica**. São Paulo: Loyola, 2000.

JUNG, C.G. **Espiritualidade e Transcendência**. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2016.

JUNIOR, Ramalho Francisco; FERRARO, Nicolau Gilberto; SOARES, Paulo Antônio de Toledo. **Os Fundamentos da Física 3**. 9. ed. São Paulo: Moderna, 2007.

KIERKEGAARD, Soren. **O desespero humano**. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2010.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. 1. ed. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KRALOVEC, Karl; KUNRATH, Sabine; FARTACEK, Clemens; *et al.* The Gender-Specific Associations Between Religion/Spirituality and Suicide Risk in a Sample of Austrian Psychiatric Inpatients. *In. Journal Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 48, n. 3, p. 281-293, 2018.

LIBÂNIO, J.B. Fé. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

LINDOLPHO, Mirian da Costa; SÁ, Selma Petra Chaves; ROBERS, Lorena Maria Volkens. Espiritualidade/Religiosidade: um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. *In. Revista Em Extensão*, v. 8, n. 1, p. 117-127, 2009.

LOEWENTHAL, Kate Miriam; MACLEOD, Andrew K.; CINNIRELLA, Marco. Are women more religious than men? Gender differences in religious activity among different religious groups in the UK. *In. Journal Personality and Individual Differences*, v. 32, n. 1, p. 133-139, 2002.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; BASSI, Rodrigo Modena; *et al.* O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *In. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011.

LUKAS, Elizabeth. **Prevenção Psicológica**: a prevenção de crises e a proteção do mundo inteiro do ponto de vista da Logoterapia. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1992.

MANOEL, Ivan Ap. História, religião e religiosidade. *In. Revista de Cultura Teológica*, v. 15, n. 59, p. 105-128, 2007.

MELO, Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo; EULÁLIOB, Maria do Carmo; GOUVEIA, Valdiney Veloso, *et al.* O Efeito do Estresse na Qualidade de Vida de Idosos: O Papel Moderador do Sentido de Vida. *In. Revista Psicologia: reflexão e crítica*, v. 26, n. 2, p. 222-230, 2013.

MELO, Cynthia de Freitas; SAMPAIO, Israel Silva; SOUZA, Deborah Leite de Abreu; *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida. *In. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015.

MIRANDA, Sirlene Lopes de; LANNA, Maria dos Anjos Lara; FELIPPE, Wanderley Chieppe. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *In. Revista Psicologia Ciência e Profissão*, v. 35, n. 3, p. 870-885, 2015.

MUKHERJEE, S. **O imperador de todos os males**: uma biografia do câncer. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

OLIVA, Luis Flávio Durães Gomes; FARIA, Camila Cavanha; MARTINS, Camila Viero; *et al.* Impactos psicossociais do diagnóstico e tratamento em pacientes com cancer de mama em hospital oncológico Campo Grande-MS. *In. Revista Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, v. 17, n. 4, p. 77-97, 2013.

OLIVEIRA, Priscila Flávio de; QUELUZ, Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues. A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. *In. Revista de Psicologia*, v. 8, n. 2, p. 142-155, 2016.

OPPONG, Steward Harrison. Religion and identity. *In. American International Journal of Contemporary Research*, v. 3, n. 6, p.10-16, 2013.

ORTIZ, Efrén Martínez; MORALES, Carol Castellanos. Percepción de sentido de vida en universitarios colombianos. *In. Revista Pensamiento Psicológico*, v. 11, n. 1, p. 71-82, 2013.

PARK, Nansook; PARK, Myungsook; PETERSON, Christopher. When is the Search for Meaning Related to Life Satisfaction? *In. Journal Applied Psychology: Health and Well-Being*, v. 2, n. 1, p. 1-13, 2010.

PARK, Crystal L.; SHERMAN, Allen C.; JIM, Heather S. L.; *et al.* Religion/spirituality and health in the context of cancer: Cross-domain integration, unresolved issues, and future directions. *In. Journal Cancer*, v. 121, n. 21, p. 3789-3794, 2015.

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *In. Journal Archives of Clinical Psychiatry*, v. 34, p. 136-145, 2007.

PESTANA, João Paulo; ESTEVENS, David; CONBOY, Joseph. O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *In. Revista Cons-Ciência*, v.3, n. 0, p. 125-158, 2007.

PILGER, Calíope; SANTOS, Renata Ohana Pereira dos; LENTSCCK, Maicon Henrique; *et al.* Bem-estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. *In. Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 4, p. 689-692, 2017.

PINTO, Sara; CALDEIRA, Silvia; MARTINS, José Carlos. Spirituality of cancer patients under chemotherapy. *In. Revista Cuidarte Enfermagem*, v. 6, n. 1, p. 8-14, 2012.

PLATÃO. **O banquete**. 1. ed. São Paulo: Martin Claret, 2015.

PONTES, Alisson de Menezes; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; GOUVEIA, Veloso Valdine; *et al.* Noopsicossomática em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Evidências de um Modelo Explicativo. *In. Revista Psicologia*, v. 46, n. 1, p. 129-138, 2015.

REIS, Cristine Gabrielle da Costa dos; FARIAS, Camila Peixoto; QUINTANA, Alberto Manuel. O Vazio de Sentido: Suporte da Religiosidade para Pacientes com Câncer Avançado. *In. Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37, n. 1, p. 106-118, 2017.

RIES, Julien. **O sentido do sagrado**: nas culturas e nas religiões. 1. ed. Aparecida: Ideias & Letras, 2008.

SAMPAIO, Aurélia Danda; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. Influência da Espiritualidade no Tratamento do Usuário Oncológico: olhar da Enfermagem. *In. Revista Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde*, v. 20, n. 3, p. 153-160, 2016.

SANTOS, Fernanda Polidoro dos; BARBOSA, Jéssica. Espiritualidade e Sentido da Vida. *In. Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, v. 2, n. 1, p. 21-36, 2013.

SCHNABEL, Landon. How Religious are American Women and Men? Gender Differences and Similarities. *In. Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 54, n.3, p. 616-622, 2015.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *In. Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, João Bernardino da; SILVA, Lorena Bandeira da. Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. *In. Revista Logos & Existência*, v. 3, n. 2, p. 203-215, 2014.

SILVA, Rozenir Aparecida dos Santos. **Coping religioso e espiritualidade**: a importância da religiosidade no tratamento da saúde. 2016. TCC (Licenciatura em Ciências das Religiões) – Departamento de Ciências das Religiões, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.

SILVA, Shirley de Souza; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; SANTOS, Roberta Montenegro dos. Patients with cancer: cognitions and emotions coming from diagnosis. *In. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 4, n. 2, p. 73-78, 2008.

SILVEIRA, Patrícia dos Santos; AZAMBUJA, Luciana Schermann. A influência da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da doença. *In. Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?a-influencia-da-religiosidade-e-espiritualidade-no-enfrentamento-da-doenca&codigo=A1214>. Acesso em: 29 ago. 2018.

SILVERSTEIN, Shel. **A parte que falta**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letrinhas, 2018.

SOUSA, Charles Ribeiro. **Contribuições religiosas para qualidade de vida do idoso**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS.

SOUSA, Fernanda Fernandes de Paiva Ribeiro; FREITAS, Susy Maria Feitosa de Melo; FARIAS, Ana Gesselena Da Silva; *et al.* Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. *In. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 13, n. 1, p. 45-51, 2017.

STEGER, Michael F.; FRAZIER, Patricia; OISHI, Shigehiro; *et al.* The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *In. Journal of Counseling Psychology*, v. 53, n. 1, p. 80-93, 2006.

STEGER, Michael F.; KAWABATA, Yoshito; SHIMAI, Satoshi; *et al.* The meaningful life in Japan and the United States: Levels and correlates of meaning in life. *In. Journal of Research in Personality*, v. 42, n. 3, p. 660-678, 2008.

STEGER, Michael F.; OISHI, Shigehiro; KASHDAN, Todd B. Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *In. The Journal of Positive Psychology*, v. 4, n. 1, p. 43-52, 2009.

TARAKESHWAR, Nalini; VANDERWERKER, Lauren C.; PAULK, Elizabeth; *et al.* Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *In. Journal of Palliative Medicine*, v. 9, n. 3, p. 646-657, 2006.

TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges; MULLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre da; *et al.* (org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2004.

TZOUNIS, Efthymios. Constructing and Deconstructing the Terminology of Spirituality: A Journey Back to the Greek Roots. *In. Journal of Traditional Medicine & Clinical Naturopathy*. v. 6, n. 4, p. 1-3, 2017.

VAILLANT, G.E. **Fé: Evidências científicas**. 1. ed. Barueri: Manole, 2010.

VIEIRA, Danielly Costa Roque. **A velhice em uma dimensão existencial: perspectiva entre sentido de vida, religiosidade, vitalidade e temporalidade**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Departamento de Ciências da Religião, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.

WHO. **Spiritual aspects of health**. New Dehil: World Health Organization, 1984. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127378/sea_acmr_10_agenda_item_17.1.Pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acesso em: 16 abr. 2019.

WHO. **Field Trial: WHOQOL-100**. Geneva: World Health Organization, 1995. <https://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

WHO. **Health promotion glossary**. Geneva: World Health Organization, 1998a.
<<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>.
Acesso em: 16 abr. 2019.

WHO. **WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)**.
Geneva: World Health Organization, 1998b.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70897/WHO_MSA_MHP_98.2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 abr. 2019.

WHO. **Basic documents**. Geneva: World Health Organization, 2014.
<<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>>.
Acesso em: 16 abr. 2019.

XAUSA, Izar Aparecida de Moraes. 2. ed. **A Psicologia do Sentido da Vida**.
Campinas: Vide Editorial, 2013.

APÉNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO

Por favor, queira informar alguns dados pessoais. Estes têm como propósito unicamente descrever os participantes do estudo.

1. Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Cor/raça: () Branca () Parda () Amarela
() Indígena () Negra
4. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado
() Viúvo () Relação estável
5. Grau de instrução: () Iltrado () Fundamental incompleto
() Fundamental completo () Médio incompleto
() Médio completo () Superior incompleto
() Superior completo () Pós-graduação
6. Endereço atual (cidade): _____
7. Moradia: Zona rural () Zona urbana ()
8. Religião: _____ É praticante? () Sim () Não
9. Está trabalhando no momento: () Sim () Não
10. Profissão: _____
11. Atividade ocupacional (anterior/atual): _____/_____
12. Renda familiar: () <1SM () 1SM () >1SM () 3SM
13. Para qual doença você está recebendo tratamento no hospital? _____
14. Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico dessa doença? _____
15. Qual órgão foi atingido pela doença? _____

ANEXOS

ANEXO A – WHOQOL-100: DOMÍNIO: RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E OUTRAS CRENÇAS PESSOAIS

Instruções: As questões seguintes referem-se às suas crenças pessoais e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Você deve circular o número que melhor corresponde a suas crenças pessoais nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1. Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?	1	2	3	4	5
2. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
3. Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?	1	2	3	4	5
4. Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?	1	2	3	4	5

ANEXO B – ESCALA DE ATITUDES RELIGIOSAS (EAR-20)

Instruções: Abaixo estão listadas algumas afirmações sobre religiosidade e fé. Assinale a alternativa que mais corresponde a sua pessoa, utilizando a escala de resposta abaixo. Não deixe de responder a nenhum item.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
01. Leio as escrituras sagradas (bíblia ou outro livro sagrado).	1	2	3	4	5
02. Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade.	1	2	3	4	5
03. Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
04. Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade	1	2	3	4	5
05. Converso com a minha família sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5
06. Assistio programas de televisão sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5
07. Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas.	1	2	3	4	5
08. A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer.	1	2	3	4	5
09. Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
10. Frequento as celebrações da minha religião/religiosidade (missas, cultos...).	1	2	3	4	5
11. Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).	1	2	3	4	5
12. Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto.	1	2	3	4	5
13. Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.	1	2	3	4	5
14. Sinto-me unido a um "Ser" maior (Deus).	1	2	3	4	5
15. Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções.	1	2	3	4	5
16. Costumo levantar os braços em momentos de louvores.	1	2	3	4	5
17. Ajoelho-me para fazer minha oração pessoal com Deus.	1	2	3	4	5
18. Bato palmas nos momentos dos cânticos religiosos.	1	2	3	4	5
19. Faço movimentos corporais para expressar a minha união com Deus.	1	2	3	4	5
20. Danço com as músicas religiosas nas ocasiões de contemplações.	1	2	3	4	5

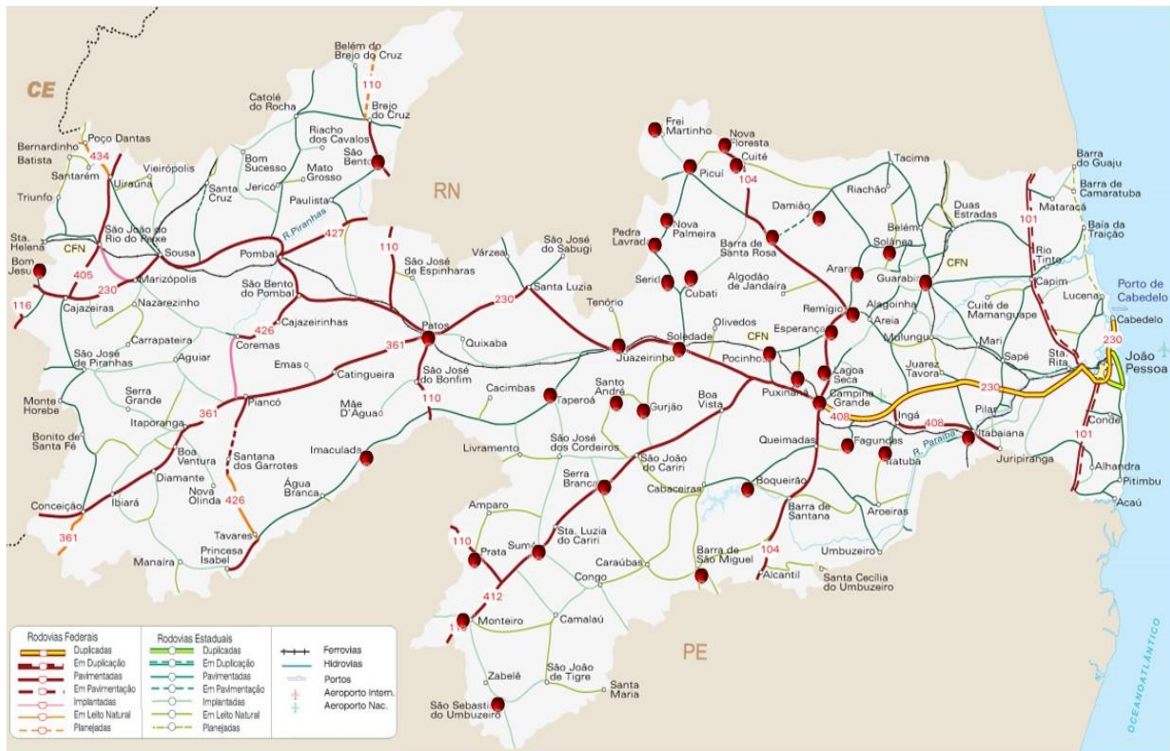
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SENTIDO DE VIDA

Por favor, pense por um momento sobre o que faz com que sua vida seja importante para você. Por favor, responda as sentenças seguintes de modo verdadeiro e com o máximo de cuidado que você puder. Também se lembre de que estas questões muito subjetivas e que não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda de acordo com a seguinte escala:

Totalmente Falso	Geralmente Falso	Parcialmente Falso	Nem verdadeiro nem Falso	Parcialmente Verdadeiro	Geralmente Verdadeiro	Absolutamente Verdade
1	2	3	4	5	6	7

1. ____ Eu compreendo o sentido da minha vida.
2. ____ Eu estou procurando alguma coisa que faça com que minha vida tenha sentido.
3. ____ Eu sempre estou em busca do sentido da minha vida.
4. ____ Minha vida tem um sentido claro.
5. ____ Eu tenho uma boa consciência do que faz minha vida ter sentido.
6. ____ Eu descobri um sentido de vida satisfatório.
7. ____ Eu estou sempre procurando por algo que faça com que minha vida seja significativa.
8. ____ Eu estou buscando um significado ou missão para minha vida.
9. ____ Minha vida não tem um propósito claro.
10. ____ Eu estou procurando um sentido em minha vida.

ANEXO D – MAPA DAS CIDADES DA PARAÍBA ONDE OS PACIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA RESIDEM



**ANEXO E – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 510/16 DO CNS**

**Pesquisa: A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO
DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Eu, Thiago Antônio Avellar de Aquino, professor do curso de Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, portador(a) do RG: 1227.333 e CPF: 713.16821341-82 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, 26 de Setembro de 2018

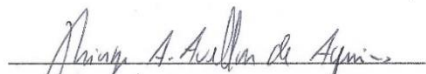

Thiago Antônio Avellar de Aquino
Orientador

ANEXO F – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Eu, **Thiago Antônio Avellar de Aquino**, professora do Departamento de Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, portador(a) do RG: 1221-333 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

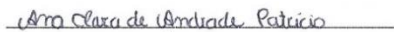
Campina Grande, 26 de Setembro de 2018



Thiago Antônio Avellar de Aquino

Pesquisador Responsável

Orientador



Ana Clara de Andrade Patricio

Orientanda

ANEXO G – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**Fundação Assistencial da Paraíba - FAP**

Av. Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó
CNPJ: 08.841.421/0001-57 - CEP 58.429-350
Campina Grande - PB - Telefone: (83) 2102-0300
e-mail: presidencia@hospitaldafap.org.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar que estamos cientes da intenção da realização da Pesquisa intitulada: “A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS”. Sob orientação do Profº Thiago Antônio Avellar de Aquino e da Coorientadora Rebecca A. A. Athayde, a ser desenvolvida pela orientanda Ana Clara de Andrade Patrício, ambos do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – o orientador será responsável pela orientanda, caso contrário a primeira não poderá desenvolver e/ou orientar projetos na Instituição FAP. Após aprovação do Comitê de Ética. Toda documentação relativa a esta Pesquisa deverá ser entregue em uma via (CD) ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão (NEPE) da FAP e arquivado por cinco anos de acordo com a Res 466/2012 do Ministério da Saúde.

Campina Grande, 05 de outubro de 2018.

p/  **PROFº HELDER MACEDO RODRIGUES**
Coordenador do NEPE/FAP

Paulo Marcelo Campos Meira
CRA/PB 2231
CPF 003.893.583-04
Gerente Administrativo-FAP

ANEXO H – CERTIDÃO DO DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

CERTIDÃO

CERTIFICO AD-REFERENDUM o parecer **FAVORÁVEL** para análise e encaminhamento junto ao Comitê de Ética da UFPB, com fins de obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) da aluna **Ana Clara de Andrade Patrício** com projeto de pesquisa de TCC intitulado **“A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS”**. Sob a orientação do Prof. THIAGO ANTÔNIO AVELLAR DE AQUINO.

Campina Grande, 05 de outubro de 2018.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Giselda Félix Coutinho
Prof.^a Giselda Félix Coutinho
Chefe do Dept. de Fisioterapia
Mat. 121200-9

Prof.^a Giselda Félix Coutinho
Chefe do Departamento de Fisioterapia

ANEXO I – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 100			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7, Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Thiago Antonio Avellar de Aquino			
6. CPF: 713.682.304-82	7. Endereço (Rua, n.º): MARIO BATISTA JUNIOR MIRAMAR APT. 301 JOAO PESSOA PARAIBA 58043130		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (83) 3225-6914	10. Outro Telefone:	11. Email: logosvitae@ig.com.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p style="text-align: center;">Data: <u>08</u> / <u>11</u> / <u>2018</u> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal da Paraíba	13. CNPJ: 24.098.477/0001-10	14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone: (83) 1316-7791	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Wilson Honorato Aragão</u> CPF: <u>132409864-34</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretor do Centro de Educação</u></p> <p style="text-align: center;">Data: <u>08</u> / <u>11</u> / <u>2018</u> Assinatura</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			
 Wilson Honorato Aragão Diretor do CE/UEPB SIAPE 11176381			

ANEXO J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

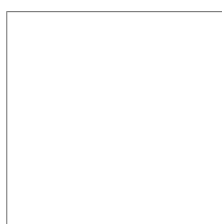
Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa **“A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS”**. Declaro ser esclarecido(a) e estar de acordo com os seguintes pontos: O trabalho **“A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS”** terá como objetivo geral **VERIFICAR A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**. Ao voluntário caberá a autorização para **OS DADOS COLETADOS ATRAVÉS DOS QUESTIONÁRIOS E ESCALAS**: Questionário biosociodemográfico; WHOQOL-100: Domínio: Religião, Espiritualidade e outras Crenças Pessoais; Escala de Atitude Religiosa (EAR-20); e Questionário de Sentido de Vida, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Poderá haver **riscos mínimos, previstos conforme a Resolução CNS 510/16/ CNS/MS Item V, que são**: apresentar sintomas, como a fadiga por causa do tempo gasto para responder aos questionários, relacionada as limitações próprias da doença, e o desconforto ao responder algumas questões, devido a temática do estudo. Este trabalho contribuirá para benefícios indiretos para os pacientes, como, por exemplo, maior abertura para enfrentamento da doença, autoconhecimento e diminuição da tensão daquele contexto no qual estão inseridos. Além disso, os participantes estarão contribuindo para que tenha um maior entendimento da influência da espiritualidade e da religiosidade no sentido de vida dos pacientes oncológicos. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial. Entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes

voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9.9198-4343 com **THIAGO ANTONIO AVELLAR DE AQUINO**, ter suas dúvidas esclarecidas e liberdade de conversar com os pesquisadores a qualquer momento do estudo. Se houver dúvidas em relação aos aspectos éticos ou denúncias o(a) Sr(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I – Cidade Universitária – 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Pesquisador Participante



Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).

ANEXO K – TIRINHA DE CALVIN SOBRE SENTIDO DA VIDA (BILL WATTERSON)

