



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
ADMINISTRATIVO - FUNDAP



HELLEN LUIZA MEIRELES SILVA

Revisão da literatura sobre o *Coping* Religioso-Espiritual em pacientes com diagnóstico de câncer pela aplicação da escala RCOPE

Ribeirão Preto

2011



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
ADMINISTRATIVO - FUNDAP



HELLEN LUIZA MEIRELES SILVA

Revisão da literatura sobre o *Coping* Religioso-Espiritual em pacientes com diagnóstico de câncer pela aplicação da escala RCOPE

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, elaborada como requisito para conclusão do Programa em Psicologia Clínica e Hospitalar, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Área: Psicologia Clínica e Hospitalar

Orientadora: Rosana Shuhama

Docente responsável: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Hellen Luiza Meireles.

Revisão da literatura sobre o *Coping* Religioso-Espiritual em pacientes com diagnóstico de câncer pela aplicação da escala RCOPE / Hellen Luiza Meireles Silva; Orientadora Rosana Shuhama. Ribeirão Preto, 2011.

47 f.: il.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011

1. *Coping*. 2. Religiosidade. 3. Espiritualidade. 4. Câncer. 5. Revisão da literatura

SILVA, HELLEN LUIZA MEIRELES SILVA

BIBLIOTECA CENTRAL DA USP DE RIBEIRÃO PRETO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

TOMBO: _____ SYSNO: _____

MONOGRAFIA 2011

**“REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL EM
PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PELA APLICAÇÃO DA ESCALA
RCOPE”**

ALUNO: HELLEN LUIZA MEIRELES SILVA

ORIENTADORA: ROSANA SHUHAMA

DOCENTE RESPONSÁVEL: PROF. DR. RICARDO GORAYEB

*Dedico este trabalho a todos aqueles que procuram
compreender o mistério da vida.*

*Dedico também a meus pais e amigos
que me impulsionam a realizar meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser presença real e verdadeira em todos os dias de minha vida e pelo desejo plantado de conhecê-Lo;

À minha orientadora Rosana Shuhama, que com brilhante conhecimento, dedicação e maestria conduziu este trabalho. A humanidade que possui expressada no amor, humildade e respeito foi fundamental para me fazer acreditar neste trabalho a cada dia;

Ao Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, pela excelência profissional e doação de vida que abriu caminhos que permitem hoje a possibilidade de me aprimorar e realizar este trabalho;

Ao Serviço de Psicologia, pela qualidade fornecida a minha formação profissional e pela paciência disponibilizada;

À Flávia Marucci, pela avaliação deste trabalho de forma precisa e dedicada e pela contribuição na reflexão mais ampla do trabalho;

À Secretaria, Danilo, Mari e Rachel, pessoas especiais que estão sempre presentes e dispostos a se doar;

Aos aprimorandos, Ana Paula, Patrícia, Lara, Amanda, Carol, Leandro e Mari, queridos amigos e parceiros nesta caminhada que não se cansaram em me apoiar em momentos difíceis e compartilhar momentos especiais. Vocês me inspiram a ser mais humana e a continuar lutando para ser auxílio oportuno para tantas pessoas fazendo brotar o sentido da vida.

Ao Ministério Universidades Renovadas e, especialmente ao Grupo de Partilha de Profissionais de Ribeirão Preto, por serem meus irmãos e me ajudarem a construir minha profissão baseado no sonho de uma Civilização do Amor.

*“A fé e a razão são como duas asas
sobre as quais o espírito humano se eleva
para a contemplação da verdade”.*

João Paulo II

*Quem nos separará do amor de Cristo?
A tribulação, ou a angústia, ou a perseguição,
ou a fome, ou a nudez, ou o perigo, ou a espada?
Porque estou certo de que, nem a morte, nem a vida,
nem os anjos, nem os principados, nem as potestades,
nem o presente, nem o porvir, nem a altura, nem a profundidade,
nem alguma outra criatura nos poderá separar do amor de Deus,
que está em Cristo Jesus nosso Senhor.
Mas em todas estas coisas somos mais do que vencedores,
por aquele que nos amou.*

Rom 8, 35,37-39

RESUMO

Silva, H. L. M. **Revisão da literatura sobre o *Coping* Religioso- Espiritual em pacientes com diagnóstico de câncer pela aplicação da escala RCOPE.** 2011. 47 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O câncer é comumente percebido como uma ameaça à vida e tem diversos impactos psicológicos. O processo de *coping* é ferramenta fundamental utilizada pelo paciente, sendo caracterizado como esforços cognitivos e comportamentais para responder às exigências que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo. Uma de suas formas é o *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), ou seja, o uso da Religiosidade, Espiritualidade ou fé para reagir a estressores e suas consequências, fazendo uma tradução desta dimensão em métodos específicos de ação. O CRE pode ser positivo (CREP) ou negativo (CREN). Há pesquisas indicando contribuições da relação entre Religião, Espiritualidade e saúde de pacientes com câncer. Porém, este campo ainda possui dados inconsistentes e dificuldades metodológicas. Por isso, o objetivo da pesquisa foi realizar uma revisão de literatura recente sobre CRE em pacientes com câncer e a relação com variáveis de saúde, especificamente, possíveis diferenças entre sexos, estadiamento da patologia e a discriminação dos conceitos de Religiosidade e Espiritualidade. Foi realizado levantamento nas bases de dados eletrônicos Lilacs, PUBMED, PsycINFO e Web of Science. O período de busca das publicações foi de 2006 até 2011. Dentre os critérios de inclusão estava o de escolher estudos que utilizaram o instrumento RCOPE ou *Brief* RCOPE. Dez artigos empíricos foram identificados e, destes, apenas um em periódico brasileiro. Verificou-se que o uso de CREP teve tanto resultados benéficos e nulos como prejudiciais associados a medidas de *distress*, ajustamento e qualidade de vida. E CREN, por sua vez, foi relacionado à resultados, em sua maioria, prejudiciais à saúde. Aspectos questionáveis dos estudos revisados disseram respeito a possível perda de validade das escalas quando adaptadas, ausência de investigação detalhada do efeito de características sociodemográficas e clínicas, bem como a de construtos bem definidos. Sugere-se então a utilização dos instrumentos de medida de forma adequada para garantir sua validade, como também a necessidade de definição consistente de construtos de Religiosidade e Espiritualidade. Desta forma garantir-se-á o crescimento na área. As limitações da presente revisão foram a pequena amostra de artigos que restringiu a variabilidade dos resultados e, portanto, a generalização dos achados deve ser feita com ressalvas.

Palavras-chave: *Coping*. Religiosidade. Espiritualidade. Câncer. Revisão da literatura

ABSTRACT

Silva, H. L. M. **Literature review on the religious-spiritual coping in cancer-diagnosed patients by applying the RCOPE scale.** 2011. 47 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Cancer is commonly perceived as a threat to life and has different psychological impacts. The process of coping is a key tool used by the patient, being characterized as cognitive and behavioral efforts to respond to the demands that threaten or exceed the capabilities of the individual. One of its forms is the Religious and Spiritual Coping (RSC), i.e., the use of Religiosity, Spirituality or faith to react to stressors and their consequences, making a translation of this on specific methods of action. The RSC can be positive (PRSC) or negative (NRSC). And there are researches indicating contributions of the relationship between Religion, Spirituality over health of patients with cancer. However, this field still has inconsistent data and methodological difficulties. Reason why we reviewed recent literature on RSC in patients with cancer and its relation with health variables, specifically, possible gender differences, stage of disease and discrimination of the concepts of Religiosity and Spirituality. Survey was conducted in the electronic databases Lilacs, PubMed, PsycINFO and Web of Science. The search was done for publications from 2006 to 2011. Among the inclusion criteria was to choose the studies that used the instrument RCOPE or Brief RCOPE. Ten empirical articles were identified, and only one of them was from a Brazilian magazine. It was found that the use of PRSC had beneficial, null and even harmful results over measures of distress, adjustment and quality of life. And NRSC, in its turn, was related to mostly harmful to health results. Questionable aspects of these studies have involved the possible loss of validity of the scales when adapted, no detailed investigation of the effect of sociodemographic and clinical characteristics, and absence of appropriately well-defined constructs. It is then suggested the use of standard measuring instruments to ensure its validity, but also the need for consistent definition of the constructs of Religiosity and Spirituality. This way will ensure growth in the area. The limitations of this review were the small sample of articles which restricted the variability of results and thus the generalizability of the findings must be made with caution.

Keywrods: *Coping*. Religiosity. Spirituality. Cancer. Literature Review.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Combinações de palavras-chaves empregadas na busca por artigos empíricos em bases de indexação eletrônica.....	38
Quadro 2 – Número de artigos encontrados nas bases de dados Lilacs, PsycINFO, PubMed e Web of Science de acordo com critérios de inclusão	41
Quadro 3 – Artigos revisados segundo país de origem, objetivo e desenho dos estudos	42
Quadro 4 – Artigos segundo variáveis de desfecho estudadas.....	44
Quadro 5 – Artigos revisados segundo características das amostras estudadas	46
Quadro 6 – Artigos referente a religião e Espiritualidade	49
Quadro 7 – Artigos segundo características do diagnóstico, estágio e tratamento.....	51
Quadro 8 – Artigos segundo instrumentos e forma de aplicação	54
Quadro 9 – Artigos segundo conceitos de Religiosidade e Espiritualidade adotados.....	58
Quadro 10 – Resultados principais dos estudos por autor e ano	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Dados epidemiológicos do câncer.....	19
1.2 A percepção do câncer e impacto psicológico.....	19
1.3 Dados epidemiológicos da Religiosidade.....	21
1.4 A Religiosidade e Espiritualidade e a relação com o câncer.....	22
1.5 Evolução histórica e definição do conceito de Religiosidade e Espiritualidade.....	23
1.6 Estresse psicológico e <i>coping</i>	25
1.7 Funções do <i>coping</i>	26
1.8 <i>Coping</i> religioso-espiritual.....	26
1.9 <i>Coping</i> religioso-espiritual e sua relação com a saúde.....	27
1.10 Os instrumentos RCOPE e Brief RCOPE.....	29
2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	33
3 OBJETIVO.....	35
4.1 Estratégia de busca e identificação de artigos elegíveis.....	37
4.2 Critérios de inclusão dos artigos.....	38
4.3 Critérios de exclusão dos artigos.....	39
5 RESULTADOS.....	41
5.1 Características do desenho dos estudos inclusos na revisão.....	41
5.2 Características dos grupos amostrais estudados.....	45
5.3 Instrumentos padronizados e definição dos constructos envolvidos nos estudos.....	53
5.4 Relação do <i>Coping</i> Religioso/Espiritual e indicadores de saúde.....	60
5.4.1 CREP e efeitos benéficos à saúde.....	60
5.4.2 CREP e efeitos prejudiciais à saúde.....	66
5.4.3 CREP e efeitos nulos à saúde.....	66
5.4.4 CREN e efeitos prejudiciais à saúde.....	67
5.4.5 CREN e efeitos positivos à saúde.....	68
5.5 Embate religioso e espiritual e efeitos sobre à saúde.....	68
5.6 Outras variáveis religiosas e espirituais e sua relação com CRE e saúde.....	69
5.7 Estadiamento e relação saúde, Religiosidade e Espiritualidade.....	70
5.8 Relação entre variáveis sociodemográficas, CRE e saúde.....	70
6 DISCUSSÃO.....	73
7 CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS.....	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 Dados epidemiológicos do câncer

O Instituto de Câncer do Brasil (INCA) define o câncer como uma situação de doença onde as células se dividem rapidamente e de forma desordenada, podendo invadir tecidos e órgãos. Tais células tendem a ser incontroláveis e agressivas e podem gerar a formação de tumores malignos. As causas podem ser tanto externas (meio ambiente e hábitos) como internas (por exemplo, pré-disposição genética). Os tratamentos realizados são cirurgia, radioterapia, quimioterapia, transplante de medula óssea (INCA, 2011a), terapia hormonal (GALL et al., 2009) e, mais recentemente, transplante de células-tronco (SHERMAN, et al., 2009). A escolha por cada tipo de tratamento depende da localização, o tipo do câncer e a extensão da doença.

Em relação à epidemiologia de câncer no mundo, a incidência em 2008 foi de 12,6 milhões e a mortalidade esteve em 7,6 milhões de pessoas com a doença (JEMAL et al., 2011). Em relação à incidência de câncer no Brasil, há dados quanto à estimativa de que haja 489.279 novos casos de câncer para o ano de 2011 (INCA, 2011b).

Uma vez que a gravidade do câncer e as estimativas de acometido são epidemiologicamente significantes, a compreensão sistematizada de como tais pacientes vivem e enfrentam a doença e suas consequências se faz relevante.

1.2 A percepção do câncer e impacto psicológico

Apesar de diversos tratamentos avançados disponibilizados atualmente, o câncer ainda é percebido como ameaça a integridade da vida. Gall et al. (2011), investigando o crescimento pessoal percebido (CPP) com experiências de doença, referem o estudo de Park¹ (2009) apontando que pacientes com câncer são

¹ Park, C.L. (2009). **Overview of theoretical perspectives**. In C.L. Park, S. Lechner, M.H. Antoni, & A. Stanton (Eds.), *Positive life change in the context of medical illness: Can the experience of serious illness lead to transformation?* Washington, DC: American Psychological Association, p. 11–30.

confrontados com questões existenciais que rompem com crenças seguras e prévias de invulnerabilidade, domínio pessoal e controle.

Liberto e Carvalho (2008) referem os diversos estressores com os quais o paciente com câncer se defronta dependendo das fases da doença (diagnóstico, tratamento e fase final). E para cada fase são esperados diversos impactos psicológicos. No diagnóstico, pode haver aparecimento de sentimentos de ansiedade, impotência e medo da morte. Na fase de tratamento, são comuns sentimentos de ansiedade e medo para com procedimentos invasivos e dolorosos, ruptura na rotina, mudança de papéis sociais e necessidade de manejo de estresse entre a equipe de saúde e a família. E na fase final, há o temor da morte e necessidade de resolver questões pendentes.

Maciejewski et al. (2011) e Phelps et al. (2009) referem que também no final da vida é necessário lidar com decisões importantes, como o planejamento de cuidados no final da vida e ações médicas agressivas de cuidados intensivos. Os autores referem que o primeiro diz respeito a verificar com paciente se deseja ou não: continuar a viver, ter cuidados com saúde por procuração jurídica ou ordem de não ressuscitar. O segundo é relacionado ao desejo ou não de ventilação mecânica ou ressuscitação, que são medidas agressivas e com consequências negativas para o paciente. Estas decisões e cuidados estariam em um contexto no qual a pessoa possui um câncer avançado e poderá morrer em poucas semanas (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009).

Para o paciente com diagnóstico de neoplasia no qual o tratamento eletivo é a cirurgia, há diversos aversivos importantes além da própria doença, como o contexto hospitalar e implicações como o afastamento de seus afazeres e de sua família, e a cirurgia em si e/ou anestesia que podem ser uma ameaça e geradora de sentimento de medo por ser desconhecida e/ou arriscada (GORAYEB, 2001).

No estudo de Passos (2009) foi avaliada a frequência de estados emocionais de ansiedade, depressão, desesperança e estresse nos momentos pré- e pós-cirúrgicos. No estudo foi observada correlação positiva significativa para todos os estados emocionais entre os dois momentos. E, em resumo, verificou-se que quanto pior o estado emocional do paciente no período pré-cirúrgico, pior foi o seu estado emocional no momento pós-cirúrgico. Finalmente, um dado interessante do estudo, que relaciona o tempo de diagnóstico da doença até a data de realização da cirurgia e as medidas psicológicas, verificou-se correlação significativa entre esta variável e

a desesperança no qual refere que quanto maior o tempo até a cirurgia maior desesperança pós-cirúrgica (PASSOS, 2009).

Uma vez que há uma multiplicidade de situações que o paciente com câncer pode experimentar, o cuidado em observar eventuais especificidades se faz necessário.

1.3 Dados epidemiológicos da Religiosidade

Em uma pesquisa feita em 2008 nos Estados Unidos revelou que 56,0% dos americanos acreditam que a religião seja algo importante em suas vidas (GALLUP, 2011a). A porcentagem de pessoas que não têm religião foi apenas de 13,0%. Em relação às filiações, 78,0% se disseram cristãos, sendo 56,0% protestantes e 22,0% católicos e 9% descreveram possuir outras denominações. Com relação a dados sociodemográficos, a religião foi correlacionada ao sexo, idade e raça, nos quais as pessoas que são mais religiosas são mulheres, com mais idade e afro-americanas. Em 2006, uma pesquisa feita sobre frequência a locais religiosos afirma que 43,1% dos americanos frequentam o local religioso semanalmente ou mais (GALLUP, 2011b).

Na Europa, nos dados disponíveis indicam que três em quatro europeus se dizem pessoas religiosas e que metade da população reza ou medita uma vez por semana. Porém, há diferenças entre regiões, como o Norte do continente sendo mais secularizado que o Sul (EUROPEAN VALUES STUDY, 2011).

No Brasil, o estudo de Moreira-Almeida et al. (2010) avaliou a relação entre envolvimento religioso e resultados sociodemográficos em uma amostra probabilística de aproximadamente 3.000 pessoas. Os autores verificaram que 95,0% dos brasileiros afirmaram ter uma religião, 83,0% consideraram a religião como muito importante, pontuando o máximo da escala utilizada (que variou de “não é nem um pouco importante” para “muito importante”) e 37,0% frequentavam serviços religiosos uma vez por semana. O estudo verificou que características como ter mais idade e ser do sexo feminino foram correlacionadas com maior frequência religiosa. A importância dada à religião não foi correlacionada com idade, estado civil, raça, sexo e região. Em relação à filiação religiosa, o Censo Demográfico de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE) relata que 73,6% dos brasileiros são católicos apostólicos romanos, 15,4% são evangélicos, 1,3% espíritas, 0,3% umbandistas ou adeptos do Candomblé, 1,8% possuem outras religiões e 7,4% não têm religião (IBGE, 2011).

1.4 A Religiosidade e Espiritualidade e a relação com o câncer

A literatura tem se expandido no foco sobre a Religiosidade e Espiritualidade e a conexão com pacientes com câncer e outras doenças graves (SHERMAN et al., 2009).

As conclusões dos estudos sobre o impacto do câncer citados no tópico anterior mostram a percepção ameaçadora do câncer, o confronto com questões sobre controle e invulnerabilidade da vida (GALL et al., 2010 apud PARK, 2009) e os impactos psicológicos inerentes ao processo do adoecer com câncer (LIBERATO; CARVALHO, 2008).

Segundo Pargament, Koenig e Perez (2000), a religião e a Espiritualidade conseguem fornecer suporte para tais situações críticas, pois possuem uma natureza multifuncional que pode oferecer diversos tipos de suporte. A religião, segundo os autores, possui cinco funções básicas: (1) significado - face ao sofrimento, ela fornece base para compreensão e interpretação dos eventos; (2) controle - a religião pode oferecer senso de domínio e controle para eventos que vão além dos recursos próprios; (3) conforto/Espiritualidade na direção de se desejar conexão espiritual; (4) intimidade/Espiritualidade - que podem ser entendidas como proximidade com outros, e (5) transformação de vida – ela permite nova fonte de significados ao mesmo evento.

Tais funções da religião vão ao encontro com as necessidades que o processo do adoecimento do câncer carrega.

Outros estudos verificam que a fonte religiosa pode gerar em indivíduos com doença terminal senso de auto-eficácia para aceitar sua doença e manejo mais eficiente de problemas associados (TARAKESHWAR et al., 2006). Pacientes que têm maior Espiritualidade possuem menores níveis de conflitos intrapsíquicos e depressão do que aqueles sem perspectiva espiritual, o que facilitaria o tratamento do câncer (VESPA et al., 2011).

1.5 Evolução histórica e definição do conceito de Religiosidade e Espiritualidade

Antes de compreender as relações possíveis entre as dimensões de Religiosidade-Espiritualidade e aspectos da saúde, faz-se necessário definir estes dois constructos e seu fundamento comum.

Koenig (2008) descreve como estes constructos foram historicamente sendo modificados. Primeiramente, a Espiritualidade era parte integrante da Religiosidade e era caracterizada por pessoas profundamente religiosas que dedicavam sua vida para o serviço da religião e a seus colegas e, que viviam de forma exemplar os ensinamentos da fé. As pessoas eram consideradas como aquelas onde o “Espírito de Deus” habitava e frequentemente tal condição estava relacionada ao clero (SHELDRAKE², 2007 apud KOENIG, 2008). Neste momento, os termos espiritual e espiritualidade eram claramente sinônimos de Religiosidade.

A segunda modificação importante foi a espiritualidade se expandir para além da religião, se aplicando a pessoas que possuem ou não diversos tipos de religião. E se criou uma nova classificação, sendo que as pessoas passaram a poder ser entendidas como espiritualizadas, mas não necessariamente religiosas.

Para este momento, uma descrição possível para a Espiritualidade seria a busca pelo sagrado, uma vez que isso pode ocorrer fora de uma religião tradicional (PARGAMENT, 1999³ apud KOENIG, 2008).

O sagrado, por sua vez, pode ser definido resumidamente como conceito de Deus, poderes maiores, seres transcendentais e outros aspectos da vida que podem ser santificados (IDINOPOLUS⁴; YONAN 1996 apud ZINNBAUER; PARGAMENT, 2005).

Em um terceiro momento da evolução dos constructos, Koenig (2008) refere que a Espiritualidade se modificou incluindo em sua definição aspectos de saúde mental. O autor refere que há importantes pesquisas que definem este construto como bem-estar, contentamento, paz, harmonia e conexão social. Isto tem como

² SHELDRAKE, P.² **A Brief History of Spirituality**. Boston, MA: Blackwell Publishing.

³ PARGAMENT, K. I. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. **International Journal of Psychology of Religious**, v.9, p. 3-16, 1999.

⁴ IDINOPOLUS; YONAN (Org). **The sacred and its scholars: studies in the history of religious**. Leiden: Brill, 1996.

consequência uma contaminação na medida de Espiritualidade. Ele aponta que quando se faz a correlação entre esta definição de Espiritualidade e medidas de saúde mental, obviamente tal correlação ocorrerá. Isso acabaria excluindo, por exemplo, pessoas deprimidas que não possuem estes sentimentos de bem-estar, mas têm ricas experiências espirituais. Então, este tipo de definição de Espiritualidade dificultaria e confundiria o desenvolvimento científico da área (KOENIG, 2008).

Portanto, para que se seja feito um trabalho investigativo de qualidade é fundamental que as “definições e categorizações de Espiritualidade, saúde mental e saúde física devem cada uma estar claras, distintas e não sobrepostas” (KOENIG, 2008, p.353).

Para a presente pesquisa adotou-se o conceito de Hill e Pargament (2003) no qual a Espiritualidade e Religiosidade possuem um denominador comum, o sagrado. A definição dos construtos é baseada em Zinnbauer e Pargament (2005), no qual seria a Espiritualidade a busca do sagrado e a Religiosidade, a maneira com a qual se busca o significado do sagrado. E, como aponta os últimos autores, o lugar destes dois construtos é entendido da seguinte forma: a Espiritualidade está inclusa na Religiosidade, sendo inter-relacionadas.

O trabalho também baseou-se em algumas colocações de Koenig (2008) segundo as quais a Espiritualidade está presente no cerne da Religiosidade e que é possível que as pessoas possuam somente uma Espiritualidade. Por consequência, uma pessoa que se denomina como religiosa não poderia se definir como não sendo espiritualizada.

O inverso não é inexorável. Uma pessoa que se defina como espiritualizada pode ser não religiosa (como tem sido a tendência atual das pesquisas, como referido anteriormente). Uma pessoa religiosa e não espiritual, no entanto, seria uma mera seguidora autômata de preceitos institucionais. Neste caso, acredita-se que nem mesmo o emprego de adjetivo “religiosa” seria adequado.

Para uma melhor compreensão da relação entre Religiosidade e Espiritualidade e o manejo com situação de câncer é necessário compreender anteriormente a armação teórica envolvida nestes aspectos.

1.6 Estresse psicológico e *coping*

Segundo o modelo de Lazarus e Folkman (1984), o estresse psicológico pode ser compreendido como a relação entre pessoa e ambiente e esta relação é avaliada pela pessoa como excedendo seus recursos e pondo em perigo seu bem-estar.

Os autores referem que o julgamento de tal relação depende da avaliação cognitiva que a pessoa faz. Esta última, por sua vez, é definida como um processo que determina o porquê e qual é a extensão de estresse de uma interação particular ou de várias entre a pessoa e o ambiente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Destacam que este é um modelo que considera as diferenças individuais e grupais das pessoas. Cada um de nós pode diferir em suas reações e interpretações e, conseqüentemente, na suscetibilidade para os vários tipos de estimulação (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Coping é definido dentro dessa conceituação de estresse como esforços cognitivos e comportamentais que mudam constantemente para manejar demandas específicas internas e/ou externas que são avaliadas como uma ameaça ou que ultrapassam os recursos do indivíduo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Sob a perspectiva da Análise do Comportamento, que demonstra algumas características semelhantes à definição anterior, Sanzovo e Coelho (2007) apontam que o *coping* pode ser compreendido como um conjunto de respostas comportamentais que o indivíduo emite diante de uma dada situação de estresse com o objetivo de modificar o ambiente e adaptar-se ao evento estressor reduzindo ou minimizando seu caráter aversivo.

Cerqueira (2000) refere que tal compreensão do *coping* possui três características principais: (1) a observação e avaliação devem se voltar para o que pessoa realmente pensa ou faz e não para aquilo que ela usualmente faria, pois desta forma estaria determinando o *coping* como um traço estático e não como algo dinâmico; (2) deve ser visto em um contexto específico e não poderia ser generalizado para outras situações e, por último (3) a avaliação deve considerar as mudanças das estratégias para outras situações.

Na presente pesquisa, optou-se por se manter o emprego da palavra *coping* sem tradução para o português, como realizado na pesquisa de Panzini (2004), no

qual aponta que a tradução poderia levantar equívocos sobre a compreensão e interpretação do conceito.

1.7 Funções do *coping*

Cerqueira (2000) aponta de forma crítica que a consideração do *coping* como processo permitiria avaliá-lo tendo diversas funções e não somente para resolução de problemas. Isto também implicaria em não considerá-lo como estilo e, portanto neste trabalho preferiu-se considerá-lo da mesma forma.

Lazarus e Folkman (1984) definiram duas estratégias básicas de *coping*, a saber, as de esforços focados no problema e as focadas na emoção. O *coping* focado no problema é designado para manejo de demandas externas pela solução do problema ou ao ser feito algo para alterar a fonte de estresse (exemplo dado, busca de informação). As estratégias de *coping* focadas nas emoções objetivam redução ou regularização do *distress* emocional que é associado com ou iniciado diretamente pela situação (como aceitação, reavaliação positiva, esquiva cognitiva ou comportamental, busca de suporte emocional).

1.8 *Coping* religioso-espiritual

O *coping* religioso-espiritual (CRE) pode ser explicado como sendo o uso da religião, Espiritualidade ou da fé para reagir a estressores e às consequências negativas de problemas por um conjunto de estratégias específicas (FETZER/NIA WORKING GROUP 2003 apud PANZINI; BANDEIRA, 2007). A pessoa faz uma tradução de suas orientações gerais de Religiosidade em métodos específicos de ação (PARGAMENT et al., 1998).

No estudo de Pargament et al. (1998), foi verificado dois padrões de CRE que podem ser encontrados para eventos estressantes: o positivo (CREP) e o negativo (CREN).

O padrão positivo reflete um senso de Espiritualidade real, relação segura com Deus e uma visão confiante do mundo. O padrão negativo é expressão de uma relação tênue com Deus, visão ameaçadora do mundo e embates religiosos. Estes

embates religiosos podem ser definidos como conflitos profundos que levam a distorção da visão, organização e significado da vida (Ai et al., 2009⁵ apud Ai et al., 2010). A palavra em inglês *struggle* foi traduzida para o português como “embate”, seguindo a tradução de profissionais renomados na área de Psicologia da Religião no Brasil (PAIVA; ZANGARI, 2010).

Pargament et al. (1988) identificaram três padrões de CRE: Autodireção (*self-directing*), Delegação (*deferring*) e Colaborativo (*collaborative*). O estilo de Autodireção ocorre quando a pessoa é ativa na resolução de problemas e Deus não está envolvido diretamente neste processo, pois Ele é visto como dando liberdade e recursos para que a pessoa dirija sua vida. A Delegação é um contraste do primeiro e refere-se a delegar a resolução do problema a Deus e esperar a solução Dele, pois Ele é a fonte de tais soluções. E o estilo Colaborativo é quando o processo de resolução de problemas está conjuntamente apoiado na pessoa e Deus e ambos são ativos no mesmo e tendo papéis claros.

E, mais tarde foi identificado um quarto estilo de CRE chamado de Súplica (*pleading* ou *petitionary*) que é definido pelas tentativas de influenciar a vontade de Deus através de rogos pela Sua intervenção (PARGAMENT, 1997⁶ apud PANZINI; BANDEIRA, 2007).

1.9 Coping religioso-espiritual e sua relação com a saúde

Acredita-se que o CRE tenha influência na saúde física e psicológica dos indivíduos. Pargament, Koenig e Perez (2000) relacionaram medidas de CRE e de ajustamento em estudantes que experimentaram grandes estressores e em pacientes idosos com doenças graves. Os indicadores de ajustamento foram saúde física, aspectos psicossomáticos, sofrimento mental (tristeza, ansiedade e raiva), crescimento mediante estresse (o avaliar de forma positiva um grande estressor) e resultados religiosos (por exemplo, aproximação de Deus). Foi verificado que o CRE possui um efeito único no ajustamento, quando controladas as variáveis

⁵ Ai, A.L., Seymour, E.M., Tice, N.T., Kronfol, Z., & Bolling, S.F. (2009). Spiritual struggle related to plasma interleukin-6 prior to cardiac surgery. *Psychology of Religions and Spirituality*.

⁶ PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. Nova Iorque: Guilford, 1997.

sociodemográficas ou de Religiosidade-Espiritualidade globais. Concluíram em seu estudo que CRE é um excelente preditor de ajustamento para eventos estressores.

No estudo de Pargament et al. (1998) foi constatado que pessoas que utilizavam CRE negativo foram relacionadas com um número maior de diagnósticos médicos, empobrecimento do status funcional, cognitivo e subjetivo e, em relação a saúde mental, foram relacionados moderadamente com maiores sintomas de depressão e baixa qualidade de vida. Pessoas que faziam uso de CREP tiveram menores sintomas de depressão e maior cooperativismo.

Panzini (2004) estudou a relação entre CRE e qualidade de vida aplicando a “Escala de *coping* religioso-espiritual” (Escala CRE), que a mesma validou para a população brasileira. Dividindo a qualidade de vida entre alta e baixa, a pesquisadora mostrou que aqueles que tiveram alta qualidade de vida possuíam também maior utilização de estratégias de CRE (PANZINI, 2004).

Ai et al. (2010) estudaram pessoas que iriam ser submetidas à cirurgia cardíaca e que estavam em embates religiosos. Este estudo teve medidas psicofisiológicas da angústia pré-operatória e depressão pós-operatória. Os resultados obtidos mostraram que a relação entre embates religiosos e as medidas psicofisiológicas mediou a ansiedade pré-operatória e depressão pós-operatória.

Pargament (2010) aponta que a Religiosidade possui mediadores sociais, psicológicos, fisiológicos e de estilos de vida que não são suficientes para explicar a complexidade do fenômeno. Um estudo realizado em Israel de Hasson-Ohayon et al (2009) mostrou o efeito da esperança sobre a Religiosidade e *coping*. Foi encontrado que esperança foi um mediador supressor entre Religiosidade, aceitação fatalista e ansiedade/preocupação, diminuindo as associações entre ambos. Entretanto, Hill e Pargament (2003) salientam uma negligência existente do que é próprio da Religiosidade-Espiritualidade e suas contribuições específicas para saúde física e mental.

Portanto, se a pesquisa focasse somente os mediadores sociais, psicológicos, fisiológicos e de estilos de vida, não faria sentido estudar a religião em si mesma, uma vez que se têm provas empíricas da especificidade do fenômeno e sua influência (PARGAMENT, 2010).

1.10 Os instrumentos RCOPE e Brief RCOPE

Pargament, Koenig e Perez (2000) analisaram de forma detalhada o fenômeno da Religiosidade e construíram uma escala chamada *RCOPE Scale*. A escala possui 105 itens para verificar o aspecto funcional da religião, ou seja, como o indivíduo utiliza a religião em situações de crise.

Segundo critérios psicométricos, a escala possui confiabilidade, validade e consistência interna adequadas (PARGAMENT, KOENIG; PEREZ, 2000).

Os autores apontam que a religião possui uma natureza multifuncional e assim oferece diversos tipos de *coping* para as mais diferentes situações. Acompanhando tal natureza, a escala foi criada em torno das cinco funções básicas da religião, para lembrar, Significado, Controle, Conforto/Espiritualidade, Intimidade/Espiritualidade e Transformação de Vida (PARGAMENT, KOENIG; PEREZ, 2000).

A escala possui também aspectos tanto positivos como negativos da religião. O padrão positivo possui as estratégias de Reavaliação Benevolente de Deus, que redefine o estressor como benevolente e potencialmente benéfico através da religião; Busca de Apoio Espiritual, que conforta e reafirma através do amor e cuidado de Deus; Perdão/purificação religiosa, que procura a religião para ajudar a deixar a raiva, feridas e medos associados com uma ofensa para obter a paz; Busca de Conexão Espiritual, que se refere à busca de uma força que transcende o indivíduo; Busca de Apoio dos Membros da Religião/Espiritualidade, que é definido como conforto e reafirmação do amor e cuidado através dos membros do congresso e clero; *Coping* Religioso Colaborativo, através do qual se busca controle através da parceria com Deus para resolver o problema; Entrega Religiosa Ativa, que deixa ativamente o controle a Deus; Foco Religioso, que são atividades religiosas para distrair do foco estressor; Marcando Divisas Religiosas, que é definido como demarcar claramente comportamentos religiosos aceitáveis e inaceitáveis e permanecer dentro dessas fronteiras; a Direção Religiosa, que se refere ao encontro de nova direção para vida quando as antigas não são mais viáveis e, por último, a Conversão Religiosa que se refere a uma mudança radical na vida (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

O CREN é definido com as formas de Reavaliação Punitiva de Deus, que define o estressor como punição pelos pecados do indivíduo; Descontentamento

Espiritual, que é definido como confusão e não satisfação na relação com Deus; Descontentamento Religioso Interpessoal, que expressa confusão e não satisfação na relação com clero e membros da comunidade religiosa; Reavaliação Demoníaca, que redefine o estressor como um ato do Demônio; Reavaliação do Poder de Deus, que redefine o poder de Deus na situação de estresse; *Coping* Religioso Auto-direcionado, que procura controle através de iniciativa própria ao invés da ajuda de Deus; Adiamento Religioso Passivo, que espera passivamente pelo controle de Deus para a situação; e a Suplica pela Intercessão Direta, que busca um controle indireto pela suplica de Deus por um milagre ou intercessão divina (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Os aspectos tanto positivos como negativos são importantes de serem avaliados para compreender melhor as ambiguidades na relação entre saúde e Espiritualidade (PANZINI, 2004).

Outra característica de amplitude e detalhamento da escala é ter diversos tipos de *coping*, como ativo, passivo e interativo; abordagens de *coping* focados na emoção e problema como também domínios espirituais, cognitivos, comportamentais e interpessoais (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Os criadores da escala RCOPE apontam que a mesma pode ser pioneira na compreensão mais perspicaz dos papéis da religião na relação com a saúde e no processo de *coping* (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Enfatizam que o embasamento teórico está focado na funcionalidade que a religião possui, tendo assim uma amplitude de ação. Esta característica da medida acaba sendo um preditor mais forte dos efeitos de eventos estressores do que os métodos tradicionais de medida de Religiosidade-Espiritualidade, como frequência de oração ou de comparecimento a locais religiosos.

Pargament (1997⁷, apud Pargament et al., 1998) embasa esta afirmação em sua revisão da literatura que sugere o CRE como mediador da relação entre orientação religiosa geral e os resultados para grandes estressores. Refere que isto se deve ao fato de que as crenças e práticas religiosas precisam ser traduzidas em formas específicas de *coping* e dessa forma podem ter efeitos diretos na saúde. Portanto, apenas com o emprego dos métodos tradicionais não seria possível saber

⁷ PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. Nova Iorque: Guilford, 1997.

se a pessoa está ou não aplicando as práticas e crenças religiosas na situação crítica e não é possível acessar suas funções (PARGAMENT et al., 1998). A Religiosidade também pode incluir razões sociais como aprovação social ou ganho de status, chamado de Religiosidade extrínseca (THUNE-BOYLÉ et al., 2006). Isto é mais um motivo para se questionar a validade de medir a forma tradicional de Religiosidade.

Seus autores referem que a RCOPE é uma ferramenta útil para variedade de população adulta com vários tipos de estressores graves uma vez que os resultados de sua validação, pelo emprego de Análise Fatorial Confirmatória, indicaram que a escala é fortemente generalizável, pois encontrou resultados semelhantes para amostras que são demográfica, religiosa e situacionalmente diferentes, por exemplo adultos universitários e idosos internados com doenças moderadamente graves (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Outro resultado importante é a notável relação significativa entre diversos resultados de ajustamento, tanto aqueles que estão próximos de situações de estresse (sintomas psicossomáticos e físicos) até para aqueles mais distantes (medidas de saúde gerais) (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Como seria muito difícil aplicar para todos os grupos religiosos o RCOPE é bem aplicado na tradição Judaico-Cristã (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000) ou em religiões teístas, como islamismo (PARGAMENT, 1998).

Pargament et al (1998) criaram a versão curta do RCOPE e a denominaram *Brief RCOPE*. Os autores referem que essa versão possui 14 itens também distribuídos nos dois fatores do CREP e CREN. Apontam que o instrumento possui alta consistência interna, validade e os fatores possuem diferenças para os resultados de saúde. Os autores indicam que, por ser um instrumento curto, pode ser usado em pesquisas de larga escala, como as de saúde e ciências sociais que busca integrar de forma eficiente e teoricamente significativa a religião dentro dos modelos de estresse, *coping* e saúde (PARGAMENT et al., 1998).

Os pesquisadores fazem, porém, um alerta de que este tipo de instrumento não captura todo conhecimento sobre CRE que o RCOPE se disponibiliza a medir. Por isso, o *Brief RCOPE* não possui a intenção de substituir o RCOPE, mas ser um instrumento complementar (PARGAMENT et al., 1998).

2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Observa-se um crescente número de pesquisas investigando a influência da religião e da Espiritualidade em pacientes portadores de diferentes diagnósticos.

O câncer, apesar dos reconhecidos avanços tecnológicos em seu tratamento, comumente representa condição de ameaça importante ao bem-estar e a vida. Esse diagnóstico e seus tratamentos podem significar impacto negativo sobre o paciente ao forçá-lo a enfrentar questões antes ignoradas, como a fragilidade da vida e sua finitude. Verifica-se neste contexto sintomas psicológicos como ansiedade, depressão e estresse e prejuízo na qualidade de vida.

Diversos estudos têm avaliado o CRE e o seu impacto no ajustamento ao câncer. Entretanto verificam-se ainda resultados não conclusivos, diversas dificuldades metodológicas como também uma variedade de instrumentos sobre CRE e a consideração da Religiosidade e Espiritualidade em geral como medida que pode dificultar a compreensão do efeito do fenômeno.

Assim, a presente revisão da literatura foca um bom instrumento do ponto de vista psicométrico que fornece subsídios para melhor compreensão do CRE e a relação com outras variáveis em pacientes com diagnóstico de câncer.

Acredita-se que a pesquisa também possa fornecer caminhos para ampliar a visão sobre a importância do fenômeno da Religiosidade e Espiritualidade no manejo do adoecimento como também uma reflexão de intervenções mais eficazes por parte dos profissionais da saúde.

3 OBJETIVO

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo realizar revisão de conteúdo de artigos empíricos que versam sobre o tema do CRE em pacientes com diagnóstico de câncer com aplicação dos instrumentos RCOPE (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000) ou *Brief* RCOPE (PARGAMENT et al., 1998) publicados no período de 2006 até setembro de 2011.

Houve como intento específico verificar a questão de possíveis diferenças entre sexo, estadiamentos da patologia e a discriminação dos conceitos de Religiosidade e Espiritualidade.

4 MÉTODO

4.1 Estratégia de busca e identificação de artigos elegíveis

Esta revisão foi baseada em estudo da área de CRE e câncer (THUNEBOYLÉ et al., 2006). A estratégia de busca está representada na Figura 1, que mostra passos realizados para identificação dos artigos segundo critérios elegíveis.

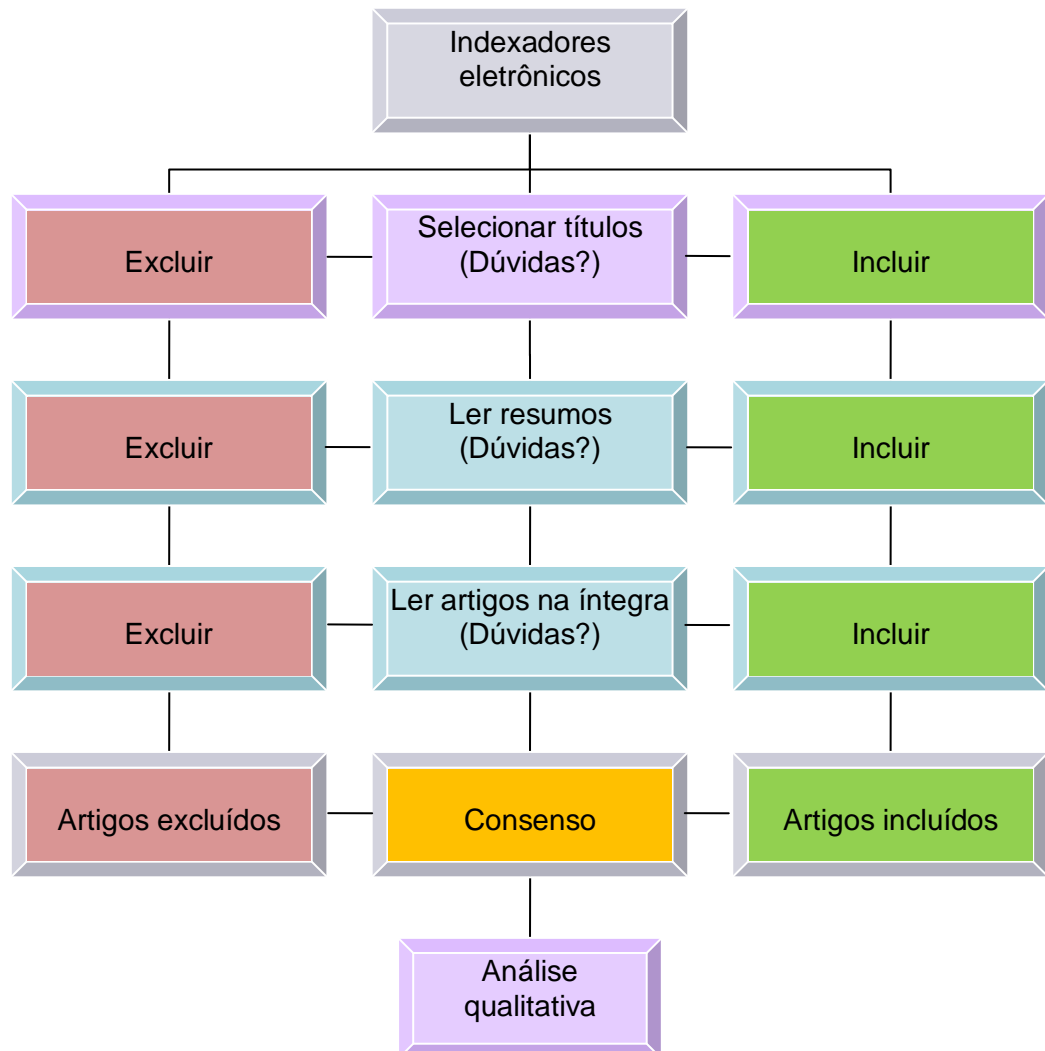


Figura 1 – Processo de busca, identificação e análise dos artigos elegíveis para revisão

O intervalo de tempo das publicações foi do ano de 2006 até o mês de Setembro de 2011.

Foi realizada busca em três bases de dados eletrônicos PUBMED, PsycInfo e Lilacs com o emprego das combinações de palavras-chaves apresentadas no Quadro 1. A base Web of Science foi utilizada de forma complementar com aplicação somente da palavra-chave RCOPE.

Quadro 1 – Combinações de palavras-chaves empregadas na busca por artigos empíricos em bases de indexação eletrônica

Lilacs	PsycINFO	PUBMED	Web of Science
<i>Coping</i>	<i>Coping</i>	<i>Coping</i>	RCOPE
Religiosidade/	Religiosity/	Religiosity/	
Religião/Religioso	Religion/Religious	Religion/Religious	
Espiritualidade/Espiritual	Spirituality/Spiritual	Spirituality/Spiritual	

Os referidos indexadores foram escolhidos por estarem entre os comumente usados em revisões anteriores (e.g. THOMSEN; RYDEHL-HANSEN; WAGNER, 2010), uma vez que abarcam, em seus respectivos acervos, grande parte do que é publicado por periódicos de qualidade e revisados por pares, com forte fator de impacto nacional e internacional.

E, mais especificamente a base de dados eletrônicos Lilacs foi escolhida por indexar estudos da América Latina e, assim, seria possível verificar e analisar nossa realidade cultural.

4.2 Critérios de inclusão dos artigos

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos empíricos, quantitativos publicados em língua inglesa, espanhola e portuguesa;
- Período de publicação de 2006 até setembro de 2011;
- Artigos de acesso público;

- Amostra de pacientes adultos com diversos tipos de diagnóstico de câncer;
- Investigação pela aplicação do instrumento RCOPE (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000) ou *Brief RCOPE* (PARGAMENT et al., 1998);

A seleção por esses instrumentos específicos deve-se aos dados psicométricos confiáveis da escala (confiabilidade, validade e consistência interna), como também a natureza multifuncional e a riqueza de detalhes que abarca diversos tipos de *coping* para diferentes dimensões do comportamento humano.

A escolha também está pautada no fato de que este é o único instrumento até o momento validado para a cultura brasileira relacionado ao fenômeno do CRE (PANZINI, 2004).

4.3 Critérios de exclusão dos artigos

Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão:

- Estudos em outras línguas que não fossem as línguas inglesa, espanhola ou portuguesa;
- Estudos de casos;
- Estudos qualitativos;
- Editoriais;
- Revisões;
- Cartas;
- Capítulos de livros;
- Dissertações e teses;
- Estudos que usaram metodologia não padronizada de acesso ao fenômeno de *Coping* religioso-espiritual.

Cada base de dados possui filtros que permitem busca avançada de forma particular. Esses filtros foram utilizados para alcance de critérios de inclusão da pesquisa e facilitar a identificação dos títulos.

Na base PUBMED, foram empregados os filtros para tipo de artigo (ensaio clínico e estudos comparativos), espécie (humanos), subgrupo (câncer), língua,

idade e ano de publicação. Na base PsyINFO, foram utilizados os filtros para ano de publicação e para inclusão apenas de artigos revistos por pares. No Lilacs, não havia filtros. E na base Web of Science não foram utilizados filtros.

Os títulos duplicados entre as bases foram excluídos eletronicamente e depois manualmente pela autora.

Os critérios de inclusão que não foram descritos nas bases foram aplicados de forma manual pela autora, como também os critérios de exclusão.

5 RESULTADOS

5.1 Características do desenho dos estudos inclusos na revisão

Foram identificados somente dez artigos empíricos e, destes, nove em periódicos internacionais, que focaram diretamente a investigação do CRE, seja como objetivo único ou na sua relação com outras variáveis, no período de 2006 a Setembro de 2011.

Duzentos e doze títulos foram excluídos após a leitura de cada um e/ou de seus resumos e/ou textos completos, com a constatação de que não estavam dentro dos critérios de inclusão para este trabalho de revisão (QUADRO 2).

Quadro 2 – Número de artigos encontrados nas bases de dados Lilacs, PsycINFO, PubMed e Web of Science de acordo com critérios de inclusão

Artigos	Lilacs	PsycINFO	PUBMED	Web of Science
Identificação inicial	17	123	56	16
Todos os critérios aplicados	1	8	1	0

A seguir, apresentam-se os resultados em relação ao país de origem, os objetivos e o desenho dos estudos analisados por autor e ano (QUADRO 3).

Em nosso estudo, verifica-se que 70,0% foram longitudinais. E daqueles com esse tipo de desenho, quatro de seis pesquisas fizeram medidas repetidas para verificar possíveis mudanças do CRE com relação às variáveis de saúde e não somente mediram seu fator preditivo (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; GALL et al., 2009; HEBERT et al., 2009; SHERMAN et al., 2009).

Quadro 3 – Artigos revisados segundo país de origem, objetivo e desenho dos estudos

Autor e ano	País	Objetivo	Desenho
Gall, T. L.; Guirguis-Younger, M.; Charbonneau, C.; Florack, P., 2009	Canadá	Investigar a mobilização do <i>coping</i> religioso e seu padrão ou trajetória para várias fases do tratamento do câncer de mama e recuperação.	Longitudinal
Gall, T. L.; Charbonneau, C; Florack; P., 2011	Canadá	Relacionar papéis da religiosidade, crescimento pessoal percebido de forma longitudinal em pacientes com diagnóstico recente de câncer de mama	Longitudinal
Hebert, R.; Zdaniuk, B.; Schulz, R.; Scheier, M., 2009	Estados Unidos	Explorar a relação entre <i>coping</i> religioso e bem-estar de forma prospectiva, usando medidas válidas e controlando possíveis covariáveis	Longitudinal
Macieira, R. C.; Cury, M.C. S; Mantese, J.C.; Barros, A.C.S.D., 2007	Brasil	Descrever o uso do <i>coping</i> religioso e espiritual em mulheres com câncer de mama	Transversal
Maciejewski, P. K.; Phelps, A.C., Kacel, E. L.; Balboni, T. A.; Balboni, M.; Wright, A. A.; Pirl, W.; Prigerson, H. G., 2011	Estados Unidos	Examinar a relação entre métodos de <i>coping</i> religioso e não religioso com câncer avançado, conclusão das direções de cuidado e recebimento de cuidados intensivos e de prolongamento da vida próximo da morte	Longitudinal
Phelps, A. C; Maciejewski, P. K.; Nilsson, M.; Balboni, T. A.; Wright, A. A.; Paulk, M. E.; Tice, E.; Schrag, D.; Peet, J. R., 2009	Estados Unidos	Determinar a maneira que <i>coping</i> religioso se relaciona com o uso de cuidados de prolongamento do final da vida entre pacientes com câncer avançado	Longitudinal

(Continua)

(Conclusão)

Autor e ano	País	Objetivo	Desenho
Sherman, A. C. ; Plante, T.G. ; Simonton, S. ; Latif, U. ; Anaissie, E. J., 2009	Estados Unidos	Examinar longitudinalmente o papel da orientação religiosa geral e CREP e CREN nas respostas de <i>distress</i> emocional e qualidade de vida em pacientes com mieloma submetidos a transplante de células-tronco autólogas nas fases críticas do tratamento	Longitudinal
Tarakeshwar, N.;Vanderwerker, L. C.; Pearce, M. J.; Stanislav, K. V.; Prigerson, H. G., 2006	Estados Unidos	Associar CREP e CREN e dimensões de qualidade de vida em pacientes com câncer avançado	Transversal
Zwingmann, C.; Müller C.; Körber, J.; Murken, S., 2008	Alemanha	Determinar a utilidade da diferenciação entre compromisso religioso e <i>coping</i> religioso na predição do ajustamento psicossocial	Transversal
Zwingmann, C.; Wirtz, M.; Müller, C.; Körber, J.; Murken, S., 2006	Alemanha	Relacionar CREP e CREN e características de pacientes com câncer de mama, o uso de outras estratégias de <i>coping</i> e o ajustamento psicossocial	Transversal

CREN: *Coping* religioso/espiritual negativo; CREP: *Coping* religioso/espiritual positivo.

Os objetivos das pesquisas foram variados. Além de verificar o CRE, que é elemento de interesse aqui, uma pesquisa verificou mais especificamente o efeito mobilizador de CRE em fases críticas do tratamento (GALL et al., 2009).

Outra três pesquisas também avaliaram as influências da frequência religiosa e de importância que é dada à religião e Espiritualidade, além do CRE, sobre as variáveis de saúde (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; SHERMAN et al., 2009; ZWINGMANN et al., 2008).

Para verificar com maior clareza os objetivos dos estudos e as influências nas variáveis de saúde, o Quadro 4 mostra as variáveis de desfecho de cada estudo.

Quadro 4 – Artigos segundo variáveis de desfecho estudadas

Autor e ano	Variável de desfecho
Gall et al., 2009	Ajustamento (áreas: física, funcional, social e emocional) e <i>distress</i> (ansiedade, depressão e raiva)
Gall; Charbonneau e Florack, 2011	Crescimento pessoal percebido
Hebert et al., 2009	Bem-estar mental e físico, depressão e satisfação com a vida
Macieira et al., 2007	<i>Coping</i> religioso e espiritual
Maciejewski et al., 2011	Planejamento de cuidados e cuidados intensivos próximo da morte
Phelps et al., 2009	Planejamento de cuidados e cuidados intensivos próximo da morte
Sherman et al., 2009	<i>Distress</i> emocional (ansiedade e depressão) e qualidade de vida (áreas: física, funcional, social e emocional)
Tarakeshwar et al., 2006	Qualidade de vida (áreas: física, psicológica, existencial e suporte)
Zwingmann et al., 2006	Ajustamento (ansiedade e depressão)
Zwingmann et al., 2008	Ajustamento (ansiedade)

Em relação às variáveis dependentes, os estudos tiveram propostas diversas. Cinco estudos investigaram variáveis como ansiedade e/ou depressão (denominadas como *distress* ou ajustamento) (GALL et al., 2009; HEBERT et al., 2009; SHERMAN et al., 2009; ZWINGMANN et al., 2006; 2008). Dois relataram

variáveis relacionadas ao planejamento e realização de cuidados intensivos no fim da vida (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009). Dois estudaram sobre qualidade de vida (SHERMAN et al., 2009; TARAKESHWAR, 2006). Um sobre bem-estar físico e satisfação na vida (HEBERT et al., 2009); outro estudo sobre avaliação de bem-estar nas áreas física, funcional, social e emocional (denominando-a de “ajustamento”); um estudo sobre crescimento pessoal percebido (CPP) após situação de doença e tratamento (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011) e, por último, um estudo centrado apenas no levantamento da presença do CRE (MACIEIRA et al., 2007).

5.2 Características dos grupos amostrais estudados

O tamanho bem como as variáveis sociodemográficas das amostras dos estudos são apresentados no Quadro 5. Veja que, uma vez constatada o predomínio do sexo femininos nas amostras, somente a porcentagem desse foi apresentado no quadro.

O tamanho das amostras variou entre 30 a 345 participantes e a idade média esteve entre 51 a 60,95 anos.

Em relação ao sexo dos participantes, seis dos dez estudos foram com mulheres (GALL et al., 2011; 2009; HEBERT et al., 2009; MACIEIRA et al., 2007; ZWINGMANN et al., 2008; 2006).

A maioria dos estudos envolveu participantes casados (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; MACIEJEWSKI et al., 2011; SHERMAN et al., 2009; GALL et al., 2009; TARAKESHWAR et al., 2006; ZWINGMANN et al., 2008; 2006); estudados (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009; SHERMAN et al., 2009; MACIEIRA et al., 2007; TARAKESHWAR et al., 2006; ZWINGMANN et al., 2008; 2006) e de etnia caucasiana (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; MACIEJEWSKI et al., 2011; GALL et al., 2009; HEBERT et al., 2009; SHERMAN et al., 2009; TARAKESHWAR et al., 2006).

Somente dois estudos falaram sobre a ocupação, nos quais quase metade das amostras era composta por participantes aposentados (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; GALL et al., 2009;).

Quadro 5 – Artigos revisados segundo características das amostras estudadas

Autor e ano	Tamanho	Idade média e SD (anos)	Porcentagem de mulheres	Estado civil	Escolaridade (anos)	Etnia	Ocupação
Gall et al., 2009*	93 e 160	60,95 (11,25) e 52,7 (11,30)	100%	66,7% e 70,6% casadas; 14,0% e 6,2% viúvas; 11,8% e 10,7% separadas; 7,5% e 12,5% solteiras		96,8% e 93,8% caucasianas; 2,2% e 1,9% asiáticas; 1,1% e 0,6% hispânicas	36,7% e 63,7% empregadas; 14,0% e 9,3% desempregadas; 48,4% aposentadas
Gall; Charbonneau e Florack, 2011	93	60,95 (11,25)	100%	66,7% casadas; 14,0% viúvas; 11,8% separadas; 7,5% solteiras		97% caucasiano	36,7% empregadas; 14,0% desempregadas; 48,4% aposentadas
Hebert et al., 2009	284	51 (9,6)	100%		99,0% mínimo de 15; 21,0% 14 anos; 1% mínimo de 10	88% caucasianos; 10% afro-americanos; 2% hispânicos e outros	

(Continua)

(Conclusão)

Autor e ano	Tamanho	Idade média e SD (anos)	Porcentagem de mulheres	Estado civil	Escolaridade (anos)	Etnia	Ocupação
Macieira et al., 2007	30		100%	40,0% casadas	43,3% cerca de 15 anos		
Maciejewski et al., 2011	345	58 (-)	42,0%	55,0% casados	4% média de 12	62% brancos	
Phelps et al., 2009*	345	56 e 60,95 (-)	50,6 e 42,3%	45,1% e 64,7% casados	11,1 e 13,5 anos	42,7% e 83,2% caucasianos	
Sherman et al., 2009	94	55,7 (9,2)	38,3%	81,9% casados; 18,1% não casados	Predomínio 15,1	Predomínio de caucasiano	
Tarakeshwar et al., 2006	170	57,46 (-)	46,0%	59,0% casados	61,2% mínimo 14	65,9% caucasiano	
Zwingmann et al., 2006	167	57,46 (-)	100,0%	68% casadas	54% 13 anos		
Zwingmann et al., 2008	167	57 (11)	100,0%	69% casadas; 72% união estável	56% 13 anos		

Células do quadro em branco indicam que os dados não foram informados no corpo do texto. * Este estudo apresenta dois grupos comparativos;

As religiões predominantes foram a Católica e a Protestante (QUADRO 6). Quatro estudos apresentaram a religião católica como predominante (MACIEJEWSKI et al., 2011; MACIEIRA et al., 2007; TARAKESHWAR et al., 2006); um estudo referiu a religião protestante como predominante (SHERMAN et al., 2009) e cinco estudos tiveram números próximos entre católicos e protestantes (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; GALL et al., 2009; HEBERT et al., 2009; ZWINGMANN et al., 2008; 2006). Quatro estudos mostraram a religião judaica representando de 0,6 a 5,0% de suas amostras.

Alguns estudos apresentaram ainda, na descrição das frequências das religiões referidas pelos participantes, a classificação “outros”. E, com o fim de simplificar a compilação dos dados em cada estudo, decidiu-se por agrupar nessa categoria as demais religiões, observadas em baixas porcentagens.

Quadro 6 – Artigos referente a religião e Espiritualidade

Autor e ano	Católico	Protestante	Judeu	Outros	Nenhuma
Gall et al., 2009	44,1% e 42,7%	36,6% e 42,0%	2,2% e 0,6%	3,3% e 2,3%	11,8% e 11,5%
Gall; Charbonneau e Florack, 2011	44,1%	36,6%	2,2%	3,3%	11,8%
Hebert et al., 2009	39,0%	44,0%	5,0%	18,0%	5,0%
Macieira et al., 2007	63,3%	26,7%		10,0%	
Maciejewski et al., 2011	38,0%	16,0%		40,0%	5,0%
Phelps et al., 2009*	30,3% e 45,5%	13,5% e 19,2%		29,8% e 18,6%	39,8% e 76,2%
Sherman et al., 2009	23,4%	67,0%		4,2%	5,3%
Tarakeshwar et al., 2006	40,0%	20,0%	3,5%	17,5%	6,5%
Zwingmann et al., 2006	45,0%	38,0%		5,0%	12,0%
Zwingmann et al., 2008	49,0%	35,0%		5,0%	11,0%

Células do quadro em branco indicam que os dados não foram informados no corpo do texto. * Este estudo apresenta dois grupos comparativos.

Em relação à doença, o Quadro 7 mostra as características relacionadas ao diagnóstico, estadiamento e tratamento do câncer.

Seis estudos eram sobre câncer de mama (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; GALL et al., 2009; HEBERT et al., 2009; MACIEIRA et al., 2007; ZWINGMANN et al., 2008; 2006); um de mieloma (SHERMAN et al., 2009); dois com diversos tipos (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009) e um estudo não relatou os tipos de câncer (TARAKESHWAR et al., 2006), somente referia que estava em nível avançado.

Quatro estudos abordaram participantes quando de diagnósticos recentes e em estágios iniciais da doença (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; GALL et al., 2009; ZWINGMANN et al., 2008; 2006). Em outro estudo, os participantes estava, em média, há 13 meses de descobrimento (SHERMAN et al., 2009); o estudo de Hebert et al (2009) não referiu qual era o intervalo de tempo passado desde o diagnóstico. Quatro outros incluíram participantes em níveis avançados de adoecimento (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009; SHERMAN et al., 2009; TARAKESHWAR et al., 2006). Macieira et al (2007) não descreveram o estadiamento dos pacientes estudados.

E referente aos tratamentos que os participantes foram submetidos, quatro estudos relataram que a maioria dos pacientes, quando não todos, foram submetidos à intervenções cirúrgicas (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; GALL et al., 2009; ZWINGMANN et al., 2008; 2006). Cinco estudos referiam tratamentos quimioterápicos e/ou radioterápicos (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; MACIEJEWSKI et al., 2011; GALL et al., 2009; HEBERT et al., 2009; PHELPS et al., 2009).

Quadro 7 – Artigos segundo características do diagnóstico, estágio e tratamento

Autor e ano	Tipo de neoplasia	Estadiamento	Tratamento
Gall et al., 2009	Mama. Acompanhado desde pré-diagnóstico	75,0% estágio 0 a II e 80,0% não tinham nódulo linfático invadido	57,0% cirurgia para retirada dos nódulos linfáticos; 51% combinações de QT, RT e tratamento com tamoxifeno pós-cirurgia
Gall; Charbonneau e Florack, 2011	Mama. Acompanhado desde pré-diagnóstico	75,0% estágio 0 a II e 80,0% não tinham envolvimento em nódulos linfáticos *	57,0% cirurgia para retirada dos nódulos linfáticos. 56% combinações de QT, RT e tratamento com tamoxifeno pós-cirurgia
Hebert et al., 2009	Mama	70,0% estágio I e II e 30,0% estágio IV	Há pelo menos 1 mês de tratamento
Macieira et al., 2007	Mama		
Maciejewski et al., 2011	22,0% Pulmão; 14,0% Cólon; 10,0% Mama; 7,0% Pâncreas; 47,0% Outros	Avançado metastático*	Progressão da doença após QT de primeira linha
Phelps et al., 2009**	21,1% e 22,9% Pulmão; 17,7% e 10,2% Cólon; 9,1% e 10,8% Mama; 5,1% e 9,0% Pâncreas; 46,9% e 47,9% Outros	Avançado metastático*	Progressão da doença após QT de primeira linha

(Continua)

(Conclusão)

Autor e ano	Tipo de neoplasia	Estadiamento	Tratamento
Sherman et al., 2009	Mieloma submetido a transplante de células-tronco	18,0% estágio I, 5% II e 71,0% III Usado classificação Durie e Salmon	87,0% primeiro transplante de células-tronco; 23,0% foram submetidos ao protocolo DT-PACE (Choon-Kee et al, 2003)
Tarakeshwar et al., 2006		Avançado metastático*	Progressão da doença após QT de primeira linha
Zwingmann et al., 2006	Mama	5,0% estágio 0, 30% I, 47,0% II, 7,0% III e 4,0% IV *	Todos realizaram cirurgia
Zwingmann et al., 2008	Mama	5,0% estágio 0, 31,0% I, 47,0% II, 7,0% III e 3,0% IV	Todos realizaram cirurgia

Células do quadro em branco indicam que os dados não foram informados no corpo do texto. QT: quimioterapia; RT: radioterapia. * Não foi citado o critério para nível de estadiamento.** Este estudo apresenta dois grupos comparativos.

A amostra de Sherman et al (2009) foi exclusiva de pacientes submetidos a transplante de células-tronco.

Somente um estudo não descreveu o tipo de tratamento ao qual as pacientes estavam sendo submetidas durante a pesquisa (MACIEIRA et al., 2007).

5.3 Instrumentos padronizados e definição dos constructos envolvidos nos estudos

Verificou-se que a maioria dos estudos (sete) aplicaram o RCOPE ou Brief RCOPE de forma adaptada (CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; GALL et al., 2009; GALL; HEBERT et al., 2009; SHERMAN et al., 2009; ZWINGMANN et al., 2008; TARAKESHWAR et al., 2006; ZWINGMANN et al. 2006;) (QUADRO 8).

Os autores argumentaram como motivos para a aplicação dos questionários adaptados a diferença cultural entre os locais de origem do instrumento e de aplicação, necessidade de alterações para que houvesse aproximação para a doença específica e a não praticidade do instrumento, isso devido ao grande número de itens.

Os estudos foram desenvolvidos com a aplicação de outras avaliações seja para verificar o envolvimento religioso (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; GALL et al., 2009; HEBERT et al., 2009; SHERMAN et al., 2009; ZWINGMANN et al., 2008) bem como as representações do divino (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011) nas amostras.

Os objetivos de outras avaliações de Religiosidade e Espiritualidade e seus efeitos na saúde estão descritos mais adiante.

Diversos tipos de instrumentos foram aplicados para avaliar o impacto do câncer na dimensão psicológica. Alguns estudos utilizaram-se dos mesmos instrumentos, tais como: *Brief COPE* (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009), *McGill Quality of Life Questionnaire* (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009; TARAKESHWAR et al., 2006), o *FACIT-B* e *FACIT-BMT* (GALL et al., 2009; SHERMAN et al., 2009), *Clinical Interview for the DSM-IV (SCID) Axis I Modules* (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (ZWINGMANN et al., 2006; 2008).

Quadro 8 – Artigos segundo instrumentos e forma de aplicação

Autor e ano	RCOPE/Brief RCOPE Adaptações [motivos]	Instrumento de CRE adicional	Instrumento de avaliação psicológica
Gall et al., 2009	RCOPE adaptado [Número grande de itens e diferenças culturais]	Envolvimento religioso (frequência, importância percebida a religião e a Espiritualidade)	Profile of Mood States (POMS); Functional Assessment of Cancer Treatment – Breast (FACT-B)
Gall; Charbonneau e Florack, 2011	RCOPE adaptado [Número grande de itens e diferenças culturais].	Três escalas para acessar aspectos de participação e abertura religiosa que verificam: frequência religiosa/spiritual, compromisso ao serviço religioso e importância percebida da religião e Espiritualidade. God Image Scale (GIS). God Image Descriptors (GID).	Questionário sobre variáveis do câncer (estádio, número de nódulos positivos e percepção severidade do câncer). Consulta em anotações médicas se pacientes não sabiam os dados do questionário acima. Post-traumatic Growth Inventory PTGI (Tedeschi e Calhoun, 1996)

(Continua)

(Continuação)

Autor e ano	RCOPE/Brief RCOPE Adaptações [motivos]	Instrumento de CRE adicional	Instrumento de avaliação psicológica
Hebert et al., 2009	RCOPE adaptado. [Não refere motivos da adaptação]	Entrevista para compromisso religioso, frequencia e nível de sentimentos religiosos.	Interpersonal Support Evaluation List (ISEL); Entrevista sociodemográfica e para estágio do câncer; Goldberg's Adjective Scale Short Form-36; Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
Macieira et al., 2007	CRE (versão do RCOPE validada para o Brasil).		
Maciejewski et al., 2011	Brief RCOPE		Brief COPE; Questionário sociodemográfico e de saúde; Karnofsky scale; McGill Quality of Life Questionnaire Structured; Clinical Interview for the DSM-IV (SCID) Axis I Modules; Questionário sobre direções em cuidados avançados; Questionário de cuidados médicos intensivos e de prolongamento da vida

(Continua)

Autor e ano	RCOPE/Brief RCOPE Adaptação [motivo]	Instrumento de CRE adicional	Instrumento de avaliação psicológica
Phelps et al., 2009	Brief RCOPE		Brief COPE Questionário sociodemográfico; McGill QOL Questionnaire; Clinical Interview for the DSM-IV (SCID) Axis I Modules; Questionário sobre preferência de cuidados e planejamento de cuidados avançados
Sherman et al., 2009	Brief RCOPE adaptado [Ajuste para situação de adoecimento]	Santa Clara Strength of Religious Faith	The Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Marrow Transplant (FACT-BMT); Brief Symptom Inventory
Tarakeshwar et al., 2006	Sete itens retirados do RCOPE para estratégias de CREN. [Não refere motivos da adaptação]	Sete itens para medir CREP; Multidimensional Measure of religion/Spirituality (MMRS).	McGill QOL Questionnaire General Self-Efficacy Scale
Zwingmann et al., 2006	Itens análogos ao Brief RCOPE. Adaptação de [Diferença cultural]		Freiburg Questionnaire of <i> coping</i> with Illness; Hospital Anxiety and Depression Scale
Zwingmann et al., 2008	Questões análogas ao Brief RCOPE [Diferença cultural]	Centrality Scale	Hospital Anxiety and Depression Scale

Células do quadro em branco indicam que os dados não foram informados no corpo do texto.

Em relação aos conceitos de Religiosidade e Espiritualidade (QUADRO 9), somente três artigos definiram o primeiro e/ou segundo construtos (ZWINGMANN et al., 2008; MACIEIRA et al., 2007; TARAKESHWAR et al., 2006).

Na ausência do que os autores consideraram em cada construto, foi observado a descrição do que pretendiam investigar em termos de funções do CRE (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; MACIEJEWSKI et al., 2011; GALL et al., 2009; HEBERT et al., 2009; PHELPS et al., 2009; SHERMAN et al., 2009; ZWINGMANN et al., 2006).

Quadro 9 – Artigos segundo conceitos de Religiosidade e Espiritualidade adotados

Autor e ano	Religiosidade	Espiritualidade	Tipos de definições relacionadas
Gall et al., 2009			Função do <i>coping</i> religioso e espiritual
Gall; Charbonneau e			Função Religiosidade e Espiritualidade
Florack, 2011			de dentro do construto de achado benéfico para os eventos, no qual Religiosidade e Espiritualidade possuem uma conexão com a função de aumentar o significado e que pode criar sentido e propósito de vida
Hebert et al., 2009			Discute o conceito do <i>coping</i> religioso e espiritual
Macieira et al., 2007		Busca individual pelo sagrado por meio da religião ou não. Implica na busca de respostas para questões sobre sentido da vida, da doença, da morte e do sofrimento	Função do <i>coping</i> religioso e espiritual
Maciejewski et al., 2011			Discute o <i>coping</i> religioso e espiritual
Phelps et al., 2009			Discute função da religião e conceito do <i>coping</i> religioso e espiritual
Sherman et al., 2009			Função da Religiosidade

(Continua)

(Conclusão)

Autor e ano	Religiosidade	Espiritualidade	Tipos de definições relacionadas
Tarakeshwar et al., 2006	Busca pelo sagrado	Busca pelo sagrado dentro de um contexto religioso mais amplo que pode ser tradicional ou não tradicional	Religiosidade e Espiritualidade estão mais relacionadas do que independentes
Zwingmann et al., 2006			Não faz alusão a diferenciação dos conceitos. Definem a função da religião
Zwingmann et al., 2008	Abrange atitudes, valores, convicções e/ou práticas que são relacionadas ao divino ou poder transcendental (as vezes também referido como 'Espiritualidade'). É o senso que pode ou não explicitamente ser enraizado em um sistema de crenças e uma estrutura de tradição religiosa (maioria Cristã)		

Células do quadro em branco indicam que os dados não foram informados no corpo do texto.

5.4 Relação do *Coping* Religioso/Espiritual e indicadores de saúde

Essa seção reporta-se ao Quadro 10, no qual foram resumidos os resultados principais descritos nos dez artigos revisados quanto a relação dos tipos de *coping*, positivo e negativo, com direção dos indicadores de saúde medidos..

5.4.1 CREP e efeitos benéficos à saúde

O efeito promotor de saúde do CREP foi descrito em seis estudos.

Gall et al. (2009) referiram que o uso de CREP foi relacionado com menor *distress* e maior bem-estar. Na forma da estratégia de “*Coping* Colaborativo”, o CREP foi associado com menor *distress* no período pré-cirúrgico e 24 meses depois e maior bem-estar emocional há 1 e 12 meses após intervenção cirúrgica-cirurgia. A estratégia de “Entrega Ativa” foi associada, por sua vez, com menor *distress* e maior bem-estar há 6 meses pós-cirúrgico.

Tarakeshwar et al. (2006) relacionaram o CREP com melhora na qualidade de vida e com melhores escores, especificamente nas dimensões de “Apoio” e “Existencial”.

Zwingmann et al. (2008) encontraram diminuição nos níveis de ansiedade. E Zwingmann et al. (2006) verificaram ajustamento psicossocial pela mediação do *Coping* Depressivo.

Sherman et al. (2009) verificaram que alto CREP e mínimo CREN foram relacionados a maiores resultados de qualidade de vida e menor *distress* emocional.

Gall, Charbonneau e Florack (2011) verificaram que o CREP, na forma da estratégia “Reavaliação Benevolente”, após 12 meses, e nas formas de “Direção Religiosa” (dar sentido e propósito a vida) e “Foco Religioso” (usar religião como distração), aos 12 e 24 meses pós-cirúrgico estavam relacionadas a maior CPP.

Quadro 10 – Resultados principais dos estudos por autor e ano

Autor e ano	Resultados principais
Gall et al., 2009	<p>Diferença significativa entre grupos (exceto para “Reavaliação Benevolente”) no qual grupo com neoplasia utilizou-se mais do CRE ao longo do tempo do que grupo de diagnóstico benigno;</p> <p>Para “Reavaliação Benevolente”, G1 e G2 tem pico aos 3 meses e são diferentes ao longo do tempo no qual G1 manteve-se constante e G2 teve declínio de 3 a 14 meses pós-diagnóstico;</p> <p>Uso do <i>coping</i> “Ajuda Religiosa” (intimidade) e “Direção Religiosa” (busca de significado e propósito) foi mais alta dos 3 a 14 meses pós-diagnóstico para G1 se comparado com G2</p> <hr/> <p>Resultados a seguir somente para G1:</p> <p>Houve uso maior de CRE no período de diagnóstico e cirurgia;</p> <p>Não houve diferença para CRE longitudinalmente e não se correlaciona com <i>distress</i> emocional ou bem-estar; Porém, houve diferenças para momentos de avaliação específicos e itens específicos da escala;</p> <p>As estratégias de ajuda religiosa, direção religiosa e foco religioso mudaram em momentos específicos;</p> <p>A direção religiosa, descontentamento espiritual e súplica foram relacionados com menor ajustamento em momentos específicos;</p> <p>“<i>Coping</i> Colaborativo” e “Entrega Ativa” relacionado a maior ajustamento;</p> <p>Não houve diferença para estadiamento em CRE e <i>distress</i>;</p> <p>Uso de CREP foi relacionado com menor <i>distress</i> e maior bem-estar e CREN foi relacionado inversamente</p>

(Continua)

Autor e ano	Resultados principais
Gall; Charbonneau e Florack, 2011	<p>PIRE no pre-diagnóstico foi correlacionado com menor CPP;</p> <p>IDN prediz CPP a longo prazo;</p> <p>A maioria das variáveis do CREN foi correlacionada com aumento de CPP;</p> <p>As variáveis de CREP que foram correlacionadas com CPP foram: “Reavaliação “Benevolente”, “Direção na Religiosidade” e “Foco na Religiosidade”. Outras variáveis foram correlacionadas inversamente ou não foram correlacionadas;</p> <p>Estadiamento não correlacionado com variáveis religiosas e espirituais ou CPP.</p>
Hebert et al., 2009	<p>Cope com Deus (CREP) não foi significativo para nenhum resultado;</p> <p>Raiva de Deus (CREN) foi correlacionado com piora nos resultados de saúde mental, depressão e satisfação na vida;</p> <p>Religiosidade foi relacionada mais com Cope para com Deus (CREP) do que com Raiva para com Deus (CREN)</p> <p>Não houve diferença significativa entre os estádios da doença com CR e saúde mental no início do estudo e nem efeito mediativo;</p> <p>Houve diferença significativa entre variáveis de saúde, CRE e estadiamento</p>

(Continuação)

Autor e ano	Resultados principais
Macieira et al., 2007	<p>CRE foi utilizado em nível médio por 20% das pacientes, 76,7% utilizaram de forma alta, 3,3,% com frequência altíssima;</p> <p>CREP utilizado por 96,7% em níveis médio, alto e altíssimo;</p> <p>CREN utilizado por 6,7% em nível médio e 93,3% em nível baixo ou irrisório;</p> <p>Razão entre CREP e CREN indica que 2/3 das mulheres estão na faixa que corresponde a qualidade de vida satisfatória;</p> <p>Dados sociodemográficos não demonstraram diferença significativa</p>
Maciejewski et al., 2011	<p>Maior CREP prediz menor direção de cuidados de desejo de viver (LB) e maior cuidados intensivos;</p> <p>CREN não foi relacionado com planejamento ou predição de cuidados intensivos;</p> <p>Maior <i>coping</i> “Apoio Emocional” prediz maior conclusão do DNR (LB);</p> <p>Maior “Desengajamento” prediz maior DNR (LB) e menores cuidados de prolongamento da vida (DNR não é mediador);</p> <p>Maior CREP associado a cuidados de prolongamento da vida mediado parcialmente pela não pela conclusão da direção de cuidados de desejo de viver (LB);</p> <p>As variáveis de CR e não religioso agem de forma independente com efeitos dos cuidados</p>
Phelps et al., 2009	<p>Maior CREP associado com uso de CREN e <i>coping</i> ativo;</p> <p>CREP prediz maior cuidado de prolongamento da vida controlando variáveis confundidoras;</p> <p>CREN não foi associado com planejamento e predição de cuidados intensivos e não influenciou a relação de CREP e cuidados intensivos;</p> <p>Maior CREP associado com uso de medidas heroicas e menor planejamento de prolongamento da vida</p>

(Continua)

Autor e ano	Resultados principais
Sherman et al., 2009	<p>Religiosidade geral não foi associada com os resultados de saúde pré e pós-transplante (LB);</p> <p>CREP não foram associados com resultados de saúde pré-transplante (LB);</p> <p>CREN foi associado com pobreza nos resultados de saúde em sua maioria pré-transplante (LB);</p> <p>CREP foi preditivo para maior ansiedade e PT no pós-transplante (linha de base CREP controlada). E alto CREP e mínimo CREN promove melhores resultados de saúde;</p> <p>CREN (LB) foi preditivo para maior ansiedade e depressão, menor bem-estar emocional e PT no pós-transplante;</p> <p>Alto CREP e CREN (embate) apresentaram maior comprometimento físico.</p>
Tarakeshwar et al., 2006	<p>CREP foi relacionado com melhor qualidade de vida;</p> <p>CREN foi relacionado com piora na qualidade de vida;</p> <p>Mulheres usaram mais CREP;</p> <p>Não brancos usaram mais CREP e menor CREN;</p> <p>Pessoas com mais escolaridade usaram menos ambos CR</p>
Zwingmann et al., 2006	<p>Compromisso religioso e CREP foram altamente correlacionados;</p> <p>Houve diferença entre tipo de afiliação e uso de CREP ou CREN;</p> <p>Compromisso religioso e afiliação religiosa não foram significativos para ansiedade;</p> <p>CREN foi preditor para aumento de ansiedade;</p> <p>CREP foi preditor para diminuição de ansiedade;</p> <p>Altos e baixos níveis de CREN e alto compromisso religioso tiveram correlação preditiva para ansiedade;</p> <p>Variáveis do câncer (tempo de diagnóstico, procedimento cirúrgico e estadiamento) não foram correlacionadas com CREN e CREP e com afiliação religiosa.</p>

(Conclusão)

Autor e ano	Resultados principais
Zwingmann et al., 2008	<p>CREP e CREN foram associados com ajustamento psicossocial em direções opostas com a mesma extensão pela mediação do <i>coping</i> não religioso depressivo;</p> <p><i>Coping</i> depressivo prediz positivamente CREN e negativamente CREP;</p> <p>CREP não prediz variáveis demográficas;</p> <p>CREN prediz idade (mulheres mais velhas) e estado civil (sem parceiro);</p> <p>Variáveis do câncer (tempo de diagnóstico, procedimento cirúrgico e estadiamento) não foram correlacionadas com CREN e CREP e com afiliação religiosa</p>

Células do quadro em branco indicam que os dados não foram informados no corpo do texto. CPP: Crescimento Pessoal Percebido; CREN: *Coping* Religioso e Espiritual Negativo; CREP: *Coping* Religioso e Espiritual Positivo; LB: Linha de base.

5.4.2 CREP e efeitos prejudiciais à saúde

A relação negativa do CREP e indicadores de saúde foi encontrada em seis estudos.

Gall et al. (2009) verificou que o uso da estratégia “Direção Religiosa” foi correlacionado com maior *distress* no pré-diagnóstico. O aumento do uso da “Direção Religiosa”, agora, em conjunto com diminuição do “*Coping* Colaborativo”, foi preditor de diminuição de bem-estar aos 12 a 24 meses após período pós-cirúrgico.

Gall, Charbonneau e Florack (2011) referiram que “Entrega Ativa” foi relacionada à menor CPP.

Sherman et al. (2009) encontraram associação entre CREP e respostas de preocupação com transplante no período pós-intervenção.

Tarakeshwar et al. (2006) relataram maiores sintomas físicos.

Phelps et al. (2009) verificaram que, em relação ao fim da vida, associação entre maior CREP e maiores cuidados intensivos, com controle de variáveis sociodemográficas e de outros tipos de *coping* que poderiam mediar ou confundir resultados .

Os autores ainda observaram associação entre uso de CREP e menores planejamentos sobre direcionamento de cuidados intensivos (PHELPS et al., 2009).

Corroborando os achados descritos, Maciejewski et al. (2011) referiram que maior uso de CREP foi preditor de menor direcionamento à cuidados para “desejo de continuar vivendo” e maiores cuidados intensivos. E foi verificado que a não conclusão deste direcionamento mediava parcialmente a relação entre CREP e maiores cuidados intensivos.

5.4.3 CREP e efeitos nulos à saúde

Relação nula do CREP foi encontrada em quatro artigos.

Gall, Charbonneau e Florack (2011) referiram que as estratégias de CREP *Coping* Colaborativo, Busca de Apoio Espiritual e Ajuda Religiosa não tiveram relação significativa com CPP.

Hebert et al. (2009) não encontraram relação significativa entre Cope com Deus (CREP) e indicadores de bem-estar mental e físico, depressão e satisfação com a vida.

Sherman et al. (2009), igualmente, não encontraram associação significativa entre suas medidas de CREP e variáveis de saúde pré-transplante e resultados pós-transplante.

5.4.4 CREN e efeitos prejudiciais à saúde

A relação de CREN com prejuízo a saúde foi encontrada na maioria dos artigos (oito).

Gall et al. (2009) encontraram que o uso de CREN foi preditor de maior *distress* e menor bem-estar em momentos específicos da coleta.

Zwingmann et al. (2006) encontraram pouco ajustamento psicossocial somente pela mediação do aumento do *coping* não religioso “Depressivo”.

Zwingmann et al. (2008) verificaram que o CREN foi preditor de aumento dos escores na medida de ansiedade.

A mesma direção da relação entre CREN e sintomas de ansiedade foi observada por Sherman et al. (2009). Os autores ainda encontraram maiores índices associados de depressão, pobreza de bem-estar funcional, social e emocional assim como preocupações relacionadas à aspectos do transplante no período pós-intervenção.

Hebert et al. (2009) descreveram que Raiva para com Deus (CREN) foi, em relação às mudanças ao longo do tempo, preditor de piora de saúde mental e satisfação na vida entre o período de início do estudo e 8 e 12 meses depois.

Tarakeshwar et al. (2006) encontraram que o CREN foi relacionado com piora na qualidade de vida e, mais especificamente, com piora nos escores das dimensões existenciais e psicológicas.

Gall, Charbonneau e Florack (2010) verificaram que somente a variável relacionada a passividade foi correlacionada com menor CPP.

E, finalmente tanto Maciejewski et al. (2011) como Phelps et al. (2009) encontraram que o CREN não foi associado com planejamento de cuidados intensivos ou cuidados intensivos realizados.

5.4.5 CREN e efeitos positivos à saúde

Apenas o estudo realizado por Gall, Charbonneau e Florack (2010) encontraram como achado direção inesperada da relação entre CREN e indicadores de saúde dos paciente. Os autores descrevem que a maioria das variáveis de CREN foi correlacionada com maior CPP.

5.5 Embate religioso e espiritual e efeitos sobre à saúde

O uso de CREN pode demonstrar, além de outras características como relação tênue com Deus e visão ameaçadora do mundo, a presença de Embate Religioso (PARGAMENT et al., 1998).

O Embate Religioso deve ser entendido como conflitos profundos que levam a distorção da visão, organização e significado da vida (AI et al., 2009⁸ apud AI et al., 2010).

O estudo de Sherman et al. (2009) referiu que o uso de altos níveis de CREN e CREP foi preditor de maior comprometimento físico em contraposição ao observado com aqueles que apresentaram níveis isolados de CREP. Aqueles que referiram alto nível de CREP e mínimo de CREN tiveram resultados de saúde comparativamente melhores.

Phelps et al. (2009) relataram que CREN não influenciou na relação entre CREP e cuidados de prolongamento do final da vida, mostrando ausência de embate religioso na influência das decisões médicas neste contexto.

E nesta temática, Maciejewski et al. (2011) referiram que os que fizeram uso de mais CREN foram também os que mais tenderam a usar do CREP. Os dois tipos de *coping* não implicariam em conflito, uma vez que apontam para direções opostas quando se trata de planejar e receber medidas de cuidados intensivos.

⁸ Ai, A.L., Seymour, E.M., Tice, N.T., Kronfol, Z., & Bolling, S.F. (2009). Spiritual struggle related to plasma interleukin-6 prior to cardiac surgery. *Psychology of Religions and Spirituality*.

5.6 Outras variáveis religiosas e espirituais e sua relação com CRE e saúde

Quatro estudos empregaram medidas adicionais relacionadas à Religiosidade e à Espiritualidade e seus efeitos possíveis sobre variáveis de saúde.

Gall et al. (2010) referiram que Abertura Religiosa (definida como frequência e importância referida de Religiosidade e Espiritualidade) no pré-diagnóstico foi correlacionado com menor CPP após 24 meses da cirurgia. E quando relacionado com CRE ou outra variável religiosa negativa permanece a diminuição de CPP: aumento da imagem negativa de Deus e descontentamento espiritual (CREN) no pré-diagnóstico prediz baixo CPP após 24 meses e maior adiamento passivo (CREN) e diminuição de reavaliação benevolente (CREP) prediz menor CPP após 24 meses.

Zwingmann et al. (2008) referiram que a Afiliação e o Compromisso Religioso não foram significativos para ansiedade. Porém, a relação de regressão introduzindo CRE revela que alto nível de CREN, alto compromisso teve níveis altos de ansiedade e baixo nível de CREN, alto compromisso teve baixo nível de ansiedade. E, em relação a afiliação e usos de CRE, católicos tiveram escore mais alto para compromisso religioso e CREP do que protestantes. E protestantes tiveram escores mais altos para CREN. Porém, na regressão não foram encontradas diferenças significativas.

Sherman et al. (2009) refere que Religiosidade geral (definida como “força da fé” e relacionada com importância da religião) não encontrou associação com resultados de saúde pré e pós-transplante. E não foi introduzida na análise de regressão por não ter sido significativa na análise bivariada. No estudo de Hebert et al. (2009) a Religiosidade considerada como frequência a serviços religiosos e de oração e nível de sentimentos religiosos e espirituais foi considerada como variável controle. Os resultados mostram que a Religiosidade foi relacionada com CREP.

Tarakeshwar et al. (2006) medem frequência e importância religiosa. Porém, tal dado não foi apresentado ou pode ter sido usado como controle, mas isto não fica claro no estudo. Isto também ocorre com estudo de Gall et al. (2009). Maciejewski et al. (2011), Phelps et al. (2009) e Zwingmann et al. (2006) não fizeram outras medidas de Religiosidade e Espiritualidade.

5.7 Estadiamento e relação saúde, Religiosidade e Espiritualidade

A maioria dos estudos nos quais participaram pacientes com diferentes estadiamentos do câncer não encontrou diferença significativa quando esses considerados na comparação das variáveis de saúde estudadas (GALL et al., 2009; SHERMAN et al., 2009; ZWINGMANN et al., 2008; 2006).

Apesar de haver menção por parte de Gall et al. (2009) de que havia diferença no CRE de participantes com diagnóstico em estágio inicial e tardio, os autores referiram que, em prol da manutenção do tamanho amostral, tomaram a decisão de não discriminar os grupos.

Em Hebert et al. (2009), novamente, houve diferença quando da medida inicial de CRE entre os pacientes com diagnóstico em estágio inicial e aqueles com neoplasia avançada. Os pacientes com diagnóstico em estágio inicial, quando comparados com os em estágio avançado, fizeram uso menos frequente do CREP, apresentavam melhores índices de bem-estar físico e de depressão ao longo do tempo.

5.8 Relação entre variáveis sociodemográficas, CRE e saúde

Todos os estudos consideraram variáveis sociodemográficas, em geral, realizando manobras estatística para o controle das mesmas.

O estudo de Tarakeshwar et al. (2006) encontrou diferenças significativas entre sexo e etnia, no qual mulheres usaram mais CREP e não brancos usaram mais CREP e menos CREN. O estudo de Zwingmann et al. (2006) relata que CREN prediz idade e estado civil no qual mulheres mais velhas e sem parceiro usam mais CREN. Os outros estudos não encontraram diferenças significativas.

Dos quatro estudos que têm amostras com homens e mulheres, três estudos (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009; SHERMAN et al., 2009) não mostraram relação significativa entre sexo e qualquer variável do estudo.

O estudo de Tarakeshwar et al. (2006) encontrou que mulheres usaram mais CREP e homens tinham melhor qualidade de vida. Não se tem dados deste estudo sobre o efeito relacionado as variáveis CRE, qualidade de vida e auto-eficácia, pois

foi controlado. Portanto, não se pôde observar a relação entre sexo e as variáveis dependentes estudadas dos quatro estudos.

Macieira et al. (2007) estudou especificamente o CRE e relacionou com dados sociodemográficos. Verificou-se que todas as mulheres brasileiras estudadas fazem uso do CRE e a maioria (76,7%) em níveis altos. O CRE não se relacionou com dados sociodemográficos, tais como: religião, renda familiar, grau de instrução e estado civil.

6 DISCUSSÃO

O câncer é uma doença comumente percebida como uma ameaça à vida e tem diversos impactos psicológicos (LIBERATO; CARVALHO, 2008). Assim, considera-se que o recebimento desse diagnóstico e etapas de tratamento subsequentes como contextos importantes para a investigação do fenômeno de *coping*.

Como forma de manejar diversos estressores, o *coping* é empregado sempre que os estímulos são avaliados como ameaças potenciais ou quando, em realidade, ultrapassam os recursos do indivíduo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984) e tem como fim modificar o ambiente e permitir a adaptação do organismo ao evento estressor, seja o eliminando ou minimizando seu caráter aversivo (SANZOVO; COELHO, 2007).

Antes relegado à margem da Ciência, o CRE tem ganho, de maneira crescente, a atenção da comunidade científica, com consequentes esforços de definição sistematizada e exercícios de observação e medida.

De natureza multifuncional, o CRE costuma ser mencionado como um dos tipos de *coping* mais frequentes no enfrentamento de principais estressores da vida cotidiana (PARGAMENT, 2010), em suas mais variadas formas (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Estudos têm defendido as contribuições da relação entre a Religião e Espiritualidade sobre a saúde de pacientes acometidos por diferentes patologias, incluindo o câncer (SHERMAN et al., 2009). A compilação e avaliação dos dados da presente revisão, no entanto, sugere que essa relação se faz complexa, não linear.

O CREP promoveu diminuição de *distress* (SHERMAN et al., 2009), aumento do bem-estar (GALL et al., 2009), melhora na qualidade de vida (SHERMAN et al., 2009; TARAKESHWAR et al., 2006), diminuição de ansiedade (ZWINGMANN et al., 2008) e ajustamento psicossocial mediado pelo *coping* não religioso Depressivo (Zwingmann et al., 2006).

Algumas estratégias específicas de CREP, como o *Coping* Colaborativo e a Entrega Ativa, promoveram diminuição de *distress* e aumento do ajustamento ao longo do tempo, em fases críticas do diagnóstico e tratamento (GALL et al., 2009).

O dado inesperado fora, não a observação de ausência de efeitos, mas a observação de efeitos prejudiciais à saúde, com piora nos escores de indicadores usados. Observação essa que leva ao questionamento se essa resposta em direção

oposta seria específica de uma estratégia de CREP em um contexto de configuração igualmente específico.

Outro aspecto do CRE que sugere que este tipo de *coping* é um fenômeno complexo é o do papel do CREN no conflito existencial e a possibilidade de se ter, em um segundo momento, a experiência positiva de crescimento pessoal (GALL et al., 2009). Na literatura comumente se verifica a presença de CREN e a piora das variáveis de saúde (PARGAMENT et al., 1998). O CREN, portanto, deveria ser entendido, agora de uma maneira menos reducionista, como potencialmente benéfica neste contexto.

Outra nuance do construto do CPP é que, por definição, ele seja uma forma de observar aspectos positivos de uma situação difícil (GALL; CHARBONNEAU e FLORACK, 2011). E verifica-se que dos três itens de CREP que foram correlacionados positivamente com CPP, dois, sendo eles a Reavaliação Benevolente e Religiosidade Direcionada, possuem estreita ligação com este construto. Ambos referem-se a um novo caminho de transformação de vida no qual o primeiro fornece outro sentido ao estressor de forma positiva e o segundo fornece também nova direção quando outros caminhos não são mais viáveis (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Talvez seja por esse motivo que algumas estratégias foram relacionadas e outras não devido a sua especificidade. Este argumento também é válido para os efeitos nulos encontrados de algumas variáveis de CREP e CPP do mesmo estudo. A não promoção de CPP com uso de CREP pode ser devido à natureza do CPP e não devido ao CREP em si mesmo. Sugere-se que mais estudos sejam realizados para compreender o fenômeno do CPP, CREP e CREN.

Os resultados em direções opostas as esperadas podem ainda ser compreendidos pelo aspecto metodológico dos estudos realizados na área. Ainda que haja um número crescente de investigações que tentem a apreensão do fenômeno ao longo do tempo, uma vez que, dinâmico, o CRE variará segundo a percepção do indivíduo das situações de ameaças, os estudos são, em geral, correlacionais. Sendo assim, não é possível testar de fato a hipótese de causalidade do CRE sobre a saúde física e mental.

Limitação que pode ser exemplificado pelo trabalho de Tarakeshwar et al. (2006). Os autores consideram que estar com mais sintomas físicos pode fazer com que a pessoa se engaje mais no CREP para obter força, conforto e direção.

Isso não significaria, portanto, que o CREP estaria sendo prejudicial à saúde, mas que uma saúde debilitada alavancaria a busca de apoio religioso e espiritual. O que reforça este argumento é o fenômeno do efeito mobilizador do CREP em situações difíceis (PARGAMENT et al., 1998), como verificado no estudo de Gall et al. (2009) que em contextos de estresse como o pré-diagnóstico e a situação pré-cirúrgica foi encontrado maior uso de CREP.

Continuando no tema da natureza dinâmica das respostas de CRE, os estudos revisados não investigaram o papel das características sociodemográficas e de estadiamento do câncer no CRE como objetivo principal.

Fatores culturais e pessoais, como esperança e raça, podem modular as respostas de CRE. Um exemplo é o estudo de Hasson-Ohayon et al. (2009) que sugeriu que a esperança foi supressora entre Religiosidade e aceitação fatalista e ansiedade/preocupação, diminuindo as associações entre ambos. E no estudo de Tarakeshwar et al. (2006) não brancos usam mais CREP e menos CREN.

Todos os estudos aqui revisados buscaram controlar o efeito das características sociodemográficas e somente dois estudos encontraram diferença significativa. Por exemplo, Zwingmann et al. (2006) verificou que o CREN predisse uso em pacientes mais velhos e sem parceiros.

Como pesquisas têm mostrado que mulheres têm tanto maior prevalência de acometimento por transtornos de humor como maiores escores em medidas de Religiosidade (PURNELL; et al., 2004⁹ apud PURNELL; ANDERSEN; WILMOT, 2004), conhecer o status recente da relação entre e CRE, sexo dos participantes e indicadores de saúde foi, de fato, um dos objetivos dessa revisão.

Porém, uma visão mais ampla sobre diferenças entre os sexos foi ocluída pelo fato de um predomínio de estudos com câncer de mama e, conseqüentemente, de amostras unicamente feminina.

Somente o estudo de Tarakeshwar et al. (2006) encontrou diferença da resposta de CRE segundo sexo (com as mulheres fazendo uso mais frequente de CREP), mas essa diferença não foi correlacionada com variáveis de saúde.

Ainda que se compreenda a dificuldade de se homogeneizar amostras e a impossibilidade de controlar de maneira inequívoca todas as variáveis

⁹ Purnell, J., Highlen, P., & Lienau, A. (2004, July). *Development of the Global Spirituality Assessment Inventory*. Poster session presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Honolulu, HI.

intervenientes, não parece adequado considerar características como idade e etnia como uniformes (e.g. GALLUP, 2011a; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010;).

Neste sentido verificou-se que alguns estudos faltaram algumas informações importantes da variável sociodemográfica, como: etnia (ZWINGMANN et al. , 2006; 2008; MACIEIRA, et al., 2007), idade (MACIEIRA, et al., 2007), estado civil (HEBERT et al., 2009) e anos de estudo (GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; GALL et al., 2009). Portanto, levando em consideração as influências destas variáveis é importante verificá-las de forma mais completa como também sua relação na expressão do CRE e a saúde.

O estadiamento é considerado aqui como passível de correspondência com etapas do tratamento e suas especificidades. Uma vez que há momentos sabidamente críticos ao paciente portador de diagnóstico de câncer, desde a confirmação do diagnóstico até o fim do tratamento, acredita-se que haja particularidades na manifestação das respostas de CRE. Exemplo disso são os estudos que investigaram o CRE no fim da vida (MACIEJEWSKI et al., 2011; PHELPS et al., 2009).

Porém, Pargament (2010) alerta que é conhecido que a Religiosidade e a Espiritualidade possuem diversos mediadores sociais, psicológicos, fisiológicos e de estilos de vida. Eles não seriam, porém, suficientes para explicar a complexidade do fenômeno. E acrescenta que as pesquisas estudando somente tal mediação, não faria sentido o estudo da Religião em si, uma vez que desconsideraria sua especificidade e influência comprovada nos estudos empíricos.

Pargament et al. (1998) critica as medidas tradicionais de Religiosidade e Espiritualidade no qual refere que com o emprego dos métodos tradicionais não é possível saber se a pessoa está ou não aplicando as práticas e crenças religiosas na situação crítica, como também não é possível acessar suas funções. E aponta que o CRE indica como a pessoa está usando a Religiosidade e Espiritualidade para situações críticas e por isso seria um medidor mais efetivo.

O presente estudo verificou três estudos que utilizaram além das medidas de CRE, outras medidas tradicionais de Religiosidade e Espiritualidade (crenças, práticas e importância): Gall et al. (2011), Zwingmann et al. (2008) e Sherman (2009).

Os resultados do segundo e terceiro estudos não encontraram relação significativa com variáveis de saúde. Entretanto, quando o estudo de Zwingmann et

al. (2008) realizou análise de regressão para esta variável verificou diferenças dos escores nas medidas tradicionais e sua relação com CRE. Portanto, que não houve uma direção uniforme para os efeitos das medidas tradicionais de Religiosidade e Espiritualidade na saúde.

É importante levar em consideração que os estudos mediram de forma variada estas medidas tradicionais como também as variáveis dependentes. Essas diferenças nos estudos podem contribuir para as divergências dos efeitos das medidas tradicionais de Religiosidade e Espiritualidade.

Outro ponto é que tais variáveis tradicionais tinham a função de ser elementos controle na maioria dos estudos. Porém, foram avaliadas como sendo também variáveis independentes. Portanto, pode-se concluir que os estudos continuam dando importância a este tipo de medição para verificar os efeitos na saúde.

Entretanto, como Pargament et al. (2000, 1998) salientam, este tipo de medida pode não medir efetivamente a maneira com que a pessoa está utilizando este recurso religioso e espiritual para manejar as situações de doença. Por isso, reforça-se a importância da continuidade dos estudos com medidas confiáveis do construto de Religiosidade e Espiritualidade e seus reais efeitos na saúde. Uma via, portanto para se estudar com segurança tais construtos seria a medida de CRE.

Verifica-se que a maioria dos estudos (sete) aplicou o RCOPE ou Brief RCOPE de forma adaptada. Os motivos foram: diferença cultural e grande número de itens. É compreensível que o instrumento seja adaptado para a realidade cultural do país.

Porém, critica-se a escolha de subescalas específicas nos estudos canadenses com justificativa do instrumento RCOPE ser longo, uma vez que há a versão curta, *Brief RCOPE*, que está com suas propriedades psicométricas validadas. Para os estudos que não referem motivos de adaptação, discute-se a validade da adaptação do estudo de Hebert et al. (2009) para se medir o CRE retirando apenas quatro itens de uma escala de 105 itens (RCOPE) ou de 14 itens (*Brief RCOPE*) que tem por objetivo ser uma escala com grande amplitude para alcançar as funções complexas e diversas da Religiosidade (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Por este motivo é possível que os efeitos nulos entre CREP e as variáveis de saúde sejam consequência da má qualidade da escala. E também é discutível a

qualidade da medição do CRE no estudo de Tarakeshwar et al., (2006) que retira CREP e CREN de instrumentos diferentes, mesmo que afirmem que o instrumento continua tendo confiabilidade. Portanto verifica-se a necessidade de maior adaptação, consenso e utilização mais adequada dos instrumentos que se têm disponíveis e assim se obter medidas mais confiáveis.

Uma grande lacuna dos estudos foi a definição dos construtos de Religiosidade e Espiritualidade. A maioria dos artigos (seis estudos) não definiram os construtos e relataram somente a função dos mesmos e/ou a função do CRE, com relatos bem próximos as funções da religião de Pargament, Koenig e Perez (2000) (e.g. senso de controle, significado e propósito na vida e conforto etc).

Este tipo de lacuna possui consequências negativas graves. Koenig (2008) aponta que, nos últimos tempos, a Espiritualidade tem incluído em sua definição aspectos de saúde mental (e.g. bem-estar, contentamento, paz, harmonia e conexão social). Isto tem como consequência uma contaminação na medida de Espiritualidade, ocorrendo uma supervalorização dos resultados. No estudo de Tarakeshwar et al. (2006), CREP foi relacionado com melhora na qualidade de vida e à melhores escores, especificamente nas dimensões de apoio e existencial. Na literatura a dimensão existencial geralmente está relacionada a Religiosidade e Espiritualidade. Logo, tal dimensão pode ter alcançado um melhor escore possivelmente pelo fato de ter sido sobreposta como a dimensão de CREP, supervalorizando o dado. E o estudo não possui definição sobre o construto de Religiosidade e Espiritualidade.

Então, o que pode ocorrer é uma confusão nos dados e não se sabe o que exatamente provocou os resultados. Portanto, para se realizar um trabalho investigativo de qualidade é fundamental que as “definições e categorizações de Espiritualidade, saúde mental e saúde física devem cada uma estar claras, distintas e não sobrepostas” (KOENIG, 2008, p.353).

Outra consequência seria o desconhecimento da natureza do objeto de estudo, desqualificando aquilo que lhe é próprio e qual seria sua real influência em outros eventos. Como Pargament (2010) aponta, os estudos empíricos e com controle de variáveis confundidoras têm verificado que a religião possui efeitos únicos sobre a saúde.

Logo, se o construto não for bem definido, não se poderá verificar de forma adequada qual é o efeito daquelas características únicas que o fenômeno carrega.

As estratégias de CRE e não CRE podem ter funções parecidas, como conforto, por exemplo. Porém a natureza e como cada um fornece tal função podem ser completamente diferentes. Então, por mais que os estudos atualmente estejam estudando de forma central a Religiosidade e Espiritualidade com uso do CRE, ainda continuam sendo pesquisas superficiais e imprecisas no sentido de entender como o fenômeno ocorre.

Na revisão sistemática de Thuné-Boyle (2006), foram apontadas diversas falhas nos estudos. Uma delas foi o controle do estadiamento. A análise dos estudos verificou que a maioria especificou estadiamento e, dentre estes, todos controlaram seu efeito. Diante do que foi encontrado há cinco anos atrás pode se verificar um avanço nos estudos neste sentido, pois todos controlaram o estadiamento e verificaram se havia efeito nas variáveis sendo estudadas.

O estudo de Hebert et al. (2009) apresentou diferença do estadiamento e a relação entre CRE e saúde física e mental. Gall et al. (2009) encontrou diferença entre CRE e estágio (inicial e tardio), mas não descreveu com clareza se esta diferença foi significativa e argumentou que os resultados eram muito semelhantes ao longo do tempo e por isso decidiu não incluir esta diferença pelo tamanho da amostra. Porém, acredita-se que seria importante a autora descrever se a diferença foi significativa e verificar quais as estratégias de CRE especificamente que tiveram relação com tal diferença.

Isto se deve ao fato da literatura apontar que o tipo de etapa da doença que o paciente está experienciando envolve reações psicológicas e físicas diferentes (LIBERATO; CARVALHO, 2008). Neste sentido também é importante ser estudado os tipos de tratamento que estão sendo submetidos assim como o tempo de diagnóstico. Como dito anteriormente, Gall et al. (2009) verificou efeito mobilizador do CRE em momentos do pré-diagnóstico e pré-cirúrgico. Passos (2009) verificou relação significativa de sentimentos de desesperança, ansiedade e depressão no pré e pós-cirúrgico, uma vez que a cirurgia em si e/ou anestesia podem ser uma ameaça e geradora de sentimento de medo por ser desconhecida e/ou arriscada (GORAYEB, 2001). E cada fase da doença tem suas especificidades e impactos psicológicos diferentes (LIBERATO; CARVALHO, 2008) ou influências do CRE em procedimentos de planejamento e cuidados intensivos no final da vida.

Uma ressalva novamente a se fazer é que os estudos são de natureza correlacional. Portanto não se pode prever com precisão se há relação de

causalidade entre CRE e o impacto da saúde. O que pode colaborar é a precisão na qualidade na metodologia para se ter resultados mais consistentes.

Como limitações da presente revisão foram a pequena amostra de artigos, o que restringiu a variabilidade dos resultados e, portanto, a generalização dos resultados deve ser feita com cautela. Outra limitação foi a natureza do trabalho que não se caracteriza como uma revisão sistemática. E por isso, novamente, seus resultados precisam ser ponderados levando-se em consideração esta última limitação.

7 CONCLUSÃO

Estudos recentes têm ampliado a compreensão do CRE e seu impacto na saúde, mas alguns caminhos são ainda necessários para se percorrer.

A necessidade de mais estudos nesta área como também o uso dos instrumentos RCOPE ou *Brief RCOPE* de forma válida permitirá dados mais consistentes e crescimento da compreensão de fenômeno tão complexo como é o CRE. Isto se faz importante principalmente para pesquisas brasileiras, uma vez que o instrumento RCOPE é o único validado nesse país na avaliação do CRE.

O conhecimento da área também poderá avançar se houver uma melhor definição dos construtos de Religiosidade e Espiritualidade que subjazem toda a tarefa de elaboração de medidas confiáveis como também o controle das variáveis confundidoras e medição das fases da doença.

Assim, acredita-se que a área do CRE poderá ter um maior crescimento do ponto de vista científico, melhoria na qualidade das pesquisas e, conseqüentemente possibilidades de maiores implicações clínicas.

Sugere-se que a implicação clínica possível desta pesquisa a ser considerada por profissionais da saúde seria a ampliação da reflexão de como os pacientes têm manejado situações adversas no tratamento do câncer já que se constata que esses últimos utilizam-se de forma significativa do recurso religioso e espiritual.

A partir dessa visão consciente e científica, poder-se-á repensar como têm sido avaliado e utilizado os aspectos religiosos e espirituais pelos profissionais nas entrevistas e intervenções clínicas. Com isso, poderia se avançar em possíveis caminhos para a introdução deste aspecto na terapêutica.

Lotufo Neto, Lotufo Jr e Martins (2003, p.127) apontam que os profissionais estão mais “baseados em preconceitos e opiniões do que em ciência”. Desta forma, se torna difícil a aplicação devido ao viés do olhar clínico.

Correção dessa compreensão reducionista do tema poderia ser alcançada com a inclusão do mesmo na formação acadêmica. Isso poderia diminuir dúvidas relacionados a conflitos existenciais dos próprios profissionais pela dissonância entre as suas crenças religiosas e o papel da ciência ou teoria que utilizam confere ao aspecto religioso/espiritual (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

REFERÊNCIAS¹⁰

Al, A. L. et al. Spiritual struggle related to plasma interleukin-6 prior to cardiac surgery. **Psychology of Religions and Spirituality**, v. 66. N. 10, p. 1057-1075, 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/religiao/brasil.html>>. Acessado em 01 Nov. 2011>.

CERQUEIRA, A. T. A.R. O conceito e metodologia de *coping*: existe consenso e necessidade? In: KERBAUY, R.R. **Sobre Comportamento e Cognição**. V 5. Santo André: ESETec, 2000, p. 271-281.

EUROPEAN VALUES STUDY. Europe. Religion. Disponível em : <<http://www.europeanvaluesstudy.eu/evs/research/themes/religion/>>. Acesso em: 20 Nov. 2011.

FETZER INSTITUTE, NATIONAL INSTITUTE ON AGING WORKING GROUP. *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group*. Kalamazoo, MI: Fetzer Fetzer, 2003.

GALL, T. L.; CHARBONNEAU, C.; FLORACK, P. The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer. **Psychology and Health**, v.26, n. 3, p. 287-305, 2011.

GALL, T. L. et al. The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. **Psycho-Oncology**, v. 18, p. 1165-1178, 2009.

GALLUP a. Religion. Gallup Organization. Disponível em: <<http://www.gallup.com/poll/124793/This-Christmas-78-Americans-Identify-Christian.aspx>>. Acessado em: 20 Nov. 2011.

GALLUP b. Religion. Gallup Organization. Disponível em: <<http://www.gallup.com/poll/141044/Americans-Church-Attendance-Inches-2010.aspx>>. Acessado em: 20 Nov. 2011.

GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. In: MARINHO, M.L.;CABALLO, V.E. (Orgs). **Psicologia clínica e da saúde**. Londrina: Editora eduel, 2001, p.263-278.

HASSON-OHAYON, I. et al. Religiosity and hope: a path for women coping with a diagnosis of breast cancer. **Psychosomatics**, v. 50, n. 5, p. 525-533, 2009.

¹⁰ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

HEBERT, R. et al. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. **Journal of Palliative Medicine**, v. 12, n. 6, p. 537-545, 2009.

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p. 64-74, 2003.

INCA a. INSTITUTO DE CÂNCER DO BRASIL. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acessado em 20 Jan. 2011.

INCA b. INSTITUTO DE CÂNCER DO BRASIL. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=1>. Acessado em 20 Jan. 2011

JEMAL, A. et al. Global cancer statistics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 61, n. 2, p. 69-90, 2011.

KOENIG, H. G. Concerns about measuring "spirituality" in research. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 196, n.5, p. 349-355, 2008.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. The concept of coping. In: LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984, p.117-140.

LIBERTO; CARVALHO. Terapias integradas a oncologia. In: CARVALHO, V.A., MACIEIRA, R. C., LIBERATO, R.P. São Paulo: Summus editorial, 2008, p.351-357.

LOTUFO NETO, F.; LOTUFO Jr., Z.; MARTINS, J.C. **Influências da religião sobre a saúde mental**. Santo André: ESETec, 2003.

MACIEJEWSKI, P. K. et al. Religious coping and behavioral disengagement: opposing influences on advance care planning and receipt of intensive care near death. **Psycho-Oncology**, 2011. Epub ahead of print. Doi: 10.1002/pon.1967.

MACIEIRA, R. C. et al. Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 17, n. 3, p. 102-106, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, n. 1, p. 12-15, 2010.

PAIVA, J.G.; ZANGARI, W. VII SEMINÁRIO "PSICOLOGIA E SENSO RELIGIOSO" ENFRENTAMENTO (COPING) RELIGIOSO E SAÚDE, 2010. **Caderno de Resumo**. São Paulo.

PANZINI, R.G. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação, e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida**. 2004. p. 238. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2004.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, p. 126-135, 2007. Suplemento 1.

PARGAMENT, K.I. Religião e Enfrentamento: Estado Atual do Conhecimento. In: VII SEMINÁRIO “PSICOLOGIA E SENSO RELIGIOSO” ENFRENTAMENTO (COPING) RELIGIOSO E SAÚDE, 2010. **Caderno de Resumo**. São Paulo. p.1.

PARGAMENT, K.I. et al. Patterns of positive and negative Religious coping with major life stressors. **Journal for the scientific study of religion**, v. 37, n.4, p.710-724, 1998.

PARGAMENT, K.I. et al. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **Journal for Scientific Study of Religion**, v. 27, n. 1, p. 90-104, 1988.

PARGAMENT, K.I.; KOENIG, H.G.; PEREZ, L.M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of clinical psychology**, v. 56, n. 4, p. 519–543, 2000.

PASSOS, U.C. **Ansiedade, depressão, desesperança e estresse do enfermo cirúrgico oncológico**. 2009. p. 79. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

PHELPS, A. C. et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. **Journal of the American Medical Association**, v. 301, n. 11, p. 1140-1147, 2009.

PURNELL, J. Q.; ANDERSEN, B. L.; WILMOT, J. P. Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. **Counseling and Values**, v. 53, n. 3, p.165-180, 2009.

SANZOVO, C. E.; COELHO, M.E.C. Estressores e estratégias de *coping* em uma amostra de psicólogos clínicos. **Estudos de Psicologia**, v.24, n.2, p. 227-238, 2007.

SHELDRAKE, P. A. **Brief History of Spirituality**. Boston. M.A: Blackwell Publishing, 2007.

SHERMAN, A. C. et al. Prospective study of religious coping among patients undergoing autologous stem cell transplantation. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 32 , n. 1 , p.118-128, 2009.

TARAKESHWAR, N. et al. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. **Journal of Palliative Medicine**, v. 9, n. 3, p. 646-657, 2006.

THOMSEN, T.G; RYDEHL-HANSEN, S.; WAGNER,L. A review of potential factors relevant to coping in patients with advanced cancer. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, p. 3410–3426, 2010.

THUNE-BOYLÉ, I. et al. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. **Social Science and Medicine**, v.63, p. 151-164, 2006.

VESPA, A. et al. Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. **Psycho-Oncology**, v. 20, p. 5-11, 2011.

ZINNBAUER, B.J.; PARGAMENT,K.I. Religiousness and spirituality. In: Paloutzian, R.F.; PARK, C.L. **Handbook of the psychology of Religion and Spirituality**. New York: Springer, 2005, p.21-42. Disponível em:
<http://books.google.com.br/books?id=mGscSLMA_P4C&pg=PA21&dq=ZINNBAUER&hl=ptBR&ei=BnTaToiLNpGFtgeb6PHsAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=ZINNBAUER&f=false ->. Acessado em 15 Dez. 2010.

ZWINGMANN, C. et al. Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 29, n. 6, p. 533-547, 2006.

ZWINGMANN, C. et al. Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. **European Journal of Cancer Care**, v. 17, p. 361-370, 2008.