

# Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório

Spirituality, Depression, and Quality of Life in  
the Fight of Cancer: an Exploratory Study

Espiritualidad, Depresión y Calidad de Vida en el  
Enfretamiento del Cáncer: Estudio Exploratorio

**Sirlene Lopes de Miranda**  
Universidade Municipal de  
São Caetano do Sul

**Maria dos Anjos Lara e Lanna &  
Wanderley Chieppe Felipe**  
Pontifícia Universidade  
Católica de Minas Gerais

---

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002342013>

Artigo

**Resumo:** Este trabalho teve como objetivo investigar inter-relações entre bem-estar espiritual, depressão e qualidade de vida durante o enfrentamento do câncer por pacientes da Casa de Apoio aos Pacientes com Câncer – Vencer. Quinze pacientes diagnosticados com câncer, independentemente do tipo de neoplasia, foram sorteados e participaram da pesquisa mediante o consentimento livre e esclarecido. Foram aplicados os seguintes instrumentos: escala analógica de avaliação do bem-estar espiritual; inventário Beck para depressão; escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde e uma entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise correlacional estatística e a análise de categorias das entrevistas semiestruturadas. A população estudada apresentou bem-estar espiritual e religioso moderados, o que sugere que o câncer favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento do sofrimento. As correlações apontam para uma busca significativa do paciente oncológico por espiritualidade e melhora em sua qualidade de vida. O apoio do cônjuge, demais familiares, amigos e pessoas religiosas constituem uma rede social de apoio ao paciente oncológico.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Depressão. Qualidade de vida. Neoplasias

**Abstract:** This exploratory study aimed to investigate the quantitative and qualitative interrelationships between spiritual well-being, depression, and the quality of life of cancer patients from the Support House for Cancer Patients–Vencer. Fifteen patients diagnosed with cancer, regardless of the type of neoplasma, were randomly selected and participated in the study after signing the informed consent form. The Spiritual Well-Being Analog Assessment Scale, Beck Depression Inventory, World Health Organization Quality of Life Instrument, and a semi-structured interview were used for data collection. The data was analyzed using correlations and analysis of the semi-structured interview categories. In this study, the entire population displayed moderate spiritual and religious welfare, suggesting that the onset of cancer suggesting that the onset of cancer stimulate the pursuit of spirituality and religiosity as coping mechanisms. The correlations indicate significant search for spirituality by cancer patients and desire for improvement in their quality of life. Support from spouses, family members, friends, and religious figures represent a social support network for cancer patients. In this context, it is noteworthy that the psychological work is relevant for the therapeutic monitoring of patients, family members, and caregivers.

**Keywords:** Spirituality. Depression. Quality of life. Neoplasms

**Resumen:** Este trabajo tuvo como objetivo investigar inter-relaciones entre bienestar espiritual, depresión y calidad de vida durante el enfrentamiento del cáncer por pacientes de la Casa de Apoyo a los Pacientes con Cáncer-Vencer. Quince pacientes diagnosticados con cáncer, independientemente del tipo de neoplasia, fueron sorteados y participaron de la investigación mediante el consentimiento libre y aclarado. Se aplicaron los siguientes instrumentos: escala analógica de evaluación del bienestar espiritual; inventario Beck para depresión; escala de calidad de vida de la Organización Mundial de Salud y una entrevista semi-estructurada. Para el análisis de los datos, se utilizó el análisis de correlación estadístico y el análisis de categorías de las entrevistas semi-estructuradas. La población estudiada presentó bienestar espiritual y religioso moderado, sugiriendo que el cáncer favorece la búsqueda de la espiritualidad y religiosidad como mecanismos de enfrentamiento del sufrimiento. Las correlaciones señalan para una búsqueda significativa del paciente oncológico por espiritualidad y mejoría en su calidad de vida. El apoyo del conyugue, demás familiares, amigos y personas religiosas constituyen una red social de apoyo al paciente oncológico, resaltando la actuación relevante del psicólogo en el acompañamiento terapéutico del paciente, sus familiares y cuidadores.

**Palabras clave:** Espiritualidad. Depresión. Calidad de vida. Neoplasias

Os pacientes oncológicos, muitas vezes, enfrentam conflitos emocionais e espirituais, bem como o medo da morte. Durante esse processo de adoecimento, esses pacientes vivenciam várias atitudes como formas de lidar com a doença, como, por exemplo, os cinco estágios descritos por Kubler-Ross (1998): negação parcial ou total da doença, ira/revolta, barganha, depressão e aceitação. Nesse sentido, os aspectos existenciais e espirituais do paciente oncológico durante o adoecimento podem ganhar um valor significativo ao constituir atitudes de enfrentamento da doença, fatos que podem estar relacionados com a espiritualidade, a depressão e a qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde, no ano de 1988, incluiu o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. A partir disso, segundo Lotufo (1997), Sousa, Tilmann, Horta e Oliveira (2001), vários autores também adotaram a perspectiva de um ser humano biopsicossocial e espiritual, valorizando as experiências espirituais e religiosas, principalmente em pacientes com neoplasia (Elias & Giglio, 2001; Puchalski & Larson, 1998).

Elias e Giglio (2001) relatam que as pesquisas realizadas sobre a importância da inclusão da espiritualidade nos tratamentos médicos, a partir do final do século XX, começaram a recomendar que os cursos de graduação da área de saúde incluam disciplinas pragmáticas sobre aspectos espirituais, tais como Cultura Religiosa. Para Pereira (2003), “a fé é um atributo essencial da existência” (p. 23). De acordo com este autor, não é possível separar a fé do ser humano, porque ela envolve vontade, emoções, desejos e atitudes como aspectos da personalidade do sujeito que crê, portanto, transcende o cognitivo e basta a si mesma; ao contrário da razão, que se baseia no objetivo.

Nesse sentido, a fé é entendida como um importante fenômeno existencial. Giovanetti (1999) afirma que o fenômeno religioso faz parte da vida do sujeito e que muitas pessoas, em atendimento clínico, levam consigo a experiência do sagrado. Da mesma forma, Freire e Moreira (2003) também relatam

que o mais interessante é que, mesmo nos consultórios das mais diversas clínicas psiquiátricas e psicológicas, ouvem-se experiências ligadas à espiritualidade, o que torna necessário considerar tais aspectos. Assim, além de um fenômeno existencial, a fé é considerada por alguns humanistas como um fenômeno psicológico. Pereira (2003), por exemplo, acrescenta que a fé provém das profundezas do ser, de modo inseparável do ser humano, por ser essencial à sua existência, principalmente nos momentos de crise e/ou adoecimento.

## Espiritualidade, religião e religiosidade: semelhanças e diferenças

Muitas vezes, a espiritualidade é entendida como sinônimo de religiosidade ou de religião. Entretanto, existem diferenças significativas entre esses conceitos. Como exemplo, Boff (2006, p. 15) considera que:

[...] a espiritualidade esteja relacionada com aquelas qualidades do espírito humano – tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia – que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros.

Boff descreve a religião como a crença no direito à salvação que é anunciada pelas tradições da fé, que visam a aceitação de uma realidade metafísica (ideia de paraíso), sendo também associada aos dogmas religiosos, aos rituais e às orações. Jung (1986) também afirma que a espiritualidade não se refere a uma dada profissão de fé ou religião, e sim a uma experiência transpessoal ou transcendental da alma com uma divindade. Embora os conceitos de espiritualidade e religiosidade sejam semelhantes, nem sempre as pessoas que professam uma fé específica se apresentam como espiritualizadas.

Koenig, Larson e Larson (2001) definem a religião como um sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o

transcendente; e a espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, o sentido da existência e a relação com o sagrado. Também nesse sentido, Elias (2003, p. 3) descreve a espiritualidade como “confissões de fé, formas codificadas e dogmatizadas de experiências espirituais originárias” não sendo relacionada a dogmas e crenças. Solomon (2003) complementa que a espiritualidade envolve não somente indagações sobre aspectos da vida, mas também compreensão da ausência de respostas definitivas, redutíveis à psicologia pessoal e às responsabilidades cívicas, requerendo além de sentimentos, pensamentos e conceitos. Nesse sentido, vale destacar a espiritualidade como uma dimensão do ser humano que busca o sentido de sua existência e está relacionada com seus modos de viver e de se comportar.

Conforme a World Health Organization (1998), o bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais. Assim, a OMS (1998) incluiu o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (formado por 100 itens) em seu instrumento de avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL SRPB. Além disso, em vários trabalhos de pesquisa, a espiritualidade se encontra relacionada com a qualidade de vida (Paiva, 2004; Panzini & Bandeira, 2004; Rocha & Fleck, 2004; Sarriera, 2004). Inclusive, Panzini, Marganha, Rocha, Bandeira e Fleck (2011) validaram o instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais para uso brasileiro, sendo esse um instrumento único que contempla todos esses aspectos. Dessa forma, conforme aponta a literatura, torna-se relevante considerar a espiritualidade do paciente bem como sua qualidade de vida.

## Qualidade de vida: conceito e pressupostos teóricos

A discussão crescente sobre a qualidade de vida, em especial dos pacientes com doenças crônicas, torna cada vez mais importante o estudo dessa temática. Skevington (2002) considera a qualidade de vida como a percepção

subjéctiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa, ou seja, aspectos que podem ou não estarem relacionados com os indicadores de padrão de vida. Paiva (2004, p. 119) afirma que “a qualidade de vida diz respeito a um nível integrado de satisfação e de bem-estar, mas resta determinar o grau de satisfação e o bem-estar adequados a uma vida de qualidade”. Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007) afirmam que o que se percebe é que não há um consenso definitivo na literatura sobre o conceito de qualidade de vida.

Gimenes (2013) fez um estudo sobre o uso generalizado da expressão “Qualidade de Vida” nas linguagens técnicas e cotidianas nas sociedades ocidentais contemporâneas. Segundo este autor, a ampla utilização desse termo é acompanhada por uma indeterminação de seu significado e por uma concepção naturalizada de sua origem. Essa indeterminação de significado acaba por beneficiar uma utilização plural em vários contextos. Matta (2005, p. 108) salienta que “quanto maior a sua indefinição, maior o seu poder retórico. Ao reunir tantos sentidos, a noção de qualidade de vida perde a capacidade de identificar nexos causais ou interpretativos, servindo para os mais diversos fins”.

Gimenes (2013) esclarece alguns dos fins que a utilização da expressão qualidade de vida acaba por atender: técnicos, enquanto organizador e articulador de outros conceitos ou de práticas nas ciências biomédicas; econômicos, ao agregar valor ou justificar a produção ou compra de produtos/serviços; clínicos, enquanto indicador da eficácia de um procedimento de intervenção; político-administrativos, correspondendo a uma medida de avaliação e de comparação de políticas públicas em saúde; e também subjetivos, maneiras de perceber a própria saúde ou de ajustá-la em busca de aprimoramentos. Conclui, afirmando que a grande relevância simbólica adquirida contemporaneamente pela qualidade de vida nas ciências biomédicas, nas políticas de saúde e nas práticas individuais relativas à saúde está relacionada com um mais amplo processo de inserção dos aspectos biológicos da vida no campo político.

Assim, os pesquisadores da área buscam compreender e explorar melhor esse conceito, pois a concepção geral de qualidade de vida, utilizada principalmente na área da saúde, precisa ser mais clarificada.

*Bem-estar espiritual, saúde e qualidade de vida*

Vários estudos científicos enfatizam a espiritualidade, saúde e qualidade de vida dos pacientes crônicos e terminais. Alguns teóricos consideram que a espiritualidade pode constituir uma forma de resignificação para o sentido da vida e da morte (Elias & Giglio, 2001; Valle & Forghieri, 1988). Outros descrevem a importância da qualidade de vida dos pacientes terminais como uma atitude saudável perante a doença (Paiva, 2004; Panzini et al., 2007). Valle, & Forghieri (1988) afirmam que a espiritualidade vem ao encontro das necessidades de preencher o vazio explicativo para a doença que se instala ou para a morte que se aproxima. Nesse sentido, a espiritualidade pode ser entendida como uma busca de completude, um fechamento do ser-no-mundo, abrandando a dor e favorecendo a aceitação dolorosa do luto, ao constituir um tipo de ajuda que transcenda a si mesmo.

Elias e Giglio (2001) enfatizam que uma experiência transcendental da psique pode ser estimulada pelo psicólogo. Estes autores desenvolveram uma intervenção terapêutica integrando as técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais utilizando o conceito de espiritualidade, com o objetivo de resignificar a dor simbólica da morte (dor da morte e do pós-morte) e a dor espiritual (sentido da vida e da morte e das culpas perante Deus). Essas intervenções foram formuladas a partir dos relatos de pacientes terminais, que passaram por experiências de quase morte, experimentando sintomas básicos como tristezas, angústias, culpas individuais e familiares e o medo da morte.

Gastaud et al. (2006) realizaram um estudo transversal sobre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia, e concluíram

que a espiritualidade/religiosidade constituiu um fator inversamente associado a transtornos psiquiátricos menores nessa amostra do estudo.

Outros teóricos realizam estudos sobre espiritualidade e saúde mental. Volcan, Sousa, Mari e Horta (2003), em uma pesquisa sobre a relação entre transtornos psiquiátricos menores e o bem-estar espiritual, aplicaram um instrumento de avaliação do bem-estar espiritual (Paloutzian & Ellison, 1982) em 464 universitários das áreas de medicina e direito. Esses autores afirmam que o bem-estar espiritual atuou como um fator protetor para esses transtornos, sendo que os universitários com bem-estar espiritual baixo e moderado apresentaram o dobro de chances de possuir transtornos psiquiátricos menores.

A espiritualidade é enfatizada em vários estudos, principalmente com pacientes idosos. De acordo com Fehring, Miller e Shaw (1997), em seus estudos realizados com pacientes idosos com câncer, o bem-estar espiritual significou um fator de proteção enquanto atitude positiva de combate à enfermidade. Kaczorowski (1989) também realizou trabalhos com pacientes idosos com câncer e afirma que a espiritualidade representou um fator positivo no combate à ansiedade nos pacientes que declararam ter fé religiosa.

Um estudo semelhante foi desenvolvido por Panzini e Bandeira (2004), que, ao validar a escala de *coping* religioso-espiritual (escala CRE), investigou a relação entre qualidade de vida, *coping* religioso/espiritual e saúde. Esse estudo foi realizado com 616 pessoas e apontou para uma associação positiva entre *coping* religioso/espiritual e qualidade de vida. Os participantes que possuíam maiores escores de qualidade de vida apresentaram maior uso de CRE positivo e menor uso de CRE negativo.

Panzini et al. (2007) afirmam que o *coping* religioso/espiritual é uma variável que se apresenta associada à qualidade de vida, significando o uso da religião, fé e espiritualidade para lidar com o estresse e os problemas de vida. O *coping* "é o conjunto

de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelo indivíduo com o objetivo de manejar situações estressantes” (Panzini et al., 2007, p. 3). Estes autores também descrevem que o instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-SRPB da OMS aponta para a Q.V. e suas relações com espiritualidade, religião e com crenças pessoais que podem ou não ser espirituais/religiosas. Portanto, é um instrumento que valoriza as crenças e espiritualidade do sujeito como aspecto de sua qualidade de vida.

Outras pesquisas também apontam para as possíveis correlações entre saúde e bem-estar espiritual. Marques (2003), em seu estudo realizado com 506 adultos entre 16 e 78 anos, descreve que os maiores níveis de saúde se correlacionam com níveis mais altos de bem-estar espiritual e existencial, revelando uma estreita relação entre saúde e espiritualidade.

Estudos também apontam para uma correlação entre bem-estar espiritual, existencial e qualidade de vida. Cotton (2000) realizou um estudo com 130 mulheres com câncer de mama e relatou que 42% da variância em relação à qualidade de vida foi relacionada à espiritualidade, bem-estar espiritual, idade, espírito de luta, estilo de vida, vigor e fadiga (como preditores). Nesse sentido, Paiva (2004) ressalta que, embora a qualidade de vida não seja um objetivo da religiosidade e da espiritualidade, as variáveis religião, religiosidade e espiritualidade estão relacionadas com a qualidade de vida.

Pesquisas apontam para fatores negativos na religiosidade e espiritualidade no que se refere ao enfrentamento de doenças crônicas. Rocha e Fleck (2004) enfatizam que, apesar de vários estudos apontarem para um efeito benéfico da religiosidade, há também a possibilidade de que algumas pessoas procurem a fé como meio de cura para suas doenças graves, o que pode impedir os pacientes de buscarem ou seguirem um tratamento médico adequado.

Nesse sentido, enquanto várias pesquisas apontam para correlações positivas entre

espiritualidade, depressão e qualidade de vida, outras ressaltam os fatores negativos entre esses aspectos, o que aponta também para a singularidade da amostra estudada e para a falta de pesquisas que combinem quantitativamente e qualitativamente essas variáveis no enfrentamento do câncer, principalmente em pacientes com diferentes tipos de neoplasias.

## Método

Foi realizada uma pesquisa exploratória (Gil, 2002), por ser essa estratégia a que melhor atendia à investigação das inter-relações quantitativas e qualitativas entre bem-estar espiritual, depressão e qualidade de vida durante o enfrentamento do câncer por pacientes da Sociedade Vencer (Casa de Apoio aos Pacientes com Câncer de uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais). A pesquisa exploratória visa “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” sobre o fenômeno (Gil, 2002, p.41).

### *População Pesquisada*

A população pesquisada foi constituída por 15 pacientes diagnosticados com câncer, independentemente do tipo de neoplasia e da fase de adoecimento, que tinham conhecimento do diagnóstico e que eram assistidos, no mínimo, há seis meses pela Sociedade de Apoio aos Pacientes com Câncer – Vencer, constituindo uma população aleatória simples. Esses pacientes foram sorteados e participaram da pesquisa mediante o consentimento livre e esclarecido. A administração dessa Instituição também participou da pesquisa, mediante termo de autorização para realização da pesquisa, na pessoa de seu representante legal.

### *Procedimentos*

Inicialmente, foi feita a apresentação do projeto de pesquisa na instituição envolvida, Sociedade de Apoio aos Pacientes com Câncer – Vencer, com o objetivo de identificar e

sortear os pacientes. Posteriormente, foram agendados cerca de cinco encontros com os pacientes sorteados, em suas residências. Esses encontros tiveram como objetivo a aplicação dos instrumentos de coleta de dados utilizados nesta pesquisa, conforme descrição a seguir. No último encontro do pesquisador com o paciente, os resultados gerais das avaliações foram apresentados, para que o paciente relatasse concordância ou não com eles, podendo acrescentar maiores informações sobre os aspectos avaliados pelos instrumentos. Utilizou-se a análise correlacional estatística (Triola, 2005) nos dados, com o objetivo de verificar as inter-relações entre os aspectos: espiritualidade, depressão e qualidade de vida, durante o enfrentamento do câncer. Também foi utilizada a análise de categorias (Minayo, 2004) das entrevistas semiestruturadas aplicadas nos pacientes com câncer após avaliações quantitativas, visando estabelecer relações qualitativas entre as variáveis avaliadas anteriormente.

#### *Instrumentos de coleta de dados*

Utilizou-se uma escala analógica de avaliação do bem-estar espiritual (SWBS) do paciente. Trata-se de um formulário desenvolvido por Paloutzian e Ellison (1982), que avalia o bem-estar espiritual geral do paciente. Este instrumento foi traduzido para o uso brasileiro, sendo adaptado e utilizado por Volcan et al. (2003). Esse se subdivide em duas subescalas, sendo que dez itens avaliam o bem-estar religioso e os demais o bem-estar existencial. Corresponde a um questionário de 20 perguntas, respondidas através de uma escala de seis pontos, que varia de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”.

Para avaliação da depressão, utilizou-se o inventário Beck (BDI), em sua versão em português. O instrumento BDI se refere a uma escala de avaliação para a depressão. Esse questionário consiste em 21 grupos de afirmações e, em cada grupo, o participante deve escolher a afirmativa que melhor descreve como tem se sentido na última semana, incluindo o dia da avaliação.

A avaliação da qualidade de vida foi feita através da versão portuguesa da escala de qualidade de vida, da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1998) (WHOQOL-bref). Esse instrumento foi desenvolvido por um grupo de estudiosos da Organização Mundial de Saúde. O WHOQOL-bref é constituído por 26 questões que avaliam cinco domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e qualidade geral de vida) em uma escala que varia de 1 a 5. Avalia vários aspectos, que são considerados como promotores de qualidade de vida e bem-estar psicológico. As entrevistas semiestruturadas tiveram como objetivo esclarecer e aprofundar os dados levantados nos instrumentos aplicados anteriormente.

## Discussão dos resultados quantitativos

### *Perfil da população pesquisada*

O sexo feminino foi predominante, correspondendo a dez mulheres com câncer (66,7%), sendo a maioria delas acometidas pelo câncer de mama. A faixa etária predominante da população foi de 41 a 60 anos (40%) com uma escolaridade diversificada, mas com predomínio de um nível escolar baixo (60% com ensino fundamental, completo ou incompleto). A religião predominante na população foi a católica (66,7%), mas também houve pacientes evangélicos (26,7%) e apenas um paciente relatou não ter nenhuma religião. No que diz respeito às neoplasias, 35,30% da amostra apresenta câncer de mama, 17,65% câncer de ovário, 17,65% câncer de pulmão e um percentual de 5,88% para cada uma das demais neoplasias (cabeça, cólon-retal, útero, próstata e boca), considerando que dois pacientes da amostra receberam o diagnóstico de dois tipos de neoplasias.

### *O bem-estar espiritual e a depressão do paciente com câncer*

O bem-estar existencial dos pacientes avaliados pela escala SWBS apresentou-se como moderado em 93,3% da população e

apenas um paciente manifestou bem-estar existencial baixo, aparentemente associado à manifestação de críticas sobre si mesmo, sua existência e suas crenças. Assim, a população se caracteriza por um nível de bem-estar existencial considerado satisfatório, conforme apresentado na Tabela 1.

Quanto aos aspectos religiosidade e espiritualidade, 100% da população revelou um nível moderado de bem-estar. Tal fato pode estar relacionado com a procura mais frequente e/ou regular por atividades religiosas e espirituais pelos pacientes crônicos e terminais. No que diz respeito ao nível de depressão, segundo resultados obtidos na aplicação da escala Beck para depressão, 46,7% da população revelou depressão mínima; 26,7% da população apresentou depressão leve; 20% depressão moderada, o que indica necessidade de apoio psicológico, e 6,7% depressão grave com urgência de atendimento médico e psicoterapêutico.

### *A qualidade de vida dos pacientes oncológicos*

A qualidade de vida da população estudada apresentou-se como intermediária (variando entre média e boa), assim como todos os domínios da qualidade de vida (psicológico, físico, ambiente, relações sociais em geral), conforme os dados apresentados na Tabela 2, que descreve a média encontrada para cada domínio da escala WHOQOL-bref, sendo que, quanto maior a média, melhor a representação da qualidade de vida dos

participantes. A média dos itens que compõem a escala varia de 1 a 5, sendo que esses valores indicam respectivamente, qualidade muito ruim de vida (1), qualidade ruim/insatisfatória de vida (2), qualidade de vida nem ruim e nem boa (3 - média), boa qualidade de vida (4) e qualidade de vida muito boa (5).

A qualidade de vida no que se refere ao domínio das relações sociais, ao domínio físico e ao domínio geral apresentou resultados mais

**Tabela 1.** Resultado das avaliações da espiritualidade e depressão.

| Aspecto Avaliado            | População Estudada    |      |
|-----------------------------|-----------------------|------|
|                             | Total em 15 pacientes | %    |
| Bem-Estar Existencial (EWB) |                       |      |
| Baixo                       | 01                    | 6,7  |
| Moderado                    | 14                    | 93,3 |
| Alto                        | 0                     | 0    |
| Bem-Estar Religioso (RWB)   |                       |      |
| Baixo                       | 0                     | 0    |
| Moderado                    | 15                    | 100  |
| Alto                        | 0                     | 0    |
| Bem-Estar Espiritual (SWBS) |                       |      |
| Baixo                       | 0                     | 0    |
| Moderado                    | 15                    | 100  |
| Alto                        | 0                     | 0    |
| Depressão                   |                       |      |
| Mínima                      | 07                    | 46,7 |
| Leve                        | 04                    | 26,7 |
| Moderada                    | 03                    | 20   |
| Grave                       | 01                    | 6,7  |

**Fonte:** Dados da pesquisa.

**Tabela 2.** Resultado da avaliação da qualidade de vida.

| Avaliações                       | Média Obtida |
|----------------------------------|--------------|
| Qualidade Geral de Vida          | 3,63         |
| Q. V. - Domínio Psicológico      | 3,22         |
| Q. V. - Domínio Físico           | 3,69         |
| Q. V. - Domínio Ambiente         | 3,07         |
| Q. V. - Domínio Relações Sociais | 3,78         |
| Qualidade de Vida – Total        | 3,40         |

**Fonte:** Dados da pesquisa.

próximos do nível satisfatório (nível bom), o que parece indicar um fortalecimento das relações entre familiares/amigos próximos e o paciente, e uma busca aparentemente considerável pela melhora do estado de saúde do sujeito e de sua qualidade de vida. Já os demais domínios da qualidade de vida apresentaram resultados mais próximos do nível médio, o que talvez possa apontar para as dificuldades encontradas pelo paciente oncológico em manter ou melhorar a qualidade de vida.

*Inter-relações entre bem-estar espiritual, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer*

Na Tabela 3 são apresentados valores para o coeficiente correlacional (Triola, 2005) dos aspectos mensurados nesse estudo. Esse coeficiente mede o nível de correlação entre duas variáveis, e varia em valores de -1 a + 1. O coeficiente correlacional com valor positivo indica correlação positiva entre as medidas em questão e valor negativo para o coeficiente correlacional indica correlação negativa entre as variáveis.

Ao que se refere às correlações estabelecidas entre o bem-estar espiritual e os demais aspectos estudados, conforme Tabela 3, percebe-se que esse se correlaciona positivamente com a qualidade geral de vida e vários domínios da qualidade de vida (em especial com o domínio psicológico). Também se correlaciona positivamente com a depressão e negativamente com o domínio

físico da qualidade de vida. Assim, para a população envolvida nesse estudo, verificou-se que quanto maior o bem-estar espiritual do paciente, maior a sua qualidade de vida; que a depressão e o bem-estar espiritual também estão correlacionados positivamente; e escores baixos para o domínio físico da qualidade de vida estão correlacionados com escores altos de bem-estar espiritual, o que sugere uma busca maior ou menor pela espiritualidade dependendo do aspecto físico e psíquico do paciente.

Da mesma forma, percebe-se que o bem-estar religioso se correlaciona positivamente com a qualidade geral de vida e com os domínios, psicológico e ambiente da qualidade de vida, positivamente com a depressão e negativamente com os domínios, físico e relações sociais da qualidade de vida. A possível interpretação para esses dados segue a mesma análise anterior, acrescentando um desprendimento das relações sociais, uma tendência ao isolamento e à introspecção em pessoas com uma religiosidade mais intensa.

O bem-estar existencial se correlaciona positivamente com todas as variáveis estudadas nesse trabalho, depressão e qualidade de vida. As mais significativas entre elas diz respeito ao domínio psicológico da qualidade de vida (correlação de magnitude moderada), domínio ambiente da qualidade de vida (também magnitude moderada) e a menos significativa se refere à depressão (correlação de magnitude fraca).

A depressão, por sua vez, correlaciona-se positivamente com todas as variáveis, conforme se observa na tabela acima, principalmente com os domínios, psicológico e ambiente da qualidade de vida (ambas de magnitudes moderadas). Combinadas com informações qualitativas, as correlações apontam para uma busca significativa do paciente oncológico por uma vivência espiritual e religiosa e uma melhora em sua qualidade de vida, em todos os domínios, perante o medo da morte, bem como para o fato de que quanto maior a depressão do paciente maior o seu apego à espiritualidade.

**Tabela 3.** O bem-estar espiritual, a depressão, o bem-estar religioso, o bem-estar existencial, a qualidade de vida e suas correlações.

| Variáveis relacionadas                               | Coefficiente Correlacional Pearson | Magnitude do relacionamento entre as variáveis |
|--|------------------------------------|--|
| Bem-Estar Espiritual X Qualidade Geral de Vida       | 0,308961                           | Moderada                                       |
| Bem-Estar Espiritual X QV- Domínio Psicológico       | 0,383006                           | Moderada                                       |
| Bem-Estar Espiritual X QV- Domínio Físico            | -0,15521                           | Fraca  |
| Bem-Estar Espiritual X QV- Domínio Ambiente          | 0,371368                           | Moderada                                       |
| Bem-Estar Espiritual X QV- Domínio Relações Sociais  | 0,088578                           | Fraca  |
| Bem-Estar Espiritual X Depressão                     | 0,104909                           | Fraca  |
| Bem-Estar Religioso X Qualidade Geral de Vida        | 0,119874                           | Fraca  |
| Bem-Estar Religioso X QV- Domínio Psicológico        | 0,197969                           | Fraca  |
| Bem-Estar Religioso X QV- Domínio Físico             | - 0,06108                          | Fraca  |
| Bem-Estar Religioso X QV- Domínio Ambiente           | 0,219381                           | Fraca  |
| Bem-Estar Religioso X QV- Domínio Relações Sociais   | - 0,08095                          | Fraca  |
| Bem-Estar Religioso X Depressão                      | 0,15396                            | Fraca  |
| Bem-Estar Existencial X Qualidade Geral de Vida      | 0,340772                           | Moderada                                       |
| Bem-Estar Existencial X QV- Domínio Psicológico      | 0,396298                           | Moderada                                       |
| Bem-Estar Existencial X QV- Domínio Físico           | 0,158764                           | Fraca  |
| Bem-Estar Existencial X QV- Domínio Ambiente         | 0,369731                           | Moderada                                       |
| Bem-Estar Existencial X QV- Domínio Relações Sociais | 0,158764                           | Fraca  |
| Bem-Estar Existencial X Depressão                    | 0,055169                           | Fraca  |
| Depressão X Qualidade Geral de Vida                  | 0,2023                             | Fraca  |
| Depressão X QV- Domínio Psicológico                  | 0,453319                           | Moderada                                       |
| Depressão X QV- Domínio Físico                       | 0,286087                           | Fraca  |
| Depressão X Domínio Ambiente                         | 0,455479                           | Moderada                                       |
| Depressão X QV- Domínio Relações Sociais             | 0,221562                           | Fraca  |
| Depressão X Bem-Estar Espiritual                     | 0,104909                           | Fraca  |
| Depressão X Bem-Estar Religioso                      | 0,15396                            | Fraca  |
| Depressão X Bem-Estar Existencial                    | 0,055169                           | Fraca  |

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A qualidade de vida também se correlaciona positivamente com as demais variáveis apontadas nesse estudo, principalmente com o bem-estar existencial e espiritual (relações de magnitudes moderadas), o que permite uma possível interpretação sobre a existência de uma relação entre o sentido e significado que o paciente atribui a sua existência em uma fase de adoecimento e suas consequentes escolhas relacionadas ao aspecto religioso; relações sociais e afetivas; resolução de conflitos interpessoais e

também consigo mesmo; cuidados com a saúde física e psicológica; e sua adequação e relação com o ambiente.

Nesse sentido, percebe-se a importância de inter-relacionar os dados quantitativos e qualitativos para favorecer o esclarecimento da temática espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer. Essas inter-relações serão realizadas após a apresentação e discussão dos resultados qualitativos.

### *Análise e Discussão dos Resultados Qualitativos*

A aplicação do método qualitativo na pesquisa teve como objetivo obter maiores informações sobre a *espiritualidade*, a *depressão* e a *qualidade de vida* do paciente oncológico dessa população estudada.

O conceito de atividades espirituais foi descrito pelos entrevistados enquanto formas de exercício da espiritualidade e da religiosidade, tais como: orações; participação em atividades religiosas (cultos, missas); estudos bíblicos; meditações; e também trabalhos voluntários na comunidade, que segundo alguns pacientes, constitui a forma mais evidente de exercício da fé.

Registrou-se que 87% da população estudada descreveu que a fé aumentou após a descoberta e tratamento do câncer; e 13% afirmou que a espiritualidade não sofreu grandes alterações devido à presença prévia de fé. Esses resultados apontam para a hipótese já discutida nos dados quantitativos de que pessoas acometidas por doenças graves como o câncer se apegam mais frequentemente à espiritualidade como fonte de apoio e de sentido para a existência.

Quanto ao aspecto relativo à depressão, conforme dados anteriores, percebeu-se que os pacientes descreveram como eventos traumáticos, a perda de parente com câncer, perda e afastamento do emprego, crises de depressão, consequências do tratamento como perda de peso, mastectomia, cirurgia com sequelas, bem como acidentes com fratura. Trata-se de situações que se referem à mudança na rotina de vida dos pacientes e que acarretaram prejuízos afetivos e emocionais, como não ter mais uma vida profissional ativa, sofrer alterações em sua aparência física, afetando a autoestima, tristeza, ansiedade e angústia presente em cada fase do tratamento e em cada novo exame que a equipe médica solicita.

No mesmo sentido, os pacientes entenderam como eventos estressantes a existência de crises existenciais, conflitos conjugais, cansaço físico, problemas na educação dos filhos, preocupações com a saúde, situação

financeira nem sempre favorável ao tratamento, vício do companheiro e perda dos movimentos dos membros inferiores. Dentre as perdas relacionadas ao tratamento, foram descritas: alopecia, perda de peso, mastectomia, alteração do sono durante o tratamento e após o tratamento.

Ao que diz respeito às atividades de lazer, os pacientes se referiram principalmente a atividades físicas, passeios em geral, tocar instrumentos musicais e ir à igreja. Já as atividades prazerosas que mais se destacaram foram: bordar, cozinhar, cuidar da casa, tocar instrumentos musicais e costurar.

A maioria dos pacientes, cerca de 60% da população estudada, relatou possuir muitas relações afetivas significativas; 26,7% queixaram-se de possuir apenas relações familiares significativas; 6,7% disseram ter recebido maior apoio de amigos e vizinhos do que dos próprios familiares; e 6,7% reclamaram que não possuíam nenhum apoio e se sentiam sozinhos na luta contra o câncer. Parece que muitos familiares dos pacientes com câncer não encontram estratégias e meios para auxiliá-los ou se afastam porque temem a possibilidade de perdê-los.

Cinco pacientes já haviam feito psicoterapia, quatro deles tinham participado de terapia ocupacional e apenas três chegaram a fazer fisioterapia. Isso demonstra que, embora todos precisassem de apoio psicológico e de outras formas de terapia, quase 70% da população estudada não obteve tais atendimentos. Quanto à saúde física percebeu-se que a maioria dos pacientes apresentavam outros problemas de saúde, destacando-se: hipertensão, depressão crônica, catarata, diabetes e osteoporose.

### **Discussão dos Resultados**

Os resultados apontaram que os pacientes mais adoecidos tornam-se mais introspectivos, isolam-se mais frequentemente e, por vezes, buscam mais a espiritualidade. Esses resultados estão de acordo com os resultados da pesquisa de Marques (2003) ao observar

que os maiores níveis de saúde se correlacionaram com níveis mais altos de bem-estar espiritual e existencial.

De acordo com os dados quantitativos, a depressão apareceu em parte significativa da população estudada, variando entre leve e grave, sendo também observada nos relatos dos pacientes referentes às tristezas, angústias e ansiedades vividas durante o tratamento do câncer.

Nesse estudo, escores altos de depressão correlacionaram-se com uma busca maior pela qualidade de vida e bem-estar espiritual. Da mesma forma, quanto maior o bem-estar religioso, espiritual e existencial maior a qualidade de vida do paciente. Outro aspecto percebido nos resultados da pesquisa diz respeito à importância do apoio psicossocial dos familiares e religiosos durante o tratamento do câncer. O apoio do cônjuge e amigos também foi ressaltado como fonte de apoio.

Cerca de 7% da população estudada relatou ter apoio maior de amigos e vizinhos que de familiares. Parece que muitos familiares dos pacientes com câncer não encontravam estratégias e meios para auxiliá-los ou se afastavam porque temiam a possibilidade de perdê-los. Isso sugere que uma rede social de apoio enfraquecida pode minimizar o apoio psicossocial e reforçar a depressão e a desesperança. Tal fato confirma o que Kubler-Ross (1998) ressaltou sobre a necessidade de acompanhamento terapêutico ao paciente terminal e seus familiares.

Nessa pesquisa, o apoio do cônjuge foi relatado como efetivo no que se refere ao sentimento de pertença a um meio familiar e de não estar lutando sozinho.

Constatou-se também que o câncer pode ser entendido pelas orientações e crenças religiosas como uma culpabilização dos fatos acontecidos em gerações anteriores ao sujeito ou ao longo de sua própria existência, o que foi verificado com uma paciente que relatou a seguinte citação bíblica “[...] sou um Deus zeloso, que visito a iniquidade dos pais nos filhos até a terceira e a quarta geração daqueles

que me aborrecem e faço misericórdia até mil gerações daqueles que amam e guardam meus mandamentos” (Deuteronômio, 2005, p. 9-10). Outro paciente compreendeu os mesmos versículos bíblicos da seguinte forma: *“Deus me permitiu ter o câncer como uma espécie de provação, e pela qual eu passei, pois não duvidei que poderia ser curado e ainda ajudei vários pacientes na casa de apoio. Hoje me sinto um homem novo, maduro e mais crente que antes”*. Isso confirma os estudos de Rocha e Fleck (2004) ao afirmarem que a relação estabelecida com a religião pode ser positiva ou negativa. Esse fato sugere que as orientações religiosas também podem levar o paciente a se sentir culpabilizado ou provado com a existência da doença, dependendo da relação estabelecida com a religião.

Os pacientes que já tinham realizado o tratamento do câncer e aguardavam alta médica, bem como aqueles que já estavam de alta descreveram um amadurecimento e aquisição de um novo sentido para a vida. Nesse sentido, o que se percebe é que situações de crise também podem levar a resultados positivos, como aquisição de novas experiências e habilidades como formas de enfrentamento de problemas.

## Conclusões

Nessa pesquisa, toda a população estudada apresentou bem-estar espiritual e religioso moderados, o que sugere que o câncer favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento do sofrimento, como fonte de esperança de cura e como resignificação do sentido da vida e da morte.

Combinadas com informações qualitativas, as correlações apontam para uma busca significativa do paciente oncológico pela espiritualidade e pela melhora em sua qualidade de vida. Escores altos de depressão aparecem associados a um apego maior à espiritualidade; escores baixos para o domínio físico da qualidade de vida estão correlacionados com maior busca por bem-estar espiritual; e, quanto maior o bem-estar espiritual, religioso e/ou existencial, maior a qualidade geral de vida.

Nesse sentido, para a população envolvida nesse estudo, verificou-se que, quanto maior o bem-estar religioso, maior a qualidade geral de vida e os domínios, psicológico e ambiente da qualidade de vida. O bem-estar religioso correlacionou-se positivamente com a depressão e negativamente com os domínios, físico e relações sociais da qualidade de vida. Assim, quanto mais elevados os escores para a depressão, mais o paciente torna-se introspectivo, maior é a busca pelo bem-estar religioso, bem-estar existencial e pela qualidade de vida.

Percebeu-se, nessa pesquisa, que o apoio do cônjuge, demais familiares, amigos e pessoas religiosas constituem uma rede social de apoio ao paciente oncológico e que os vínculos sociais e afetivos parecem contribuir para o enfrentamento do adoecimento. O afastamento dos familiares e amigos relatado pelos pacientes e a carência de acompanhamento efetivo dos familiares apontam para a necessidade de um trabalho informativo com os pacientes e suas respectivas famílias, bem como para a necessidade de uma assistência espiritual ao paciente com câncer. Nesse contexto, vale ressaltar também que a atuação do psicólogo torna-se relevante para o acompanhamento terapêutico do paciente, seus familiares e cuidadores.

Esses resultados também apontam para a importância do acompanhamento domiciliar aos pacientes com neoplasias, uma vez que esse trabalho poderia ser realizado através de intervenções conjuntas entre profissionais da saúde e instituições religiosas por meio de agentes de pastorais e de outros movimentos religiosos da comunidade, sendo esses orientados pelos profissionais da Psicologia, evitando-se intervenções inadequadas. Tais práticas poderiam ser inseridas em um Programa de Cuidados Complementares ao Paciente Oncológico e, posteriormente, serem utilizadas em um projeto social de acolhimento psicológico aos pacientes com câncer, no qual estagiários e profissionais da Psicologia treinariam os agentes religiosos voluntários para realizarem visitas domiciliares de apoio psicossocial aos pacientes com neoplasia, uma vez que, esses muitas vezes necessitam de um acompanhamento, e as Casas de Apoio aos

Pacientes com Câncer nem sempre conseguem atender a todos os pacientes.

Nesse estudo, verificou-se, então, que a espiritualidade, a depressão e a qualidade de vida do paciente oncológico estão inter-relacionadas e influenciam sua rotina e dinâmica familiar de forma efetiva, contribuindo para a aquisição de novos repertórios de enfrentamento do câncer. Entretanto, por ser exploratório, esse estudo tem alcance limitado, mas seus resultados apontam para a importância de novas pesquisas nessa área, principalmente sobre as estratégias de enfrentamento (*coping*) do câncer utilizadas pelos pacientes, as possibilidades de otimização da qualidade de vida dos mesmos e a efetividade das intervenções conjuntas entre instituições religiosas e de saúde no que se refere ao acompanhamento do paciente oncológico.

Ao se tratar de dados de uma pesquisa exploratória, não é possível prever a generalidade destes resultados. Além disso, novos estudos tornam-se necessários para aprofundar nessas inter-relações entre espiritualidade, depressão e qualidade de vida do paciente oncológico ao se especificar uma amostra com um único tipo de neoplasia, haja vista que os diferentes tipos de neoplasias demandam tratamentos diferentes e conseqüentemente efeitos distintos na saúde física e psíquica do paciente. Entretanto, a relevância deste estudo refere-se ao uso de método qualitativo-quantitativo na coleta de dados, uma vez que os resultados apontados pelos instrumentos utilizados, bem como correlações encontradas foram coerentes com a análise qualitativa dos relatos dos pacientes deste estudo.

Por fim, diante da importância da motivação dos pacientes na luta contra o câncer, não poderia deixar de ser mencionado que a busca de estratégias pelos pacientes para lidar com a doença nem sempre são visíveis e mensuráveis, podendo escapar às pesquisas e técnicas de exploração científica. No entanto, são essas estratégias que levam o paciente a investir na vida, como transparece na fala de um dos participantes do estudo: *“Se existe amor dentro de mim, é porque ainda vale a pena viver!”*.

**Sirlene Lopes de Miranda**

Mestra e Doutoranda em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo – SP, Brasil.  
Docente na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul – SP, Brasil.  
E-mail: sirlene.miranda@usp.br

**Maria dos Anjos Lara e Lana**

Doutora em Linguística, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, Brasil.  
Docente na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, Brasil.  
E-mail: zanjalara@gmail.com

**Wanderley Chieppe Felipe**

Mestre em Educação, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, Brasil.  
Docente na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, Brasil.  
E-mail: wfelippe@pucminas.br

**Endereço para correspondência:**

Avenida Professor Melo Moraes, nº 1721. CEP: 05508-030. Cidade Universitária. São Paulo – SP, Brasil.

Recebido: 16/10/2013, Aprovado: 14/05/2015.

## Referências

- Boff, L. (2006). *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro, RJ: Sextante.
- Cotton, S. P. (2000). *An exploration of the relationship between spirituality and quality of life in women with breast cancer*. Dissertation, Califórnia School of Professional Psychology, Berkeley/Alameda, US.
- Deuteronômio (2005). In *Bíblia sagrada*. Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil..
- Elias, A. C. A. (2003). Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens e espiritualidade. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(1), 92-97.
- Elias, A. C. A., & Giglio, J. S. (2001). *Relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade na re-significação da dor simbólica da morte em pacientes terminais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, SP.
- Fehring, R. J.; Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states on elderly people with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(4), 663-671.
- Freire, C. F. & Moreira, V. (2003). Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta levinasiana. *Psicologia em Estudo*, 8(2), 93-98.
- Gastaud, M. B., Souza, L. D. M., Braga, L., Horta, C. L., Oliveira, F. M., Sousa, P. L. R. et al. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 12-18.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo, SP: Atlas.
- Gimenes, G. F. (2013). Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(2), 291-318.
- Giovanetti, J. P. (1999). O sagrado e a experiência religiosa na psicoterapia. In M. Mahfoud, & M. Massimi, (Eds.), *Diante do Mistério: psicologia e senso religioso* (pp. 87-96). São Paulo, SP: Loyola.
- Jung, C. G. (1986). Psicologia da religião. In C. Jung, *Obras completas* (Vol. XI). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kaczorowski, J. M. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospice Journal*, 5(3-4), 105-116.
- Koenig, H. G.; Larson, D. B., & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(3), 352-359.
- Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Lotufo, N. F. (1997). *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. Tese de Livre-docência, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.
- Marques, L. F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(2), 56-65.
- Matta, G. C. (2005). *A medida política da vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Paiva, G. J. (2004). Espiritualidade e qualidade de vida: pesquisas em psicologia. In E. F. B. Teixeira, M. C. Müller, & J. D. T. Silva (Orgs.), *Espiritualidade e qualidade de vida* (pp. 119-130). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Paloutzian, R., & Ellison, C. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman. (Orgs.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-235). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2004). *Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações como saúde e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

- Panzini, R. G., Marganha, C., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 153-165.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Pereira, J. (2003). *A fé como fenômeno psicológico*. São Paulo, SP: Escrituras.
- Puchalski, C. M., & Larson, D. B. (1998). Developing curricula in spirituality and medicine. *Academic Medicine*, 73(9), 97-104.
- Rocha, N. S., & Fleck, M. P. A. (2004). Religiosidade, saúde e qualidade de vida: uma revisão da literatura. In E. F. B. Teixeira, M. C. Müller, & J. D. T. Silva (Orgs.), *Espiritualidade e qualidade de vida* (pp. 165-180). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Sarriera, J. C. (2004). Saúde, bem-estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas atuais. In E. F. B. Teixeira, M. C. Müller, & J. D. T. Silva (Orgs.), *Espiritualidade e qualidade de vida* (p.77-86). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Skevington, S.M. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research*, 11(2), 135-144.
- Solomon, R. C. (2003). *Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- Sousa, P.L.R., Tilmann, I. A., Horta, C. L., & Oliveira, F.M. (2001). A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado da arte. *Psiquiatria Práticas Médicas*, 34(4), 112-117.
- Triola, M. F. (2005). *Introdução à Estatística*. Rio de Janeiro, RJ: LTC.
- Valle, E. R. M., & Forghieri, Y. C. (1988). *Ser no mundo com o filho portador de câncer- hermenêutica de discursos de pais*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R, Mari, J. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445.
- World Health Organization (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB): report on WHO Consultation*. Geneva: WHO.