

Religiosidade e Esperança no Enfrentamento do Câncer de Mama: Mulheres em Quimioterapia

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2491>

Religiosity and Hope in Coping with Breast Cancer: Women in Chemotherapy Religiosidad y Esperanza en el Cáncer de Mama: Mujeres en Quimioterapia

Isabella Cabral dos Santos¹; Geovanna Alves Nunes²; Anna Claudia Yokoyama dos Anjos³; Luana Araújo Macedo Scalia⁴; Nayara Ferreira Cunha⁵

RESUMO

Introdução: O câncer de mama tem-se destacado como a neoplasia de maior incidência na Região Sudeste do Brasil. Na quimioterapia, que é a modalidade terapêutica mais utilizada para essa doença, os pacientes oncológicos podem apresentar diversas reações, assim, na tentativa de minimizar esses efeitos, buscam por estratégias não farmacológicas. Destacam-se duas estratégias de enfrentamento, a esperança e a religiosidade, as quais têm promovido resultados positivos e benéficos para pacientes em tratamento oncológico. **Objetivo:** Avaliar os níveis de religiosidade e esperança e analisar as relações presentes em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia. **Método:** Pesquisa quantitativa, com a aplicação de questionário sociodemográfico, da escala de esperança de Herth (EEH) e da escala de religiosidade da Universidade Duke (DUREL). **Resultados:** Participaram desta pesquisa 41 mulheres, com idade média de 53,61±11,8 anos. O escore mediano obtido na EEH foi de 39 (±9) e a variação foi de 32 a 48 pontos. O escore mediano da religiosidade organizacional foi de 5 (±2) e a variação obtida de 1 a 6 pontos. O escore mediano da religiosidade intrínseca foi de 15 (±1) e a variação obtida de 9 a 15 pontos. Na amostra da pesquisa, podem-se identificar o alto escore e a homogeneidade nas respostas. **Conclusão:** A esperança e a religiosidade de pacientes com câncer de mama não apresentaram correlação positiva entre si. No entanto, foram encontrados altos níveis de esperança e de religiosidade nas pacientes entrevistadas, o que demonstra a busca por terapêuticas não farmacológicas para o enfrentamento da doença. **Palavras-chave:** neoplasias da mama/tratamento farmacológico; espiritualidade; religião e medicina; esperança.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer stands out as the highest incident cancer in Brazil's Southeastern region. Cancer patients in chemotherapy, the most common therapeutic modality for this disease, have several reactions and to minimize these effects, they seek for non-pharmacological strategies. Hope and religiosity are two coping strategies often utilized because they have been promoting positive and beneficial results for patients undergoing cancer treatment. **Objective:** To assess the levels of religiosity and hope and analyze the current relationships of women with breast cancer submitted to chemotherapy. **Method:** Quantitative research, with the application of a sociodemographic questionnaire, the Herth hope scale (HHS) and the Duke University religion index (DUREL). **Results:** 41 women participated of this study, with mean age of 53.61±11.8 years. The median score obtained in the HHS was 39 (±9) and the variation was from 32 to 48 points. The median score of organizational religiosity was 5 (±2) and the variation obtained was 1 to 6 points. The median intrinsic religiosity score was 15 (±1) and the variation obtained was 9 to 15 points. In the study sample, it is possible to identify high score and homogeneity of the responses. **Conclusion:** Hope and religiosity of patients with breast cancer did not show a positive correlation. However, high levels of hope and religiosity were found in the patients interviewed, which demonstrates the search for non-pharmacological therapies to cope with the disease. **Key words:** breast neoplasms/drug therapy; spirituality; religion and medicine; hope.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama se ha destacado como la neoplasia con mayor incidencia en la Región Sudeste de Brasil. En la quimioterapia, que es la modalidad terapéutica más utilizada para esta enfermedad, los pacientes con cáncer pueden presentar varias reacciones, por lo que en un intento por minimizar estos efectos, buscan estrategias no farmacológicas. Destacan dos estrategias de afrontamiento, la esperanza y la religiosidad, que han promovido resultados positivos y beneficiosos para los pacientes sometidos a tratamiento oncológico. **Objetivo:** Evaluar los niveles de religiosidad y esperanza y analizar las relaciones actuales, en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia. **Método:** Investigación cuantitativa, con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico, la escala de esperanza de Herth (HHS) y la escala de religiosidad de la Universidad Duke (DUREL). **Resultados:** En esta investigación participaron 41 mujeres, con una edad media de 53,61±11,8 años. La mediana de la puntuación obtenida en la EHSS fue de 39 (±9) y el rango fue de 32 a 48 puntos. La puntuación media de la Religiosidad Organizativa fue de 5 (±2) y la variación obtenida fue de 1 a 6 puntos. La puntuación media de la Religiosidad Intrínseca fue de 15 (±1) y la variación obtenida fue de 9 a 15 puntos. En la muestra de la investigación se puede identificar una alta puntuación y homogeneidad en las respuestas. **Conclusión:** La esperanza y la religiosidad de las pacientes con cáncer de mama no mostraron una correlación positiva entre ellas. Sin embargo, se encontraron altos niveles de esperanza y religiosidad en los pacientes entrevistados, lo que demuestra la búsqueda de terapias no farmacológicas para afrontar la enfermedad. **Palabras clave:** neoplasias de la mama/tratamiento farmacológico; espiritualidad; religión y medicina; esperanza.

¹⁻⁵Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Uberlândia (MG), Brasil.

¹E-mail: isabellacsantos21@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0438-3075>

²E-mail: geovannanunes@hotmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2200-9714>

³E-mail: annaclaudia1971@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-6984-4381>

⁴E-mail: luanascaliala@ufu.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1000-8738>

⁵E-mail: nayara.nfc@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1370-4993>

Endereço para correspondência: Isabella Cabral dos Santos. UFU. Rua Mário Paganini, 330 – Presidente Roosevelt. Uberlândia (MG), Brasil. CEP 38401-104. E-mail: isabellacsantos21@gmail.com



INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o termo câncer é atribuído a um conjunto de mais de 100 tipos de doenças que, em semelhança, apresentam crescimento celular rápido, desordenado e incontrolável ocasionando a formação de tumores; essas células que sofreram mutações genéticas possuem capacidade de invadir tecidos e órgãos¹.

A taxa de mortalidade por câncer é crescente, posicionando-o, assim, como a segunda principal causa de morte no mundo. Além disso, as projeções de países pobres e em desenvolvimento apontam que, nas próximas décadas, neoplasias ocuparão o primeiro lugar como causa de morte².

De acordo com a estimativa apresentada pelo INCA, espera-se que, a cada ano do triênio de 2020 a 2022, ocorram 66.280 novos casos de cânceres de mama no Brasil. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres. Considerando as taxas ajustadas, o câncer de mama ocupará a primeira posição em todas as regiões brasileiras, com maior incidência na Região Sudeste³.

O diagnóstico de câncer provoca sentimentos negativos, como a possibilidade da morte, incertezas e falta de perspectiva em relação a planos futuros, conseqüentemente abalando o estado emocional e psicológico do paciente oncológico e de seus familiares. A instabilidade emocional é percebida no comportamento de desespero tanto do paciente quanto entre os familiares que ainda acreditam que o câncer seja uma doença sem tratamento. Destaca-se ainda o estigma social do câncer de ser uma doença incurável e com grandes possibilidades de levar o paciente à morte⁴.

Entre os impactos do diagnóstico de câncer de mama gerados na vida das mulheres e de seus familiares, é necessário destacar o sofrimento psicológico e os prejuízos no desempenho de seus papéis funcionais na sociedade. Muitas mulheres passam por um processo de intensa angústia, sofrimento e ansiedade após a descoberta da patologia. O impacto existente, para além de conseqüências físicas, provoca também mudanças de ordem psicossocial e econômica. Decorrente dos impactos e prejuízos, assim como do estigma relacionado à doença, verifica-se frequentemente um processo de negação de difícil aceitação⁵.

Tem-se evidenciado que quanto mais precoce é feita a descoberta das neoplasias de mama, mais elevadas se tornam as chances de cura. Quando os indivíduos recebem diagnóstico de câncer, é notável a ocorrência da sensibilização psicológica, tornando necessário identificar as repercussões e proporcionar o cuidado integral ao paciente oncológico e seus familiares⁶.

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

Uma revisão integrativa feita pela equipe do projeto de extensão desenvolvida deste estudo buscou entender o manejo da fadiga por mulheres com câncer de mama, utilizando estratégias não farmacológicas. Em um dos resultados, a religiosidade foi identificada como estratégia de enfrentamento das reações adversas; a prática religiosa garantiu um local de refúgio espiritual, além de proporcionar mais segurança e tranquilidade para as pacientes em tratamento quimioterápico⁷.

A religiosidade pode ser definida como o modo pelo qual o indivíduo expressa sua espiritualidade, utilizando valores, crenças e rituais. Além disso, engloba a sistematização de culto e doutrina de determinado grupo de pessoas⁸. Na prática clínica, observa-se que as pessoas acometidas pelo câncer buscam frequentemente por práticas religiosas e pela religiosidade como recursos para o enfrentamento da doença, considerando sua gravidade e a complexidade do tratamento.

A religiosidade apresentou-se como uma estratégia positiva de enfrentamento em situações difíceis, como foi verificado em pessoas que recebem o diagnóstico de câncer e necessitam realizar o tratamento. Apesar de a religiosidade ter demonstrado resultados benéficos para a saúde física, sendo até considerada como um possível fator de prevenção no desenvolvimento de outras doenças, além da redução na taxa de óbitos, ainda há a necessidade de desenvolver estudos que investiguem e comprovem a relação da saúde física com a espiritualidade⁹.

A esperança é caracterizada como probabilidade subjetiva de bons resultados, constituindo, então, um sentimento de futuro otimista. Dessa forma, considera-se que, no processo de enfrentamento de doenças crônicas como o câncer, a esperança possui grande importância, sendo essencial conhecer e compreender sua influência durante as experiências no contexto do adoecimento e tratamento¹⁰.

A construção de uma revisão integrativa, a qual buscou investigar a esperança em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, foi essencial para o desenvolvimento desta atual pesquisa. Como resultado principal, foi identificado que a esperança é uma estratégia não farmacológica que, sozinha ou associada a outras estratégias, pode promover o melhor enfrentamento do paciente durante o tratamento do câncer¹¹.

Após o diagnóstico de câncer, é importante que o paciente oncológico busque apoio em pessoas do contexto familiar e social visando a enfrentar o sofrimento advindo da notícia sobre a doença, os desafios a serem superados ao longo do processo de tratamento, e como manter a esperança. A notícia relacionada a uma doença com estigma de sofrimento, que produz sentimentos de ameaça à vida, pode provocar desesperança no indivíduo, acarretando consequências às condições de vida e prejuízos inclusive no prognóstico. Verifica-se que pacientes que mantêm ou que aumentam o sentimento de esperança adquirem maior capacidade de aceitação do diagnóstico, da conduta terapêutica, com maiores índices de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhor resposta¹².

O cuidado ao paciente oncológico envolve, além da assistência aos aspectos físico-biológicos e socioculturais, aspectos subjetivos como as necessidades psicoemocionais, entre as quais destacam-se a religiosidade e as emoções. Cabe ao profissional de enfermagem ser capaz de compreender as necessidades do paciente em todas as dimensões, aspectos envolvidos no contexto saúde-doença, formas de enfrentamento e terapêuticas necessárias, para planejar uma assistência integral e individualizada. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar os níveis de religiosidade e esperança e analisar as relações presentes, além de verificar a hipótese da influência da religiosidade na esperança em mulheres com câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico, buscando ampliar a compreensão dos recursos não farmacológicos utilizados no enfrentamento da doença e das reações adversas decorrentes da terapêutica proposta.

MÉTODO

O presente estudo utilizou a metodologia quantitativa no desenvolvimento da pesquisa. Foram selecionadas mulheres com diagnóstico de câncer de mama, cientes do diagnóstico, submetidas a tratamento quimioterápico, realizando o terceiro ou quarto ciclo no momento da coleta de dados. As participantes eram maiores de 18 anos, capazes de ler os instrumentos utilizados para coleta de dados e não apresentavam déficit de compreensão. Para seleção das participantes, as pesquisadoras frequentaram um serviço de oncologia, vinculado a um hospital universitário do Estado de Minas Gerais. Durante as sessões de quimioterapia, pacientes que cumpriram os critérios de inclusão foram abordadas pelas pesquisadoras e convidadas a participar da pesquisa. As pacientes selecionadas receberam o devido esclarecimento referente a todo o processo e formalizaram seu interesse em participar da pesquisa assinando previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de

dados teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o número de Protocolo 5285201, CAAE: 32609820.5.0000.5152. A realização deste estudo não expôs as participantes a riscos físicos ou psicológicos. As pesquisadoras não utilizaram qualquer procedimento invasivo ou que pudesse ferir os princípios morais e éticos.

Foram aplicados um questionário de dados sociodemográficos e duas escalas definidas para avaliação da esperança e religiosidade. A escala de esperança de Herth (EEH)¹³ e a escala de religiosidade da Universidade Duke – do inglês, *Duke University Religion Index* (DUREL)¹⁴ – foram aplicadas uma única vez para cada participante.

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

A DUREL é composta por cinco itens: “Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?”; “Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?”; “Em minha vida, eu sinto a presença de Deus ou do Espírito Santo?”; “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver?”; “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”. Esses itens mensuram três dimensões do envolvimento religioso do indivíduo: religiosidade organizacional, caracterizada pela frequência aos encontros religiosos; religiosidade não organizacional, definida pela frequência de atividades religiosas particulares; e religiosidade intrínseca, definida como a busca pela internalização e vivência da religiosidade como o principal foco do indivíduo. Recomenda-se que as três dimensões sejam avaliadas individualmente e não sejam totalizadas em apenas um escore total¹⁵.

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

Posteriormente à coleta, os dados foram analisados, sendo primeiramente digitados em planilha no *Microsoft Excel*. A análise descritiva foi realizada apresentando resultados de frequência, porcentagem, média e desvio-padrão, para os dados sociodemográficos. Os dados obtidos pela aplicação das escalas foram analisados pelo intervalo interquartil e mediana.

Os dados foram importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 23.0, da *International Business Machines Corporation* (IBM). A

normalidade dos dados contínuos foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Nas comparações para duas proporções, foram utilizados os testes exato de Fisher, qui-quadrado, Mann-Whitney e alguns dos dados quantitativos foram correlacionados entre si, utilizando o coeficiente de correlação por postos de Spearman. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

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

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

A mensuração da esperança das 41 mulheres com câncer de mama em quimioterapia avaliada pela EEH pode ser observada na Tabela 2.

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

O escore mediano obtido na EEH foi de 39 (± 9), e a variação obtida foi de 32 a 48 pontos. É essencial destacar que a pontuação da EEH pode apresentar a variação de 12 a 48 pontos, sendo a proporção de quanto maior a

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres participantes da pesquisa. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021 ($n=41$)

Variável	n	%
Faixa etária		
De 36 a 50 anos	18	43,9
De 51 a 65 anos	17	41,5
Acima de 65 anos	6	14,6
Estado civil		
Solteira	11	26,8
Casada	23	56,1
Viúva	2	4,9
Divorciada	5	12,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	12	29,3
Ensino Fundamental completo	4	9,8
Ensino Médio incompleto	3	7,3
Ensino Médio completo	16	39
Ensino Superior completo	5	12,2
Pós-graduação	1	2,4
Renda*		
De 0 a 1,5 salário-mínimo	17	41,5
Acima de 1,5 salário-mínimo	24	58,5
Religião		
Católica	22	53,7
Evangélica	13	31,7
Espírita	6	14,6
Ocupação		
Trabalha em casa	23	56,1
Trabalha fora	18	43,9
Filhos		
Nenhum filho	8	19,5
De 1 a 3 filhos	27	65,9
Acima de 3 filhos	6	14,6
Ciclos quimioterápicos		
No terceiro ciclo	30	73,2
No quarto ciclo	11	26,8

(*) valor do salário-mínimo de R\$ 1.192,40 para o ano de 2021 no Brasil.

pontuação, maior o nível de esperança do indivíduo. Na amostra da pesquisa, podem-se identificar o alto escore e a homogeneidade nas respostas das participantes, com nível elevado de esperança durante o tratamento quimioterápico.

A verificação da religiosidade das 41 participantes foi realizada por meio da DUREL, a ser observada na Tabela 3.

Tabela 2. Estatística descritiva dos escores da escala de esperança de Herth, Brasil, 2021 (n=41)

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

Legendas: EEH = escala de esperança de Herth; IIQ = intervalo interquartil; DP = desvio-padrão; VO = variação obtida.

Tabela 3. Estatística descritiva dos escores da DUREL, Brasil, 2021 (n=41)

Itens da DUREL	Mediana ± IIQ	DP	VO
Religiosidade organizacional	5±2	1,25	1-6
Religiosidade não organizacional	6±1	0,74	3-6
Religiosidade intrínseca	15±1	1,11	9-15

Legendas: DUREL = escala de religiosidade da Universidade Duke; IIQ = intervalo interquartil; DP = desvio-padrão; VO = variação obtida.

Na Tabela 3, foi possível identificar a mediana, o intervalo interquartil, o desvio-padrão e a variação obtidos da religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca, que compõem a DUREL. O escore mediano da religiosidade organizacional foi de 5 (±2), e a variação obtida foi de 1 a 6 pontos. O escore mediano da religiosidade intrínseca foi de 15 (±1), e a variação obtida foi de 9 a 15 pontos.

Na Tabela 4, é possível identificar a presença de correlações entre dados sociodemográficos, itens da EEH e da DUREL. Houve correlação positiva entre renda e escolaridade ($r^2= 0,315$, $p<0,05$), e entre renda e itens da EEH (E5, E6, E9, E12 e escore total de esperança). Encontrou-se também correlação positiva entre o escore total da EEH com a escolaridade ($r^2=0,348$, $p<0,01$). Houve correlação inversamente moderada entre os ciclos de quimioterapia e religiosidade organizacional ($r^2=-0,415$, $p<0,01$). Não houve correlação entre esperança e religiosidade.

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

DISCUSSÃO

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

Verificou-se que a maioria das participantes era da faixa etária entre 36 e 50 anos, corroborando uma pesquisa realizada com dez mulheres com câncer de mama no Estado de Santa Catarina. Apesar do número reduzido de participantes, foi possível observar que os resultados encontrados são semelhantes ao deste estudo, em que 60% das mulheres possuíam faixa etária de 35 a 50 anos¹⁶. Outra pesquisa, realizada com 55 mulheres com câncer de mama em um hospital universitário do Nordeste do Brasil, identificou que 54,5% das participantes possuíam idade até 50 anos¹⁷. A idade média de 49,6±12,5 anos, deste último estudo, pode ser comparada ao resultado encontrado na atual pesquisa, em que foi verificada uma idade média de 53,61±11,8 anos. Um estudo transversal

Tabela 4. Correlações obtidas entre as respostas das participantes para a EEH e para a DUREL, Brasil, 2021 (n=41)

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

Legendas: EEH = escala de esperança de Herth; DUREL = escala de religiosidade da Universidade Duke; CQ = ciclos de quimioterapia; E1 = Estou otimista quanto à vida; E2 = Eu tenho planos em curto e longo prazo; E3 = Eu me sinto sozinho; E4 = Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades; E5 = Eu tenho fé que me conforta; E6 = Eu tenho medo do futuro; E7 = Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos; E8 = Eu me sinto forte; E9 = Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor; E10 = Eu sei aonde quero ir; E11 = Eu acredito no valor de cada dia; E12 = Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade; Herth total = escala de esperança de Herth total; RO = religiosidade organizacional; RNO = religiosidade não organizacional; RI = religiosidade intrínseca.

(*) Correlação é significativa no nível de 0,05.

(**) Correlação é significativa no nível de 0,01.

realizado com dados de mulheres com câncer de mama com tratamento realizado entre os anos de 2000 a 2009, composto por uma amostra de 12.689 casos, constatou que metade das participantes possuía faixa etária de 36 a 39 anos¹⁸.

Vale ressaltar que 56,1% das entrevistadas tinham acima de 50 anos. Segundo o INCA¹⁹, o câncer de mama não possui uma causa única. Há diversos fatores relacionados ao aumento do risco de desenvolver a neoplasia, como a idade, além do fato de as mulheres com faixa etária acima dos 50 anos apresentarem maior risco de desenvolver câncer de mama¹⁹.

As participantes desta pesquisa eram, em sua maioria, casadas, com filhos, com renda acima de 1,5 salário-mínimo, e todas possuíam alguma religião, sendo o catolicismo declarado como a principal. Um estudo realizado em um hospital universitário do Nordeste mostrou que 74,5% das entrevistadas apresentavam renda até um salário-mínimo, e 50,9% não tinham companheiro (50,9%), porém, de modo semelhante a esta pesquisa, a maioria (76,4%) tinha filhos¹⁷. Tal dado difere do que é apontado pelo INCA¹⁹, sobre a nuliparidade como um importante fator de risco para o desenvolvimento da neoplasia de mama.

Outro estudo¹⁶, realizado no Estado de Santa Catarina, mostra que a renda mensal das participantes variou de um a cinco salários-mínimos: 70% recebem de um a dois salários-mínimos, 30% de três a cinco salários-mínimos, e 80% são casadas. Além disso, notou-se a semelhança do fator do catolicismo ser a principal religião identificada, correspondendo a 80% das participantes, e foi apresentado que 20% possuíam Ensino Fundamental completo, e 30% Ensino Médio completo.

Em relação ao escore encontrado na EEH, houve semelhança com estudo de Menezes et al.²⁰, que identificaram alto escore de EEH correspondendo à mediana de 40,59 em um grupo de 42 pessoas com câncer em tratamento, acompanhadas na rede de atenção primária. Zhang et al.²¹, em um estudo com mulheres chinesas com câncer de mama em quimioterapia, obtiveram resultado elevado quanto ao escore de esperança, cuja mediana encontrada foi de 38,62. A amostra do atual estudo foi composta, em sua totalidade, por participantes com religião.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²², verificou-se que a amostra da população brasileira tem o catolicismo como a religião principal do país, correspondendo à porcentagem de 64,6%, seguido pelos evangélicos com 22,2%, já os espíritas correspondem a 2% apenas, assim como neste estudo.

O mesmo resultado foi encontrado em relação à religiosidade, em que a população de estudo apresentou altas

pontuações na avaliação da religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca. Wang et al.²³ consideram pessoas com alta religiosidade aquelas com pontuações >24, somando as três religiosidades. Ao somarem-se as medianas, encontrou-se um valor de 26, confirmando altas pontuações na DUREL²³.

Pacientes oncológicos buscam a religiosidade como uma estratégia positiva de enfrentamento durante o processo de adoecimento, principalmente no tratamento. Procuram força e conforto, recorrendo às práticas religiosas tais como orações e encontros religiosos, em que referem sensações de paz e satisfação interior, que, conseqüentemente, contribuem para melhor bem-estar e qualidade de vida²⁴. Portanto, verifica-se que a valorização dessas estratégias por parte dos profissionais de enfermagem é essencial, devendo ser incorporadas como intervenções da assistência de enfermagem.

Neste estudo, não houve correlação entre religiosidade e esperança. Esse resultado foi oposto ao de outros estudos realizados, que verificaram que a religiosidade e a esperança podem apresentar uma correlação positiva entre si^{12,17}. Como não houve nenhum participante sem religião, não foi possível uma comparação entre esses dois tipos distintos de públicos, impossibilitando uma diferença estatística, necessária para comprovar a correlação entre essas duas variáveis.

Foi possível observar a correlação positiva entre as variáveis sociodemográficas renda e nível de esperança das pacientes em quimioterapia. No Brasil, nota-se que as desigualdades sociais influenciam diretamente na saúde da população, promovendo os determinantes sociais de saúde como os principais protagonistas nesse contexto. Em relação à saúde da mulher e da criança, há avanços conquistados, mas ainda há grandes desigualdades de acordo com a área regional e poder socioeconômico do público-alvo²⁵. Ressalta-se que, neste estudo, a maior parte das participantes tem renda acima de 1,5 salário-mínimo e grau de instrução que possibilita bom entendimento do tratamento e do diagnóstico médico. Balsanelli e Grossi¹² citam um estudo realizado com mulheres chinesas com câncer de mama, que identificou também a correlação positiva entre renda e o escore total de esperança, podendo inferir que quanto maior a renda mensal, maior o nível de esperança dos pacientes.

O paciente, quando se depara com o diagnóstico de neoplasia, procura maior aproximação com sua religiosidade, apoio em um ser transcendente, para enfrentamento do processo de adoecimento. A fé, como componente da espiritualidade, promove o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento que geram maior tranquilidade e aceitação. Pacientes que realizam práticas espirituais e religiosas, em geral,

demonstram maior fortalecimento psicossocial, lidando mais facilmente com sintomas negativos como ansiedade, depressão e desesperança^{17,26}.

Foi identificada correlação inversa moderada entre o número de ciclos de quimioterapia e a religiosidade organizacional. Essa correlação inversamente moderada entre ambas retrata que, com o avanço dos ciclos de quimioterapia, a frequência dos pacientes oncológicos em locais religiosos diminui. Esse resultado pode refletir a questão de que os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico podem apresentar imunossupressão e alterações hematológicas. Desse modo, são orientados a não frequentarem lugares públicos com aglomeração de pessoas a fim de evitar exposição a infecções ou outras complicações¹⁷. Um estudo qualitativo feito com mulheres com câncer de mama e seus familiares, realizado no Estado do Paraná, apresentou que algumas das mulheres entrevistadas citaram que o afastamento social, principalmente de locais públicos, foi por causa das suas condições de saúde debilitadas, que tornavam uma barreira para saírem de casa²⁷.

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

CONCLUSÃO

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

Os autores da presente pesquisa pretendem contribuir para a prática clínica e melhor compreensão dos modos de enfrentamento da doença e do tratamento quimioterápico utilizados por pacientes com câncer de mama, para além das terapias convencionais farmacológicas. Como sugestão para futuros estudos, pretendem investigar os níveis de esperança e de religiosidade em grupos com características

diferentes deste estudo, aplicando as escalas de esperança e de religiosidade em diferentes momentos do tratamento, e também utilizar amostras maiores de participantes.

AGRADECIMENTOS

À toda a equipe de profissionais do Hospital do Câncer de Uberlândia e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

CONTRIBUIÇÕES

Isabella Cabral dos Santos, Geovanna Alves Nunes; Anna Claudia Yokoyama dos Anjos; Luana Araújo Macedo Scalia contribuíram substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados, assim como na redação e revisão crítica. Nayara Ferreira Cunha contribuiu na redação e revisão. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital n.º 04/2020.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida]. O que é Câncer?; 2022 maio 31 [modificado 2022 jul 14; acesso 2019 set 30]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>
2. Carvalho JB, Paes NA. Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste Brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(10):3857-66. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.03612018>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida]. Estimativa 2020: síntese de resultados e comentários; [modificado 2020 maio 12; acesso 2021 abr 1]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios#:~:text=Apresenta%2Dse%20uma%20s%C3%ADntese%20das,de%20c%C3%A2ncer%20inclu%C3%ADdo%20nesta%20estimativa>
4. Lima SF, Silva RGM, Silva VSC, et al. Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes

- em tratamento oncológico. *REME Rev Min Enferm.* 2016;20:e967. doi: <http://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20160037>
5. Oliveira FBM, Silva FS, Prazeres ASB. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. *Rev Enferm UFPE online.* 2017;11(Supl 6):2533-40.
 6. Alvares RB, Santos IDL, Lima NM, et al. Sentimentos despertados nas mulheres frente ao diagnóstico de câncer de mama. *J Nurs Health.* 2017;7(3):e177309. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v7i3.12639>
 7. Cunha NF, Querino RA, Wolkers PCB, et al. Experiências de mulheres em quimioterapia no manejo da fadiga: estratégias de autocuidado. *Esc Anna Nery.* 2019;23(4):e20190097. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0097>
 8. Inoue TM, Vecina MVA. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *J Health Sci Inst [Internet].* 2017 [acesso 2022 nov 11];35(2):127-30. Disponível em: http://espiritualidades.com.br/Artigos/i_autores/INOUE_Thais_et_VECINA_Marion_tit_Espiritualidade_e-ou_religiosidade_e_saude_revisao_de_literatura.pdf
 9. Fornazari SA, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic Teor Pesq.* 2010;26(2):265-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>
 10. Wakiuchi J, Marchi JA, Norvila LS, et al. Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(3):202-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500035>
 11. Santos IC, Nunes GA, Mellado BH, et al. Esperança como estratégia de enfrentamento de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia: revisão integrativa da literatura. *Braz J Health Rev.* 2020;3(6):17515-32. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-166>
 12. Balsanelli ACS, Grossi SAA. Fatores preditores da esperança entre mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(6):898-904. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000700004>
 13. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(2): 227-32. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>
 14. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo).* 2008;35(1):31-2. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
 15. Taunay TCD, Gondim FAA, Macêdo DS, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Arch Clin Psychiatry (São Paulo).* 2012;39(4):130-5. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>
 16. Cavalcante MLF, Chaves F, Ayala ALM. Câncer de mama: sentimentos e percepções das mulheres mastectomizadas. *Rev Atenção Saúde.* 2016;14(49):41-52. doi: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n49.3736>
 17. Macêdo EL, Gomes ET, Bezerra SMMS. Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. *Cogit Enferm.* 2019;24:e65400. doi: <http://doi.org/10.5380/ce.v24i0.65400>
 18. Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GS, et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. *Rev Bras Cancerol.* 2013;59(3):351-9. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2013v59n3.500>
 19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida]. Controle do câncer de mama: fatores de risco; [modificado 2021 ago 20; acesso 2021 set 24]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/fatores-de-risco>
 20. Menezes RR, Kameo SY, Santos DKC, et al. Esperança de vida de pessoas com câncer acompanhadas pela atenção primária à saúde. *Res Soc Dev.* 2021;10(4):e12510413644. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13644>
 21. Zhang J, Gao W, Wang P, et al. Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. *Chin Med J (Engl).* 2010;123(17):2331-5. doi: <http://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0366-6999.2010.17.009>
 22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2022. Censo 2010: resultado; [acesso 2021 set 24]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>
 23. Wang L, Wang Z, Koenig HG, et al. Interactions between apolipoprotein e genes and religiosity in relation to mild cognitive impairment. *Neuropsychiatry (London) [Internet].* 2017 [cited 2021 set 24];7(5):659-66. Available from: <https://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/interactions-between-apolipoprotein-e-genes-and-religiosity-in-relation-to-mild-cognitive-impairment.html>
 24. Ferreira LF, Freire AP, Silveira ALC, et al. A influência da espiritualidade e da religiosidade na aceitação da doença e no tratamento de pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(2):e-07422. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422>
 25. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(1):e000100017. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>
 26. Ribeiro LAS, Araújo MN, Mendonça TMS. Esperança, medo e qualidade de vida relacionada à saúde na percepção de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2021;67(3):e-181193. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1193>

27. Salci MA, Marcon SS. As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o início do tratamento para o câncer. REME Rev Min Enferm. 2010;14(1):43-51.

Recebido em 8/12/2021
Aprovado em 16/2/2022