



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

AGNES CLAUDINE FONTES DE LA LONGUINIÈRE

**INCLUSÃO DA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE DURANTE
O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

**JEQUIÉ/BA
2021**

AGNES CLAUDINE FONTES DE LA LONGUINIÈRE

**INCLUSÃO DA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE DURANTE
O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia para apreciação e julgamento da banca examinadora.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid.

**JEQUIÉ/BA
2021**

L858i Longuiniere, Agnes Claudine Fontes De La.
Inclusão da espiritualidade do paciente durante o tratamento
quimioterápico / Agnes Claudine Fontes de La Longuiniere.- Jequié, 2021.
183f.

(Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
- UESB, sob orientação do Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid)

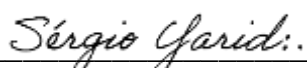
1.Espiritualidade 2.Ensaio Clínico 3.Neoplasias 4.Qualidade de Vida
5.Esperança 6.Saúde Holística I.Universidade Estadual do Sudoeste da
Bahia II.Título

CDD – 615.5

FOLHA DE APROVAÇÃO

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La. **Inclusão da espiritualidade do paciente durante o tratamento quimioterápico**. 2021. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA



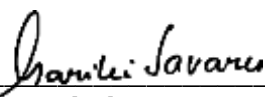
Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB



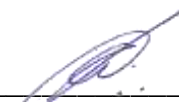
Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ



Prof. Dr. Edgard Michel Crosato
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FO-USP



Profª. Dra. Marilei de Melo Tavares
Universidade de Vassouras



Prof. Dr. Ismar Eduardo Martini Filho
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB

Jequié/BA, 30 de setembro de 2021.

A todos que buscam uma assistência em saúde onde as pessoas são cuidadas de forma integral e digna, levando em consideração as diversas dimensões do ser.

AGRADECIMENTOS

Ao Todo, de onde eu vim e para onde retornarei, por me permitir experienciar esta existência e crescer com cada vivência.

À minha mãe, Antonia, por ser meu primeiro exemplo de força e determinação. Aos meus irmãos Jan, Bruno e Carol, pelo apoio e admiração.

Aos amigos e familiares, pelo amor nos momentos difíceis e pela compreensão da minha ausência.

Ao meu orientador e mestre, Sérgio Donha Yarid, por me apresentar aos estudos da espiritualidade e me guiar no cumprimento desta missão. Isso me levou ao encontro daquilo que SOU em essência.

Aos queridos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, por tantas reflexões ao longo dos anos que passamos juntos.

Aos colegas de doutorado, minha turma “pianinho”, pelas alegrias partilhadas, pela leveza trazida, pelo companheirismo nas horas difíceis. Vocês são especiais!

Aos estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia, pela colaboração na coleta de dados e pela partilha durante esta jornada.

À equipe de saúde da UNACON do Hospital de Base, pela receptividade e acolhimento.

Às pessoas que aceitaram participar desta pesquisa, que a acolheram enquanto lutavam contra o câncer e confiaram a mim suas histórias e vivências.

Ao Núcleo de Pesquisa em Bioética e Espiritualidade (NUBE), por tantas discussões ricas em conteúdo e acolhimento.

A todas as consciências e pesquisadores da espiritualidade que me ajudaram a construir este trabalho, pelas reflexões que antecederam às minhas e foram inspiração para esta escrita.

APRESENTAÇÃO

Os estudos sobre a espiritualidade relacionada à saúde surgiram no início do mestrado, no ano de 2013, quando meu orientador, Prof. Dr. Sérgio, me fez o convite para iniciar estudos sobre a temática. Curiosa e dona de uma afinidade por desafios, aceitei sem pensar.

Naquela época, recém-admitida no mestrado, tinha a pretensão de estudar a distanásia e suas implicações éticas. Afinal, a atuação como enfermeira intensivista em hospital geral público, com alto fluxo de pacientes graves, me trouxe diversas inquietações sobre a morte e o morrer assim como sobre o sofrimento que muitas vezes envolvia este processo.

No entanto, foi um desafio enorme iniciar os estudos sobre a espiritualidade, algo tão subjetivo, tão pouco discutido nas academias e – eu diria – algo que é até um tabu: ciência e espiritualidade? Seria possível? Seria permitido? Seria coerente?

À medida que os estudos avançavam, compreendia que essa dimensão jamais poderia ser dissociada do SER; que, independentemente da crença em algo, essa dimensão era inerente ao ser humano, de modo que ela sempre estaria presente, ainda que não fosse mencionada. Essa dimensão, ainda que não fosse discutida nos laboratórios e espaços de pesquisa da nossa Universidade, estava ali, presente, evidente em todas as nossas experiências.

Estaria em nós como pessoa, como profissionais cuidando dos nossos pacientes, como educadores nas diversas experiências vivenciadas com nossos estudantes... logo, por que não estudar algo que faz parte de todos nós? Por que não falar sobre essa dimensão que influencia tanto as experiências difíceis? Que se faz tão presente no enfrentamento de doenças ou quando a morte parece uma realidade

próxima? Por que não falar de algo que, por um lado, impacta significativamente na recuperação da nossa saúde e que, por outro, quando isso não é possível, influencia grandemente na forma como ressignificamos as experiências e vamos em busca de um significado para a vida, um sentido para nossa existência, em busca de respostas que só são encontradas na profundidade do nosso ser?

E assim seguimos com nossos estudos e, no mestrado, pesquisamos como a espiritualidade dos profissionais de saúde que atuavam na UTI influenciava no cuidado prestado aos doentes críticos.

Concluído o mestrado, logo quis partir para novas aventuras, mas agora era com os pacientes, e não com os colegas de profissão, que eu queria trabalhar. Como um tema tão importante, com tantas evidências científicas sobre sua influência positiva para a saúde, pode ser incorporado ao cuidado prestado? Como o paciente pode ter sua dimensão espiritual abordada durante o cuidado em saúde?

Como docente de emergência do curso de enfermagem, questionava-me tanto sobre como os estudantes poderiam trazer essa dimensão do paciente para o cuidado prestado em momentos tão tensos quanto sobre como poderiam lidar melhor com a sua própria espiritualidade, utilizando-a inclusive como ferramenta para enfrentar momentos difíceis – como situações de estresse, ansiedade, dor pela perda de pacientes durante as práticas, solidão, distanciamento familiar e dificuldades pessoais que permeiam a vida de grande parte dos estudantes universitários.

A partir desses questionamentos, surgiram algumas ações em conjunto com membros do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Espiritualidade (NUBE): a implantação de uma disciplina optativa sobre Saúde e Espiritualidade para estudantes da saúde, a colaboração em um projeto de extensão (para estudantes, funcionários, professores e comunidade externa) voltado para autoconhecimento e autoconsciência humana,

abordando questões da espiritualidade, e esta tese de doutorado, que gerou uma intervenção que incluía a espiritualidade do paciente durante o tratamento quimioterápico.

Esta tese, portanto, traz em seus resultados os impactos da inclusão da espiritualidade do paciente durante a assistência em saúde: quais as mudanças relatadas pelos portadores de câncer depois de receber o cuidado que incluía, além do tratamento tradicional (quimioterapia), sua dimensão espiritual e qual a influência disso para sua qualidade de vida e para o enfrentamento da doença e níveis de esperança, já que nem sempre a cura é possível.

Durante todo esse tempo, à medida que os estudos sobre a espiritualidade avançavam, aprofundavam-se meus questionamentos sobre a minha própria espiritualidade, tanto que diversas foram as pausas necessárias para que eu encontrasse as respostas. Em muitos momentos, inclusive, me perdi e me encontrei e, a cada encontro com a minha essência, percebia que havia transformado aquilo que achava que eu era.

Tem sido assim desde que fui apresentada a esse tema por aquele que considero meu mestre, Sérgio Donha Yarid. Como diz o antigo ditado, “quando o discípulo está pronto, o mestre aparece”, e sou grata por você ter chegado. Não sei qual caminho a minha vida irá seguir, mas a gratidão por ter sido através de você que esse conhecimento chegou sempre estará no meu coração.

“Todas as religiões, todas as artes e todas as ciências são ramo de uma mesma árvore. Todas essas aspirações visam ao enobrecimento da vida humana, elevando-se acima da esfera da existência puramente material e conduzindo o indivíduo para a liberdade”.

Albert Einstein

RESUMO

A espiritualidade relacionada à saúde tem sido tema de diversos estudos científicos, pois essa dimensão do ser humano está relacionada à melhor qualidade de vida, bem-estar físico e emocional, esperança, satisfação com a vida, além de relacionar-se com o melhor desfecho clínico de doenças. Contudo, apesar de diversas pesquisas confirmarem a influência positiva da espiritualidade para a saúde, os estudos que verificam os impactos dessa dimensão nos desfechos clínicos, quando incluída no plano terapêutico do paciente, ainda são escassos. Por isso, este estudo teve como objetivo geral verificar as alterações ocorridas após a inclusão da espiritualidade do paciente no tratamento clínico contra o câncer. Os objetivos específicos foram: avaliar o enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade no tratamento quimioterápico, analisar o efeito da inclusão da espiritualidade para a qualidade de vida e no nível de esperança de pessoas em tratamento contra o câncer e descrever as mudanças ocorridas após a inclusão da espiritualidade durante o tratamento quimioterápico. É um estudo de caráter qualitativo e quantitativo do tipo ensaio clínico randomizado, realizado com portadores de câncer em tratamento quimioterápico na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia de Vitória da Conquista. Os participantes foram selecionados aleatoriamente e formaram dois grupos: um de intervenção e outro de controle. A dimensão espiritual do paciente foi incluída no grupo de intervenção através da Intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade. Para a avaliação, foi aplicado, antes e após três ciclos de quimioterapia, em ambos os grupos, questionário contendo questões subjetivas e escalas de esperança de Herth, bem como avaliação de qualidade de vida da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer e escala de Modos de Enfrentamento de Problemas. Para os dados qualitativos, foi utilizado o *software* IRAMUTEQ para a análise lexical das entrevistas e para a comparação dos escores das escalas de avaliação dos dois grupos foi utilizado o Teste t, Mann-Whitney, Teste t pareado e o teste de Wilcoxon. Para tanto, este estudo respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos e teve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº 3.483.361. Participaram deste estudo 30 (trinta) pacientes oncológicos, alocados nos grupos de controle e de intervenção. Após a intervenção que incluía a abordagem da espiritualidade, não foram observadas, entre os dois grupos, diferenças estatísticas significantes nos escores das escalas de esperança, qualidade de vida e enfrentamento. Apesar disso, os discursos dos participantes revelaram que a inclusão da espiritualidade pode trazer uma aproximação com a fé, bons pensamentos e melhores estados e sentimentos, elementos que ajudam o paciente durante o tratamento. Com esse resultado, é possível reconhecer a importância da inclusão dessa dimensão ao cuidado em saúde para que a integralidade deste seja garantida.

Descritores: Espiritualidade. Ensaio Clínico. Neoplasias. Qualidade de Vida. Esperança. Saúde Holística.

Keywords: Spirituality. Clinical Trial. Neoplasms. Quality of life. Hope. Holistic Health.

ABSTRACT

Health-related spirituality has been the subject of several scientific studies, as this dimension of the human being is related to better quality of life, physical and emotional well-being, hope, satisfaction with life, in addition to being related to the best clinic outcome of diseases. However, despite several studies confirming the positive influence of spirituality on health, studies that verify the impacts of this dimension on clinical outcomes, when included in the patient's therapeutic plan, are still scarce. Therefore, this study aimed to verify the changes that occurred after the inclusion of the patient's spirituality in the clinical treatment against cancer. The specific objectives were: to evaluate coping with cancer after the inclusion of spirituality in chemotherapy treatment, to analyze the effect of the inclusion of spirituality on the quality of life and on the level of hope of people undergoing cancer treatment and to describe the changes that occurred after the inclusion of spirituality during chemotherapy treatment. It is, thus, a qualitative and quantitative study with a randomized clinical trial, carried out with cancer patients undergoing chemotherapy at the High Complexity Oncology Unit of Vitória da Conquista. Participants were randomly selected and divided in two groups: intervention and control. The patient's spiritual dimension was included in the intervention group through Relaxation, Mental Images and Spirituality Intervention. For the assessment, we applied to both groups a questionnaire, before and after three cycles of chemotherapy, containing subjective questions and the Herth Hope Index, as well as the quality of life assessment by the European Organization for Research and Treatment of Cancer and scale of Ways to Cope with Problems. For the qualitative data, the IRAMUTEQ software was used for the lexical analysis of the interviews and for comparing the scores of the assessment scales of the two groups Test t, Mann-Whitney, Pareid Test t and Wilcoxon. This study complied with the ethical precepts of Resolution 466/12 of the National Health Council on research involving human beings and was authorized by the Research Ethics Committee under Judgement No. 3.483.361. Thirty (30) cancer patients participated in this study, divided into a control and an intervention group. After the intervention that included the spirituality approach, no statistically significant differences were observed in the scores of the hope, quality of life, and coping scales between the two groups. Despite this result, the participants' discourses revealed that the inclusion of spirituality can bring an approach to faith, good thoughts and better states and feelings, elements that help the patient during the treatment. With this result, it is possible to recognize the importance of including this dimension in healthcare in order to guarantee its integrality.

Keywords: Spirituality. Clinical Trial. Neoplasms. Quality of life. Hope. Holistic Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Imagens propostas pela autora da RIME.....	42
FIGURA 2: Esquema do processo alquímico na RIME.....	46
FIGURA 3: Fluxograma manuscrito 1.....	62
FIGURA 4: Fluxograma manuscrito 2.....	79
FIGURA 5: Dendrograma de classes a partir da análise do corpus.....	107

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1:

Tabela 1: Estatística descritiva da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas.....	64
Tabela 2: Maiores escores no momento 1, nos grupos de intervenção e de controle.....	65
Tabela 3: Maiores escores no momento 2, nos grupos de intervenção e de controle.....	65
Tabela 4: Mudança de maior escore, nos grupos de intervenção e de controle	66

MANUSCRITO 2:

Tabela 1: Variáveis independentes numéricas segundo grupo de alocação....	80
Tabela 2: Distribuição dos escores da Escala de Esperança de HERTH segundo grupo de alocação no momento 1	81
Tabela 3: Distribuição dos escores da Escala de Esperança de HERTH segundo grupo de alocação no momento 2.....	82
Tabela 4: Comparação entre grupos Controle e Intervenção no momento 1 e 2	84
Tabela 5: Estatística descritiva do EORTC QLQ-30.....	85

MANUSCRITO 3:

Tabela 1: Idade, tempo de diagnóstico e tratamento e prática religiosa dos participantes da pesquisa.....	108
Tabela 2: Tipo de câncer diagnosticado nos participantes da pesquisa.....	109

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Espiritualidade	18
2.2 Saúde e Espiritualidade	22
2.3 Espiritualidade e Prática clínica.....	25
2.4 Qualidade de vida, esperança e modo de enfrentamento da pessoa com câncer	30
3. MATERIAIS E MÉTODOS	35
3.1 Tipo de estudo	35
3.2 Local e período do estudo.....	36
3.3 Participantes da pesquisa	37
3.4 Intervenção	38
3.5 Randomização e Alocação.....	47
3.6 Procedimentos e instrumentos para a coleta dos dados	48
3.7 Estratégias para elaboração da Pesquisa	52
3.8 Análise dos dados.....	53
3.9 Aspectos éticos e legais.....	55
4. RESULTADOS.....	56
4.1 Manuscrito 1	57
4.2 Manuscrito 2	72
4.3 Manuscrito 3	92
5. CONCLUSÃO	110
6. REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICE	128
ANEXOS.....	142

1. INTRODUÇÃO

Estudos que envolvem a espiritualidade relacionada à saúde dos indivíduos têm crescido significativamente nas últimas décadas. Diversas pesquisas têm relacionado a dimensão espiritual à melhor qualidade de vida, ao maior bem-estar físico e mental (KOENIG, 2012), ao melhor enfrentamento de doenças graves (GONÇALVES *et al.*, 2015) e à recuperação da saúde (BAI; LAZENBY, 2015).

No Ocidente, por muito tempo, o cuidado em saúde teve seu foco na assistência da dimensão física do indivíduo, valorizando o ser biológico. Porém, outras dimensões, como a espiritual, são inerentes ao ser humano e têm grande influência nos aspectos sociais, físicos, emocionais e, conseqüentemente, na saúde. Desse modo, atualmente, a definição de saúde defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um bem-estar físico e mental que resulta de interações das diversas dimensões do ser, inclusive a espiritual (OMS, 1946).

Dessa forma, o cuidado em saúde não deve ter seu olhar direcionado apenas para a dimensão biológica, mas, sim, para compreender o ser humano como um ser complexo e com necessidades humanas diversas. Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos a um conjunto de necessidades que a pessoa apresenta e não apenas àquelas ligadas à dimensão biológica relacionada às doenças. Portanto, assistir o indivíduo de forma integral, considerando também a sua dimensão espiritual como recurso para produção de saúde, significa cuidar levando em consideração a visão ampliada de saúde.

A espiritualidade é entendida como uma dimensão inerente ao ser humano, sendo definida como algo mais amplo que a religião e que se relaciona com valores individuais de completude e harmonia com tudo que compõe a vida, a natureza e o universo (GUERRERO *et al.*, 2011). É compreendida ainda como uma busca pessoal para compreensão do sentido da vida e da sua relação com o sagrado além de reflexões sobre origem, objetivo e fim da vida terrena, que pode ou não levar à prática de uma religião (KOENIG, 2012).

Logo, enquanto a religião é considerada um sistema de crenças, práticas e rituais que facilitam o acesso ao Sagrado e é ligada a uma instituição com características doutrinárias semelhantes e específicas que são compartilhadas por um

grupo, mas praticadas individualmente (GOBATTO; ARAUJO, 2013), a religiosidade é o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, que é institucional, dogmática e sistematizada (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Dessa forma, entende-se a espiritualidade como algo mais amplo que a religião e que o indivíduo não precisa estar em uma determinada religião para vivenciar a sua espiritualidade.

Atualmente, diversos estudos têm comprovado a importância da dimensão espiritual na prevenção de patologias, qualidade de vida, bem-estar e enfrentamento de doenças. Quanto a isso, em revisão sistemática publicada em 2015 por pesquisadores da Universidade de Yale, fica demonstrado que há uma forte relação entre bem-estar espiritual e qualidade de vida entre pessoas portadoras de câncer (BAI; LAZENBY, 2015). Todavia, estudos que avaliam o impacto da inclusão da espiritualidade no plano de cuidado do paciente durante o tratamento ainda não estão bem definidos na literatura científica, principalmente estudos acerca dos impactos dessa inclusão no tratamento de pacientes portadores de doenças graves, como o câncer. As pesquisas existentes ainda não esclarecem, por exemplo, se as pessoas que são tratadas incluindo a sua espiritualidade no plano terapêutico têm ou não um melhor enfrentamento da doença, melhores níveis de esperança, melhor qualidade de vida e/ou melhor recuperação.

Questão Norteadora da Pesquisa

Há alteração no desfecho clínico (enfrentamento do câncer, qualidade de vida e esperança) dos pacientes que têm sua dimensão espiritual incluída no seu plano terapêutico em comparação àqueles em que essa abordagem não é realizada?

Objetivo Geral

- Verificar as alterações ocorridas após a inclusão da espiritualidade do paciente no tratamento clínico contra o câncer.

Objetivos Específicos

- Avaliar o enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade no tratamento quimioterápico;
- Analisar o efeito da inclusão da espiritualidade para a qualidade de vida e no nível de esperança de pessoas em tratamento contra o câncer;
- Descrever as mudanças ocorridas após a inclusão da espiritualidade no tratamento quimioterápico.

Este estudo poderá gerar uma melhor compreensão de como a inclusão da espiritualidade pode contribuir no contexto clínico do cuidado em saúde, pois há uma necessidade de trazer para o campo científico comprovações sobre os impactos da abordagem da espiritualidade na assistência.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Espiritualidade

O termo espiritualidade tem sido muito utilizado nos últimos tempos, sobretudo no ambiente acadêmico, nas pesquisas científicas. Entretanto, seu significado não é consensual nem mesmo entre estudiosos e pesquisadores do tema.

Derivado do substantivo latino *spiritus*, que significa “sopro da vida”, “respiro”, “exalação”, o termo “espiritualidade” remete ao verbo “respirar” ou ao “sopro que dá e mantém a vida”, o princípio animador da vida, que dá vida à matéria (TEIXEIRA, 1990). Esse significado é o mesmo da palavra hebraica *ruah* – que significa vento, ar em movimento, o qual possibilita a vida, como o ar da respiração que sustenta e anima o corpo – e é sinônimo tanto de *lahweh* (Deus), através do qual o ser ganha vida, quanto do termo grego *pneuma*, que, como *ruah*, significa vento, ar, respiração ou espírito de Deus (OXFORD ENGLISH DICTIONARY, 2019).

Tendo surgido a partir dos termos explicitados acima, essa dimensão tem seus registros desde os primórdios da humanidade. Assim, alguns marcos, como a relação significativa do homem pré-histórico com o mundo, conduziram esse homem a realizar questionamentos, o que o tornou capaz de transcender a situação que vivia, assinalando eventos relacionados com a espiritualidade humana (MAY, 1997). Até mesmo nas ferramentas criadas por esse homem pré-histórico com a finalidade de facilitar a sua sobrevivência, foram encontradas expressões que retratam crenças espirituais e mitologias dos homens desse período (ELIADE, 1978).

Outro marco importante para a compreensão da história da espiritualidade foi o surgimento de uma nova matriz da civilização (800-200 a.C.) marcada pela migração dos mitos para o conhecimento. Houve também o surgimento, nesse período, de nomes como Confúcio e Lao-Tse, na China, Zaratustra, no Irão, Sócrates e outros filósofos, na Grécia antiga, a tradição védica e Buda, na Índia, e depois Jesus Cristo, na Palestina. Nesse tempo, surgem novos paradigmas a partir de duas formas de conhecimento da transcendência: a transcendência da razão (presente no pensamento grego através da contemplação do conhecimento) e a revelação da Fé oriunda da tradição judaico-cristã (teocêntrica) (JASPERS, 2003).

Essas duas formas de pensar a espiritualidade se aproximam e se afastam ao longo da história. Na Idade Média, por exemplo, surge o discurso filosófico-teológico cristão em que transcendência racional e fé se encontram, interagem e interpenetram, influenciando profundamente a cultura ocidental no que diz respeito ao seu entendimento da espiritualidade até os dias atuais (LIMA VAZ, 2002). É nesse contexto filosófico-teológico medieval que o termo “espiritualidade” ganha visibilidade, sendo propagado como associado a uma vida à luz da fé, tomando ainda o sentido de imaterial no século XII (SECONDIN, 2002).

O conceito de espiritualidade passou por diversas mudanças ao longo da história da humanidade, resistindo a diversos momentos históricos, desde momentos de grande visibilidade, como na Idade Média, até períodos que acarretaram descrédito do tema em contraposição ao enaltecimento do pensamento racional, durante o período que compreendeu metade do século XIV até o final do século XVI.

Historicamente, aspectos espirituais e ciência andaram juntos em quase toda a história da medicina, desde o Egito e a Grécia antiga. Durante o Renascimento (Séc. XIV a XVI), devido às transformações do pensamento desse período, houve uma separação desses dois conhecimentos. Na Renascença, as ideias defendidas caminharam na redução do dogmatismo religioso e do misticismo tanto sobre a cultura e a sociedade quanto sobre a crescente valorização da racionalidade, da ciência e da natureza, colocando o homem como centro da criação. Somente no século XX, houve novamente o surgimento do tema espiritualidade, dessa vez, com formas variadas, mais voltadas para a individualidade, embora respeitando a coletividade.

Atualmente, a espiritualidade possui diversos conceitos e significados, não havendo ainda na literatura acadêmica e no senso comum uma definição universal. Estudos no Brasil e no mundo, no entanto, buscam uma definição que seja consensual, o que facilitaria o uso do termo nas pesquisas científicas que tratam do tema.

Há uma descrição da espiritualidade que nos parece bastante adequada e abrangente, que foi defendida por Davis, Hook e Worthington (2008), Worthington e Aten (2009), Worthington *et al.* (2011). Esses autores consideraram que há quatro tipos de espiritualidade:

- a) **Espiritualidade religiosa:** o sentido de proximidade e a ligação com o sagrado como descrito pelas religiões, no sentido de aproximação com um Deus particular ou Poder Superior. Neste tipo, a espiritualidade é orientada para um

Deus, de modo que pensamentos e práticas se baseiam em teologias. Pressupõe, portanto, a vivência comunitária de uma religião.

- b) **Espiritualidade ligada à natureza:** a aproximação com o meio ambiente e a natureza. Ashley (2007) considera que paisagens da natureza podem ser geradoras de profundas conotações espirituais.
- c) **Espiritualidade humanista:** a humanidade e a ligação entre pessoas, envolvendo sentimentos altruístas, amor e reflexões sobre a existência, acentuando o potencial e a realização humana.
- d) **Espiritualidade cósmica:** a ligação com toda a criação, que pode ser experienciada através da meditação e da contemplação da criação.

Compreendemos esses quatro tipos como formas de vivência ou expressão da espiritualidade de cada ser, visto que, são modalidades da espiritualidade, formas como cada ser escolhe vivenciar a sua dimensão espiritual, sendo esta uma condição do ser humano. Afinal, a espiritualidade é um aspecto universal da experiência humana que atravessou diversos momentos históricos, sociedades e culturas ao longo do tempo, sem jamais deixar de fazer parte da experiência da humanidade (FISHER, 2011; PIEDMONT; LEACH, 2002).

Nas últimas décadas, houve a necessidade de separar o termo “espiritualidade” do termo “religião” e, a partir disso, diversos são os conceitos surgidos para espiritualidade e suas vivências (PALOUTZIAN; PARK, 2005). Essas diversas definições têm causado dificuldade para as pesquisas científicas, já que não temos ainda um conceito universal do que é espiritualidade.

A espiritualidade é “mais ampla que a religião e está relacionada a valores íntimos, de harmonia e completude interior, conexão, estimulando o interesse pelos outros e por si, uma unidade com a vida e com a natureza, o universo” (GUERREIRO, 2011, p. 54). É considerada uma busca pessoal no sentido de compreender tanto as questões relacionadas ao fim da vida e o seu sentido quanto as relações com o sagrado e o transcendente, que podem ou não levar à prática de uma religião (KOENIG, 2001).

A religião é entendida como uma crença no sobrenatural ou uma força divina que tem um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados

para facilitar o acesso ao sagrado (Deus, Força Maior, Verdade Suprema) (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Há propostas de desenvolvimento de um modelo holístico de espiritualidade incluindo os aspectos mais similares trazidos pelos vários conceitos defendidos pelos estudiosos da área. Esse conceito holístico considera a espiritualidade como a força motriz que dá sentido e traz um propósito à vida através da proximidade das dimensões que transcendem o ser. Neste sentido, a espiritualidade holística teria três dimensões: a fé, enquanto crença em um ser transcendente; a esperança, enquanto espiritualidade existencial e de sentido, propósito de vida; e amor, em um entendimento da relação de conexão consigo, com o outro e com o mundo (ROVERS; KOCUM, 2010).

Para Jung (1986), a espiritualidade refere-se à relação transcendental da alma com o divino e à mudança que resulta dessa interação. Assim, espiritualidade está relacionada a uma atitude, a uma ação interna, a uma ampliação da consciência, a um contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e ao fortalecimento e amadurecimento que esse contato com o transcendente pode resultar para a personalidade.

Esses aspectos contêm pontos de convergência entre os vários estudos sobre a espiritualidade e poderiam ser o caminho para uma definição universal, que possibilitaria pesquisas mais consistentes nesse campo, além da formulação de instrumentos de medidas mais universais sobre essa dimensão. Um modelo concebido a partir dessas três dimensões seria um conceito amplo da espiritualidade, que contemplaria diversas formas de vivenciar a espiritualidade humana em suas culturas e sociedades.

Para Piedmont (2001, 2004, 2007), a espiritualidade é um constructo que independente das diversas formas que foi conceituada ao longo do tempo e contempla um protótipo amplo que inclui ideias de que a espiritualidade não surge a partir de nenhuma religião específica, sendo na verdade matéria prima para esta; é uma qualidade universal do ser humano, que transcende cultura e contexto social; e apresenta-se como um aspecto do funcionamento psicológico que se manifesta no indivíduo.

É importante que haja uma definição universal da espiritualidade, mas compreendemos a complexidade que há por trás dessa conceituação, uma vez que é

preciso levar em consideração a complexidade do ser humano em suas diversas dimensões.

Quanto a isso, *Catré et al.* (2016) acredita que, embora seja necessário, a busca desse consenso não é algo simples de ocorrer. Para o autor, a dimensão espiritual, apesar de ter passado por momentos históricos de descrédito, buscou sempre, ainda que em alguns momentos silenciosamente, uma forma de resistir ao tempo, mantendo-se viva, ganhando novo fôlego e uma maior visibilidade a partir do século XX. Pesquisas que buscam compreender de que forma a espiritualidade influencia o comportamento humano individual e coletivamente estão crescendo cada vez mais na atualidade.

A busca pela compreensão da espiritualidade humana vai além da busca pela definição desse termo, posto que a espiritualidade é algo subjetivo, universal, vital, intrínseco e inerente ao ser humano, que resiste ao tempo, se reinventa e se confunde com a própria história da humanidade, sendo compreensível a dificuldade que se tem para defini-la.

2.2 Espiritualidade e Saúde

O conceito de saúde é amplo e resultado de uma conjuntura social, econômica, política e cultural de uma nação. Assim, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas e irá depender da época, lugar e classe social a que o indivíduo pertence, pois é resultado de valores individuais e de concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCILAR, 2007).

A partir da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), ao final da II Guerra Mundial, havia uma preocupação em traçar uma definição positiva de saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física e acesso ao sistema de saúde. Dessa maneira, saúde foi definida como o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença (OMS, 1946). Esse conceito foi alterado pela OMS em 1998, quando saúde passou a ser definida como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, sendo a dimensão espiritual incluída no conceito de saúde (EXECUTIVE BOARD, 1998).

A ideia de saúde como qualidade de vida condicionada por vários fatores – como paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social – surgiu na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, ocorrida em 1986 em Ottawa (BACKES *et al*, 2009). De acordo com a Carta de Ottawa, para ter saúde, são necessários recursos pessoais, sociais e capacidade física, e a responsabilidade de provê-la vai além do setor saúde, pois exige estilo de vida saudável para atingir o bem-estar (OTTAWA, 1986).

Ainda em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Brasil formula o conceito ampliado de saúde, a qual passou a ser entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (CNS, 1986). Assim, historicamente, o conceito de saúde apenas como ausência de doença deu lugar a uma definição que considera o ser humano como ser integral, valorizando as diferentes dimensões que o compõem, inclusive a espiritual.

Ao considerar a complexidade das necessidades humanas e ao perceber que os aspectos espirituais, a religião e as crenças pessoais apresentavam grande importância na avaliação da qualidade de vida em todo o mundo, a OMS criou um grupo de estudos sobre qualidade de vida, que inclui o domínio Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (OMS, 1998). Diante dessa atual concepção, os profissionais de saúde devem compreender e atender a um conjunto de necessidades que a população apresenta e não apenas àquelas ligadas a doenças.

Dessa forma, assistir o indivíduo de modo integral, incluindo no atendimento a espiritualidade/religiosidade como recurso para produção de saúde, significa cuidar levando em consideração a visão ampliada de saúde (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Afinal, a espiritualidade está ligada a aspectos subjetivos da experiência, de busca pelo sagrado, e refere-se a uma questão de natureza pessoal como resposta sobre aspectos fundamentais da vida, sobre seu significado e seu relacionamento entre o sagrado ou o transcendente (SILVA; SIQUEIRA, 2009).

Kimura *et al.* (2012) afirmam que a espiritualidade e a religiosidade têm sido reconhecidas como recursos que ajudam no enfrentamento de adversidades e eventos traumáticos do cotidiano, como adoecimento e hospitalização, e há ainda o reconhecimento, pela OMS (1999), da espiritualidade como componente do conceito de qualidade de vida, estando associada à melhor saúde física e mental.

A dimensão espiritual também é considerada uma tendência inata em direção a um Deus ou a uma “Força Superior”. Ela surge da relação entre nossa busca por sentido e por um ser transcendente, o que torna a fé em Deus um sentimento arraigado na nossa cultura, sendo tão necessária quanto são outros modos de enfrentamento. Essa dimensão, portanto, ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas e mostra também que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários dos serviços de saúde ao planejar o cuidado (GUERRERO *et al.*, 2011).

Nas últimas décadas, cresce o conceito da espiritualidade baseada em evidências a partir de estudo sobre os mecanismos pelos quais a fé levaria a desfechos clínicos favoráveis e sobre de que forma os profissionais de saúde deveriam abordar esse assunto na prática clínica. Lucchetti, Almeida e Granero (2010) consideram diversos estudos que demonstram maior relação entre espiritualidade e religiosidade com a saúde mental, incidindo em menor prevalência de depressão, de tempo de remissão da depressão após o tratamento, de prevalência de ansiedade e de taxa de suicídio. Da mesma forma, existe uma relação da espiritualidade e da religiosidade com melhor qualidade de vida e maior bem-estar geral (DUARTE; LEBRÃO; LAURENTI, 2008).

Para Larimore (2001) e Panzini *et al.* (2007), há uma percepção atual de que a medicina técnico-científica está dando espaço para um novo modelo de atenção, no qual as dimensões psicológicas, espirituais e sociais do indivíduo estão sendo relacionadas à abordagem dos aspectos biológicos. Aqui, inclui-se a espiritualidade como um instrumento de promoção em saúde que permite superar os limites do conhecimento científico da biomedicina, a qual não consegue responder às múltiplas dimensões do ser humano: as psíquicas, emocionais, sociais e espirituais (VASCONCELOS, 2006).

A valorização da dimensão espiritual na prestação de cuidados em saúde influencia positivamente o bem-estar das pessoas, pois permite aos profissionais a visão integral da saúde, ao abordar o sujeito em suas diferentes dimensões, superando o modelo biomédico, o qual é centrado no aspecto físico do processo saúde e doença e tem uma concepção mecanicista do corpo e suas funções (ALVES, JUNGES, LÓPEZ, 2010).

Dessa forma, a espiritualidade enquanto elemento importante na gestão do processo de trabalho em saúde pode auxiliar a superação de modelos assistenciais, que tornam os serviços desintegrados, e voltar-se para as necessidades de saúde da

população levando em conta o ser em suas diversas dimensões (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

2.3 Espiritualidade e Prática clínica

Atualmente, o cuidado em saúde tem passado por mudanças na perspectiva de integralizar o ser humano nas suas diversas dimensões. Entretanto, apesar do reconhecimento da importância da dimensão espiritual para a promoção da saúde e sua recuperação, durante a prática clínica, essa dimensão ainda tem sido pouco abordada.

Mudanças também têm sido percebidas no que diz respeito à formação do profissional de saúde, devido à inclusão da temática nos cursos de graduação. Universidades de Harvard, Stanford, Duke, entre outras, têm ministrado disciplinas de espiritualidade como obrigatórias para a formação médica. No Brasil, tem crescido o número de universidades que abordam a temática, como disciplina obrigatória ou optativa (LUCCHETTI *et al.*, 2012).

Isso demonstra uma mudança na forma de compreender o ser humano e suas múltiplas necessidades e dimensões, as quais irão interferir diretamente na sua saúde e na forma como é vivenciado o tratamento. Esse despertar no meio acadêmico pode ser resultado do número crescente de pesquisas científicas que apontam a influência positiva da espiritualidade na promoção de saúde, prevenção de doenças e melhor recuperação durante tratamento clínico (KOENIG, 2015). Contudo, apesar de haver um número cada vez maior de publicações que comprovam essa influência, ainda há a necessidade de estudos, principalmente envolvendo a população brasileira, que avaliem o impacto da inclusão da espiritualidade do paciente durante a assistência à saúde.

É importante que, na prática clínica, o paciente não seja fragmentado em partes (físico, social, biológico, psíquico e espiritual), afinal, todas essas dimensões fazem parte de um mesmo ser e estão interligadas influenciando nas comorbidades, na adesão, no sucesso do tratamento e na recuperação do indivíduo (LUCCHETTI *et al.*, 2010). Logo, somente considerando o ser em suas diversas dimensões é que o cuidado em saúde se tornará integral, conforme preconizado pelos órgãos de saúde

nacional e internacionais, e resultará em melhores índices de saúde e qualidade de vida.

Durante o processo de doença, em que o indivíduo se encontra em um estado de desequilíbrio em suas diversas dimensões, esse cuidado integral é muito importante, sobretudo diante de doenças graves e que têm uma relação próxima com a finitude do ser. Assim, o diagnóstico de doenças como o câncer causa uma série de questionamentos e fragilidades em diversas dimensões do indivíduo que vão impactar diretamente na forma como ele recebe o diagnóstico e conduz seu tratamento.

O número de pessoas diagnosticadas com câncer tem crescido ao longo dos anos, e o índice de mortalidade causada por essa doença é alto, colocando-a como a segunda causa de morte no mundo (OPAS, 2018) e no Brasil (DATASUS, 2019). É mundialmente esperado que mais de 14 milhões de pessoas desenvolvam câncer anualmente, devendo este número atingir mais de 21 milhões de pessoas em 2030. Além disso, dados da OMS indicam que aproximadamente 8,8 milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência do câncer, sendo a maioria em países de baixa renda (OMS, 2017).

No cenário mundial, o câncer foi responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018 (OPAS, 2018). No Brasil, por sua vez, em 2019 houve aproximadamente 236 mil mortes (DATASUS, 2019).

O diagnóstico de uma doença grave, considerada maligna e com risco de vida, como o câncer, traz para o indivíduo diagnosticado situações diversas de enfrentamento, afinal, é uma experiência que muda a percepção que se tem sobre a vida e gera muitos questionamentos ligados à espiritualidade (HATAMIPOUR *et al.*, 2015). Com essas mudanças ocorridas na percepção dos pacientes, suas necessidades espirituais e religiosas também podem mudar, exigindo da equipe de saúde que presta assistência um olhar direcionado para questões que vão além da necessidade física e biológica da pessoa em tratamento.

Estudo realizado com sobreviventes do câncer residentes no nordeste dos EUA avaliou a relação da espiritualidade e da religiosidade dessas pessoas com o seu comportamento de saúde. Ao final, o estudo concluiu que existe uma associação significativa entre a dimensão espiritual e os comportamentos saudáveis (alimentação adequada, atividade física, manutenção do peso) em pessoas que conseguiram se recuperar do câncer (PARK; WADDINGTON; ABRAHAM, 2018).

Em outra pesquisa, ao avaliar estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres em tratamento contra o câncer, 76% das participantes citaram a oração como fator importante na recuperação e enfrentamento da doença. Relataram ainda que a oração e a espiritualidade as conectavam à família, à comunidade e aos outros, além de reconhecerem práticas espirituais como um fator protetor durante a experiência do câncer, pois gerava conforto, força, esperança e alívio de tensões (ROH; BURNETTE; LEE, 2018).

Revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos que avaliaram os efeitos de intervenções existenciais no bem-estar espiritual, psicológico e físico em pacientes com câncer evidenciaram que pacientes em todos os estágios e tipos de câncer se beneficiam desse tipo de intervenções (BAUEREIß *et al.*, 2018). Assim, a abordagem da espiritualidade deveria fazer parte da assistência ao paciente, especialmente daqueles com câncer.

Apesar do reconhecimento desses benefícios, os profissionais de saúde relatam dificuldades em realizar tal abordagem, já que, durante a formação, não foram preparados para cuidar do outro levando em consideração a espiritualidade deste, afinal, esse tema ainda é pouco discutido nas academias brasileiras (LUCCHETTI *et al.*, 2012).

Diante de diversas evidências acerca dos benefícios da espiritualidade no tratamento de saúde, tem-se discutido a necessidade de incluir no plano terapêutico do paciente a sua dimensão espiritual, além de preparar, durante a formação, os profissionais de saúde para essa abordagem (MOOSAVI *et al.*, 2018).

Há ainda estudos que apontam que muitos pacientes reconhecem a importância da abordagem dos aspectos religiosos e espirituais na elaboração do seu plano terapêutico. Em pesquisa, pacientes afirmam que gostariam que os profissionais de saúde abordassem sua dimensão espiritual: aproximadamente 86% deles nunca tinham sido questionados sobre suas crenças durante o atendimento recebido; mais de 80% consideraram que o profissional de saúde deveria reconhecer suas necessidades religiosas ou espirituais como parte do plano terapêutico; e 84% acreditam que cuidar da saúde inclui ser atendido nas suas necessidades religiosas e espirituais e relataram acreditar que essa dimensão os ajuda a compreender e lidar com o processo de saúde-doença (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Outro estudo que avalia o papel da religiosidade/espiritualidade na vida de pacientes com câncer e profissionais que assistem esses pacientes demonstrou que

94% dos pacientes consideram importante que os profissionais de saúde abordem sua dimensão espiritual, pois 99% deles utilizam a religiosidade/espiritualidade como suporte durante o tratamento do câncer. Entre os profissionais de saúde, 98% reconheceram o apoio espiritual e religioso como necessário na assistência em oncologia (CAMARGOS *et al.*, 2015).

Assim sendo, é necessário que o profissional de saúde reconheça as evidências científicas que permeiam o assunto e compreenda sua repercussão na saúde do paciente. Alguns autores recomendam que essa dimensão seja incluída no cuidado em saúde de modo natural e tranquilo e sugerem alguns instrumentos que foram criados para facilitar essa abordagem.

Não há, no entanto, uma forma específica e normatizada para que essa abordagem seja realizada, mas há instrumentos que podem nortear a obtenção da história espiritual do paciente, devendo sempre prevalecer o bom senso do profissional. Essa abordagem deve ser feita preferencialmente durante a anamnese, quando houver questionamento dos hábitos de vida do indivíduo, e deve estar centrada sempre no paciente (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

Estudos apontam que só o fato de mencionar a espiritualidade do paciente já gera benefícios, pois essa ação transmite a mensagem de que esse aspecto é reconhecido e respeitado pelo profissional que cuida, além de fornecer informações sobre recursos e apoio que o paciente tem na comunidade que podem colaborar no enfrentamento da doença e abrir um canal de comunicação sobre esta dimensão entre profissional-paciente (KOENIG, 2005).

Alguns instrumentos foram elaborados por pesquisadores da saúde para colaborar com profissionais na realização da anamnese espiritual do paciente durante a prática clínica. Dentre os instrumentos está o Inventário Espiritual de Kuhn (KUHN, 1988), um dos primeiros inventários espirituais que abordam significado e propósito, crença, fé, amor, perdão, oração, meditação e devoção. Há também a História Espiritual de Matthews, que orienta que médicos abordem três questões fundamentais: se a espiritualidade ou a religião são importantes para o paciente, se essa dimensão influencia na forma que o paciente pensa a saúde e, por fim, se o paciente gostaria que o médico discutisse suas práticas espirituais durante o tratamento (MATTHEWS, 1988). Há, ainda, o HOPE (esperança), outro instrumento que pode ser utilizado e que avalia fontes de esperança, religião do paciente,

espiritualidade pessoal, prática e efeitos que essa dimensão tem no tratamento (ANANDARAJAH; HIGHT, 2001).

A história Espiritual da *American College of Physicians* (ACP) sugere questões simples que devem ser perguntadas para pacientes com doenças graves: se a fé é importante para o paciente lidar com a doença, se tem sido importante em outras fases da vida, se há alguém para conversar sobre o assunto e se gostaria de abordar esse assunto durante o tratamento (KOENIG, 2005). Do mesmo autor, outro instrumento é o CSI-MEMO, que avalia se as crenças espirituais trazem conforto ou se são fonte de estresse para o indivíduo, se há alguma crença que pode influenciar no tratamento médico, se o paciente é membro de alguma comunidade espiritual ou se há alguma necessidade espiritual no momento (KOENIG, 2002).

Instrumento muito utilizado atualmente na prática clínica tem sido o questionário FICA, elaborado pela médica americana Christina Puchalski, pioneira no movimento para integrar espiritualidade à prática clínica. Esse questionário é considerado simples e fácil de aplicar, além de conter os principais elementos que devem ser abordados durante a assistência à saúde, em que avalia F: fé/crença; I: importância ou influência desta para a vida do paciente; C: comunidade religiosa ou espiritual; e A: abordagem durante o tratamento (PULCHALSKI; ROMER, 2000).

Todos esses instrumentos têm, de modo geral, objetivos em comum, que são: conhecer a espiritualidade do paciente; se essa dimensão pode colaborar para o enfrentamento da doença; se o paciente tem algum apoio espiritual na comunidade; e se há alguma necessidade espiritual para que o paciente possa ser encaminhado para serviço adequado a fim de abordar essas questões.

Esses instrumentos podem ainda direcionar quais cuidados espirituais são necessários para cada paciente e que poderiam ser incluídos na assistência com o objetivo de contribuir com a recuperação da saúde ou impactar no bem-estar e na qualidade de vida. A anamnese espiritual também pode colaborar com a compreensão de como a crença do paciente pode influenciar no tratamento e qual sua importância na vida e no processo de saúde e doença dessa pessoa.

Embora essa inclusão da dimensão espiritual do paciente no cuidado esteja sendo discutida por profissionais de saúde, ainda são escassos os protocolos que a normatizam, de modo que não há na literatura científica a melhor forma de incluir a espiritualidade do paciente no cuidado em saúde.

No entanto, alguns estudos mais recentes já trazem algumas recomendações que podem ser adotadas pela equipe de saúde com o propósito de que a inclusão aconteça de modo adequado, respeitoso e ético. Além da coleta da história espiritual, em que pode ser utilizado um dos instrumentos já mencionados, é importante estar atento às demandas espirituais do paciente, sendo a avaliação e o cuidado espiritual, processos contínuos, transversais à assistência e prestados por todo profissional da equipe de saúde.

Ademais, estabelecer um diálogo e um relacionamento profissional-paciente, que favoreçam a comunicação sincera e que levem o paciente a falar sobre as suas necessidades espirituais, também é importante. A depender da demanda do paciente, ele pode ser direcionado a receber apoio espiritual de um líder religioso ou do serviço de capelania (SILVA; VITORINO, 2018), e o profissional de saúde pode ser esse elo entre o paciente e o serviço específico para cuidar de aspectos espirituais que requerem maior atenção.

É importante, por fim, que essa inclusão seja permeada de bom senso, respeito, empatia e escuta qualificada, deixando sempre claro que o motivo dessa abordagem é prestar um cuidado mais integral, sensível às crenças espirituais do paciente, com vista à assistência de maior qualidade (KOENIG, 2005).

2.4 Qualidade de vida, esperança e modo de enfrentamento da pessoa com câncer

A qualidade de vida, a esperança e o processo de enfrentamento que permeiam a vida da pessoa diagnosticada com câncer são aspectos importantes a serem considerados durante o tratamento em saúde, pois podem interferir no curso da doença.

A qualidade de vida tem significados diversos a depender da área em que esse termo é empregado. Sua definição aproxima-se de conceitos como saúde, satisfação geral com a vida, satisfação pessoal, felicidade, condições de vida e pode, inclusive, abarcar todas essas dimensões (MICHALOS; ZUMBO; HUBLEY, 2000; SCHMIDT *et al.*, 2005).

No campo da medicina, esse conceito está relacionado à percepção individual de quão boa é a vida em relação à sua condição de saúde e a seu funcionamento

social, estando ligada a melhores condições de vida para as pessoas acometidas por alguma doença (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Um dos principais conceitos utilizados no campo da saúde é o trazido pela OMS (1998a), que coloca a qualidade de vida como uma percepção subjetiva de que as necessidades pessoais estão sendo satisfeitas dentro do contexto em que se vive, englobando a saúde física e a mental, o nível de independência e as relações sociais além das crenças pessoais e espirituais.

Assim, no contexto biomédico, em situações em que nem sempre a cura da doença é possível, a qualidade de vida da pessoa deve ser colocada como um dos objetivos do tratamento e do cuidado em saúde, afinal, é comum o diagnóstico e o tratamento do câncer causarem impacto na qualidade de vida dos pacientes, já que essa doença afeta diversas dimensões da vida.

A qualidade de vida pode ser avaliada a partir de indicadores diversos, como condições de saúde, educação, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), aspectos econômicos, condições de moradia etc. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). E diversos são os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida, os quais tratam de domínios diferentes, como físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambientais e aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais. Exemplo disso é o instrumento utilizado pela OMS (1998), que leva em consideração aspectos religiosos e espirituais na avaliação da qualidade de vida geral, além dos aspectos físicos, psíquicos, sociais e ambientais.

Atualmente, diversos estudos afirmam que o cuidado espiritual está associado ao melhor bem-estar e à qualidade de vida das pessoas (REIS; LELES; FREIRE, 2020; RIKLIKIENĖ, *et al.*, 2019). No tocante a pacientes em tratamento para o câncer, estudos apontam que a espiritualidade, quando incluída no plano terapêutico, pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pacientes com câncer. Como exemplo, podemos mencionar uma pesquisa realizada na China com 705 (setecentas e cinco) mulheres com câncer, que concluiu que o bem-estar espiritual está associado à melhor qualidade de vida, além de se relacionar com menores índices de ansiedade e depressão (CHEN *et al.*, 2021).

Outro aspecto importante a ser considerado e que pode impactar na vida da pessoa com câncer é o nível de esperança, a qual está relacionada a bem-estar, qualidade de vida e sobrevivência, sendo fonte de força para lidar com momentos difíceis,

como uma perda, tragédia, solidão e sofrimento físico e emocional (RUSTOEN *et al.*, 1998).

A esperança também é definida como “uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, de atingir um objetivo pessoalmente significativo” (DUFALUT; MARTOCCHIO, 1985, p. 380). Ela pode ainda ser compreendida como uma crença pessoal na possibilidade de obter resultados positivos relacionados a situações pessoais, ainda que pareça difícil ter êxito naquela situação. Neste sentido, esse sentimento de crença aproxima-se muito dos significados atribuídos à fé (WATSON, 2002).

O nível de esperança de uma pessoa pode influenciar os aspectos da religiosidade, da espiritualidade e da fé, uma vez que estes geram esperança, propósito e significado, além de possibilitarem a criação de mecanismos de enfrentamento de doenças graves, como o câncer (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). Dessa forma, é importante avaliar os níveis de esperança do paciente oncológico, auxiliar na promoção e/ou manutenção da esperança e, através de apoio e diálogo, promover sentimentos positivos e abordagem da espiritualidade durante o cuidado.

Estudos mostram que a dimensão espiritual do paciente tem relação com os níveis de esperança (OTTAVIANI *et al.*, 2014), já que a espiritualidade traz significado à vida e promove aproximação com o sagrado e a fé, configurando-se como um recurso de esperança que colabora no enfrentamento de situações desafiadoras (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014). Assim, a esperança é considerada um elemento essencial para as pessoas com doença oncológica, dado que esse diagnóstico constitui uma ameaça para a pessoa e para sua família, sendo um fator de estresse e insegurança em relação ao futuro (QUERIDO, 2005).

Estudo de revisão sistemática publicado em 2020 avaliou produções científicas nacionais e internacionais que investigaram a esperança em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. De acordo com as pesquisas avaliadas, a esperança ou a associação dela com outras estratégias podem promover melhor enfrentamento do câncer (SANTOS *et al.*, 2020).

Do ponto de vista da psicologia, a esperança afeta o bem-estar em situações difíceis e é essencial para o enfrentamento de estresse prolongado. Afinal, há uma relação dinâmica e recíproca entre esperança e enfrentamento (o enfrentamento estimula a esperança e a esperança, por sua vez, fomenta e sustenta o enfrentamento

a longo prazo), em que ambos são recursos adaptativos comuns em situações que ameaçam o bem-estar físico ou psicológico (FOLKMAN, 2010).

O enfrentamento refere-se a um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, utilizadas com o objetivo de enfrentar demandas internas ou externas que geram estresse, como um mecanismo adaptativo em situações adversas que ocorrem no decorrer da vida (Lazarus; Folkman, 1984). O enfrentamento é, assim, aspecto psicológico mediador entre o organismo e o ambiente, sendo essa interação um processo dinâmico e multidimensional.

Esse aspecto psicológico também é conhecido como *coping* e tem sido estudado ao longo dos anos, havendo evidências do efeito de estratégias de enfrentamento para o manejo do estresse e da saúde mental, pois o *coping* gera resultados psicológicos positivos (ENDLER; PARKER, 1990; FOLKMAN *et al.*, 1986; LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Assim, esse aspecto pode influenciar a resposta ao estresse e interferir no processo de aceitação do diagnóstico, do tratamento e da recuperação de doenças graves.

Alguns comportamentos associados a estratégias individuais de *coping* são considerados mais flexíveis, propositais e adequados à realidade de modo consciente, sendo influenciados por traços da personalidade, como otimismo, rigidez e autoestima (FOLKMAN; LAZARUS, 1985; CARVER; SCHEIER, 1994; CARVER; SCHEIER; WEINTRAUB, 1989).

O conceito de enfrentamento religioso e espiritual foi introduzido por Pargment (1997), baseado na definição de *coping*, mas ele recorre a aspectos do sagrado ligados à religião/espiritualidade para enfrentar o problema. Desta forma, as crenças espirituais podem ser utilizadas como ferramentas de enfrentamento da doença, de seu diagnóstico e tratamento, sendo importante, portanto, a inclusão dessa dimensão durante a assistência em saúde.

Estudo realizado com mulheres diagnosticadas com câncer apontou que a espiritualidade teve papel fundamental para o enfrentamento da doença e para a recuperação da saúde (BITTAR; CASSIANO; SILVA, 2018).

Sobre as estratégias de enfrentamento adotadas pelas pessoas, alguns estudiosos as classificam como enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. Quando o foco do enfrentamento está no problema, a pessoa aproxima-se da fonte estressora tentando manejar ou modificar o problema ou situação, e quando é focalizado na emoção, a tentativa é de lidar com a

resposta emocional gerada pela fonte estressora, podendo ser adotada uma postura de afastamento, negação ou esquiva. Vale ressaltar que a estratégia adotada pela pessoa não é excludente, pois podem ser adotadas diferentes estratégias para passar pela situação, focalizada tanto no problema quanto na emoção, além de busca de suporte social, religiosidade, diversões etc. (SEIDL; TROCCOLI; ZANNON, 2001).

As estratégias adotadas podem ter impactos positivos, quando geram respostas efetivamente saudáveis, e negativas, quando colocam a pessoa em situação de vulnerabilidade em relação à superação do problema (KLEINUBING *et al.*, 2013). Portanto, reconhecer as estratégias utilizadas pelo paciente em tratamento contra o câncer pode colaborar para abordagens terapêuticas que promovam o bem-estar e a melhor recuperação da saúde.

Assim, além dos aspectos físicos, emocionais, psicológicos e sociais, torna-se importante observar, acompanhar e avaliar aspectos da espiritualidade individual, qualidade de vida, nível de esperança e mecanismos de enfrentamento que a pessoa em tratamento para o câncer apresenta. Isso permite um cuidado mais integral e digno, que pode impactar positivamente na recuperação da saúde.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Este estudo adotou as abordagens quantitativa e qualitativa e foi resultado de um estudo de intervenção, para o qual foi escolhido o ensaio clínico randomizado a fim de avaliar os efeitos da inclusão da dimensão espiritual do paciente no tratamento quimioterápico e em sua relação com o enfrentamento do câncer, com a qualidade de vida e com o nível de esperança desses pacientes.

Os ensaios clínicos randomizados partem de uma causa para o efeito e são considerados padrão de excelência entre os métodos de pesquisa, visto que produzem evidências inequívocas para esclarecer essa relação entre causa e efeito de uma intervenção. Nesse tipo de estudo, os indivíduos são alocados aleatoriamente para grupo de intervenção e grupo de controle para que estes tenham características semelhantes e neutralizem, assim, os fatores que confundem a interpretação dos resultados (PEREIRA, 2008).

Ao utilizar esse método, esta investigação buscou verificar se havia alguma relação entre a inclusão da abordagem da espiritualidade do paciente através de uma prática espiritual (intervenção RIME) e sua qualidade de vida geral, enfrentamento da doença atual e nível de esperança. Esses aspectos podem influenciar positivamente na recuperação e no enfrentamento da doença pelas pessoas em tratamento para o câncer.

Para descrever as mudanças ocorridas após a inclusão da espiritualidade do paciente no tratamento quimioterápico, utilizou-se a abordagem qualitativa. Esta abordagem foi utilizada pois permite conhecer a subjetividade referente a uma realidade vivenciada a partir de significados, crenças e valores atribuídos pelos atores sociais envolvidos (MINAYO, 2013).

3.2 Local e período do estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), vinculada ao Hospital de Base de Vitória da Conquista, no sudoeste da Bahia, Brasil. Esta unidade está em funcionamento desde o ano de 2014, prestando assistência pelo Sistema Único de Saúde à população da cidade e a mais 72 (setenta e dois) municípios da região.

A rede de atenção às pessoas com câncer é redefinida através da Portaria nº 140/14 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) e é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar. Esta última é composta pelo Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), pela Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e por Complexos (Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, dos Sistemas Logísticos e Governança), conforme descritos na Portaria nº 483/GM/MS, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014), e na Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013).

Desta forma, as Unacons aparecem como parte da rede de atenção à pessoa com câncer no âmbito do SUS. Quanto à Unacon do Hospital de Base de Vitória da Conquista, é uma unidade que funciona em espaço anexo ao Hospital de Base e oferece assistência em quimioterapia, além de atendimento clínico nas especialidades de mastologia, oncologia, hematologia e cuidados paliativos e em psicologia e nutrição. Em média 1.273 (mil duzentas e setenta e três) pessoas são atendidas mensalmente na Unacon, que presta serviço conveniado ao SUS, atendendo pessoas portadoras de câncer de tipos variados, excetuando-se câncer de tireoide e leucemia aguda.

Após a identificação e definição desta unidade como possível campo de pesquisa, foi estabelecido contato com os seus gestores. A equipe de administradores foi receptiva à temática e à realização desta investigação, salientando a importância de desenvolvimento de pesquisas e parcerias entre universidades e instituições de cuidados em oncologia.

Antes de iniciar a coleta dos dados, foi realizada uma reunião com a equipe de assistência que atua na sala de quimioterapia, o pessoal do administrativo e as

coordenações a fim de apresentar a pesquisa a ser desenvolvida, seus objetivos e os procedimentos que seriam realizados com os pacientes do grupo de intervenção durante o período da quimioterapia. A equipe de assistência também demonstrou boa aceitação da proposta, relatando inclusive a importância da abordagem de temas envolvendo a espiritualidade dos pacientes em momentos difíceis, como o tratamento contra o câncer.

Os dados foram coletados no período de 28 de outubro de 2019 a 4 de junho de 2020.

3.3 Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa pessoas portadoras de câncer em tratamento quimioterápico assistidas na Unacon do Hospital de Base de Vitória da Conquista. A identificação dos pacientes elegíveis ocorreu a partir da análise de sistema informatizado contendo os dados de todos os pacientes da unidade. Este definia quais pacientes estariam na unidade durante três ou quatro dias semanais para recebimento do quimioterápico de acordo com o tratamento prescrito. Cada ciclo de quimioterapia era composto por três ou quatro sessões semanais (cada sessão dura em média 8h) com intervalo que variava de 15 (quinze) a 21 (vinte e um) dias entre os ciclos.

Como critérios de inclusão, foram considerados os pacientes com diagnóstico médico confirmado de câncer, com idade acima de 18 anos, com condições clínicas e cognitivas para participar desta pesquisa (identificados pelas respostas aos questionamentos: onde se encontrava naquele momento, ano de nascimento, procedência, qual o mês e o dia da semana) e que tivessem pelo menos três ciclos do tratamento para ser realizados.

Foram excluídos deste estudo, portanto, aqueles que não apresentaram condições cognitivas mínimas para participar. Foram também excluídos aqueles em situação de terminalidade ou cuidados paliativos, por entendermos que esse é um público muito específico, que pode, em decorrência da finitude, apresentar comportamentos e necessidades espirituais diferentes dos demais participantes.

A pesquisa constou de dois grupos, um de controle e um de intervenção, nos quais os pacientes foram alocados através de sorteio aleatório. A randomização foi realizada a partir de sequência numérica gerada por programa de computador.

A intervenção foi uma prática espiritual (intervenção RIME - Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade) que buscou desenvolver a expressão da espiritualidade individual de cada paciente, a relação deste consigo mesmo, com o outro e com um ser divino de crença pessoal, reconhecendo-se como parte de um todo.

O convite para participação desta pesquisa ocorreu individualmente após a entrada na sala de quimioterapia, quando os objetivos da pesquisa, sua relevância e riscos foram informados a cada convidado. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 Intervenção

Compreendemos que por ser a espiritualidade uma dimensão subjetiva e individual, uma prática espiritual é também subjetiva, devendo fazer algum sentido no que diz respeito à aproximação do indivíduo com a sua dimensão espiritual, seja ela voltada para si mesmo ou para um ser transcendental.

Assim, neste estudo, consideramos como prática espiritual uma ação que desenvolva a expressão da espiritualidade, que atue em questões envolvendo a relação do indivíduo consigo mesmo, com o outro e com um ser divino da crença pessoal, bem como ações que colaborem para a busca pessoal por sentido na vida e por significado da experiência vivenciada com o diagnóstico e com o enfrentamento da doença.

Para tanto, a prática espiritual escolhida para trabalhar a espiritualidade dos participantes foi a Intervenção RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade), a qual está fundamentada na teoria junguiana e nos estudos das Experiências de Quase Morte (EQM), sendo considerada uma Psicoterapia Breve por imagens alquímicas. Ela tem caráter complementar, foi desenvolvida para ambiente hospitalar e ambulatorial e integra as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade individual, em uma abordagem simbólica e transpessoal (o roteiro está disponível em apêndice).

O método RIME foi desenvolvido no Brasil pela psicóloga Dra. Ana Catarina Elias, no período de quase 20 anos, através de estudos de mestrado (2001) e doutorado (2005), na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e de pós-doutorado (2015), na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

A RIME foi inicialmente elaborada para trabalhar a dor psíquica e a dor espiritual relacionadas à morte em pacientes sem possibilidade de cura, em cuidados paliativos, no ambiente hospitalar, ambulatorial ou em assistência domiciliar. Posteriormente, teve seu uso estendido a pacientes com doenças graves com possibilidade de cura, em que o fator a ser trabalhado incluía o sofrimento relacionado à doença. Foi operacionalizada por meio de imagens e elementos espirituais que trabalham dificuldades ou sofrimentos diante de doença grave (e não apenas a dor relacionada à morte) através da espiritualidade do paciente.

A espiritualidade, na RIME, tem uma dimensão de transcendência pessoal que coloca o indivíduo em contato com a sabedoria interna além de uma perspectiva de transcendência por intermédio de uma fonte externa (ser supremo da crença pessoal de cada um), o que traz um crescimento pessoal que favorece a resignificação de situações e sofrimentos relacionados à doença.

De acordo com Elias (2018), essa intervenção está fundamentada em Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade, partindo das seguintes bases teóricas:

- a) **Relaxamento:** é considerado um estado de serenidade mental, relativo à ausência de ansiedade e tensão muscular. Esse relaxamento é um estado natural que sentimos quando somos submetidos a exercícios respiratórios lentos e profundos, meditação e oração, em que podemos compreender, de maneira intuitiva, o significado de símbolos e manifestações do inconsciente. A respiração lenta e profunda, também proposta na RIME, tem sido apontada pela literatura científica como um fator indispensável para se alcançar o estado de relaxamento mental, e esse relaxamento atingido através da respiração favorece a aprendizagem e torna a pessoa mais receptiva a mudanças de atitudes e ideias. Esta fase da intervenção prepara o participante para a próxima etapa.

- b) **Imagens Mentais:** está fundamentada em três aspectos: **Símbolos, Função Transcendente, Psicoterapia Breve através do Processo Alquímico** (imaginação dirigida).

Imagens Mentais/Símbolos: as imagens mentais são consideradas um símbolo através do qual é possível acessar a realidade subjetiva interna com expansão da consciência e encontrar novas formas de lidar com experiências atuais. A imaginação é composta por imagens mentais que, por sua vez, são formadas por símbolos. Quando a mente explora um símbolo, ela é conduzida a ideias que estão fora do campo da razão (JUNG, 1993). Assim sendo, o símbolo é um objeto do cotidiano pessoal, mas que aponta para algo com significado oculto, que não pode ser apreendido no primeiro momento pela mente racional, pois é algo visível de uma realidade imaterial (KAST, 2014). O símbolo, desse modo, é considerado uma linguagem natural do inconsciente – a forma como este se expressa, segundo Jung. Logo, o inconsciente pode ser alcançado e se expressar através dos símbolos (JUNG, 2007).

Imagens Mentais/Função Transcendente: Carl Jung trabalhou em seus estudos com a definição de Self ou arquétipo de si mesmo como sendo a sede de identificação subjetiva de cada ser, o centro ordenador e unificador da psique e também a sede da identidade objetiva, consciente (Ego).

Na intervenção RIME, o Ser de Luz escolhido pelo paciente refere-se ao Self ou a Si mesmo, em uma perspectiva simbólica. Esse mesmo ser de luz diz respeito também a um ser espiritual de confiança do paciente (de acordo com as crenças pessoais individuais) em uma perspectiva transpessoal.

Desta forma, através da intervenção RIME, há uma possibilidade de comunicação entre o Self (inconsciente) e o Ego (consciente), interação chamada por Jung de função transcendente. Nessa interação entre o consciente e o inconsciente, o paciente pode chegar a uma nova atitude diante de problemas ou sofrimentos relacionados à doença. Segundo a autora da intervenção, a RIME, como eliciadora da função transcendente em pacientes com possibilidade de cura, favorece a transformação sociopsicoespiritual destas pessoas de forma a impactar na qualidade de vida e nos processos mentais.

Imagens Mentais/Psicoterapia Breve através do Processo Alquímico: a psicoterapia é um processo de “cura” que pode ser desenvolvido através da imaginação dirigida (exploração do inconsciente por meio de imagens induzidas). A

Psicoterapia Breve de Apoio da Rime é parte do princípio proposto por Fiorini (1991), em que o objetivo da psicoterapia é a redução de ansiedade e de outros sintomas clínicos, como meio de retornar à situação de equilíbrio anterior à crise ou à doença, podendo ser aplicada por qualquer profissional de saúde e não só por psicólogos ou médicos psicoterapeutas.

Como mencionado, a RIME trabalha com a imaginação passiva do paciente ao trazer quatro imagens de possível caráter arquetípico, a partir da integração dos elementos trazidos pelas vivências de Experiências de quase morte (EQM) com o processo alquímico de Jung, considerando as três operações: dissolver, coagular e eliciar a coniunctio.

A escolha da autora em trabalhar imagens passivas na Rime visou evitar despertar aspectos ameaçadores que poderiam surgir na imaginação ativa. A proposta da RIME é trabalhar em ambientes hospitalares e ambulatoriais, por qualquer profissional de saúde, onde nem sempre o surgimento desses aspectos poderia ser trabalhado. Assim, a RIME traz imagens positivas, em uma perspectiva simbólica e transpessoal, com o objetivo de trabalhar um foco anteriormente definido pelo paciente e pelo profissional que aplicará a intervenção.

Nessa intervenção, será estimulada uma comunicação do inconsciente com o consciente, dentro do foco definido com o paciente, e direcionada para as quatro imagens (água, túnicas coloridas, sementes douradas e caixa vermelha contendo um presente) referidas por Jung no processo alquímico. Estas visam induzir ao estado de bem-estar e de transformação, associado a sentimentos de proteção e de amor incondicional do Ser de Luz escolhido pelo paciente, em que o sofrimento é dissolvido, as qualidades são consteladas, e uma comunicação entre o Self e o Ego é estimulada através das quatro imagens, as quais estão relacionadas às fases e operações alquímicas propostas por Jung através dos modelos:

- Água: representada por cachoeira, mar, lago, rio, onde o paciente lava seu sofrimento ou conteúdo a ser trabalhado.

Figura 1. Imagens propostas pela autora da RIME.

JARDIM DE FLORES COM CACHOEIRA SUAVE



AO PÉ DA MONTANHA UM LAGO SERENO



UM CAMPO POR ONDE PASSA UM RIO TRANQUILO



UMA PRAIA TRANQUILA COM MAR SERENO



- Túnicas das cores do arco-íris e suas combinações (cores brilhantes): o paciente irá experimentar cada uma delas e depois escolher a que mais o fez se sentir bem, de forma a equilibrar seu corpo espiritual, em referência aos estudos dos chakras da medicina chinesa;
- Sementes douradas: são depositadas pelo Ser Espiritual na testa, na garganta, no coração, no umbigo, nas mãos e nos pés, para que iluminem os pensamentos, as palavras, os sentimentos, as emoções, a ação e o caminhar do paciente;
- Caixa vermelha contendo um presente: o Ser de Luz a entrega para o paciente como referência a um aspecto a ser desenvolvido.

Para Jung, a alquimia descreve um processo de transformação que passa por quatro estágios – a tetrametria da filosofia –, sendo cada um deles representado por cores. A intervenção RIME foi desenvolvida levando em consideração esse processo alquímico simbólico em seus quatro estágios: o enegrecimento (negrume), o embranquecimento (Albedo), o amarelecimento (citrinas) e o enrubescimento (vermelho).

Na alquimia, esses quatro estágios resultam na transformação alcançada a partir de operações alquímicas, sendo as principais delas o calcinato, o coagulatio, o sublimatio, o mortificatio, o separatio e o cuniunctio. Porém, na Rime, a autora considera, para o processo de transformação, a forma simplificada dessas operações, consideradas as principais nesse processo de transformação: solutio, coagulatio e coniunctio. Essa analogia tem como base a teoria Jungiana de transformação de questões pessoais a serem trabalhadas.

Assim, de acordo com a teoria de Jung, os quatro estágios para a transformação (negrume, embranquecimento, amarelecimento e enrubescimento) são alcançados através de estágios alquímicos simbólicos (solutio, coagulatio e coniunctio). É importante compreender essas bases teóricas em que a RIME foi construída para compreendermos os elementos utilizados pela autora cujo símbolo representa cada estágio e cada operação alquímica.

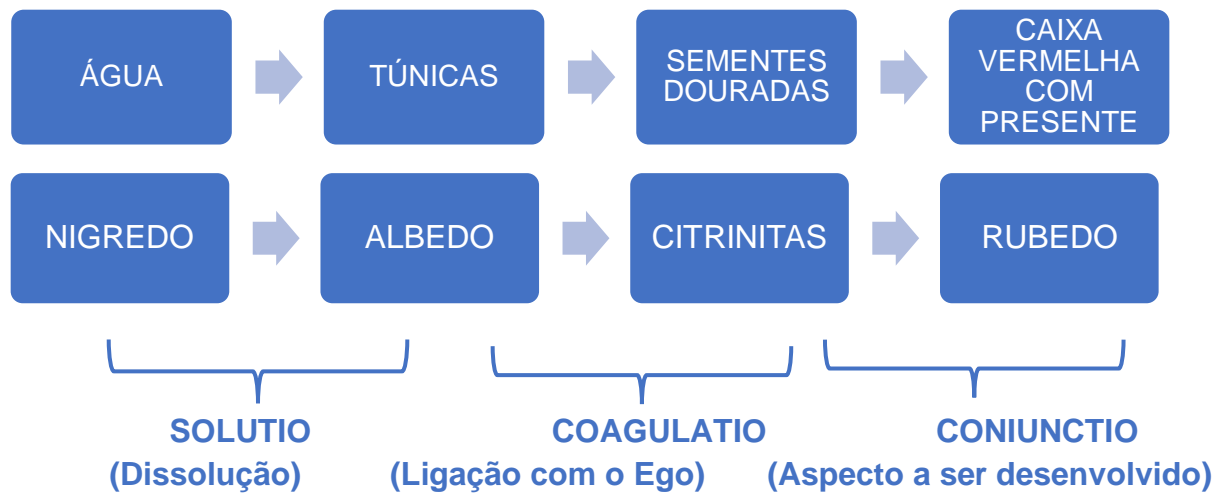
Dessa forma, nessa intervenção, o estágio negrume, que é o inicial, representa o caos, o desequilíbrio trazido pela doença, a dor simbólica da morte ou o sofrimento psicossocial ou espiritual associado ou não à doença, definido como foco a ser trabalhado com a RIME. Esse sofrimento deve passar pelo processo solutio, que quer dizer dissolver sentimentos ou pensamentos para se chegar ao albedo

(embranquecimento). Esse processo é alcançado através da água (cachoeira, mar, rio, lago), trazido na imagem inicial da intervenção. Nesta etapa, o paciente lava seu sofrimento para depois integrá-lo e transformá-lo. Assim, anuncia-se o albedo, que é a transformação do foco, representado pela escolha da túnica. Após o solutio na imagem da água, o paciente é orientado a visualizar-se vestindo túnicas nas cores do arco-íris e suas combinações e, após experimentar todas, escolher a que mais o agrada, de forma a equilibrar o corpo espiritual em referência aos chakras. A transição do albedo para o amarelecimento (citrinas) acontece através da imagem das sementes douradas que são depositadas pelo Ser de Luz, que está relacionado com a operação alquímica coagulatio.

A Rime é concluída com a imagem de uma caixa vermelha contendo um presente que o Ser de Luz entrega para o paciente como referência simbólica a um aspecto potencial a ser desenvolvido, vivenciado através do ego. Essa imagem simbólica da caixa vermelha refere-se ao processo alquímico coniunctio, que é a integração do material criativo à consciência para a transformação esperada pelo paciente. Desse modo, o processo alquímico de transformação psicoespiritual através da aplicação da RIME é realizado por meio das operações alquímicas solutio, coagulatio e coniunctio.

Em resumo, parte-se do nigredo (dor simbólica da morte ou sofrimento relacionado ou não com a doença e seu tratamento); depois, realiza-se o solutio, em que o paciente lava o seu sofrimento para chegar ao albedo (uso das túnicas que equilibra o corpo espiritual); em seguida, realiza-se o coagulatio para se chegar a citrinitas, representado pelas sementes amarelas depositadas pelo Ser de Luz em seu corpo. E, por fim, realiza-se o coniunctio para se chegar ao rubedo, representado pela caixa vermelha contendo um presente do Ser de Luz, que significa um potencial a ser integrado e vivenciado na consciência.

Figura 2. Esquema do processo alquímico na RIME.



Nesta etapa, as imagens mentais terão a função de acessar símbolos que coloquem o participante em aproximação consigo mesmo, com um ser supremo e com um ser espiritual da sua confiança e religião, se houver, podendo ser considerado também um familiar, um amigo ou um ser da natureza para os participantes ateus.

Logo, há uma função transcendente no uso das imagens mentais na intervenção RIME, as quais, na psicoterapia, foram propostas por Carl Jung a fim de que houvesse um diálogo entre o consciente e o inconsciente do indivíduo. As figuras dessa intervenção direcionam esse indivíduo para imagens de possível caráter arquetípico que faz referência ao processo alquímico proposto por Jung (1993). Essa intervenção (RIME) é estruturada, portanto, por elementos simbólicos integrados à espiritualidade individual de cada participante.

- c) **Espiritualidade:** as bases espirituais que compõem a RIME são os estudos da Psicologia Analítica de Carl Jung, do médico, psicanalista e filósofo Celso Charuri, da enfermeira Carla Penrod Hermann – que desenvolveu pesquisas sobre as necessidades espirituais de pacientes em terminalidade –, além de pesquisadores que estudaram Experiências de Quase Morte (EQM).

Foram utilizados elementos que compõem relatos de pacientes que vivenciaram EQM. Essas pessoas foram consideradas clinicamente mortas, mas voltaram a viver normalmente e se lembraram de eventos e imagens durante esse processo. Esses elementos foram utilizados pela autora como referência sobre a natureza da dimensão espiritual. Para Jung (1986), a espiritualidade está relacionada a uma atitude, a uma postura interna de ação, a uma ampliação da consciência, à

presença de sentimentos e pensamentos superiores e ao fortalecimento e amadurecimento que esse contato resulta para a personalidade do indivíduo.

Apesar de ter sido elaborada por uma psicóloga, a RIME pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente treinado para utilizá-la, conforme ficou comprovado no trabalho de doutorado da autora do método RIME (ELIAS, 2007).

Consideramos que o relaxamento integrado a imagens mentais com um componente espiritual é uma prática que permite aos indivíduos o acesso aos seus recursos espirituais individuais. Essa intervenção foi escolhida pois propõe ao indivíduo uma reflexão tanto sobre a sua existência, sua relação consigo mesmo e com o sagrado (Deus, Natureza, Força Superior, Crença) quanto sobre o significado das experiências vivenciadas, seja qual for a crença do paciente, estimulando pensamentos e sentimentos superiores que se relacionam com a sua espiritualidade.

Essa intervenção espiritual foi realizada durante o período em que o paciente compareceu à Unacon para realizar a quimioterapia e, associada ao tratamento convencional, ela ocorreu duas vezes por semana durante três ciclos de quimioterapia, totalizando seis sessões de RIME para cada paciente.

A intervenção foi aplicada pela pesquisadora principal, que é enfermeira e realizou treinamento presencial com a autora do método RIME para a aplicação da técnica, além de receber autorização para a utilização em estudos científicos. A pesquisadora principal é docente do curso de enfermagem de uma universidade estadual e não apresentava qualquer vínculo com os participantes da pesquisa antes do estudo.

As interações ocorreram de maneira pontual, durante as intervenções e a coleta de dados, e todos os participantes foram informados de que a pesquisa não possuía vínculo com o serviço de quimioterapia, de modo a deixar o participante mais à vontade para responder.

3.5 Randomização e Alocação

Cada participante da pesquisa foi alocado em um dos grupos (intervenção e controle) através de processo aleatório, de modo que houve oportunidade igual para

que os participantes fossem inseridos em qualquer um dos grupos de comparação. Afinal, a seleção para os grupos ocorreu por método aleatório simples através de uma sequência de números randomizados gerados por programa de computador.

A inserção dos participantes foi realizada por um membro da equipe de coleta de dados que não tinha conhecimento da legenda da alocação e estava responsável apenas pela coleta dos dados da primeira fase da pesquisa. Após a sequência de alocação dos indivíduos, os grupos foram mantidos em sigilo até que outro membro da pesquisa implementasse a alocação dos participantes em cada grupo (intervenção e controle).

Desse modo, garantimos o mascaramento da sequência de alocação randomizada evitando, assim, que o recrutamento fosse afetado pela intenção do membro. A inserção dos participantes ocorreu continuamente, à medida que novos pacientes chegavam para a quimioterapia.

Os pacientes foram incluídos nesta pesquisa do dia 28 de outubro de 2019 até o dia 31 de janeiro de 2020. A intervenção e a coleta permaneceram até o dia 4 de junho de 2020, quando foram finalizados todos os procedimentos de intervenção e a coleta de dados da segunda fase da pesquisa.

Por se tratar de intervenção que foi de conhecimento tanto do participante quanto do pesquisador principal que conduziu a prática espiritual, este estudo permitiu o cegamento apenas para a equipe de coleta dos dados e para o colaborador que realizou o tratamento estatístico dos dados.

3.6 Procedimentos e instrumentos para a coleta dos dados

Para constituir a equipe da coleta dos dados, convidamos um grupo de estudantes do segundo ano de medicina. Esse convite ocorreu após uma palestra sobre Espiritualidade e Saúde, realizada pela pesquisadora principal em uma universidade federal da Bahia. Um grupo de dez estudantes se disponibilizou a colaborar, relatando interesse em compreender melhor a temática, que ainda é pouco discutida no meio acadêmico.

Esse grupo de estudantes participou de reuniões para treinamento sobre a temática e, principalmente, sobre a pesquisa e os instrumentos a serem utilizados na

coleta. O treinamento foi teórico e prático, com aplicação de questionário entre eles para que qualquer dúvida fosse sanada nessa etapa.

A primeira fase da pesquisa foi composta pelo preenchimento do questionário com os dados sociodemográficos, a escala de esperança, a qualidade de vida e a escala de enfrentamento e por três questões subjetivas. Essa etapa foi aplicada a todos os pacientes (tanto do grupo controle quanto do grupo intervenção). Somente o grupo intervenção, no entanto, foi submetido à psicoterapia com a RIME. Cada participante desse grupo recebeu seis sessões de intervenção, durante o período que comparecia à unidade para realizar quimioterapia.

Essa intervenção foi aplicada em um quarto individual e, antes de tudo, foi explicado ao paciente como seria a condução desse momento. Após orientações, o paciente era posicionado na cama leito e dava-se início à Psicoterapia RIME, que tem sua condução parecida com uma meditação guiada em que são realizadas as etapas de relaxamento e a inclusão de imagens mentais e de elementos da espiritualidade do paciente. Esse momento permite ao participante uma experiência de relaxamento, reflexão e contato com elementos do seu Eu interior e do Sagrado. A esse grupo, após as seis sessões da intervenção, foi questionado se a RIME havia promovido alguma alteração durante o tratamento.

Todos os participantes responderam, no início e no final da pesquisa, a um questionário com as seguintes escalas: Escala de Esperança de Herth (HERTH, 1992; SARTORE; GROSSI, 2008); Escala de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer (ORTC QLQ-30) (Pais Ribeiro; Pinto; Santos, 2008); e Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (VITALIANO *et al.* 1985; GIMENES; QUEIROZ, 1997). Além dessas escalas, responderam também a um questionário contendo dados sociodemográficos e a questões abertas sobre a espiritualidade relacionada à saúde.

Para mensurar a esperança, foi utilizada a Escala de Esperança de HERTH (Apêndice A), que avalia a multidimensionalidade da esperança e as variações em seus níveis (HERTH, 1992). O instrumento original é a *Herth Hope Index*, uma escala validada nos Estados Unidos em 1992 (HERTH, 1992), de aplicação rápida e fácil, que avalia estados de esperança entre pacientes. Validada no Brasil (SARTORE; GROSSI, 2008), constitui-se de uma escala composta por doze itens escritos de forma afirmativa, e a graduação desses itens ocorre por escala tipo Likert de quatro pontos, variando de “concordo completamente” a “discordo completamente”. O escore total

varia de 12 a 48 pontos e, quanto maior o escore, maior o nível de esperança. Há dois itens, a afirmação de número 3 e a de número 6, que apresentam escores invertidos.

Para a avaliação de qualidade de vida, foi utilizado o Questionário de qualidade de vida da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-30) versão 3.0. A versão adaptada de Pais Ribeiro, Pinto e Santos (2008) (Apêndice A) é composta por dezesseis domínios, trinta questões, incorporando quatro escalas e correspondendo ao estado do paciente durante a última semana. O escore de medição dos itens varia, em relação à pontuação, de 0 a 100.

- a) Cinco escalas funcionais (função física, desempenho funcional, cognitivo, emocional e social);
- b) três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea e vômito);
- c) uma escala sobre o estado de saúde global (saúde e qualidade de vida);
- d) um número de itens isolados que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes com câncer (dispneia, perda do apetite, insônia, constipação e diarreia);
- e) um item de avaliação do impacto financeiro da doença.

Essa escala tem a seguinte pontuação: 1 - não, 2 - pouco, 3 - moderadamente e 4 - muito, exceto a escala de saúde global, a qual é composta por duas perguntas que solicitam ao indivíduo que classifique sua saúde geral e sua qualidade de vida na última semana, através de uma nota de 1 a 7, sendo 1 - péssima e 7 - ótima. As questões de 1 a 7 e as de 20 a 27 dizem respeito à Escala Funcional, abordando aspectos físico, emocional, cognitivo, funcional e social, e as questões 29 e 30 abordam a Escala de Saúde Global. Já as questões de 8 a 19, por seu turno, estão relacionadas à Escala de Sintomas como fadiga, dor, insônia, náusea e enjoo.

Calculam-se os escores separadamente para cada uma das escalas (funcional, QV e sintomas). Na escala de Saúde Global e funcionalidade, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Já nas escalas de sintomas, quanto maior a pontuação, pior o escore. Cada escore foi transformado numa escala de 0 a 100, de acordo com as diretrizes de utilização do instrumento, em que o zero denota o pior funcionamento e 100 o melhor funcionamento (escalas funcionais e no Estado Geral de Saúde/Qualidade de Vida). Na escala de sintomas, quanto maior for o valor do escore apresentado, mais são os sintomas presentes e menor é a qualidade de vida do paciente.

Para analisar as estratégias de enfrentamento em relação ao problema de saúde atual (câncer e tratamento quimioterápico), foi escolhida a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (VITALIANO *et al.* 1985; GIMENES; QUEIROZ, 1997), a qual demonstrou possibilidade positiva de aplicação em contextos de pesquisa de intervenção clínica para diferentes clientela (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

Essa escala foi inicialmente formulada em 1980 por Folkman e Lazarus e continha 68 (sessenta e oito) itens distribuídos em oito fatores. Ela foi revisada em 1986 pelos mesmos autores e contém fatores que avaliam o tipo de enfrentamento adotado pela pessoa humana diante de uma situação geradora de estresse (problema de saúde, situação financeira ou familiar etc.) (FOLKMAN; LAZARUS, 1986). Ao avaliar a estrutura fatorial e a revisão teórica dessa escala, Vitaliano *et al.* (1985) chegaram a um instrumento com 57 (cinquenta e sete) itens distribuídos em cinco fatores.

No Brasil, essa escala foi traduzida e adaptada para o português por Gimenes e Queiroz, em 1997, e teve sua análise fatorial e validação realizadas por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). Esta versão passou a ter 45 (quarenta e cinco) itens distribuídos em quatro subescalas ou fatores:

- a) Fator 1: estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. Composto por 18 (dezoito) itens que representam condutas de aproximação com relação ao estressor com vistas a solucionar o problema, lidar ou manejar o estresse. Questões 1, 3, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 40, 42 e 45;
- b) Fator 2: estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, que agrupou 15 (quinze) itens referentes a estratégias emocionais negativas (raiva, tensão), pensamentos fantasiosos (com aspectos irrealistas para solucionar o problema) e respostas de esquiva. Esses itens demonstram estratégias cognitivas e comportamentais que podem ter a função de amenizar o enfrentamento ou resultar em afastamento do estressor. Questões: 2, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37 e 38;
- c) Fator 3: práticas religiosas/pensamentos fantasiosos. Sete itens contemplam sentimentos de esperança e fé que podem auxiliar no enfrentamento e, dentre eles, três apontam para pensamentos fantasiosos para enfrentar tais situações. Questões: 6, 8, 21, 26, 27, 41 e 44;
- d) Fator 4: busca de suporte social. Composto por cinco itens, traz a procura de apoio emocional ou de informações através de amigos, familiares ou

profissionais de saúde como estratégia de enfrentamento. Questões: 4, 7, 9, 31 e 43.

A Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas é a do tipo Likert de cinco pontos (1 - Eu nunca faço isso; 2 - Eu faço isso um pouco; 3 - Eu faço isso às vezes; 4 - Eu faço isso muito; 5 - Eu faço isso sempre). A principal estratégia de enfrentamento é obtida pela maior média dos escores entre as quatro subescalas.

A pesquisa foi dividida em duas etapas: o primeiro momento foi o de preenchimento do questionário com dados sociodemográficos, escalas de Enfrentamento de Momentos difíceis, de esperança e de qualidade de vida, seguido de três questões subjetivas sobre o papel da espiritualidade na vida do paciente, mudanças adotadas na relação com o sagrado/transcendente após o diagnóstico e se o paciente gostaria de ter sua dimensão espiritual abordada em ambientes do setor da saúde. Essa etapa foi aplicada a todos os pacientes (grupo controle e grupo intervenção).

A segunda etapa, por seu turno, foi a de intervenção com a prática espiritual (RIME) para o grupo intervenção. Cada paciente tinha agendamento de quimioterapia que ocorria por três a quatro sessões na semana com intervalos que variavam de 15 a 21 dias para um novo ciclo semanal. Durante as sessões semanais de quimioterapia, o paciente foi submetido a duas sessões de RIME, de modo a completar seis sessões (geralmente depois de três de quimioterapia). Após as seis sessões de RIME, as três escalas foram novamente aplicadas acrescidas de uma pergunta aberta que questionava se a intervenção RIME havia promovido alguma mudança durante o tratamento.

O grupo controle não recebeu nenhum tipo de intervenção espiritual e, após o período de cerca de três ciclos de quimioterapia, as escalas foram novamente aplicadas. Nessa segunda fase, não houve pergunta subjetiva para esse grupo.

3.7 Estratégias para elaboração da Pesquisa

Atualmente, as informações produzidas no campo científico, sobretudo no que se refere à temática da espiritualidade, têm crescido rapidamente, necessitando cada vez mais de critérios e diretrizes que validem a qualidade do conhecimento produzido.

Para tanto, diversos estudos têm sido publicados apresentando e avaliando diretrizes que podem ser seguidas nos variados tipos de estudos realizados para garantir qualidade, segurança e rigor nas diversas etapas de uma pesquisa científica. Logo, durante todo o processo de elaboração desta pesquisa (projeto, processo investigativo e divulgação), os autores apoiaram-se em diretrizes que colaboram com os padrões de qualidade dos estudos científicos, cada vez mais exigidos na produção da ciência.

Nesse sentido, foi utilizada como parâmetro a rede EQUATOR Network, que se configura como uma iniciativa internacional para assegurar a qualidade e a reprodutibilidade da pesquisa em saúde (EQUATOR, 2017). Suas orientações são utilizadas pela maioria das revistas científicas do mundo a fim de assegurar a qualidade dos estudos, visto que é parâmetro para avaliar pesquisas para publicação.

Essa rede oferece uma seleção de documentos que podem ser utilizados para garantir a qualidade dos estudos científicos que estão incluídos no documento intitulado *Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals*, produzido pelo Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (ICMJE, 2015), orientado à melhoria da qualidade e à transparência na realização e divulgação das pesquisas em saúde.

Logo, além das recomendações gerais para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos, foram consultadas para a produção desta pesquisa as diretrizes dos relatórios CONSORT (Moher; Schulz; Altman, 2001) para a condução do ensaio clínico randomizado e para a produção do estudo qualitativo, foram utilizadas as diretrizes COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) e SRQR (*Standards for Reporting Qualitative Research*) (EQUATOR, 2015).

3.8 Análise dos dados

Os dados sociodemográficos coletados foram transferidos para uma planilha eletrônica (Excel®) SPSS versão 21.0 para a análise estatística descritiva dos dados obtidos, a qual foi realizada mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa, para as variáveis categóricas, e mediante medidas de tendência central (média, mediana e desvio padrão), para as variáveis numéricas contínuas.

As escalas utilizadas foram analisadas de acordo com a orientação de cada autor, conforme mencionado nos instrumentos. Em seguida, foram comparados os escores das escalas dos dois grupos, intervenção e controle.

Foi utilizado o programa estatístico JAMOVI 18.1, e o nível de significância observado nos resultados estatísticos foi de 5%. Para verificar se o grupo controle e o de intervenção possuíam as mesmas características segundo as variáveis independentes, foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais. Para as variáveis nominais, foi utilizado o teste do extrato de Fisher; para as variáveis numéricas, foi verificada a adesão à curva de normalidade (Teste de Shapiro-Wilk); para as variáveis paramétricas, foi utilizado o teste t; e para as variáveis não paramétricas, o teste de Kruskal-Wallis.

As entrevistas com as questões subjetivas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra no programa *Microsoft Word* e salvas em arquivo *open office* para análise lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), 0.7 alpha2.

A opção pela entrevista foi por esse método de levantamento de dados ter sido o que mais se adequou ao propósito de obter informações acerca das mudanças ocorridas após a inclusão da espiritualidade do paciente durante o tratamento quimioterápico, além de ser o mais direto. Durante a intervenção e a coleta dos dados, somente o participante e o entrevistador estavam presentes.

Os discursos obtidos na entrevista foram alocados no *software* IRAMUTEQ com o objetivo de auxiliar no armazenamento, na organização, na estruturação e nos processos inferenciais. Esse *software* facilita os procedimentos de codificação e o agrupamento por busca de palavras e expressões verbais, além de contar com o recurso da quantificação para estruturar os dados e gerar *outputs* sob a forma de indicadores estatísticos, figuras, tabelas e gráficos, caso necessário (SOUSA, 2020).

O IRAMUTEQ é um *software* gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud (Lahlou, 2012; Ratinaud; Marchand, 2012), e permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais dos mais variados tipos, como transcrições de entrevistas e grupos focais, respostas a questionários de evocação livre de palavras, documentos legais e midiáticos etc. Ele ancora-se no *software* R e na linguagem Python e é utilizado no Brasil desde 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013). Ademais, ele possui diversos procedimentos lexicométricos que vão desde as estatísticas textuais clássicas, Análise de Especificidades, Classificação Hierárquica Descendente (CHD),

Análise Fatorial por Correspondência (AFC) e análise de similitude até a análise prototípica de evocações e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013, 2017; LOUBÈRE; RATINAUD, 2014; PÉLISSIER, 2017; RATINAUD, 2014).

Para este estudo, foi escolhida a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), também denominada método Reinert, em referência ao desenvolvedor do *software* Alceste (REINERT, 1986). A CHD realiza uma análise de agrupamentos (*clusters*) sobre os segmentos de texto de um corpus, de modo que o material é sucessivamente particionado em função da coocorrência de formas lexicais nos enunciados. Assim, esse procedimento permite obter uma classificação estável em que os segmentos de texto são distribuídos em classes lexicais homogêneas segundo o vocabulário utilizado (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

3.9 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi realizada seguindo as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aborda os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos pautada nos princípios básicos da bioética, autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade. Foram garantidos, desse modo, o anonimato e a privacidade dos participantes deste estudo e, para a publicação dos dados, quando indispensável a identificação de relatos coletados, seus nomes foram substituídos por nome de flores.

A pesquisa, ainda como projeto, foi encaminhada para análise, por meio da Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e a coleta de dados ocorreu apenas após aprovação pelo comitê, através do parecer de nº 3.483.361.

As pessoas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) autorizando a coleta e cedendo os direitos de uso e divulgação do conteúdo, inclusive para publicação dos resultados da pesquisa em artigos e revistas e para divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais. Contudo, foram garantidos ao participante o sigilo e o anonimato além de lhe ser assegurada a desistência em qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo pessoal ou para o seu tratamento.

Esta pesquisa também foi cadastrada no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob o número RBR-9qpmcfr.

4. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados em forma de manuscritos, os quais estão formatados segundo as normas gerais de publicação dos periódicos científicos escolhidos para publicação.

MANUSCRITO 1: IMPACTOS DA INCLUSÃO DA ESPIRITUALIDADE DURANTE A QUIMIOTERAPIA PARA O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Será submetido à revista *Texto & Contexto*:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/textoecontexto>. Qualis Capes A2.

MANUSCRITO 2: IMPACTOS DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ESPERANÇA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Será submetido à *Revista de Salud Pública*:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica>. Qualis Capes B1.

MANUSCRITO 3: MUDANÇAS RELATADAS APÓS A INCLUSÃO DA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE DURANTE O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.

Submetido à revista *Saúde e Sociedade* em 17 de maio de 2021.

<https://www.revistas.usp.br/sausoc>. Qualis Capes B1.

4.1 Manuscrito 1

Artigo Original

IMPACTOS DA INCLUSÃO DA ESPIRITUALIDADE DURANTE QUIMIOTERAPIA PARA O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

RESUMO

Objetivo: avaliar o enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade do paciente no tratamento quimioterápico. **Método:** ensaio clínico randomizado, realizado com 30 pacientes portadores de câncer em tratamento quimioterápico em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. A intervenção que incluiu a dimensão espiritual do paciente durante o cuidado foi o Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade, e para avaliar o enfrentamento foi utilizada a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas. Pesquisa cadastrada no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob o número RBR-9qpmcfr. **Resultados:** a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes da intervenção foi a prática religiosa/pensamento fantasioso, antes e depois da intervenção, e para o grupo controle a principal estratégia foi focalizada no problema no início da coleta e prática religiosa/pensamento fantasioso e no problema, no segundo momento da pesquisa. Apesar disso, não foram observadas diferenças estatísticas no modo de enfrentamento entre os grupos estudados. **Conclusão:** apesar de não serem identificadas diferenças no enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade no tratamento quimioterápico, observa-se que as principais maneiras que o paciente utiliza para enfrentar o diagnóstico e tratamento do câncer envolvem questões relacionadas à espiritualidade. Assim, é importante considerar esta dimensão durante o plano terapêutico.

Descritores: Espiritualidade; Religião; Ensaio Clínico; Adaptação Psicológica; Neoplasias.

INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças que apresenta crescimento desordenado e anormal de células que se disseminam invadindo tecidos adjacentes, podendo se espalhar para outros órgãos além do local original.¹

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o câncer é a primeira ou a segunda principal causa de morte antes dos 70 anos em 91 países do mundo.² No Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil novos casos de câncer³ e que, no ano de 2019, ocorreram aproximadamente 236 mil mortes, configurando-se como a segunda causa de morte.⁴

Por ser uma doença grave, com grande impacto para a saúde da população mundial, o câncer tem apresentado avanços no que diz respeito ao seu tratamento, não apenas no campo da medicina, mas em áreas que envolvem outras dimensões do ser, que vão além da biológica, como a social, emocional e psicológica.⁵

A abordagem multidimensional durante o tratamento do câncer garante um cuidado integral e digno à pessoa humana, além de contribuir para a recuperação da saúde, já que esta doença afeta diversas dimensões do ser. Quando a cura não é possível, o cuidado holístico auxilia em aspectos subjetivos como o bem-estar e melhor enfrentamento da doença, impactando na qualidade de vida.

O enfrentamento é concebido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, utilizadas com o objetivo de enfrentar demandas internas ou externas que geram estresse, como um mecanismo adaptativo em situações adversas que ocorrem na vida.⁶ Assim, é um importante aspecto a ser considerado durante o tratamento do câncer.

Cada pessoa pode apresentar formas diversas de ajustes à situação estressora gerada a partir do diagnóstico de câncer, e a forma de lidar com isto vai depender das estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente.⁷

Estudiosos apontam que a estratégia pode estar focalizada no problema ou na emoção. Quando o foco do enfrentamento está no problema, a pessoa aproxima-se da fonte estressora tentando manejar ou modificar o problema ou situação. Quando é focalizada na emoção, a tentativa é de lidar com a resposta emocional gerada pela fonte estressora. A pessoa pode adotar diferentes estratégias para passar pela situação, focalizando no problema e também na emoção, além de busca de suporte social, espiritualidade, diversões, entre outros.⁸

Desta forma, a dimensão espiritual do paciente pode ser um fator de suporte

no enfrentamento de doenças como o câncer. A espiritualidade é uma busca pessoal por sentido na vida e está relacionada a crenças e valores íntimos de harmonia e completude interior e conexão, estimulando o interesse pelos outros e por si em uma unidade com a vida e com a natureza, o universo⁹.

Portanto, a abordagem de aspectos relacionados à espiritualidade do paciente pode ser ação necessária durante o tratamento. Isto poderá trazer benefícios na maneira como o paciente lida com o estresse gerado pelo diagnóstico e se adapta à nova realidade trazida pela doença.

O diagnóstico do câncer e seu tratamento podem configurar um desafio na adaptação ao novo contexto de saúde, tanto para pacientes quanto para seus familiares. E as estratégias de enfrentamento, quando avaliadas e estimuladas dentro do plano terapêutico, podem trazer benefícios para o tratamento do paciente com câncer. Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade do paciente no tratamento quimioterápico.

MÉTODO

Esta pesquisa teve abordagem quantitativa, sendo realizado o ensaio clínico randomizado para avaliar o enfrentamento do paciente com câncer, após a inclusão de uma intervenção que incluía a vivência da espiritualidade do paciente durante o tratamento quimioterápico.

O estudo foi realizado no período de 28 de outubro de 2019 a 04 de junho de 2020 em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), vinculada a um hospital público no interior da Bahia, Brasil.

Foram incluídas pessoas diagnosticadas com câncer, atendidas nesta UNACON, que tinham idade acima de 18 anos e com condições clínicas e cognitivas para participar da pesquisa, e que possuíam pelo menos três ciclos do tratamento para serem realizados. Foram excluídos os que não tinham condições cognitivas mínimas para participar e os que estavam em situação de terminalidade ou cuidados paliativos.

A alocação ocorreu por método aleatório simples, através de uma sequência de números randomizados gerados por programa de computador. A inclusão dos participantes na lista de alocação ocorreu no período de 28 de outubro de 2019 até 31 de janeiro de 2020 e foi realizada por membro da equipe de coleta de dados que não tinha conhecimento da legenda da alocação e estava responsável apenas pela

coleta dos dados da primeira fase da pesquisa.

A sequência dos pacientes alocados foi mantida em sigilo até que outro membro da pesquisa implementasse a alocação dos participantes para cada grupo (intervenção e controle).

A intervenção escolhida para trabalhar a espiritualidade do paciente durante a quimioterapia foi a RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade), método desenvolvido por pesquisadora brasileira para ser trabalhada em ambiente hospitalar e ambulatorial. Esta intervenção tem caráter complementar e integra as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade individual, em uma abordagem simbólica e transpessoal.¹⁰

Na primeira etapa da pesquisa foram coletados dados sociodemográficos e aplicada a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) nos 30 pacientes.

Aqueles que estavam no grupo de intervenção, receberam 2 sessões de RIME por semana durante o período de 3 ciclos de quimioterapia. Assim, os participantes da intervenção receberam o total de 6 sessões de RIME. A intervenção foi aplicada apenas pela pesquisadora principal, que recebeu treinamento com a autora do método utilizado. As sessões foram aplicadas para cada paciente individualmente, em quarto privativo na sala de quimioterapia. Para padronização da intervenção, utilizou-se o mesmo roteiro em todas as sessões de RIME.

O grupo controle recebeu apenas a quimioterapia, sem que nenhuma abordagem que incluísse a espiritualidade fosse realizada na unidade durante o período da coleta dos dados.

Na segunda etapa da pesquisa, todos os participantes responderam novamente a escala de enfrentamento. Aqueles do grupo de intervenção, responderam a escala após a última sessão da RIME. Os demais, em período igual, ou seja, após 3 ciclos de quimioterapia. Assim, o enfrentamento foi avaliado em dois momentos nos dois grupos: na primeira etapa e após 3 ciclos de quimioterapia

A Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) foi inicialmente elaborada em 1985¹¹ e adaptada para a população brasileira em 1997¹². Este instrumento demonstrou possibilidade positiva de aplicação em contextos de pesquisa de intervenção clínica para diferentes clientela⁸, e por isto foi escolhida.

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa estatístico JAMOVI 18.1 e o nível de significância observado nos resultados estatísticos foi de 5%. Para

verificar se os grupos controle e de intervenção possuíam as mesmas características, as variáveis independentes foram analisadas através da estatística descritiva e inferencial. Para as variáveis nominais foi utilizado o teste do extrato de Fisher; para as numéricas, foi verificada a adesão à curva de normalidade (Teste de Shapiro-Wilk); para as variáveis paramétricas foi utilizado o teste t e para as variáveis não paramétricas, o teste de Kruskal-Wallis.

Na Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas foram inicialmente apresentados os parâmetros descritivos das médias de cada domínio e a verificação de normalidade. Depois, foram apresentadas as médias de respostas de cada domínio no grupo de intervenção e no de controle. Para cada participante, foi verificado qual o maior escore da escala em cada grupo e momento. Para verificar qual maior escore, foi utilizado o teste do extrato de Fisher.

Esta pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aborda os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Enquanto projeto, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob parecer de nº 3.483.361. Os pacientes que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

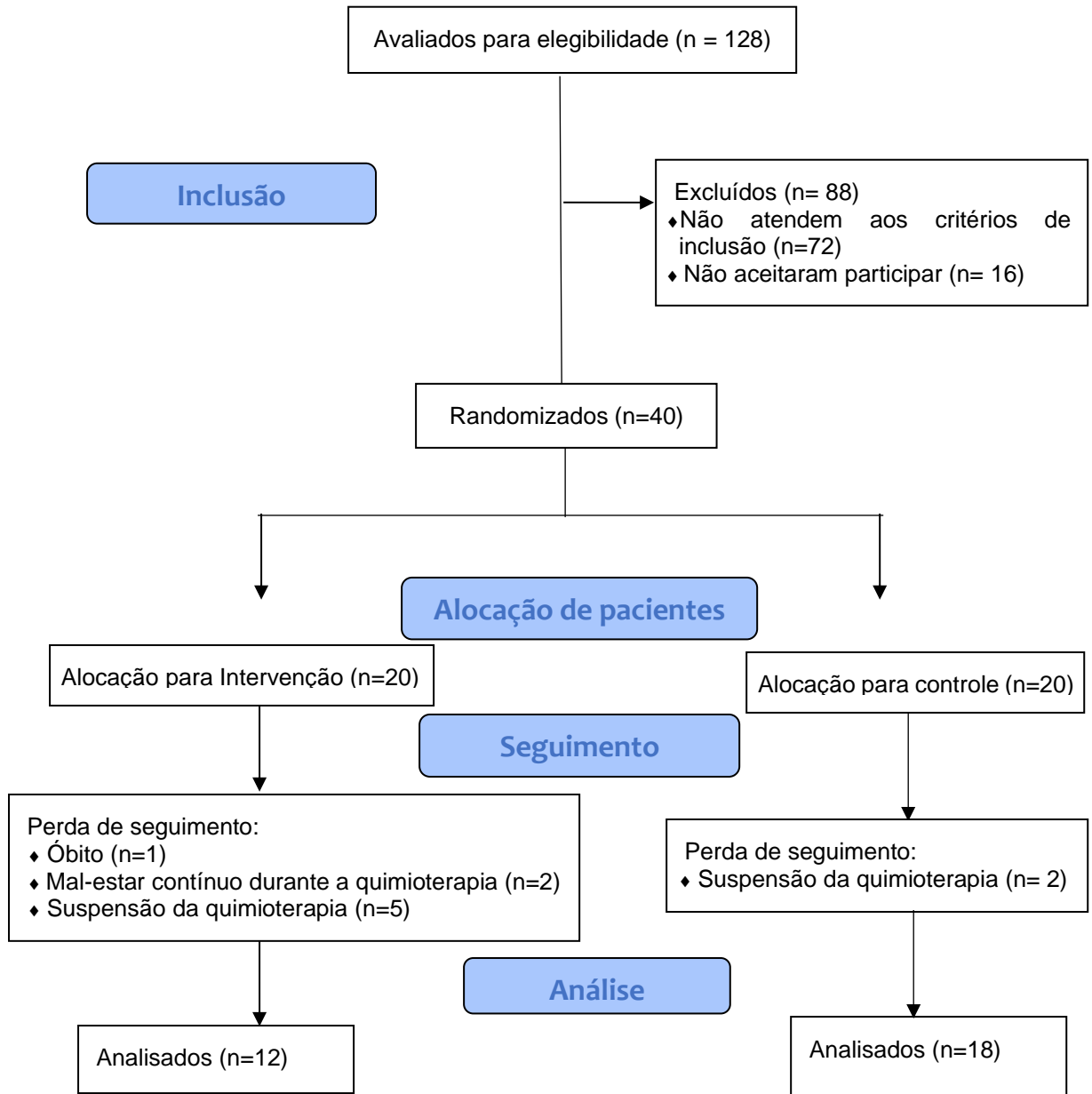
Esta pesquisa também foi cadastrada no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob o número RBR-9qpmcfr.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 30 pacientes diagnosticados com câncer que estavam em tratamento quimioterápico na UNACON de um hospital público.

Inicialmente a pesquisa teve a inclusão de 40 pacientes, sendo 20 do grupo controle e 20 do grupo de intervenção. Durante a pesquisa, houve uma perda amostral de 10 pacientes, sendo 8 do grupo de intervenção (1 por óbito, 2 apresentaram mal-estar constante durante as sessões de quimioterapia e solicitaram sua saída da pesquisa e 5 tiveram seu tratamento quimioterápico suspenso) e 2 do grupo controle (por suspensão das sessões de quimioterapia). Assim, concluímos a pesquisa com 30 pacientes, 12 no grupo de intervenção e 18 no controle.

FLUXOGRAMA



A maior parte dos participantes era do sexo masculino (53%), casada (60%) e de religião católica (57%). Dos 90% que possuíam afiliação religiosa, 78% praticavam a religião com uma frequência no templo, que variou de 1 a 4 dias por semana. Além disto, 23% dos participantes informaram frequentar outra religião além daquela a que era afiliado.

A idade dos participantes variou de 22 a 82 anos, com idade média de 51 anos. O tempo médio de diagnóstico foi de 17 meses e variou de 2 meses a 7 anos e tempo de tratamento de 1 a 36 meses, com média de 9 meses. O tipo de câncer mais frequente entre os 30 pacientes foi o gástrico e de colón (17% cada um). O câncer do sistema digestório foi o mais diagnosticado nesta amostra, somando 57%, que incluiu o gástrico, de colón, intestino, esôfago, orofaringe e reto.

As variáveis idade, prática religiosa e frequência religiosa apresentaram adesão à curva de normalidade, enquanto o tempo de diagnóstico e tratamento do câncer, não. Em relação às variáveis numéricas, o tempo de diagnóstico do câncer foi a única que apresenta resultados diferentes nos grupos de intervenção e controle. As demais variáveis apresentam os mesmos padrões de distribuição em ambos os grupos.

Em relação à análise da escala de enfrentamento, a Tabela 1 mostra os dados descritivos da análise da escala, com as estratégias utilizadas nos dois momentos da coleta. É possível observar que as maiores médias para o grupo controle e intervenção foram as focalizadas na prática religiosa/pensamentos fantasiosos antes da intervenção. Após a intervenção, foram observados que o grupo controle teve maior média na estratégia focalizada no problema, enquanto o grupo de intervenção manteve a estratégia baseada na prática religiosa/pensamento fantasioso.

A estratégia com menores escores em ambos os grupos nos dois momentos da coleta foi a focalizada na emoção, onde são utilizadas estratégias cognitivas e comportamentais que podem ter a função de amenizar o enfrentamento ou resultar em afastamento do estressor.

Tabela 1. Estatística descritiva da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas. Vitória da Conquista, BA, Brasil. 2019. (n=30)

Itens	Grupos*	N	Média	Mediana	DP**	Mínimo	Máximo	Normalidade
Problema (momento1)	I	12	4,15	4,22	0,679	3,00	5,00	0,548
	C	18	4,19	4,25	0,412	3,39	4,78	0,408
Emoção (momento1)	I	12	1,81	1,73	0,501	1,20	2,80	0,192
	C	18	1,79	1,60	0,621	1,00	3,07	0,111
Prática religiosa/ Pensamento fantasioso (momento1)	I	12	4,29	4,43	0,523	3,29	5,00	0,525
	C	18	4,21	4,36	0,577	2,71	5,00	0,054
Suporte social (momento1)	I	12	3,25	3,30	1,072	1,60	5,00	0,909
	C	18	3,58	3,80	0,729	2,20	4,60	0,251
Problema (momento2)	I	12	3,97	4,03	0,456	3,00	4,94	0,365
	C	18	4,39	4,42	0,469	3,33	5,00	0,210
Emoção (momento 2)	I	12	1,74	1,64	0,393	1,20	2,40	0,474
	C	18	1,92	1,83	0,549	1,00	3,07	0,683
Prática religiosa/ Pensamento fantasioso (momento 2)	I	12	4,25	4,29	0,476	3,29	5,00	0,940
	C	18	4,22	4,21	0,462	3,57	5,00	0,216
Suporte social (momento 2)	I	12	3,05	3,20	0,977	1,20	4,60	0,927
	C	18	3,46	3,60	0,864	2,20	5,00	0,273

* Grupos: C =Controle; I=Intervenção; ** DP= desvio padrão.

A Tabela 2 mostra a principal estratégia adotada pelos participantes no momento 1, nos grupos de intervenção e controle. Os participantes do grupo intervenção utilizaram como principal estratégia de enfrentamento a Prática religiosa/Pensamento fantasioso, enquanto o grupo controle utilizou o enfrentamento focado no problema. Foram verificadas diferenças estatísticas entre o grupo controle e intervenção ($p=0.047$).

Tabela 2. Maiores escores no momento 1, nos grupos de intervenção e controle. Vitória da Conquista, BA, Brasil. 2019. (n=30)

Maior escore P=0,047	Grupos*	
	I	C
Prática religiosa/Pensamento fantasioso	7	3
Problema	3	12
Problema e Suporte social	1	0
Problema e Prática religiosa/Pensamento fantasioso	1	0
Suporte social	0	2
Emoção	0	1
Total	12	18

* Grupos: C =Controle; I=Intervenção.

Os maiores escores no momento 2, nos grupos de intervenção e controle estão apresentadas na Tabela 3. Nesta segunda etapa da pesquisa, o grupo de intervenção manteve a prática religiosa como principal estratégia, enquanto o grupo controle apresentou estratégia focalizada tanto no problema, quanto na prática religiosa. Não foram verificadas diferenças estatísticas entre os grupos controle e intervenção.

Tabela 3. Maiores escores no momento 2, nos grupos de intervenção e controle. Vitória da Conquista, BA, Brasil. 2019. (n=30)

Maior escore	Grupos*	
	I	C
Prática religiosa/Pensamento fantasioso	9	8
Problema	3	8
Prática religiosa/Pensamento fantasioso e Suporte social	0	1
Problema e Suporte social	0	1
Total	12	18

* Grupos: C =Controle; I=Intervenção.

Ao avaliar se houve mudança da estratégia nos grupos intervenção e controle, observa-se que as alterações não foram significativas, conforme Tabela 4. Assim, não foram verificadas diferenças estatísticas no enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade durante o tratamento quimioterápico entre o grupo controle e o de intervenção.

Tabela 4. Mudança de maior escore, nos grupos de intervenção e controle. Vitória da Conquista, BA, Brasil. 2019. (n=30)

Grupo	Mudança P=0,897		Total
	Não	Sim	
Intervenção	6	6	12
Controle	8	10	18
Total	14	16	30

DISCUSSÃO

Ao avaliar o enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade do paciente durante o tratamento quimioterápico, os resultados demonstraram que não houve diferenças estatísticas significativas na principal estratégia de enfrentamento utilizada pelos pacientes do grupo controle e intervenção.

Apesar disto, verificou-se que na primeira etapa da pesquisa (antes da intervenção) a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes da intervenção foi a prática religiosa/pensamento fantasioso e pelo grupo controle foi focalizada no problema. A estratégia focalizada na prática religiosa/pensamento fantasioso foi predominante para ambos os grupos no segundo momento da coleta, tendo a estratégia focalizada no problema usada igualmente para o grupo controle.

A estratégia baseada na prática religiosa apareceu neste estudo como importante modo de enfrentamento de momentos difíceis. Essa estratégia é focalizada em práticas religiosas que apresentam sentimentos de esperança e fé que podem auxiliar a pessoa a lidar com a situação do câncer e seu tratamento. Mas também traz alguns itens que apontam para pensamentos fantasiosos para enfrentar tais situações, como tentativa de esquecer o problema, estar na espera de um milagre e desejo de poder mudar o que aconteceu.

As questões relacionadas à aproximação com a fé e espiritualidade, através de orações e prática religiosa/espiritual, bem como esperança em dias melhores são itens que compõem o enfrentamento baseado na prática religiosa, nesta escala de enfrentamento. Os participantes utilizaram esta como a principal estratégia, colocando a dimensão espiritual e a fé como um suporte para a superação do momento vivenciado.

Estudo de revisão integrativa que avaliou as evidências científicas sobre a utilização da espiritualidade para o enfrentamento do tratamento quimioterápico reconhece esta dimensão como estratégia positiva colaborando na adesão ao tratamento e redução do estresse.¹³

Na Espanha, um estudo com 445 participantes avaliou a influência da espiritualidade nas estratégias de enfrentamento em pessoas com câncer em comparação com pessoas sem esta patologia, apontou que pessoas com câncer têm maior aproximação com a espiritualidade. Este público tende a usar a espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença, sendo importante a equipe abordar esta dimensão durante o cuidado em saúde.¹⁴

Outra pesquisa com o objetivo de identificar as principais estratégias de enfrentamento entre pacientes oncológicos em cuidados paliativos aponta que eles utilizam principalmente estratégias como enfrentamento familiar, adaptação e enfrentamento religioso. Neste estudo, a religiosidade/espiritualidade e a rede social de apoio foram as principais estratégias de enfrentamento apresentadas por estes pacientes.¹⁵

A espiritualidade/religiosidade tem sido considerada um aspecto importante a ser considerado durante o tratamento de doenças graves. Apesar de não serem observadas diferenças estatísticas nas estratégias de enfrentamento adotadas entre os grupos desta amostra após a intervenção, observamos que a espiritualidade está envolvida no principal mecanismo de enfrentamento utilizado pelos participantes. Assim, abordar esta dimensão durante a prática clínica tem que ser considerada pelos profissionais de saúde e tem sido incentivada por pesquisadores devido aos seus benefícios.

Estudo de revisão sistemática relacionou artigos científicos que utilizaram intervenções de base espiritual e seus efeitos psicológicos em pacientes com câncer. As intervenções avaliadas eram aplicadas de 4 a 8 sessões, de forma semelhante à aplicação da RIME neste estudo (6 sessões) e ficou evidenciado que as intervenções de cunho espiritual tinham efeito positivo em pessoas com câncer. Os estudos reunidos nesta revisão apontam que os efeitos de intervenções, que utiliza como base a espiritualidade, impactam em aspectos psicológicos reduzindo a ansiedade e depressão, melhorando o bem-estar espiritual e emocional, colaborando no enfrentamento e a qualidade de vida de pacientes com câncer.¹⁶

Estudo multicêntrico realizado na Guatemala, Chile e Estados Unidos avaliou a

associação entre espiritualidade, religiosidade, dor espiritual, angústia, enfrentamento e qualidade de vida em pacientes com câncer avançado. Estes dados indicam uma associação da espiritualidade/religiosidade com enfrentamento positivo e maior qualidade de vida, efeito positivo nos sintomas físicos e emocionais.¹⁷ Isso demonstra a importância de trabalhar temas como esse, associado ao tratamento convencional do câncer.

O modo de enfrentamento baseado no problema, que também foi uma das estratégias com escore elevado no segundo momento, adotada pelo grupo controle, caracteriza uma aproximação do indivíduo com a fonte do estresse. Nesta situação a estratégia é no sentido de tentar manejar a situação que gerou o estresse, numa postura de aproximação com o problema e de busca de soluções práticas para ele. Assim, a adesão ao tratamento pode ser considerada uma busca para solucionar o problema.

Observou-se que a estratégia menos utilizada pelos participantes desta pesquisa foi focalizada na emoção. Neste caso, houve, nesta amostra, pouca tentativa de lidar com a resposta emocional gerada pela fonte estressora, com menor vivência de emoções negativas (raiva, negação, culpa, esquiva, etc.) em resposta à doença atual. Outros estudos também apontam esta estratégia como a menos utilizada pelos indivíduos para enfrentar momentos difíceis, e que o tipo de enfrentamento pode ainda estar relacionado a fatores sociodemográficos.¹⁸

Importante salientar que o enfrentamento é um mecanismo dinâmico e que a estratégia adotada não é excludente, podendo ser adotadas diferentes estratégias para se adaptar à situação. Pode ser focalizada no problema e na emoção, além de busca de suporte social, religiosidade, diversões, entre outras.¹

Assim, mesmo não havendo diferença entre o grupo que recebeu a intervenção para aquele que não foi submetido a uma prática espiritual, observou-se que maior parte dos participantes utilizou uma estratégia pautada na aproximação com a fé, buscando apoio nas crenças religiosas e espiritualidade para superar os problemas relacionados ao câncer. O uso destas respostas cognitivas e comportamentais adotadas pelos pacientes irão influenciar nas respostas adaptativas durante o enfrentamento dos problemas geradores de estresse neste momento, sendo importante não excluir ou ignorar esta dimensão do ser durante o processo de cuidar, inclusive durante a quimioterapia.

CONCLUSÃO

Ao avaliar o enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade do paciente no tratamento quimioterápico não foram observadas diferenças estatísticas entre o grupo que teve a sua espiritualidade incluída no plano terapêutico para o grupo que não teve esta abordagem. Apesar disto, verificou-se que tanto o grupo controle quanto o de intervenção, utilizaram como principal estratégia, em algum momento, a prática religiosa/pensamentos fantasiosos para enfrentar o câncer.

Ao mensurar os escores de enfrentamento no segundo momento desta pesquisa, o grupo controle apresentou a estratégia focalizada no problema e na prática religiosa como predominante, enquanto o grupo de intervenção manteve seu enfrentamento relacionado a questões da fé e prática religiosa para superar as situações geradoras de estresse causadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer.

Em razão da limitação amostral, que foi reduzida, sugere-se a realização de novas pesquisas com amostras maiores.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa: Câncer. 2018 [acesso 2021 fevereiro 28]. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839.
2. Organização Mundial da Saúde. Observatório de saúde global. Genebra, 2018 [acesso 2019 junho 18]. Disponível em: who.int/gho/database/en/.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao>. Acesso em: 22 de abril de 2021.
4. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), DATASUS. 2019 [acesso 2021 fevereiro 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tab-cgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
5. Walton GM, Wilson TD. Wise interventions: psychological remedies for social and personal problems. *Psychol. Rev* [Internet]. 2018 [acesso 2021 julho 26];125(5): 617–655. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/rev000115>.
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.

7. Leite FMC, Amorin MHC, Castro DS, Primo CC. Coping strategies and the relationship with sociodemographic conditions of women with breast cancer. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2017 [accessed 10 August 2021]; 25(2):211-217. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200009>.
8. Seidl EMF, Troccoli BT, Zannon CML. C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2001 [acesso 2018 janeiro 07]; 17(3): 225-234. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>>.
9. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso 2018 março 05]; 64(1): 53–59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>.
10. Elias ACA. Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re-significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais. Joel Sales Giglio. 2001. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2001.
11. Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research* [Internet]. 1985 [acesso 2018 janeiro 08]; 20(1): 3-26, 1985. Disponível em: https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2001_1.
12. Gimenes MGG, Queiroz B. As diferentes fases de enfrentamento durante primeiro ano após a mastectomia. In: M.G.G. Gimenes & M.H. Fávero (Orgs). *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas: Editorial Psy, 1997.
13. Sousa FFPRD, Freitas SMFM, Farias AGS, Cunha MCSO, Araújo MFM, Veras VS. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. *SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool e Drogas* [Internet]. 2017 [acesso 2021 agosto 03]; 13(1):45-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51>.
14. Arbinaga F, Mendoza-Sierra MI, Bohórquez MR, Verjano-Cuellar MI, Torres-Rosado L, Romero-Pérez N. Spirituality, Religiosity and Coping Strategies Among Spanish People Diagnosed with Cancer. *J Relig Health* [Internet]. 2021 [acesso 2021 agosto 05]; 60: 2830-2848. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01247-0>.

15. Santos W, Ribeiro I, da Silva F de K, de Souza Abreu AI, da Silva de Menezes M, Bezerra ML. O enfrentamento do câncer fora de possibilidade terapêutica: uma revisão integrativa. REAID [Internet]. 2020 [acesso 2021 agosto 08]; 93(31):e-20019. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.31-art.659>.
16. Nasution LA, Afiyanti Y. Spiritual based intervention effect on the psychological aspect of patients with gynaecologic and breast cancer: A systematic review. Enfermería Clínica [Internet]. 2021 [acesso 2021 agosto 04]; 31(2):S90-S95. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.006>.
17. Delgado-Guay MO, Palma A, Duarte E, Grez M, Tupper L, Liu DD, Bruera E. Association between Spirituality, Religiosity, Spiritual Pain, Symptom Distress, and Quality of Life among Latin American Patients with Advanced Cancer: A Multicenter Study. J Palliat Med [Internet]. 2021 [acesso 2021 agosto 03]. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1089/jpm.2020.0776>
18. Leite FMC, Amorim MHC, Castro DSC, Primo CC. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2012 [acesso 2021 agosto 08]; 25(2): 211-217. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200009>.

4.2 Manuscrito 2

Impactos da espiritualidade na qualidade de vida e nível de esperança: ensaio clínico randomizado.

Agnes Claudine Fontes De La Longuiniere¹, Edgard Michel Crosato², Sérgio Donha Yarid³.

1. Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA, Brasil. E-mail: agnesfontes@uesb.edu.br. Orcid: 0000-0003-2407-3338 Autora responsável para correspondência.
2. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia Social e Preventiva. Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil. E-mail: michelcrosato@usp.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8559-9769>.
3. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia Social e Preventiva. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA, Brasil. E-mail: yarid@uesb.edu.br. Orcid: 0000-0002-6447-0453.

Os autores declaram que são independentes em relação ao financiamento e instituições de apoio e que, durante a execução do trabalho ou a redação do manuscrito, nenhum interesse ou valor influenciaram a pesquisa. Não há desta forma, conflito de interesses dos autores.

RESUMO

Objetivo: analisar o efeito da inclusão espiritualidade para a qualidade de vida e no nível de esperança de pessoas em tratamento contra o câncer. **Método:** ensaio clínico randomizado realizado com 30 pacientes portadores de câncer em tratamento em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. A intervenção utilizada foi o Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade e foram aplicadas a Escala de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer, para avaliar a qualidade de vida, e a Escala de Esperança de Herth, para avaliar o nível de esperança dos participantes. Esta pesquisa foi cadastrada no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob o número RBR-9qpmcfr. **Resultados:** após a intervenção que incluía a abordagem da espiritualidade do paciente não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos alocados. Apesar disto, escores elevados ocorreram em subescalas específicas de qualidade de vida e em alguns itens da escala de esperança. **Conclusão:** ao avaliar se a espiritualidade poderia influenciar a qualidade de vida e nível de esperança de pessoas em tratamento quimioterápico, os dados obtidos com esta amostra não demonstraram significância estatística. **Palavras-chave:** Espiritualidade; Ensaio Clínico; Qualidade de vida; Esperança.

INTRODUÇÃO

A espiritualidade é uma dimensão inerente ao ser humano que pode influenciar diversos aspectos da vida e causar impacto na saúde física e mental, bem-estar, qualidade de vida e esperança das pessoas. Atualmente, tem-se discutido a importância desta dimensão para o cuidado em saúde, sobretudo em doenças graves, como o câncer.

Os últimos dados publicados pelo Global Cancer Observatory da International Agency for Research on Cancer (IARC) mostram um número estimado de 19,3 milhões de casos novos de câncer em 2020, com 10 milhões de mortes, sendo esta a segunda causa de morte no Brasil e no mundo. Mundialmente, estima-se que 30 milhões de pessoas desenvolverão câncer e 16 milhões irão a óbito em decorrência desta doença no ano de 2040 (1).

Por se tratar de uma doença grave e com taxa de mortalidade elevada, o tratamento deve estar relacionado não apenas a dimensão biológica, mas também a outros aspectos como a melhoria da qualidade de vida, nível de esperança, bem-estar e melhor enfrentamento da doença, pois nem sempre a cura é possível.

A qualidade de vida tem sido um aspecto importante a ser considerado após o diagnóstico do câncer. No âmbito médico, está relacionada a melhorias nas condições de vida da pessoa que enfrenta uma doença (2). Pode estar relacionada a condições de saúde e percepção subjetiva da saúde e seu impacto na capacidade de viver plenamente (3). Este aspecto tem sido considerado importante durante a assistência à saúde e diversos são os domínios utilizados para avaliar a qualidade de vida, incluindo a dimensão espiritual.

A espiritualidade é compreendida como um componente vital do funcionamento humano e está presente em toda experiência humana (4). A espiritualidade é uma busca pessoal por sentido na vida e tenta compreender as questões relacionadas

ao fim da vida e o seu sentido, as relações com o sagrado e o transcendente que pode ou não levar à prática de uma religião (5). Assim, é um aspecto importante a ser considerado durante a assistência, sobretudo em situações de doenças graves.

Outro aspecto a considerar é o nível de esperança da pessoa diagnosticada com câncer. A esperança é uma dimensão da vida que coloca o ser humano em estado de espera positiva quanto ao futuro (6) configurando-se em um poder interior que enriquece, dá significado e alegria à vida, podendo ser também uma ferramenta de enfrentamento de momentos difíceis (7).

Por isso, é um aspecto importante a ser avaliado durante o tratamento do câncer por se relacionar com o bem-estar, qualidade de vida e sobrevida, resultando em força e energia para enfrentar a doença e seu tratamento (8).

Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar o efeito da inclusão espiritualidade para a qualidade de vida e no nível de esperança de pessoas em tratamento contra o câncer.

MÉTODO

Este foi um estudo quantitativo, sendo escolhido o ensaio clínico randomizado para avaliar o efeito da inclusão da espiritualidade durante a quimioterapia para aspectos como qualidade de vida e esperança.

A pesquisa foi realizada na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), vinculada a um hospital público no interior do Brasil, durante o período de 28 de outubro de 2019 a 04 de junho de 2020.

Como critério de inclusão, foram considerados os pacientes com diagnóstico médico confirmado de câncer, com idade acima de 18 anos, com condições clínicas e cognitivas para participar desta pesquisa, e que tinham pelo menos três ciclos do tratamento a serem realizados.

Foram excluídos aqueles que não apresentavam condições cognitivas mínimas para participar e pacientes em situação de terminalidade ou cuidados paliativos.

A intervenção utilizada foi o Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME). Esta intervenção foi desenvolvida no Brasil para ser utilizada em ambiente hospitalar e ambulatorial, tem caráter complementar e integra as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade individual, em uma abordagem simbólica e transpessoal (9).

Os participantes foram alocados em dois grupos, intervenção e controle, através de método aleatório simples com sequência de números randomizados gerados por programa de computador.

A inserção dos participantes foi realizada por membro da equipe de coleta de dados que não tinha conhecimento da legenda da alocação e estava responsável apenas pela coleta dos dados da primeira fase da pesquisa. Após a sequência de alocação dos indivíduos, os grupos foram mantidos em sigilo até que outro membro da pesquisa implementasse a alocação dos participantes para cada grupo: controle (A) e intervenção (B).

A primeira etapa da pesquisa foi o preenchimento do questionário com os dados sociodemográficos, escala de esperança e de qualidade de vida. Esta etapa foi aplicada a todos os participantes (grupos controle e intervenção).

Somente o grupo intervenção foi submetido à psicoterapia com a RIME. Durante as sessões semanais de quimioterapia, o paciente foi submetido a 2 sessões de RIME, de modo a completar 6 sessões (geralmente após 3 ciclos de quimioterapia). Esta intervenção foi aplicada pela pesquisadora principal em cada paciente, individualmente, em um quarto privativo na sala de quimioterapia. Para padronização da intervenção, utilizou-se roteiro que foi seguido em todas as sessões de RIME.

Todos os participantes (grupos controle e intervenção) responderam, no início (momento 1) e no final da pesquisa (momento 2), o questionário com a Escala de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer (ORTC QLQ-30) (10) e a Escala de Esperança de Herth (11).

Os dados sociodemográficos coletados foram transferidos para uma planilha eletrônica (Excel®) e, posteriormente, foi utilizado o programa estatístico JAMOVI 18.1. O nível de significância observados nos resultados estatísticos foi de 5%.

Para verificar se os grupos controle e de intervenção possuíam as mesmas características, segundo as variáveis independentes, foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais. Para as variáveis nominais foi utilizado o teste exato de Fisher e para as variáveis numéricas foi verificada a adesão à curva de normalidade (Teste de Shapiro-Wilk). Para as variáveis paramétricas foi utilizado o teste t e para as variáveis não paramétricas o teste de Kruskal-Wallis.

Para a Escala de Esperança de HERTH, foram apresentadas medidas descritivas dos escores, no momento 1 e momento 2, comparando com os grupos de alocação e utilizado o teste do exato de Fisher.

A Escala de Herth possui 12 itens e repostas tipo likert com pontuação de variam de 12 a 48 pontos e quanto maior o escore, maior o nível de esperança. Os escores das perguntas 3 e 6 foram invertidos, conforme orientação do autor. Esta escala também foi analisada comparando o escore final nos momentos 1 e 2 dos grupos de intervenção e controle, utilizando o Teste t, Mann-Whitney, Teste t pareado e o teste de Wilcoxon.

Para analisar a EORTC QLQ-30 versão 3.0, foram separadas as informações de interesse, que para este estudo foi a Escala de saúde global (Q29 e Q30) e Escalas funcionais: Função física (Q1, Q2, Q3, Q4, Q5), Desempenho de papéis (Q6, Q7), Função emocional (Q21, Q22, Q23, Q24), Função cognitiva (Q.20, Q.25), e Função

social (Q26, Q27). Em seguida, foram calculados os escores padronizados.

Para a de Escala de saúde global, a fórmula utilizada foi Escala de saúde global $\text{valor} = (((\text{Médias dos itens} - 1) / \text{amplitude da escala}) * 100)$. Para as escalas funcionais, $\text{valor} = (((1 - (\text{Médias dos itens} - 1)) / \text{amplitude da escala}) * 100)$. Nestas escalas, valores mais altos representam melhor qualidade de vida.

Após este momento, foram realizadas estatística descritiva e verificação de normalidade e homogeneidade das variâncias. Para cada indicador calculado, foram verificados no momento 1 e 2 dos grupos de intervenção e controle, utilizando o Teste t, Mann-Whitney, Teste t pareado e o teste de Wilcoxon.

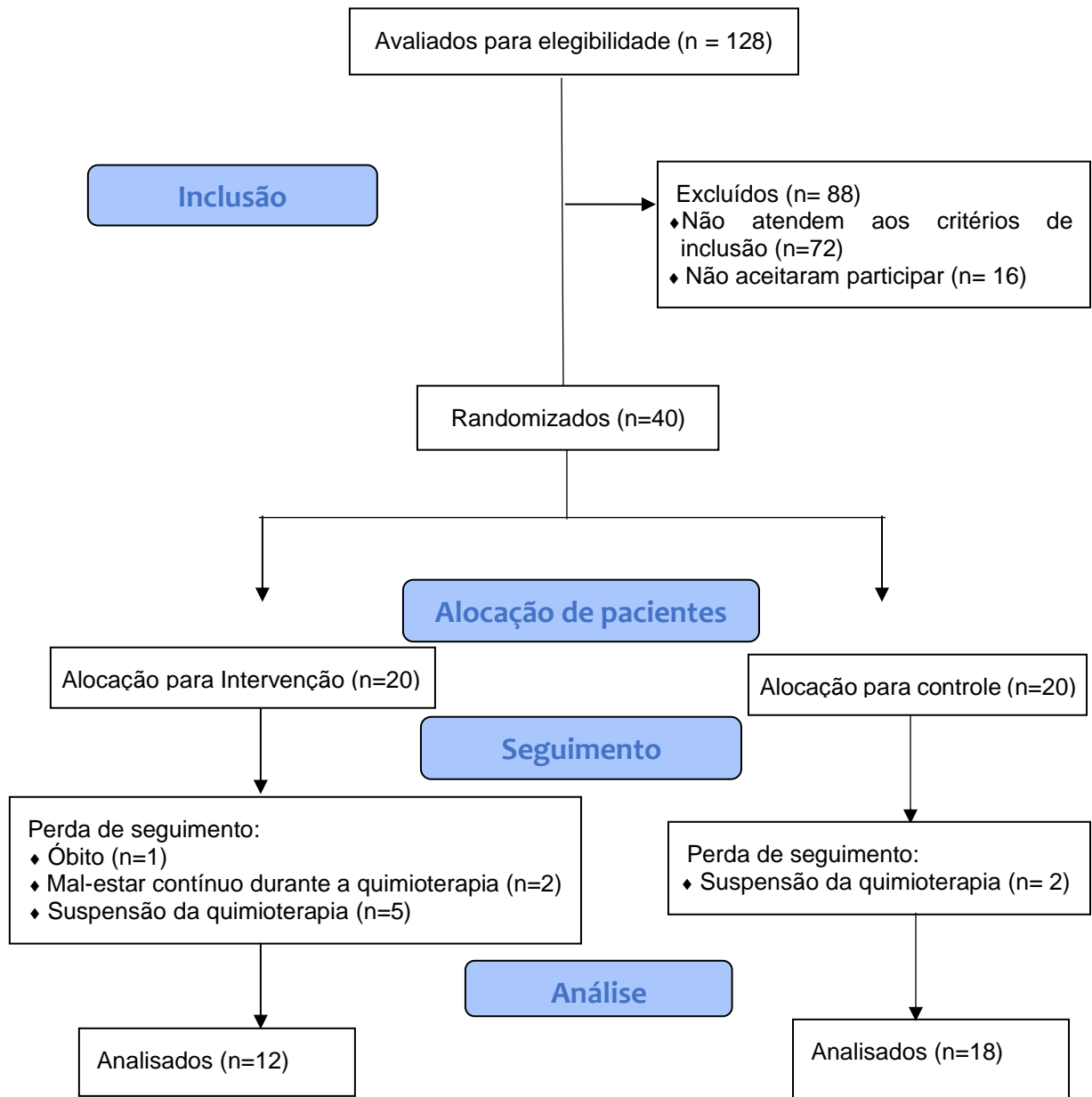
Esta pesquisa respeitou os preceitos éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do parecer de nº 3.483.361. As pessoas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Esta pesquisa também foi cadastrada no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC) sob o número RBR-9qpmcfr.

RESULTADOS

A pesquisa teve, inicialmente, 40 pacientes incluídos, sendo 20 no grupo controle e 20 no grupo de intervenção. Destes, ocorreu uma perda de 2 pacientes do grupo controle (tratamento quimioterápico suspenso) e 8 da intervenção (um por óbito, 2 solicitaram sua saída da pesquisa pois apresentavam frequentemente náuseas, mal-estar geral, fraqueza generalizada, e 5 tiveram a quimioterapia suspensa antes da conclusão das 6 sessões da intervenção). Assim, este estudo foi finalizado com 30 pacientes, 18 alocados para o grupo A (controle) e 12 para o grupo B (intervenção).

FLUXOGRAMA



A idade dos participantes variou de 22 a 82 anos, com idade média de 51 anos. A maioria era do sexo masculino (53%), casada (60%) e de religião católica (57%). Daqueles que possuíam uma religião, 78% praticavam sua religião com frequência no templo, que variou de 1 a 4 vezes por semana. Além da religião praticada, 23% relataram frequentar também outra religião.

O tempo médio de diagnóstico foi de 17 meses (variou de 2 meses a 7 anos) e tempo de tratamento de 1 a 36 meses, com média de 9 meses. O tipo de câncer mais frequente entre os 30 pacientes foi o gástrico e de colón (17% cada um).

Foi verificada a adesão à curva de normalidade das variáveis independentes numéricas. As variáveis idade, prática religiosa e frequência religiosa apresentaram adesão à curva de normalidade, enquanto o tempo de diagnóstico e tratamento do câncer, não.

Em relação às variáveis numéricas, o tempo de diagnóstico do câncer foi a única que apresenta resultados diferentes nos grupos de intervenção e controle, e pode ser considerada uma limitação do estudo. As demais variáveis apresentam os mesmos padrões de distribuição em ambos os grupos (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis independentes numéricas segundo grupo de alocação. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2019.

Variáveis	Grupos**	N	Média	DP***	p	Teste****
Idade	A	18	51,111	15,773	0,920	t
	B	12	50,500	16,892		
Tempo de diagnóstico	A	18	22,389	20,796	0,014*	KW
	B	12	9,000	9,573		
Tempo de tratamento do câncer	A	18	9,083	10,221	0,983	KW
	B	12	8,417	9,848		
Frequência religiosa	A	18	6,642	3,225	0,434	t
	B	12	8,143	5,429		

Notas: *estatisticamente significante; **Grupos: A =Controle. B=Intervenção; *** DP= desvio padrão; **** teste t= teste t; KW= Kruskal-Wallis.

Ao avaliar as variáveis nominais (sexo, estado civil, grau de instrução, prática religiosa e frequência em outra religião) todas apresentaram os mesmos padrões de distribuição em ambos os grupos de alocação.

A Escala de Esperança de Herth apresentou pontuação média de aproximadamente 42 pontos para o grupo de intervenção e controle na primeira

etapa da pesquisa, e de 37 pontos para ambos os grupos na segunda etapa da pesquisa (após a intervenção).

Ao avaliar as pontuações obtidas em cada item desta escala, não foram verificadas diferenças estatísticas entre o grupo controle e grupo de intervenção no momento 1 (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos escores da Escala de Esperança de HERTH segundo grupo de alocação no momento 1. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2019.

		Grupo				p
		Controle		Intervenção		
		n	%	n	%	
Eu estou otimista quanto à vida	concordo	4	22,2	5	41,7	0,418
	concordo completamente	14	77,8	7	58,3	
Eu tenho planos a curto e longo prazo	discordo completamente	2	11,1	1	8,3	1,000
	discordo	2	11,1	2	16,7	
	concordo	5	27,8	3	25,0	
Eu me sinto muito sozinho(a)	concordo completamente	9	50,0	6	50,0	0,649
	discordo completamente	8	44,4	8	66,7	
	discordo	8	44,4	3	25,0	
Eu consigo ver possibilidade em meio às dificuldades	concordo	2	11,1	1	8,3	1,000
	discordo completamente	1	5,6	0	0,0	
	discordo	8	44,4	5	41,7	
Eu tenho uma fé que me conforta	concordo	9	50,0	7	58,3	1,000
	concordo	6	33,3	4	33,3	
	concordo completamente	12	66,7	8	66,7	
Eu tenho medo do meu futuro	discordo completamente	9	50,0	5	16,7	1,000
	discordo	6	33,3	4	33,3	
	concordo	1	5,6	1	8,3	
	concordo completamente	2	11,1	2	16,7	
Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos	discordo completamente	2	11,1	1	8,3	0,934
	discordo	2	11,1	1	8,3	
	concordo	9	50,0	5	41,7	
	concordo	5	27,8	5	41,7	
	concordo completamente					

Eu me sinto muito forte	discordo completamente	1	5,6	0	0,0	1,110
	discordo	0	0,0	1	8,3	
	concordo	9	50,0	2	16,7	
	concordo completamente	8	44,4	9	75,0	
Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	concordo	7	38,9	2	16,7	0,249
	concordo completamente	11	61,1	10	83,3	
Eu sei onde eu quero ir	discordo	0	0,0	2	16,7	0,298
	concordo	7	38,9	4	33,3	
	concordo completamente	11	61,1	6	50,0	
Eu acredito no valor de cada dia	concordo	6	33,3	3	25,0	0,704
	concordo completamente	12	66,7	9	75,0	
Eu sinto que a minha vida tem valor e utilidade	concordo	6	33,3	2	16,7	0,419
	concordo completamente	12	66,7	10	83,3	

A tabela 3 apresenta as pontuações obtidas em cada item da escala de Esperança de HERTH no momento 2 e também não foram verificadas diferenças estatísticas entre o grupo controle e grupo de intervenção.

Tabela 3. Distribuição dos escores da Escala de Esperança de HERTH segundo grupo de alocação no momento 2. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2019.

		Grupo				p
		Controle		Intervenção		
		n	%	n	%	
Eu estou otimista quanto à vida	discordo	1	5,5	0	0,0	1,000
	concordo	10	55,5	7	58,3	
	concordo completamente	7	38,9	5	41,7	
Eu tenho planos a curto e longo prazo	discordo	1	5,6	2	16,7	0,741
	concordo	10	55,6	6	50,0	
	concordo completamente	7	38,9	4	33,3	
Eu me sinto muito sozinho(a)	discordo completamente	6	33,3	5	41,7	0,370

	discordo	9	50,0	7	58,3	
	concordo	3	16,7	0	0,0	
Eu consigo ver possibilidade em meio às dificuldades	concordo	11	61,1	8	66,7	1,000
	concordo completamente	7	38,9	4	33,3	
Eu tenho uma fé que me conforta	concordo	10	55,6	6	50,0	1,000
	concordo completamente	8	44,4	6	50,0	
Eu tenho medo do meu futuro	discordo completamente	5	27,8	5	41,7	0,551
	discordo	10	55,6	4	33,3	
	concordo	3	16,7	3	25,0	
Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos	concordo	10	55,6	6	50,0	1,000
	concordo completamente	8	44,4	6	50,0	
Eu me sinto muito forte	concordo	10	55,6	8	66,7	0,709
	concordo completamente	8	44,4	4	33,3	
Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	discordo	1	5,6	0	0,0	1,000
	concordo	9	50,0	7	58,3	
	concordo completamente	8	44,4	5	41,7	
Eu sei onde eu quero ir	concordo	10	55,6	8	66,7	0,709
	concordo completamente	8	44,4	4	33,3	
Eu acredito no valor de cada dia	concordo	10	55,6	6	50,0	1,000
	concordo completamente	8	44,4	6	50,0	
Eu sinto que a minha vida tem valor e utilidade	concordo	10	55,6	6	50,0	1,000
	concordo completamente	8	44,4	6	50,0	

Comparando os grupos de intervenção e controle, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre momento 1 (Test t, $p=0,686$) (Teste do Mann-Whitney $p=0,678$) e o momento 2 (Test t, $p=0,781$) (Teste do Mann-Whitney $p=0,762$), conforme tabela 4.

Tabela 4. Comparação entre grupo Controle e Intervenção no momento 1 e 2. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2019.

Momento	Grupos*	N	Média	Mediana	DP**	EP***
Momento 1	A	18	41.4	40.5	4.77	1.12*
	B	12	42.2	43.5	3.86	1.11
Momento 2	A	18	37,8	35,5	4,13	0,97
	B	12	37,4	35,0	3,75	1.08

Notas: *Grupos: A =Controle. B=Intervenção; ** DP= desvio padrão; *** EP= erro padrão.

Apesar de não observar diferenças estatísticas significativas entre os grupos na primeira e segunda etapas do estudo, observa-se que, no primeiro momento, os maiores escores para o grupo controle e intervenção estão relacionadas a sentir-se otimista, crença no valor de cada dia e da vida, além do papel da fé para o conforto do paciente oncológico. Para o grupo de intervenção, também aparecem maiores escores para o papel da fé, crença no valor da vida e de cada dia, além da capacidade de dar e receber amor, conforme tabela 2.

No segundo momento, os escores mais elevados que ocorreram para ambos os grupos foram para questões relacionadas à percepção de possibilidades em meio a dificuldades, a fé enquanto aspecto de conforto, lembranças de momentos felizes, sensação de força, ter direcionamento na vida e crença no valor de cada dia e da vida.

Na Escala de Qualidade de Vida, foram analisadas as subescalas de saúde global, e escalas funcionais: função física, desempenho de papéis, função emocional, cognitiva e social. Ao analisar estas dimensões, não foram observadas diferenças estatísticas significativas, conforme dados apresentados da estatística descritiva do EORTC QLQ-30 na tabela 5.

Tabela 5. Estatística descritiva do EORTC QLQ-30. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2019.

	Grupos*	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Erro padrão
EGSM1 (Saúde global/QV)	A	18	79.2	79.2	16.7	3.94
	B	12	84.0	83.3	16.8	4.86
EGSM2 (Saúde global/QV)	A	18	81.9	83.3	13.5	3.18
	B	12	77.1	79.2	15.9	4.60
FFM1 (Função física)	A	18	68.9	66.7	20.8	4.91
	B	12	78.9	83.3	19.0	5.49
FFM2 (Função física)	A	18	70.0	66.7	19.3	4.55
	B	12	86.1	100. 0	18.3	5.28
DFM1 (Desempenho de papéis)	A	18	62.0	66.7	38.3	9.02
	B	12	88.9	100. 0	20.5	5.92
DFM2 (Desempenho de papéis)	A	18	77.8	83.3	25.6	6.03
	B	12	80.6	100. 0	30.8	8.90
FEM1 (Função emocional)	A	18	73.1	83.3	25.5	6.01
	B	12	77.8	83.3	19.9	5.74
FEM2 (Função emocional)	A	18	75.9	79.2	23.6	5.55
	B	12	78.5	79.2	17.2	4.97
FCM1 (Função cognitiva)	A	18	87.0	100. 0	30.5	7.20
	B	12	77.8	100. 0	32.8	9.48
FCM2 (Função cognitiva)	A	18	87.0	100. 0	19.4	4.58
	B	12	88.9	100. 0	20.5	5.92
FSM1 (Função social)	A	18	69.4	66.7	30.4	7.16
	B	12	65.3	66.7	34.4	9.94
FSM2 (Função social)	A	18	66.7	66.7	26.2	6.17
	B	12	69.4	75.0	33.2	9.59

Notas: *Grupos: A =Controle. B=Intervenção;

Nota-se uma elevação na função física, cognitiva e social entre primeiro e o segundo momento da coleta dos dados quando cada subescala foi avaliada isoladamente no grupo que recebeu a intervenção.

DISCUSSÃO

O nível de esperança e a qualidade de vida são aspectos importantes a serem avaliados em pacientes que estão em tratamento contra o câncer. Importante

também é avaliar o papel da espiritualidade do paciente e de que forma esta dimensão individual pode influenciar em outros aspectos da vida.

Este estudo apresentou uma amostra homogênea em relação à distribuição dos grupos controle e intervenção no que diz respeito às variáveis nominais e houve uma diferença apenas em relação ao tempo de tratamento para as variáveis numéricas.

A avaliação da Escala de Herth apresentou, de modo isolado, escores elevados para sentir-se otimista, crença no valor de cada dia e da vida, a fé como fator de conforto, capacidade de dar e receber amor, percepção de possibilidades em meio a dificuldades, lembranças de momentos felizes, sensação de força e direcionamento na vida.

De modo geral, os participantes desta pesquisa apresentaram valores elevados de esperança avaliados pela escala de Herth, com média 42 pontos para ambos os grupos alocados antes da intervenção e 37 pontos no segundo momento da coleta para ambos os grupos.

A esperança é fator importante na vida das pessoas, principalmente durante o tratamento de doenças graves. Estudo de revisão realizado em 2020 que investigou a esperança em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia traz resultados de publicações nacionais e internacionais que relacionam a esperança com melhor enfrentamento da doença.

Os estudos revisados relacionam os níveis de esperança elevados a menores sintomas depressivos, níveis mais baixos de ansiedade e maior otimismo, menor sofrimento emocional e redução do estresse. Traz ainda estudos que demonstram que a presença de uma rede de apoio (familiar ou grupo de socialização) elevou os níveis de esperança, além de apontar que há uma correlação positiva entre a espiritualidade e maiores níveis de esperança (12)

Estudo que avaliou e correlacionou os indicadores de esperança, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos observou uma correlação negativa significativa entre esperança, ansiedade e depressão. Assim, aqueles pacientes com maiores índices de esperança apresentaram indicadores reduzidos de ansiedade e depressão. Portanto, a esperança pode apresentar-se como um possível fator de proteção à ansiedade e depressão em pacientes submetidos ao tratamento contra o câncer (13), além de colaborar no melhor enfrentamento de situações difíceis e estar associada à resiliência aos estressores crônicos e ao controle emocional (14).

Neste ensaio clínico, não foram demonstradas grandes variações entre os níveis de esperança no decorrer da pesquisa, mantendo-se a média do escore semelhante durante o período de acompanhamento dos participantes em ambos os grupos. Assim, não se observou diferenças estatísticas significativas entre os grupos de intervenção e controle durante o seguimento destes pacientes oncológicos.

A escala de esperança de Herth tem sido utilizada em muitos estudos transversais para mensurar os níveis de esperança em determinado momento, porém estudos longitudinais têm sido pouco frequentes em publicações utilizando esta escala. Durante a pesquisa, foi possível perceber que os pacientes tendiam a manter as respostas positivas, mesmo entre aqueles que participaram da intervenção, não apresentando alterações significativas no escore durante a mensuração quantitativa, mesmo após a intervenção com a prática espiritual.

Apesar dos dados estatísticos não apontarem diferenças significativas no grupo que teve a dimensão espiritual abordada, diversos estudos apontam para a importância da espiritualidade na manutenção/promoção da esperança no paciente diagnosticado com câncer, colaborando assim para uma melhor

adaptação e enfrentamento da situação vivenciada (15).

A esperança tem sido considerada fator importante durante tratamento, conforme aponta estudo prospectivo com pacientes com câncer, realizado na Austrália com 1.265 participantes. Nesta pesquisa, a esperança foi associada a um maior bem-estar funcional, social e emocional, e avaliações de câncer menos graves (16).

Com relação à escala de qualidade de vida, foram analisados os principais domínios da escala: saúde global, escalas funcionais (função física, desempenho de papéis, função emocional, cognitiva e social).

Nesta escala, não foram observadas diferenças estatísticas do impacto da espiritualidade na qualidade de vida do grupo de intervenção em relação ao controle entre o primeiro e o segundo momento da coleta. Mas, notamos elevação em alguns escores ao avaliar as escalas isoladamente. O grupo de intervenção apresentou melhora na função física, cognitiva e função social após a RIME. A limitada quantidade de pacientes que participaram do estudo não permite afirmar que as alterações ocorridas foram em decorrência da inclusão da espiritualidade durante a quimioterapia.

Mas estudos com números maiores de participantes que investigam o impacto da espiritualidade para a qualidade de vida das pessoas afirmam que esta dimensão está associada a melhores índices de qualidade de vida. Estudo realizado na China, utilizando a mesma escala (EORTC-30) com 705 mulheres portadoras de câncer, apontou que o bem-estar espiritual está associado a melhor qualidade de vida além de menor ansiedade e depressão destas pacientes (17).

Há evidências de que o bem-estar espiritual é um importante determinante da saúde geral, longevidade e qualidade de vida, especialmente em pacientes com doenças graves (18). Estudo realizado em Portugal que avaliou qualidade de vida

de 604 idosos detectou que a espiritualidade afetou diretamente a qualidade de vida mental destes participantes (19).

A espiritualidade também tem sido considerada como uma ferramenta de enfrentamento que pode ter implicações na qualidade de vida de pessoas em tratamento para o câncer, sendo esta dimensão um potencial para melhorar os resultados do tratamento (20).

Assim, não foram encontradas diferenças estatísticas nos escores da escala de esperança nem na escala de qualidade de vida utilizadas nesta pesquisa, demonstrando resultados inconclusivos do impacto que a espiritualidade para o nível de esperança e qualidade de vida da pessoa em tratamento contra o câncer. O estudo apresentou limitação no número de participantes, que mesmo realizando coleta durante 8 meses no campo, finalizou a pesquisa com amostra de 30 pacientes.

Este estudo nos traz uma reflexão importante. Ao pesquisar um tema transcendental, imaterial, subjetivo e profundo, como a espiritualidade, percebe-se que os instrumentos quantitativos disponíveis para avaliar aspectos que são impactados por esta dimensão, talvez não sejam os mais adequados.

De um modo geral, há ainda uma limitação em encontrar instrumentos que capture de modo adequado a espiritualidade vivenciada pelos indivíduos. A espiritualidade, com todas as suas facetas, carece ainda de tecnologias para ter a sua mensuração fidedigna, que capte a profundidade vivenciada e atribuída a ela pelas pessoas, sobretudo aquelas que vivenciam uma doença grave e com a carga emocional, como o câncer, seu diagnóstico e tratamento.

CONCLUSÃO

Em situações de saúde como o tratamento contra o câncer, aspectos relacionados a esperança e qualidade de vida do paciente são dimensões

importantes para serem avaliados. Ao avaliar se a espiritualidade poderia influenciar nestes aspectos de pessoas em tratamento quimioterápico, os dados obtidos com esta amostra não demonstraram diferenças estatísticas.

Desta forma, os resultados desta pesquisa foram inconclusivos, mas ainda assim, diante dos dados pudemos perceber que, após a intervenção, foram encontrados escores mais elevados para as questões relacionadas a percepção de possibilidades em meio a dificuldades, a fé enquanto aspecto de conforto, lembranças de momentos felizes, sensação de força, ter direcionamento na vida e crença no valor de cada dia e da vida. Além disto, o grupo de intervenção apresentou melhora na função física, cognitiva e função social após a RIME.

REFERÊNCIAS

1. GLOBOCAN. Global Cancer Observatory. 2020. Acesso em 03 de abril de 2021. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0.
2. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1): 7-18. DOI:
3. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*. 1994; 272(8): 619-26.
4. Souza M, Francis LJ, O'Higgins-Noram J. *Internacional Handbook of Education and Spirituality, Care and Wellbeing*. Londres: Springer; 2009, p. 69-88.
5. Koenig HG. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. *Int J Psychiatry Med*. 2001;31(1):97-109.
6. Jakobsson A, Segesten K, Nordholm L, Oresland S. Establishing a Swedish instrument measuring hope. *Scand J Caring Sci*.1993;7(3):135-9.
7. Herth K. Fostering hope in terminally-ill people. *J Adv Nurs*. 1990;15(11):1250-9.
8. Rustoen T, Wiklund I, Hanestad BR, Moum T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs*. 1998;21(4):235-45.

9. Elias ACA. Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re-significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais. Joel Sales Giglio. 2001. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2001.
10. Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. Validation study of the Portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2008;9(1):89-102.
11. Sartore A C, Grossi SAA. Escala de esperança de Herth - Instrumento adaptado e validado para a língua Portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2008; 42(2):227-232. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>.
12. Santos IC, Nunes GA, Mellado BH, Anjos ACY, Cunha NF. Hope as a coping strategy for cancer patients undergoing chemotherapy: An integrative literature review. *Braz. J. Hea. Ver.*2020;3(6): 17515-17532.
13. Grandizoli MV, Santos Júnior R, Ibiapina ISM, Garcia VCB. Indicadores de esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. *Arquivos de Ciências da Saúde*.2017;24(3):65-70. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.3.2017.718>.
14. Gallagher MW, Smith LJ, Richardson AL, D'Souza JM, Long LJ. Examining the longitudinal effects and potential mechanisms of hope on COVID-19 stress, anxiety, and well-being. *Cogn Behav Ther*. 2021;50(3):234-245. doi: 10.1080/16506073.2021.1877341.
15. Figueiredo JF, Souza VM, Coelho HV, Souza RS. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem do Centro -Oeste Mineiro*. 2018. <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2638>
16. Grealish L, Hyde MK, Legg M, Lazenby M, Aitken JF, Dunn F, *et al*. Psychosocial predictors of hope two years after diagnosis of colorectal cancer: Implications for nurse-led hope programmes. *Eur J Cancer Care*. 2019;28:e13010. DOI :10.1111/ecc.13010.
17. Chen J, You H, Liu Y, Kong Q, Lei A, Guo X. Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. *Medicine*. 2021;100(1):e24264. DOI: 10.1097/MD.00000000000024264.
18. Snapp M, Hare L. The Role of Spiritual Care and Healing in Health Management. *Adv Mind Body Med*. 2021;35(1):4-8.
19. Lima S, Teixeira L, Esteves R, Ribeiro F, Pereira F, Teixeira A, *et al*. Spirituality and quality of life in older adults: a path analysis model. *BMC Geriatr*. 2020;20(1): 259. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01646-0>.
20. Bruce, MA, Bowie, JV, Barge, H., Beech, BM, LaVeist, TA, Howard, DL e Thorpe, RJ. Religious Coping and Quality of Life Among Black and White Men With Prostate Cancer. *Cancer Control*.2020; 27(3):1-8. DOI:<https://doi.org/10.1177/1073274820936288>.

4.3 Manuscrito 3

Mudanças relatadas após a inclusão da espiritualidade durante o tratamento quimioterápico.

Changes reported after the inclusion of spirituality during chemotherapy.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é descrever as mudanças ocorridas após a inclusão da espiritualidade durante o tratamento quimioterápico. Trata-se de estudo qualitativo, realizado com 30 pacientes em tratamento quimioterápico. Os dados foram coletados através de entrevista realizada após a inclusão de prática espiritual durante a quimioterapia. Realizou-se a análise de conteúdo lexical, através do software IRAMUTEQ pelo método de Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados revelaram que a inclusão da dimensão espiritual pode trazer uma aproximação com a fé, trazer bons pensamentos, melhorar estados e sentimentos ajudando durante o tratamento. Houve reconhecimento da importância da inclusão desta dimensão durante o cuidado em saúde para garantir a integralidade do cuidado. Apesar dos desafios ainda existentes para a abordagem dimensão espiritual na prática clínica, incluir a espiritualidade no plano terapêutico do paciente pode trazer benefícios para o seu bem-estar e enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Espiritualidade; Neoplasias; Oncologia; Saúde Holística.

ABSTRACT

The objective of this research is to describe the changes that occurred after the inclusion of spirituality during chemotherapy treatment. It is a qualitative study, conducted with 30 patients undergoing chemotherapy. The data were collected through an interview conducted after the inclusion of spiritual practice during chemotherapy. The analysis of lexical content was performed with the IRAMUTEQ software using the Descending Hierarchical Classification method. The results revealed that the inclusion of the spiritual dimension can bring an approximation with the faith, bring good thoughts, improve states and feelings, helping during the treatment. The importance of including this dimension during health care to ensure comprehensive care was recognized. Despite the challenges that still exist for addressing the spiritual dimension in clinical practice, including spirituality in the patient's therapeutic plan can bring benefits to their well-being and to cope with the disease.

Keywords: Spirituality; Neoplasms; Oncology; Holistic Health.

INTRODUÇÃO

O processo saúde/doença é influenciado por diversos aspectos que vão desde os biológicos até os subjetivos, como as questões emocionais, psicológicas e aquelas que envolvem a espiritualidade e as crenças pessoais. Desta forma, atualmente entende-se a saúde como resultante de diversas dimensões do ser que vão além do referencial biomédico, compreendendo influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas (SILVA; FERREIRA, 2013).

Em situações de adoecimento, sobretudo quando se trata de doenças graves como o câncer, além do cuidado em saúde voltado às questões biológicas, outros aspectos devem ser levados em consideração, pois estes podem influenciar no enfrentamento da doença, tratamento e recuperação. O câncer é uma doença que traz impacto em diversas dimensões do ser, sendo comuns a angústia emocional, as incertezas quanto ao futuro e o medo da morte, além de preocupações relacionadas ao tratamento.

Estas preocupações trazem certo grau de sofrimento físico, alterações importantes na autoimagem e afastamento social com impactos emocionais, psicológicos e espirituais. Portanto, seu tratamento deve incluir estas diversas dimensões afetadas.

O número de pessoas diagnosticadas com câncer tem crescido ao longo dos anos e os índices de mortalidade são altos, sendo a 2ª causa de morte no Brasil (DATASUS, 2019) e no mundo (OPAS, 2018). É esperado que mais de 14 milhões de pessoas desenvolvam câncer anualmente no mundo, devendo este número atingir mais de 21 milhões em 2030. Dados da OMS indicam que aproximadamente 8,8 milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência do câncer, a maioria em países com baixa renda (OMS, 2017).

O diagnóstico do câncer traz para o indivíduo situações diversas de enfrentamento, sendo uma experiência que muda a sua percepção sobre a vida, trazendo questionamentos ligados à espiritualidade (HATAMIPOUR, *et al* 2015). As reflexões advindas destes questionamentos podem influenciar na maneira como a pessoa enfrenta a doença, como se relaciona consigo, com o outro e com o sagrado.

A espiritualidade ou dimensão espiritual é considerada uma dimensão inerente ao ser humano, compreendida como uma busca pessoal para compreender o sentido da vida, sua relação com o sagrado, além de reflexões sobre a origem, objetivo e fim da vida, que pode ou não levar à prática de uma religião (KOENIG, 2012). Apesar de haver um número crescente de publicações comprovando a influência positiva desta dimensão para a saúde, ainda são escassos estudos que analisem os impactos gerados pela inclusão da espiritualidade durante o cuidado em saúde. Desta forma, o objetivo deste estudo é descrever as mudanças ocorridas após a

inclusão da espiritualidade durante o tratamento quimioterápico.

METODOLOGIA

Este é um estudo com abordagem qualitativa elaborado a partir da inclusão da dimensão espiritual do paciente durante o tratamento para o câncer. Esta pesquisa fez parte de um ensaio clínico randomizado realizado com pacientes portadores de câncer em tratamento quimioterápico na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) vinculada a um Hospital Geral público na Bahia, Brasil.

Durante a pesquisa, foram coletados dados qualitativos e quantitativos, sendo os primeiros apresentados como resultados neste estudo. Os dados foram coletados no período de 28 de outubro de 2019 a 04 de junho de 2020. Como critérios de inclusão, foram considerados os pacientes com diagnóstico médico confirmado de câncer, com idade acima de 18 anos, com condições clínicas e cognitivas para participar desta pesquisa e que tivessem pelo menos três ciclos do tratamento para serem realizados.

Foram excluídos deste estudo aqueles que não apresentavam condições cognitivas mínimas para participar e aqueles que estavam em situação de terminalidade ou em cuidados paliativos.

Inicialmente foram incluídos 40 pacientes, dos quais 20 faziam parte do grupo controle e 20 do grupo de intervenção. Durante o período da pesquisa houve uma perda amostral de 10 pacientes. Desta forma, a pesquisa foi finalizada com 30 pacientes (18 pacientes no grupo controle e 12 no grupo de intervenção).

A intervenção RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade) foi a técnica escolhida para inclusão da espiritualidade do paciente na prática clínica. Esta intervenção é considerada uma Psicoterapia breve por imagens, de caráter complementar, desenvolvida para ambiente hospitalar e ambulatorial, que integra as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade individual em uma abordagem simbólica e transpessoal (ELIAS, 2001).

Somente o grupo intervenção foi submetido a psicoterapia com a RIME e cada participante desse grupo recebeu seis sessões da intervenção durante o período que compareciam na UNACON para realizar quimioterapia. A cada ciclo semanal eram aplicadas duas sessões de RIME.

Após as sessões de RIME, os 12 pacientes do grupo intervenção foram entrevistados individualmente ao final da última sessão. Para levantamento de dados subjetivos foi utilizada como questão norteadora a pergunta: “A intervenção espiritual (RIME) promoveu alguma

mudança durante o seu tratamento? Se sim, qual?”.

Os discursos obtidos foram transcritos e submetidos à análise lexical através do software IRAMUTEQ que gerou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) como resultado principal, separando o corpus em diferentes classes empíricas.

A pesquisa original seguiu as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisas com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 3.483.361. As pessoas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram garantidos o anonimato e privacidade dos participantes, e para a publicação dos dados, seus nomes foram substituídos por nome de flores na identificação dos relatos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados sociodemográficos coletados foi possível traçar o perfil dos 12 participantes que fizeram parte desta pesquisa. A idade dos pacientes variou de 22 a 69 anos, com idade média de 50 anos. A maioria era do sexo masculino (58%), casada (58%) e de religião católica (58%). Daqueles que possuíam uma religião, 70% praticavam sua religião com frequência no templo que variou de 1 a 4 vezes por semana. Além da religião praticada, 33% relataram frequentar também outra religião. Apesar de nem todos possuírem uma religião, todos informaram acreditar em Deus, conforme a tabela 1.

Em relação à raça/etnia autodeclarada, o percentual de pessoas que se consideraram brancas e pardas foi igual e a renda variou entre valores menor que um até três salários mínimos. A maioria possuía apenas o ensino fundamental e apenas um participante possuía ensino superior. A escolha do participante não foi definida por um tipo específico de câncer, assim, diversos foram os tipos apresentados, conforme a tabela 2. O tempo de diagnóstico variou de 2 a 36 meses com tempo médio de 9 meses e o tempo em que o paciente estava em tratamento foi de 1 a 36 meses com média de 8 meses.

Os dados oriundos da entrevista foram analisados no *software* Iramuteq a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Este método realiza uma análise de agrupamentos sobre os segmentos de texto e teve 80,3% de aproveitamento do *corpus*. O dendrograma de classes, após análise do *corpus*, teve seus segmentos analisados e classes nomeadas, conforme figura 1.

Desta forma, as 6 classes que surgiram da análise lexical foram assim organizadas:

- a) uma primeira, a classe 4, aproximação com a fé após inclusão de uma prática espiritual e sua importância durante a quimioterapia (22,6% dos segmentos de textos analisados),

se apresentou isolada das demais. Todos os outros conteúdos se subdividiram em cinco classes organizadas nos demais eixos.

- b) o eixo impacto da espiritualidade no tratamento oncológico abarcou a classe 6, mudanças nos pensamentos (15,1%), e o eixo alterações promovidas pela inclusão da espiritualidade no tratamento, ao passo que este se desdobrou em dois grandes eixos, aos quais estão ligadas as quatro classes restantes:
1. o eixo transformação a partir de uma intervenção que inclui a espiritualidade, englobando as classes 1, intervenção RIME e resultados relatados (18,9%), e 5, contribuições da aplicação de intervenção que inclui a dimensão espiritual (15,1%).
 2. e o eixo espiritualidade e cuidado integral na alteração de estados e sentimentos positivos, incluindo as classes 3, perspectiva integral do cuidado a partir da espiritualidade (13,2%), e 2, mudanças de estado e sentimentos a partir da inclusão da espiritualidade no tratamento (15,1%).

A seguir, aprofundam-se os aspectos principais de cada classe.

Na classe **Aproximação com a fé após inclusão de uma prática espiritual e sua importância durante a quimioterapia**, os participantes apontam a importância da fé durante o tratamento e a influência da inclusão da espiritualidade para o aumento da fé, como mostram os discursos abaixo:

Interferiu porque eu criei mais fé. Eu já tenho muita fé em Deus, porque Deus é tudo, né? Então, interferiu mais a fé, ainda mais. Ele (o câncer) perdeu mais força, porque eu acreditei mais, tenho certeza que ele tá perdendo a força, devido a minha fé que aumentou... porque eu já tinha muita fé, uma fé assim que não era bem acreditada, agora eu tô acreditando...muito. (Tulipa)

Eu já tinha uma experiência boa com Deus, eu já entrei segura com minha fé, com meu autocontrole... e agora mudou muito mais. (Iris)

Em relação ao tratamento, com certeza isso traz uma influência. Nossa! Isso é muito bom... eu creio que isso tem um significado muito importante na vida de quem tá aqui fazendo tratamento... O tratamento é algo que... é humano. Então, a gente precisa passar por esse tratamento humano, mas eu sei que o tratamento melhor é da parte de Deus, é a fé que nós temos. E essa fé tem que tá ligada ao tratamento...às vezes, muitos que estão aqui não têm esse hábito, às vezes não conseguem fazer isso em casa. Eu acho que isso é de uma suma importância para a pessoa que tá passando. Então é necessário. (Amor-perfeito)

A importância da fé e das crenças espirituais têm sido frequentemente relatadas em situações de adoecimento, sendo, muitas vezes, utilizadas como apoio e fonte de resiliência, esperança e enfrentamento de situações difíceis. Neste sentido, a fé leva a contemplação e reflexão das situações vivenciadas e das questões existenciais conduzindo a busca de sentido na vida (BALDULCI, 2018), possibilitando uma ressignificação do processo de doença

vivenciado.

A fé tem sido considerada algo que vai além da experiência racional e refere-se à entrega e à confiança no transcendental (ENCARNAÇÃO; OLIVEIRA; MARTINS, 2017), que não necessita de entendimento e explicações racionalizadas, podendo estar ou não vinculada a vida religiosa (GARSSEN; UWLAND-SIKKEMA; VISSER, 2015). É a crença na existência de algo superior que dispensa comprovações materiais.

Um estudo realizado em Portugal com pessoas portadoras de esclerose múltipla aponta que a fé proporciona força e motivação necessária para manter os cuidados exigidos por uma doença grave através da confiança em um Ser superior. Desta forma, quando mobilizada, a fé contribui para o enfrentamento e alívio do sofrimento (ENCARNAÇÃO; OLIVEIRA; MARTINS, 2016).

A vivência da espiritualidade e da fé independem da religião e podem estimular a busca de adaptações às novas condições de vida. Pode trazer alívio aos sintomas existentes por meio da relação com o sagrado além de ser fonte de esperança para o enfrentamento da doença, conforme relato de idosos em fase terminal de vida que tiveram a sua espiritualidade incluída no plano terapêutico (SANTOS *et al.*, 2020)

Os estudos trazem que a espiritualidade pode influenciar na capacidade de lidar com a doença, pois as crenças espirituais podem colaborar na compreensão do sofrimento, dando a ele um outro significado (CUARTAS-HOYOS *et al.*, 2019). Um novo sentido pode ser atribuído ao sofrimento aliviando-o a partir da espiritualidade e da fé ou crenças espirituais

A classe 6, **mudanças nos pensamentos**, traz informações sobre as mudanças ocorridas nos pensamentos dos pacientes após as seis sessões da intervenção. Foram mencionados relatos de presença de pensamentos positivos, tanto no momento da intervenção quanto em situações do cotidiano.

Estas mudanças foram percebidas pelos participantes pela presença de bons pensamentos, alívio da mente, redução do estresse, calma e pensamento positivo que trouxeram confiança e reflexão que colaboraram com o tratamento, conforme descrito:

Foi uma experiência boa, porque eu nunca tinha passado por uma experiência dessa, e serve como uma ajuda, elevando o tratamento, tirando os pensamentos ruins da cabeça... é como eu falei agora, é a evolução da cabeça da gente, ajuda muito tirando os pensamentos ruins da cabeça da gente. Mudou. (Azaleia)

Alivia mais a mente da gente. A pessoa pode chegar com a cabeça pesada, do dia a dia, ela dá uma ajuda a pessoa ficar menos estressada, colocar os pensamentos em ordem, acalmar. De noite, mais eu oro, e ajudou a pensar, refletir mais um pouco. É que, às vezes, a cabeça tá cheia de coisas, com problemas... e nesse breve tempo a pessoa dá uma esquecida, pensamento positivo, a mente vai pra um lugar positivo... dá uma melhorada. A cabeça no lugar, mais confiante... dá pra enfrentar legal. (Peônia)

Foi muito bom. Peguei muitas experiências, larguei mais aqueles pensamentos ruins que, às vezes, eu deitava na minha cama e só pensamentos ruins... Mudou... Às vezes a gente tem umas palavras de desagradar e nunca mais desagradei ela (a neta). Tô mais positiva, mais confiante... muita fé, só pensamentos bons. (Tulipa)

Os pensamentos têm um papel fundamental no estado psicológico e emocional, podendo influenciar no modo como as pessoas sentem e agem diante das situações. Além dos avanços no campo da medicina oncológica, avanços na psicologia ligada a esta área tem ocorrido, e estudos envolvendo os pensamentos e as mentalidades são um alvo especialmente útil para intervenções, porque eles podem ser alterados e essas mudanças conferem impactos e ajustes significativos no tratamento de saúde (WALTON; WILSON, 2018).

O câncer pode trazer sofrimento psicológico, emocional e desajustes sociais que afetam tanto a forma que a pessoa recebe o diagnóstico até a forma de vivenciar o tratamento e sua recuperação. Isto pode levar a pensamentos negativos que podem conduzir a situações desfavoráveis como a depressão e transtornos de ansiedade, sendo estes de 2 a 3 vezes mais comuns em pacientes com câncer em comparação com a população geral (MITCHEL *et al.*, 2011).

Outros pacientes podem desenvolver mudanças positivas em seus pensamentos que impactam no seu cotidiano. Desta forma, os pensamentos positivos e a forma como o paciente percebe a sua realidade (mentalidades) podem contribuir com o enfrentamento da doença. Estados mentais positivos podem influenciar as mentalidades, que são entendimentos do que é possível ou provável ocorrer e, quando se trata de câncer, mentalidades sobre o significado da doença e a capacidade de recuperação de seus corpos são particularmente importantes (ZION; SCHAPIRA; CRUM, 2019).

A influência que os pensamentos têm para corpo físico são ainda pouco explorados durante os tratamentos de saúde, mas diversas pesquisas científicas, sobretudo no campo da psicologia, vêm sendo realizadas para melhor compreender esta relação. Um exemplo são os estudos realizados pela Stanford Mind & Body Lab da Universidade de Stanford que desenvolve estudos para compreender como as mentalidades subjetivas (por exemplo, pensamentos, crenças e expectativas) podem alterar a realidade objetiva por meio de mecanismos comportamentais, psicológicos e fisiológicos (STANFORD MIND & BODY LAB, 2021).

Assim, ofertar estratégias que estimulam o relaxamento e pensamentos positivos durante o tratamento para o câncer pode trazer benefícios contribuindo com o bem-estar e qualidade de vida da pessoa em tratamento.

Na **Intervenção RIME e resultados relatados**, classe 1, foram relatadas alterações resultantes da intervenção RIME e como esta ajudou no tratamento. Os principais relatos foram de que a intervenção fortaleceu e proporcionou mudanças, inclusive espiritual, trouxe conforto e reflexão, bem-estar, reduziu as angústias e ajudou no tratamento trazendo mais esperança e felicidade.

Toda vez que eu venho pra cá, eu me sinto assim mais forte e... graças a vocês, tem me ajudado muito no meu tratamento. É uma coisa muito gratificante. Posso te dizer que ajuda muito. Não só nesse momento que eu fico com você aqui... me ajuda muito... me fortalece. Vou pra casa pensando nesse tratamento... é muito bom". Houve muitas mudanças, inclusive a espiritual. (Antúrio)

Estou muito satisfeita com isso... essa terapia fez muito, muito, muito sobre mim... a esperança maior que dá pra gente... me ajudou muito. (Iris)

Eu me senti mais forte, com mais força, senti mais vontade de viver. Tudo bem que desde o início eu sempre tive essa disposição, essa vontade, só que devido a alguns acontecimentos, algumas coisas vão abalando o psicológico da gente, mas essas intervenções têm me ajudado muito, me fortaleceu bastante. (Rosa)

A inclusão da dimensão espiritual durante o tratamento tem sido discutida nos últimos tempos por profissionais da saúde. Este tem sido um desafio, pois ainda não se tem protocolos de como esta abordagem deve ocorrer. Configura-se também como um desafio, a escolha da prática espiritual para concretizar esta abordagem. A escolha do método RIME foi em decorrência dos estudos já publicados utilizando esta intervenção, pela sua imparcialidade em relação às crenças do paciente (podendo ser aplicada para qualquer religião ou ateus) e ter a dimensão da espiritualidade trabalhada durante a técnica.

Em seus estudos sobre a RIME, a autora deste método relata que esta intervenção promove a conexão com a sabedoria interna, com o Sagrado. Isto resulta em redução de angústias, ressignificado da dor psíquica e espiritual, possibilitando o fortalecimento dos recursos psíquicos saudáveis e da resiliência e promovendo qualidade de vida (ELIAS, 2018).

Em estudo de revisão sistemática para conhecer a utilização e os benefícios da intervenção RIME em diferentes contextos de saúde listou-se diversos aspectos benéficos do uso desta intervenção. Esta intervenção pode promover a ressignificação da dor simbólica da morte entre os pacientes que estavam além da possibilidade de cura; melhoria da qualidade de vida no processo de morrer; e contribuição para melhorar o bem-estar emocional das pessoas (MANZINI *et al.*, 2020).

Um ensaio clínico randomizado realizado com pessoas com transtornos por uso de substâncias utilizando também uma outra intervenção espiritual com meditação encontrou evidências de melhoria em alguns aspectos do bem-estar espiritual e foi considerado promissor na redução do sofrimento psicológico e no aumento da autoestima (HAI *et al.*, 2021).

A intervenção RIME consiste na integração das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos que representam a questão da espiritualidade. O contato com a sua espiritualidade durante a técnica pode gerar mudanças que resultam em melhor enfrentamento de situações difíceis.

As **contribuições da aplicação de intervenção que inclui a dimensão espiritual** da classe 5 foram relatadas a partir da inclusão da intervenção no tratamento. Estas contribuições foram relatadas como ajuda, limpeza da mente e coração, aproximação com o sagrado, relaxamento, aprender a superar e ter autocontrole, aprendizado na busca, viver uma nova experiência que foi muito boa, gratificante para o corpo e espírito e sensação de que as coisas fluem na vida.

E é muito bom... É muito gratificante. Não só para o corpo, mas para o espírito. É muito bom. (Antúrio)

Mudou sim. Muito boa! Limpou assim a mente, o coração... pra mim, assim, foi muito boa mesmo. Influencia muito, porque se a gente não tiver a fé mesmo. Eu me aproximei mais do sagrado. (Lírio)

Foi uma experiência muito boa. Pra mim foi surpresa, porque eu nunca tinha ouvido falar da espiritualidade com a ciência. (Iris)

A vivência da espiritualidade durante o tratamento traz forças em meio ao sofrimento causado por uma doença e este aspecto deve ser reconhecido e respeitado pelos profissionais de saúde considerando a humanização e integralidade em saúde. Diversos estudos apontam que os pacientes gostariam de ter a sua dimensão espiritual abordada durante o cuidado em saúde, porém esta ainda não é uma realidade nos serviços de saúde.

Um estudo realizado em um Centro Médico da Universidade de Chicago com 42 pacientes que receberam apoio espiritual durante o tratamento de quimioterapia associou o cuidado espiritual com uma melhora na qualidade de vida, no bem-estar e diminuição da necessidade de cuidados mais agressivos durante o tratamento (CIRPIANO-STEFENS *et al.*, 2021).

Atualmente muito tem se discutido sobre os benefícios da espiritualidade na saúde, mas as aplicações práticas desta dimensão durante o cuidado ainda é um desafio para profissionais e pesquisadores.

Não há um protocolo que oriente a conduta profissional na abordagem da espiritualidade, apesar do reconhecimento da importância desta abordagem. Alguns estudos que fazem recomendações gerais baseados na literatura atual sobre alguns aspectos a serem considerados como: avaliar bem-estar espiritual, diagnóstico espiritual, avaliação, colher anamnese espiritual, avaliar demandas de cunho espiritual, identificação de rede de apoio espiritual,

levando em consideração sempre os aspectos éticos e o bom senso durante a abordagem (SILVA; VITORINO, 2020).

Assim, percebe-se que há uma lacuna significativa entre as necessidades de integração da espiritualidade dos pacientes na assistência à saúde e as ferramentas e protocolos disponíveis e viáveis para sua implementação.

Apesar disto, iniciativas ainda que simples, como o fato que realizar anamnese espiritual já trazem resultados importantes para o paciente, que percebe e sente que suas crenças espirituais são um elemento importante e está sendo levado em consideração durante o cuidado.

Uma revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados realizada para reunir evidências dos efeitos das intervenções existenciais no bem-estar espiritual, psicológico e físico em pacientes adultos com câncer mostra que estes pacientes se beneficiam de intervenções existenciais, incluindo aqui a dimensão espiritual. Estes mostraram efeitos significativos destas intervenções para o bem-estar existencial e qualidade de vida das pessoas com câncer (BAUEREIB *et al.*, 2018).

Uma investigação para conhecer como pacientes oncológicos concebem o apoio religioso/espiritual no contexto hospitalar revelaram que a abordagem desta dimensão é uma tática importante no enfrentamento do câncer. Os pacientes entrevistados relataram o significado positivo do apoio recebido, pois a fé proporciona uma maneira de pensar construtiva, reafirmando a relevância desta abordagem (FREIRE *et al.*, 2017).

Desta forma, percebe-se contribuições da aplicação de alguma ação que inclua a dimensão espiritual do paciente no cuidado em saúde, de modo a tornar o cuidado mais integral, trazendo benefícios para o reestabelecimento da saúde.

Na classe **perspectiva integral do cuidado a partir espiritualidade**, os relatos reconhecem a importância da inclusão da dimensão espiritual para um cuidado mais integral, e da aproximação da espiritualidade e ciência. De acordo com os participantes a inclusão de uma prática espiritual durante a quimioterapia os aproximou mais da sua espiritualidade, melhorando a sua relação com o sagrado e demais familiares.

Sim, pra mim foi muito importante! Porque só em saber que a espiritualidade está entrando junto com a ciência, pra mim é algo válido. Pra mim foi surpresa, porque eu nunca tinha ouvido falar da espiritualidade com a ciência, né? Porque a ciência nunca quer acreditar na espiritualidade...fiquei surpresa porque tão começando a entender a importância para se estreitar os laços entre a ciência e a espiritualidade. (Iris)

Eu me achei mais a Deus. Eu acho que se todo mundo tivesse a oportunidade, as pessoas até se curariam melhor. Porque primeiro a gente tem que se curar por dentro, e depois por fora, né? Eu não tava conseguindo lidar, então tava passando isso para as pessoas, tava tratando mal... E hoje em dia até as pessoas se aproximaram mais de mim, pela maneira que eu tô tratando depois desse tratamento. (Girassol)

Acho que eu transformei, fiquei mais forte, me fortaleceu mais... porque no início foi um baque muito grande pra mim. Desde que começou as intervenções, eu percebi que elas me aproximaram mais do meu Ser de Luz, que é Deus. (Rosa)

Os pacientes deste estudo sempre que reconheciam a importância da espiritualidade no cuidado, relacionavam esta dimensão como importante a ser considerada no tratamento em saúde. Há um reconhecimento inclusive da necessidade de estreitar os laços entre a ciência e a espiritualidade, pois ambas são necessárias dentro de uma perspectiva do cuidado integral em que corpo e mente devem ser tratados juntas, pois o cuidado é prestado a uma pessoa com múltiplas dimensões (física, emocional, social e espiritual).

A integralidade do cuidado é compreendida como uma ação global que leva em consideração a oferta de assistência em saúde de qualidade, digna e respeitosa, valorizando o acolhimento e vínculo e que reconheça o ser humano como um ser biopsicossocial e espiritual (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

Um estudo realizado com pacientes em cuidados paliativos e profissionais de saúde de cuidados domiciliar que atendiam a estes pacientes buscou compreender o sentido do cuidado espiritual para a integralidade da assistência. Os resultados apontam que em situações em que a cura não é possível, o cuidado espiritual traz conforto e encontro existencial. Além disto, a fé e o suporte trazidos pela vivência da espiritualidade levam a um melhor controle interno frente as situações vivenciadas. Para estes pacientes, a saúde física e espiritual são aspectos complementares, sendo necessário a inclusão de cuidados espirituais em todos os cenários da saúde para que de fato haja integralidade na atenção (ARRIEIRA *et al.*, 2017).

Desta forma, a espiritualidade deve fazer parte do cuidado em saúde que tem a pretensão da integralidade do cuidado visto que integrar as várias dimensões do adoecimento e da vida auxilia a integrar as várias dimensões do próprio ser. Os termos holístico e integralidade, defendidos pelas políticas públicas de saúde, buscam atender à necessidade de conexão entre cuidados de corpo, mente e espírito.

Refletir a dimensão espiritual como um componente que interfere na saúde é considerar as facetas que constituem o ser, é resgatar e assegurar o aspecto humano durante o cuidado. Faz parte também de uma mudança no paradigma biologicista com vistas ao paradigma centrado no ser integral, corrigindo assim a tendência de agir em saúde dividindo, separando e retirando a interação das diversas dimensões que compõe o Ser (GOMES; BEZERRA, 2020).

As **mudanças de estado e sentimentos a partir da inclusão da espiritualidade no tratamento**, na classe 2, foram o bem-estar e presença de sentimentos e estados subjetivos positivos, como leveza, conforto, mais confiança, mais fortalecido, com mais vontade de viver

e mais importante, tranquilidade, melhora emocional, leveza no corpo e mente, alívio, sentimento de ser humano melhor e aumento da espiritualidade.

Eu tava muito me sentindo mal. Depois disso fiquei mais leve, mais confortável, mais confiante... pra mim teve uma mudança muito boa... Eu consegui lidar mais com os problemas. (Girassol)

Eu achei pro bem, né? Uma pessoa mais concentrada, mais ciente das coisas... eu andava muito nervoso. Eu achei uma mudança pro bem. Melhorei bastante no aspecto emocional. (Begônia)

A mudança é como eu falei, a gente se sente mais aliviado das coisas, né? Um ser humano melhor. (Azaleia)

E espero que, do jeito que eu tô me sentindo, que eu me senti durante essas sessões, espero que os outros pacientes possam se sentir da mesma forma... Uma coisa leve na minha mente, no meu corpo. É muito bom mesmo. (Antúrio)

Os relatos dos participantes desta pesquisa mostram o quanto o contato com a sua espiritualidade traz bons sentimentos e mudanças de estados emocionais resultando em boas sensações que podem contribuir para o bem-estar durante a quimioterapia. Durante o tratamento contra o câncer, cuja cura nem sempre é possível, faz-se necessário ter em vista o estímulo e a manutenção de bons sentimentos durante o cuidado prestado para melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar espiritual das pessoas em tratamento oncológico.

Um estudo realizado no oeste da China com 705 pacientes com diagnóstico de câncer ginecológico investigou o bem-estar espiritual e sua associação com qualidade de vida, ansiedade e depressão. Esta pesquisa demonstrou que o bem-estar espiritual está associado a menor ansiedade e depressão, e melhor qualidade de vida. Assim, os profissionais de saúde deveriam prestar cuidados que incluem a dimensão espiritual do paciente para ajudá-los a lidar com os estressores relacionados ao câncer, principalmente entre aquelas que têm baixa qualidade de vida ou sintomas graves, ou experimentam ansiedade ou depressão ao lidar com o sofrimento e a experiência da doença (CHEN *et al.*, 2021).

Apesar do reconhecimento da importância da inclusão da dimensão espiritual do paciente no plano terapêutico, estudos apontam as dificuldades que os profissionais de saúde apresentam para realizar esta abordagem na prática clínica.

Na Dinamarca, o conceito de cuidado espiritual e como esta é concebida e praticada por estudantes, pesquisadores e profissionais da clínica foram analisadas. Nos resultados, o cuidado espiritual aparece como um aspecto integral da saúde, essencial durante a assistência, sendo entendida como um aspecto fundamental do ser que tem especial importância em situações de sofrimento. Apesar de considerado importante, o cuidado espiritual tem sido um desafio para as equipes de saúde, pois esta abordagem exige treinamentos e habilidades adequadas, além de uma relação de confiança entre profissional e paciente (HVIDT *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste estudo nos permitiu conhecer as mudanças ocorridas na vida dos pacientes oncológicos após a inclusão da sua espiritualidade durante o tratamento quimioterápico. Estas mudanças ocorreram a partir da aproximação que estes tiveram com a sua fé e espiritualidade e contribuição para estados, sentimentos e pensamentos positivos, o que impactou no bem-estar e colaborou para a integralidade do cuidado.

O reconhecimento da importância desta abordagem também foi relatado pelos pacientes em tratamento quimioterápico, o que vem apontando para uma necessidade de mudança de paradigma atual baseado apenas no ser biológico para uma visão do paciente como um ser integral, que requer um cuidado também integral, mais humano e digno, levando em consideração suas diversas dimensões.

Este trabalho nos permite perceber a importância da espiritualidade na rotina dos serviços de saúde, principalmente no tratamento de doenças graves. Faz-se necessário discussões e reflexões acerca da temática durante a formação de profissionais de saúde de modo que a espiritualidade do paciente seja abordada em seu plano terapêutico, contribuindo assim para uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

ARRIEIRA, I.C.O. *et al.* The meaning of spirituality in the transience of life. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n. 1, e20170012, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100212&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170012>.

BALDUCCI, L. Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. **J. Pain Symptom Manage**, v.57, n. 1, p.171-175, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009>

BAUEREIß, N. *et al.* Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Psychooncology**, v. 27, n. 11, p. 2531-2545, 2018. DOI: 10.1002/pon.4829. Epub 2018 Aug 2. PMID: 29958339.

CHEN, J. *et al.* Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. **Medicine** (Baltimore), v. 100, n. 1, e24264, 2021. DOI:10.1097/MD.00000000000024264.

CIPRIANO-STEFFENS. *et al.* Improving End of Life Cancer Outcomes Through Development and Implementation of a Spiritual Care Advocate Program. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**®. March, 2021. DOI: 10.1177/1049909121995413.

CUARTAS-HOYOS, P. *et al.* Spiritual care: a look from the perspective of the model of symptom management and palliative care. **Rev. Colomb. Enferm**, v.18, n. 1, p. 1-17, 2019. DOI. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2341>

DATASUS. **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)**, Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2021.

ELIAS, A.C.A. **Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re-significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais**. Joel Sales Giglio. 2001. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2001.

ELIAS, Ana Catarina Araújo. RIME (Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade): psicoterapia breve por imagens alquímicas. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 44, n. 4, p. 527-535, 2018. DOI: 10.34019/1982-8047.

ENCARNAÇÃO, P.; OLIVEIRA, C. C.; MARTINS, T. A generalized resistance resource: faith. A nursing view. **Health Promot Int**, v. 32, n. 3, p. 577-580, 2017.

ENCARNAÇÃO, P.; OLIVEIRA, C. C.; MARTINS, T. O papel da fé na promoção da saúde em pacientes com esclerose múltipla. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 29, n. 4, p. 574-584, 2016.

FREIRE, M. E. M. *et al.* O. Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 2, p. :356-362, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.356-362>.

GARSSEN, B.; UWLAND-SIKKEMA, N.F.; VISSER, A. How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. **J Relig Health**, v. 54, n. 4, p. 1249-1265, 2015.

GOMES, E.T.; BEZERRA, S. M. M. S. Espiritualidade, integralidade, humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil. **Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde**, v. 5, n. 1, p. 65-69, 2020.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

HAI, A. H. *et al.* Efficacy of two-way prayer meditation in improving the psychospiritual well-being of people with substance use disorders: A pilot randomized controlled trial. **Subst Abus**, v.1, n. 20, p. 1-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1865244>.

HATAMIPOUR, K. *et al.* Necessidades espirituais de pacientes com câncer: um estudo qualitativo. **Indian J Palliat Care**, v. 21, n. 1, p. 61-67, 2015. DOI: 10.4103 / 0973-1075.150190.

HVIDT, N.C. *et al.* What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. **BMJ Open**, v. 10, e042142, 2020. DOI:10.1136/ bmjopen-2020-042142.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications.

ISRN Psychiatry, v. 1, n. 33, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

MANZINI, C.S. S. *et al.* A intervenção psicoterapêutica breve “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade”: uma revisão sistemática. **São Paulo Med. J.**, v. 138, n. 3, p. 176-183, 2020. Acesso em 16 de março de 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802020000300176&lng=en. Epub em 03 de abril de 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2019.030202102019>.

MITCHELL, A.J. *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. **Lancet Oncol**, v.12, n. 2, p.160-174, 2011. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs**. 2017. Disponível em:<http://www.who.int/en/news-room/detail/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>. Acesso em 28 de fevereiro de 2021.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa-Câncer**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839. Acesso em: 28 de fevereiro de 2021.

SANTOS, L.C.F. *et al.* Idosos em cuidados paliativos: a vivência da espiritualidade frente à terminalidade. **Rev. enferm. UERJ**, v. 28: e49853, 2020.

SILVA, M.; VITORINO, L.M. Religiosidade e espiritualidade na prática clínica da enfermagem: revisão da literatura e desenvolvimento de protocolo: Aplicações práticas. **HU rev** [Internet], v. 44, n. 4, p. 469-477, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28148>. Acesso em: 22 fevereiro 2021.

SILVA, A. C.; FERREIRA, J. O que é saúde? **Interface, Botucatu**, v. 17, n. 47, p. 983-986, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0007> .

STANFORD MIND & BODY LAB. 2021. Disponível em: <https://mbl.stanford.edu/publications>. Acesso em 15 de março de 2021.

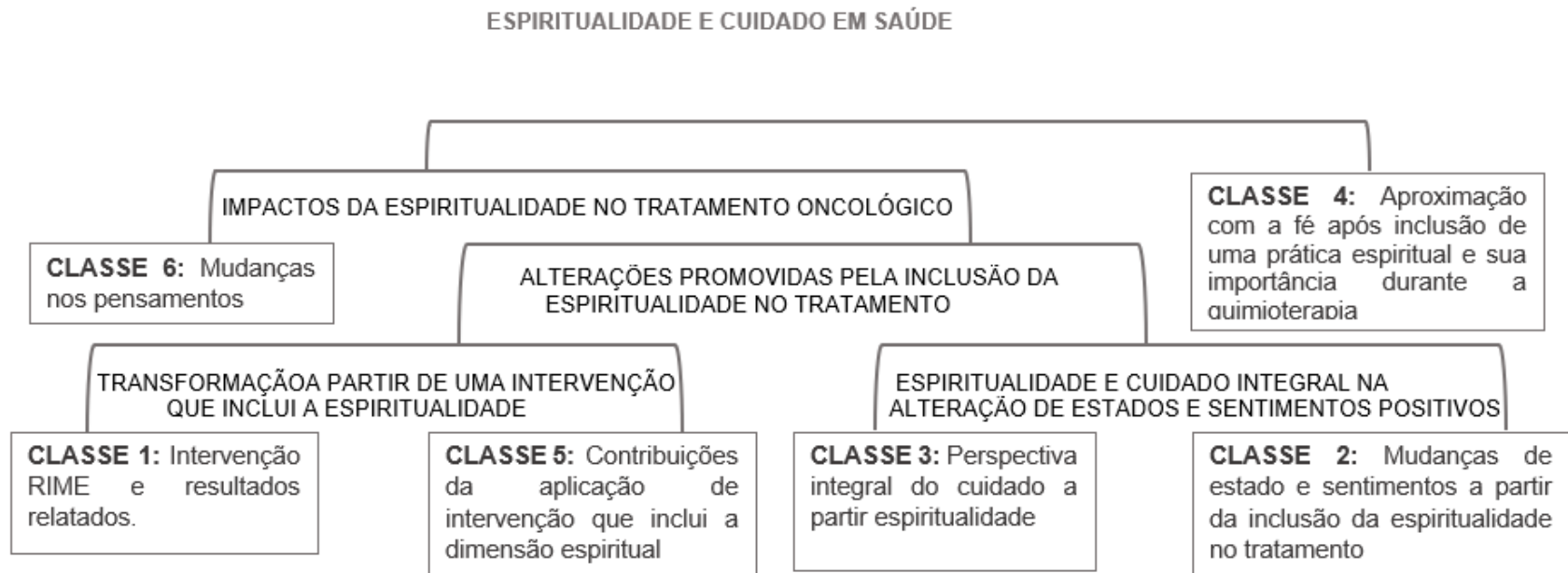
WALTON, G.M.; WILSON, T.D. Wise interventions: psychological remedies for social and personal problems. **Psychol. Rev**, v.125, n. 5, p. 617–655, 2018.

ZION, S. R.; SCHAPIRA, L.; CRUM. A.J. Targeting Mindsets, Not Just Tumors. **Trends in Cancer**, v.20, n. 20, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.trecan.2019.08.001>.

MATERIAL SUPLEMENTAR

ESPIRITUALIDADE E CUIDADO EM SAÚDE

FIGURA 5: Dendrograma de classes a partir da análise do corpus.



TABELAS

Tabela 1. Idade, tempo de diagnóstico, tratamento e prática religiosa dos participantes da pesquisa. Vitória da Conquista, BA, Brasil.

VARIÁVEL	N (%)	MÍNIMA	MÁXIMA	MEDIA	DP
Idade (em anos)	12 (100)	22	69	50,50	16,893
Tempo de diagnóstico (em meses)	12 (100)	2	36	9,00	9,573
Tempo de tratamento do Câncer (em meses)	12 (100)	1	36	8,42	9,848
Afiliação Religiosa	12 (100)				
Nenhuma, mas acredita em Deus	2 (17)				
Evangélico	3 (25)				
Católico	7 (58)				
Pratica a religião?	10 (100)				
Sim	7 (70)				
Não	3 (30)				
Frequência religiosa (dias por semana)	7 (100)	1	4	2,14	1,215
Frequenta outra religião?	12 (100)				
Sim	4(33)				
Não	8(67)				
Outra Religião frequentada	4 (100)				
Evangélica	2 (50)				
Católica	1 (25)				
Espírita	1 (25)				

Fonte: dados da Pesquisa, 2020.

Tabela 2. Tipo de câncer diagnosticado nos participantes da pesquisa. Vitória da Conquista, BA, Brasil.

TIPO DE CÂNCER DIAG- NOSTICADO	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Linfoma Hodgkin	2	16,7
Câncer de colón	2	16,7
Mesenquimal	1	8,3
Adenocarcinoma não especificado	1	8,3
Carcinoma escamocelular	1	8,3
Neoplasia gástrica	1	8,3
Neoplasia de tecidos moles	1	8,3
Câncer de testículo	1	8,3
Câncer de intestino	1	8,3
Câncer de reto metástase pulmão	1	8,3
Total	12	100,0

Fonte: dados da Pesquisa, 2020.

5. CONCLUSÃO

A espiritualidade tem sido relacionada a aspectos positivos para a saúde em diversos estudos. Neste, entretanto, embora tenhamos encontrado relação entre a espiritualidade e aspectos importantes para o tratamento quimioterápico, ao avaliar o efeito da inclusão da espiritualidade nos níveis de esperança, qualidade de vida e enfrentamento, não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre grupo controle e grupo intervenção para os escores durante o acompanhamento longitudinal.

Apesar disso, os dados subjetivos resultantes dos discursos dos participantes que receberam a intervenção espiritual revelaram que a inclusão da espiritualidade trouxe uma aproximação com a fé, bons pensamentos, melhores estados e sentimentos que contribuíram com o tratamento. Além disso, houve o reconhecimento, por parte dos pacientes, da importância da inclusão dessa dimensão no cuidado em saúde para garantir a integralidade do cuidado.

A inclusão da espiritualidade do paciente no tratamento quimioterápico nos permitiu observar que essa dimensão tem um papel importante para o cuidado prestado a pessoas em situação de fragilidade, seja pelo diagnóstico de doença grave recebido, pelo tratamento ou pela nova condição de saúde. Dessa maneira, benefícios foram observados nos discursos que fizeram parte desta pesquisa quando os pacientes apontaram impactos positivos na qualidade de vida, na saúde emocional, no bem-estar, em aspectos sociais e no nível de esperança após a inclusão da espiritualidade durante o período de quimioterapia.

Outra reflexão importante a se fazer está relacionada às ferramentas atualmente utilizadas para as pesquisas no campo da espiritualidade. Por esta ser uma dimensão transcendental, imaterial, subjetiva e profunda, percebe-se que os instrumentos quantitativos disponíveis para avaliar os aspectos impactados por ela talvez não sejam os mais adequados. De modo geral, há ainda uma limitação em encontrar instrumentos que possam retratar de forma adequada a espiritualidade vivenciada pelos indivíduos, pois ainda estamos pautados em uma ciência com paradigma material buscando estudar uma dimensão imaterial.

A espiritualidade carece ainda de tecnologias destinadas à sua mensuração fidedigna, que captem a profundidade vivenciada e atribuída a ela pelas pessoas,

sobretudo por aquelas que vivenciam uma doença grave, com grande carga emocional, como o câncer, seu diagnóstico e tratamento.

Ressaltam-se a necessidade e a importância da inclusão da espiritualidade na prática clínica, independentemente do nível de atenção à saúde. Afinal, essa abordagem poderá gerar reflexões essenciais sobre o significado da vida, permitindo ao paciente ressignificar situações difíceis, de modo a favorecer a qualidade de vida, esperança das pessoas e enfrentamento da doença. Além de respeitar a dignidade humana à medida que reconhece e valoriza o ser humano em suas diversas dimensões.

Este estudo, por fim, apresentou uma limitação relacionada ao número da amostra da pesquisa, que foi reduzida. Apesar de todos os esforços para alcançar um número maior de pacientes, isso não se concretizou, seja pelo número de pacientes disponíveis na unidade durante o período da inclusão de participantes na pesquisa, seja por estes não atenderem aos critérios de inclusão.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. S.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.4, p. 430-436, 2010.

ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **Am Fam Physician**, v.63, n.1, p. 81-9, 2001.

ARBINAGA, F. *et al.* Spirituality, Religiosity and Coping Strategies Among Spanish People Diagnosed with Cancer. **J Relig Health**, p. 2830-2848, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01247-0>. Acesso em: 05 ago. 2021.

ARRIEIRA, I.C.O. *et al.* The meaning of spirituality in the transience of life. Esc. **Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. e20170012, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100212&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2021.

ASHLEY, P. Toward an Understanding and Definition of Wilderness Spirituality. **Australian Geographer**, v.38, n.1, p. 53-69, 2007. DOI: 10.1080/00049180601175865

BACKES, M. T. S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.111-117, jan./mar. 2009.

BAI, M.; LAZENBY, M. A. Systematic Review of Associations between Spiritual Well-Being and Quality of Life at the Scale and Factor Levels in Studies among Patients with Cancer. **Journal of Palliative Medicine**, v.18, n.3, p.286–298, 2015.

BALDUCCI, L. Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. **J. Pain Symptom Manage**, v.57, n.1, p.171-175, 2018.

BAUEREIß, N. *et al.* Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Psychooncology**, v.27, n.11, p.2531-2545, 2018. DOI: 10.1002/pon.4829. Epub 2018 Aug 2. PMID: 29958339.

BITTAR, C.M.L.; CASSIANO, R.L.; SILVA, L.N. Espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento do câncer de mama: relato de um grupo de paciente. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v.26, n.2, p.25-31, jul./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v26n2p25-31>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874, DE 16 de maio de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria-874-16-maio-2013.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 140 de 27 de fevereiro de 2014**. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/publicacoes/portaria-140.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483/GM/MS, de 1º de abril de 2014**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRUCE, M.A. *et al.* Religious Coping and Quality of Life Among Black and White Men With Prostate Cancer. **Cancer Control**, v.27, n.3, p.1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1073274820936288>.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 25 set. 2019.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2017. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf. Acesso em: 25 set. 2019.

CAMARGOS, M.G. *et al.* Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity: A Cross-Sectional Study. **Medicine**, v.94, n.47, 2015.

CARVER, C.S.; SCHEIER, M.F. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.66, n.1, p.184-195, 1994.

CARVER, C.S.; SCHEIER, M.F.; WEINTRAUB, J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.56, n.2, p. 267-283, 1989.

CATRÉ, M.N.C. *et al.* Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito. **Análise Psicológica**, v.34, n.1, p.31-46, 2016.

CHEN, J. *et al.* Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. **Medicine**, v.100, n.1, p. e24264, jan. 2021. DOI: 10.1097/MD.00000000000024264.

CIPRIANO-STEFFENS, T. *et al.* Improving End of Life Cancer Outcomes Through Development and Implementation of a Spiritual Care Advocate Program. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**. mar. 2021. DOI: 10.1177/1049909121995413.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. 1986. Brasília, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 18 março de 2017.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

CUARTAS-HOYOS, P. *et al.* Spiritual care: a look from the perspective of the model of symptom management and palliative care. **Rev. Colomb. Enferm**, v.18, n.1, p. 1-17, 2019. DOI. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2341>.

DATASUS. **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 28 fev. 2021.

DAVIS, D.; HOOK, J.; WORTHINGTON, E. JR. Relational spirituality and forgiveness: The roles of attachment to God, religious coping, and viewing the transgression as a desecration. **Journal of Psychology and Christianity**, v.27, n.4, p. 293-301, 2008. Christianity, 27, 293-301.

DELGADO-GUAY, M.O. *et al.* Association between Spirituality, Religiosity, Spiritual Pain, Symptom Distress, and Quality of Life among Latin American Patients with Advanced Cancer: A Multicenter Study. **J Palliat Med**, 12 Apr. 2021. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1089/jpm.2020.0776>. Acesso em 03 ago. 2021.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v.5, n.24, p.173-177, 2008.

DUFAULT, K.; MARTOCCHIO, B.C. Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. **Nurs Clin North Am**, v.20, n.2, p.379-391, jun., 1985.

ELIADE, M. **História das ideias e das crenças religiosas** (Tomo I, Vol. I). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

ELIAS, A.C.A. **Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na ressignificação da dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais**. 2001. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2001.

ELIAS, A.C.A. **Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para ressignificar a dor espiritual de pacientes terminais**. 2005. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2005.

ELIAS, A.C.A. **Manual para aplicação: RIME: Psicoterapia Breve por Imagens Alquímicas**. Campinas, SP: Unicamp BFCM, 2018.

ELIAS, A.C.A. RIME (Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade): psicoterapia breve por imagens alquímicas. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.44, n.4, p.527-535, 2018. DOI: 10.34019/1982-8047.

ELIAS, A.C.A.; GIGLIO, J.S.; PIMENTA, C.A.M.; EL-DASH, L.G. Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para ressignificar a Dor Espiritual de Pacientes Terminais. **Rev Psiquiatr Clín**, São Paulo, v.34, n.1, p.60-72, 2007.

ELIAS, A.C. *et al.* The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). **Complement Ther Clin Pract**, v.21, n.1, p.1-6, Feb. 2015. doi: 10.1016/j.ctcp.2015.01.007.

ENCARNAÇÃO, P.; OLIVEIRA, C. C.; MARTINS, T. O papel da fé na promoção da saúde em pacientes com esclerose múltipla. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.29, n.4, p. 574-584, 2016.

ENCARNAÇÃO, P.; OLIVEIRA, C. C.; MARTINS, T. A generalized resistance resource: faith. A nursing view. **Health Promot Int**, v.32, n.3, p.577-580, 2017.

ENDLER, N. S.; PARKER, J. D. A. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.58, n.5, p.844-854, 1990. DOI: 10.1037/0022-3514.58.5.844.

EQUATOR NETWORK. **Diretrizes-chave para relatar os principais tipos de estudos de pesquisa**. Oxford, 2017. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>. Acesso em: 21 Jan. 2017.

EQUATOR. **Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals**, 2015. Disponível em: http://icmje.org/news-and-editorials/icmje-recommendations_annotated_dec16.pdf. Acesso em: 21 Fev. 2017.

EXECUTIVE BOARD, 101. Executive Board, 101st session, Geneva, January 1998. **Resolutions and decisions: annexes**. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255587>. Acesso em 25 de fevereiro de 2018.

FIGUEIREDO, J.F. *et al.* Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2638>

FIORINI, H.J. **Teorias e Técnicas de Psicoterapias**. 9. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1991.

FISHER, J. The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. **Religions**, v.2, n.1, p.17-28, 2011. DOI: 10.3390/rel2010017.

FOLKMAN, S. Stress, coping, and hope. **Psycho-Oncology**, v.19, n.9, p.901-908, 2010. DOI: 10.1002/pon.1836.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.48, n.1, p.150-170, 1985.

FOLKMAN, S. *et al.* A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.50, n.3, p. 571-579, 1986.

FREIRE, M.E.M. *et al.* O. Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. **Rev Fund Care Online**, v.9, n.2, p.356-362, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.356-362>.

GALLAGHER, M.W. *et al.* Examining the longitudinal effects and potential mechanisms of hope on COVID-19 stress, anxiety, and well-being. **Cogn Behav Ther**, v.50, n. 3, p. 234-245, 2021. DOI: 10.1080/16506073.2021.1877341.

GARSSEN, B.; UWLAND-SIKKEMA, N.F.; VISSER, A. How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. **J Relig Health**, v.54, n.4, p.1249-1265, 2015.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

GIMENES, M.G.G.; QUEIROZ, B. As diferentes fases de enfrentamento durante primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M.G.G.; Fávero, M.H. (Orgs). **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997.

GLOBOCAN. **Global Cancer Observatory**. 2020. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0. Acesso em: 03 abr. 2021.

GOBATTO, C.A.; ARAUJO, T.C.C.F. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**, v.24, n.1, p.11-34, 2013. DOI: 10.1590/S0103-65642013000100002.

GOMES, E.T.; BEZERRA, S.M.M.S. Espiritualidade, integralidade, humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil. **Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde**, v.5, n.1, p.65-69, 2020.

GONÇALVES, J. P. B. *et al.* Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychological Medicine**, v.45, n.14, p.2937-2949, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291715001166>.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc Saúde Colet.**, v.15, n.3, p.757-762, 2010.

GRANDIZOLI, M. V. *et al.* Indicadores de esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.24, n.3, p.65-70, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.3.2017.718>.

GREALISH L. *et al.* Psychosocial predictors of hope two years after diagnosis of colorectal cancer: Implications for nurse-led hope programmes. **Eur J Cancer Care**. v.28, n.3, p.e13010, 2019. DOI :10.1111/ecc.13010.

GUERRERO, G.P. *et al.* Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.1, p.53–59, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>.

HAI, A.H. *et al.* Efficacy of two-way prayer meditation in improving the psychospiritual well-being of people with substance use disorders: A pilot randomized controlled trial. **Subst Abus**, v.1, n. 20, p. 1-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1865244>.

HATAMIPOUR, K.H. *et al.* Spiritual needs of cancer patients: a qualitative study. **Indian J Palliat Care**, v.21, n.1, p. 61-67, 2015.

HERTH, K. Fostering hope in terminally-ill people. **J Adv Nurs**, v.15, n.11, p.1250-1259, 1990.

HERTH, K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **J Adv Nurs**, v.17, n.10, p.1251-9, 1992.

HVIDT, N.C. *et al.* What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. **BMJ Open**, v.10, p.e042142, 2020. DOI: 10.1136/ bmjopen-2020-042142.

ICMJE. RECOMMENDATIONS for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals. [s.n.t.], 2015. Disponível em: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estatísticas do Câncer**. 2015. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml#panelResultado>. Acesso em: 05 set. 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2020**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao>. Acesso em: 22 abr. 2021.

JAKOBSSON, A. *et al.* Establishing a Swedish instrument measuring hope. **Scand J Caring Sci**, v.7, n.3, p.135-139, 1993.

JASPERS, K. **Os mestres da humanidade**. Coimbra: Livraria Almedina, 2003.

JUNG, C.G. **Obras completas**. Petrópolis: Vozes, 1986.

JUNG, C.G. Chegando ao inconsciente. In: _____. **O homem e seus símbolos**. 12. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

JUNG, C.G. **Símbolos da Transformação**. In: Freud e a psicanálise. Obras Completas de Carl Gustav Jung, v. V. Petrópolis: Vozes, 2007.

KAST, V. **A dinâmica dos símbolos: fundamentos da psicologia junguiana**. São Paulo: Loyola, 2014.

KIMURA, M. *et al.* Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale-versão brasileira. **Rev Esc Enferm. USP**, v.46, n.esp., p.99-106, 2012.

KLEINUBING, R.E. *et al.* Estresse e coping em enfermeiros de terapia intensiva adulto e cardiológica. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v.3, n.2, p.335-44, 2013.

KOENIG, H.G. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. **Int J Psychiatry Med**, v.31, n.1, p.97-109, 2001.

KOENIG, H.G. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. **JAMA**, v.288, n.4, p. 487-93, 2002.

KOENIG, H.G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**. Por quê, como, quando e o quê. São Paulo: FE, 2005.

KOENIG, H.G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **ISRN Psychiatry**, v.1, n.33, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and health: a review and update. **Adv Mind Body Med. Summer**, v.29, n.3, p.19-26, 2015.

KOENIG, H.G.; KING, D.; CARSON, V.B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.E.; LARSON, D.B. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press; 2001. 712.

KUHN, C.C. A spiritual inventory of the medically ill patient. **Psychiatr Med**, v.6, n.2, p.87-100, 1988.

LAHLOU, S. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v.20, n.38, p.1-7, 2012.

LARIMORE, W.L. Providing basic spiritual care for patients: should it be the exclusive domain of pastoral professionals? **Am Fam Physician**. v.63, n.1, p.36; 38-40, 2001.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEITE, F.M.C. *et al.* Coping strategies and the relationship with sociodemographic conditions of women with breast cancer. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n.2, p.211-217, 2017. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200009>. Acesso em: 10 Ago. 2021.

LIMA, S. *et al.* Spirituality and quality of life in older adults: a path analysis model. **BMC Geriatr**. v.20, n.259, p.1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01646-0>.

LIMA VAZ, H. **Filosofia e cultura**. Escritos de filosofia III. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

LOUBÈRE, L.; RATINAUD, P. **Documentation IraMuTeQ – 0.6 alpha 3 version 0.1**. 2014. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.

LUCCHETTI, G. *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clin Med.**, v.8, n.2, p.154-8, 2010.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L.; GRANERO, A. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? **J Bras Nefrol.**, v.32, n.1, p.126-130, 2010.

LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Medical Education**, v.12, n.78, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-78>.

MAY, R. **Psicologia e dilema humano**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

MANZINI, C.S.S. *et al.* The brief psychotherapeutic intervention “relaxation, mental images and spirituality”: a systematic review. **Sao Paulo Medical Journal**, v.138, n.3, p. 176-183. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.030202102019>. Acesso em: 16 mar. 2021.

MATTHEWS, D.A. **The Faith Factor**. New York: Viking, 1988.

MICHALOS, A.; ZUMBO, B.; HUBLEY, A. Health and the quality of life: Social indicators research. **Social Indicators Research**, v.51, n.3, p.245-86, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MITCHELL, A.J. *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. **Lancet Oncol**, v.12, n.2, p.160-174, 2011. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.

MOHER, D.; SCHULZ, K.F.; ALTMAN, D.G. The CONSORT Statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. **Lancet.**, v.357, n.9263, p.1191-4, Apr. 2001.

MOOSAVI, S. *et al.* Factors affecting spiritual care practices of oncology nurses: a qualitative study. **Springer Berlin Heidelberg**, v.12, n.78, 2018. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00520-018-4378-8>.

NASCIMENTO, A.R.A.; MENANDRO, P.R.M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.6, n.2, p.72-88, 2006. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/11028>.

NASUTION, L.A.; AFIYANTI, Y. Spiritual based intervention effect on the psychological aspect of patients with gynaecologic and breast cancer: A systematic review. **Enfermería Clínica**, v.31, n.2, p. S90-S95, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.006>. Acesso em: 04 ago. 2021.

OLIVEIRA, G.R. et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Rev Bras Clin Med**. v.11, n.2, p.140-4, 2013.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 18 mar. 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Report on WHO consultation. MNH/MAS/MHP/98.2 WHO, Genebra, 1998.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Promoción de la salud: glosario**. Genebra, 1998a. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=. Acesso em: 10 abr. 2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Amendments to the Constitution**. Genebra, 1999. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 18 mar. 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs**. Genebra, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/detail/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>. Acesso em: 28 fev. 2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Observatório de saúde global**. Genebra, 2018. Disponível em: who.int/gho/database/en/. Acesso em: 18 jun. 2019.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Genebra, 2018. **Folha informativa - Câncer**. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839. Acesso em: 28 fev. 2021.

OTTAVIANI, A.C. *et al.* Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.22, n.2, p.248-54, 2014.

OTTAWA. **Carta de Ottawa para a Promoção da saúde**. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/1986-Ottawa.pdf>. Acesso em: 30 outubro 2016.

OXFORD ENGLISH DICTIONARY. Disponível em: <https://languages.oup.com/dictionaries/#lexico>. Acesso em: 20 fev. 2019.

PAIS RIBEIRO, J.; PINTO, C.; SANTOS, C. Validation study of the Portuguese version of the QLC-C30-V.3. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v.9, n.1, p.89102, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36290108>. Acesso em: 28 mar. 2018.

PALOUTZIAN, R.F.; PARK, C.L. **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. New York: Guilford Press, 2005.

PANZINI, R.M. *et al.* Qualidade de Vida e Espiritualidade. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v.34, n.1, p. 105-115, 2007.

PARGAMENT, K.I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. Guilford Press, New York, 1997.

PARK, C.L.; WADDINGTON, E.; ABRAHAM, R. Different Dimensions of Religiousness/Spirituality Are Associated with Health Behaviors in Breast Cancer Survivors. **Psychooncology**, v.27, n.10, Aug. 2018.

PÉLISSIER, D. **Initiation à la lexicométrie: approche pédagogique a partir de l'étude d'un corpus avec le logiciel Iramuteq**. IDETCOM. Université Toulouse, 2017. Disponível em: https://presnumorg.hypotheses.org/files/2016/04/Initiation_lexico_Iramuteq_Mars2017_v6.pdf. Acesso em: 26 jan. 2021.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PIEDMONT, R.L. Spiritual transcendence and scientific study of spirituality. **Journal of Rehabilitation**, v.67, p. 4-14, 2001.

PIEDMONT, R.L. Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from a outpatient substance abuse program. **Psychology of Addictive Behaviors**, v.18, n.83, p. 213-222, 2004.

PIEDMONT, R. L. Spiritual as a robust empirical predictor of psychological outcomes: a cross-cultural analyses. In R. J. Estes (ed.) **Advancing Quality of Life in a Turbulent Social Indicators Research Series**. v.29, Part II, p.117-134. New York: Springer, 2007.

PIEDMONT, R.L.; LEACH, M. Cross-cultural generalizability of the spiritual transcendence scale in Indian. Spirituality as a universal aspect of human experience. **American Behavioral Scientist**, v.45, n.12, p.2-24, 2002.

PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

PUCHALSKI, C.; ROMER, A.L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J Palliat Med**, v.3, n.1, p.129-137, 2000.

QUERIDO, A.I. **A Esperança em Cuidados Paliativos**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2005.

RATINAUD, P. **Iramuteq: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires** – 0.7 alpha 2. 2014. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>. Acesso em: 25 fev. 2020.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”: analyse du “CableGate” avec IraMuTeQ. In: Actes des 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles Presented at the 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles. **JADT**, p. 835–844, 2012.

REINERT, M. Un logiciel d’analyse lexicale: Alceste. **Cahiers de l’analyse des données**, v.11, n.4, p. 471-484, 1986.

REIS, L.B.M.; LELES, C.R.; FREIRE, M.C.M. Religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida de pacientes com sequelas de câncer de cabeça e pescoço. **Oral Dis.**, n.26, p.838–842, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/odi.13284>.

RIKLIKIENĖ, O. et al. Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among non-terminally ill cancer patients: Cross-sectional survey. **Eur J Oncol Nurs**. v.44, n.101681, Feb. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101681>.

ROH, S.; BURNETTE, C.E.; LEE, Y. Prayer and Faith: Spiritual Coping among American Indian Women Cancer Survivors. **Health & Social Work**, v.43, n.3, p.185-192, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/hsw/hly015>.

ROVERS, M.; KOCUM, L. Development a holistic model of spirituality. **Journal of Spirituality in Mental**. v.12, n.1, p.2-24, 2010.

RUSTOEN, T. et al. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. **Cancer Nurs**. v.21, n.4, p.235-45, 1998.

SANTOS, I.C. et al. Hope as a coping strategy for cancer patients undergoing chemotherapy: An integrative literature review. **Braz. J. Hea. Rev.**, v.3, n.6, p.17515-17532, 2020.

SANTOS, L.C.F. et al. Idosos em cuidados paliativos: a vivência da espiritualidade frente à terminalidade. **Rev. enferm. UERJ**, v.28, p.e49853, nov. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49853>. Acesso em: 16 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49853>.

SANTOS, W.P. et al. O enfrentamento do câncer fora de possibilidade terapêutica: uma revisão integrativa. **REaid**, v.93, n.31, p.e-20019, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.31-art.659>. Acesso em: 08 ago. 2021.

SARTORE, A.C.; GROSSI, S.A.A. Escala de esperança de Herth - Instrumento adaptado e validado para a língua Portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem**, v.42, n.2, p. 227-232, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>.

SCHMIDT, S. et al. A. The conceptual relationship between health indicators and quality of life: results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS fi eld study. **Clinical Psychology & Psychotherapy, Hoboken**, v.2, n.1, p.28-49, 2005.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SECONDIN, B. **Espiritualidade em diálogo**. São Paulo: Edições Paulinas, 2002.

SEIDL, E.M.F.; TROCCOLI, B.T.; ZANNON, C.M.L.C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq**, Brasília, v.17, n.3, p.225-234, Set. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.; CALDAS, C.P. Care relationship between the family caregiver and the elderly with Alzheimer. **Rev Bras Enferm.**, v.67, n.2, p.233-240, 2014.

SILVA, A.C.; FERREIRA, J. O que é saúde? **Interface**, Botucatu, v.17, n.47, p.983-986, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0007>. Acesso em: 01 fev. 2021.

SILVA, M.; VITORINO, L.M. Religiosidade e espiritualidade na prática clínica da enfermagem: revisão da literatura e desenvolvimento de protocolo: Aplicações práticas. **HU Rev.**, v.44, n.4, p.469-477, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28148>. Acesso em: 22 fev. 2021.

SILVA, R.R.; SIQUEIRA, D. Espiritualidade, Religião e Trabalho no Contexto Organizacional. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.3, p.557-564, jul./set., 2009.

SNAPP, M.; HARE, L. The Role of Spiritual Care and Healing in Health Management. **Adv Mind Body Med.**, v.35, n.1, p.4-8, 2021.

SOUSA, F.F.P.R.D. *et al.* Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. **SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool e Drogas**, v.13, n.1, p.45-51, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51>. Acesso em: 03 ago. 2021.

SOUSA, Y.S.O. *et al.* O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesqui. prá. psicossociais**, v.15, n.2, p.1-19, jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2021.

SOUZA, M.; FRANCIS, L.J.; O'HIGGINS-NORAM J. **Internacional Handbook of Education and Spirituality, Care and Wellbeing**. Londres: Springer; 2009.

STANFORD MIND & BODY LAB. Califórnia, 2021. Disponível em: <https://mbl.stanford.edu/publications>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TEIXEIRA, J.S. Espírito. In: CABRAL, R. e colaboradores (Eds). **Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia**. Lisboa / São Paulo: Verbo, 1990, p.238-248.

VASCONCELOS, E.M. **A Espiritualidade na Educação Popular**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

VITALIANO, P.P.*et al.* The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**, v.20, n.1, p.3-26, 1985.

WALTON, G.M.; WILSON, T.D. Wise interventions: psychological remedies for social and personal problems. **Psychol. Rev**, v.125, n.5, p.617-655, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/rev0000115>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

WORTHINGTON, E.; JR.; ATEN, J. Psychotherapy with religious and spiritual clients: An introduction. **Journal of Clinical Psychology**, v.65, n.2, p.123-130, 2009.

WORTHINGTON, E. *et al.* Religion and spirituality. **Journal of Clinical Psychology**, v.67, n.2, p.204-214, 2011.

ZION, S.R.; SCHAPIRA, L.; CRUM, A.J. Targeting Mindsets, Not Just Tumors. **Trends in Cancer**, v.5, n.10, p.573-576, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tre-can.2019.08.001>.

APÊNDICES

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**QUESTIONÁRIO**

Este estudo tem como objetivo geral avaliar o enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade do paciente no tratamento clínico, e específicos analisar o efeito da inclusão da dimensão espiritual do paciente na qualidade de vida durante o tratamento convencional para o câncer e analisar o nível de esperança de pessoas em tratamento após a inclusão da sua espiritualidade no tratamento. A sua participação é voluntária e suas respostas serão confidenciais e seu nome NÃO será associado às suas respostas. Por favor, se necessitar deixe comentários adicionais em seu questionário.

Obrigada pela sua participação!

Nome do paciente _____

Participante nº _____

Grupo: _____

Telefone do paciente () _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE

DATA: ____/____/____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Sexo:** 1- Fem 2- Masc
2. **Quantos anos você tem?** _____ anos
3. **Há Quanto tempo você foi diagnosticado com câncer?** ____anos ____ meses
4. **Quanto tempo de tratamento contra o câncer você tem?** ____anos ____ meses.
5. **Como você definiria sua raça/etnia?**
 - 1 Amarela 2. Branca 3. Preta 4.Pardo 5. Indígena
6. **Qual é a sua renda familiar?**
 - 1 1 Até um salário mínimo
 - 2 1 a 3 salários mínimos
 - 3 4 a 7 salários mínimos
 - 4 8 a 12 salários mínimos
 - 5 Mais de 12 salários mínimos
7. **Qual o seu estado civil?**
 1. Solteiro 2. casado 3. viúvo 4. união estável 5. Divorciado 6. outro.
8. **Qual o seu grau de instrução?**
 1. analfabeto 2. Ensino Fundamental 3. Ensino Médio
 4. Ensino Superior () completo () incompleto
9. **Das alternativas, aquela que melhor descreve sua afiliação religiosa é?**
 - 1 Nenhuma, mas acredito em Deus
 - 2 Nenhuma e não acredito em Deus
 - 3 Evangélico
 - 4 Protestante
 - 5 Budismo
 - 6 Hinduísmo
 - 7 Judaísmo
 - 8 Islamismo
 - 9 Espírita

- 10 Católico Apostólico Romano
- 11 Umbandista
- 12 Candomblé
- 13 Espiritualista
- 14 Testemunha de Jeová
- 15 Outras (favor especificar): _____

10. Pratica a religião mencionada acima?

1. Sim Com que frequência? _____ dias na semana.
2. Não

11. Frequenta alguma outra religião? Qual? _____

ESCALA MODO DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS

As pessoas reagem de modos diferentes a situações difíceis ou estressantes. Para responder ao questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde atual.

Após a leitura, você deve assinalar a alternativa que melhor corresponde ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda para enfrentar seu problema de saúde. Caso você não esteja buscando ajuda, marque com um X ou círculo o número 1 (eu nunca faço isto). Se você está buscando ajuda sempre, marque o número 5 (eu sempre faço isto). Para respostas diferentes destas duas opções, marque a que melhor se adequa a sua situação.

Lembre-se, não há resposta certa ou errada. O que importa é como você está lidando com o seu problema de saúde atual.

Leia os itens abaixo e indique o que você faz na situação:

- 1 Eu **NUNCA** faço isso.
- 2 Eu faço isto **UM POUCO**.
- 3 Eu faço isto **ÀS VEZES**.
- 4 Eu faço isto **MUITO**.
- 5 Eu faço isto **SEMPRE**.

		NUNCA	UM POUCO	ÀS VEZES	MUITO	SEMPRE
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
2	Eu me culpo					
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação					
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.					
5	Procuro um culpado para esta situação					
6	Espero que um milagre aconteça					
7	Peço conselho a um parente ou amigo que eu respeite					
8	Eu rezo/oro					
9	Converso com alguém sobre como estou me sentindo					
10	Eu insisto e luto pelo que quero					
11	Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo					
12	Eu brigo comigo mesmo; fico falando comigo o que devo fazer					
13	Desconto em outras pessoas					
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema					
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
16	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida					
17	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida					
18	Eu desejo mudar o modo como eu me sinto					
19	Aceito a simpatia e compreensão de alguém					
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
21	Pratico mais a religião/espiritualidade depois que tenho este problema					
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim					
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema					
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem-sucedido					
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele que estou.					
27	Tento esquecer o problema todo					

28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente					
29	Eu culpo os outros					
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.					
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia					
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo					
34	Procuo me afastar das pessoas em geral					
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer					
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez					
37	Descubro quem mais é ou foi responsável					
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor					
39	Eu sairei desta experiência melhor do que entrei nela					
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui					
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo					
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo					
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
44	Eu me apego a minha fé para superar esta situação					
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema					

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH

Leia as questões abaixo a marque um X na que melhor descreve o quanto você concorda com esta afirmação **neste momento**.

		Discordo Completa- mente	Discordo	Concordo	Concordo completa- mente
1	Eu estou otimista quanto à vida				
2	Eu tenho planos a curto e longo prazos				
3	Eu me sinto muito sozinho (a)				
4	Eu consigo ver possibilidade em meio as dificuldades				
5	Eu tenho uma fé que me conforta				
6	Eu tenho medo do meu futuro				
7	Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos				
8	Eu me sinto muito forte				
9	Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor				
10	Eu sei onde eu quero ir				
11	Eu acredito no valor de cada dia				
12	Eu sinto que a minha vida tem valor e utilidade				

ESCALA QUALIDADE DE VIDA (EORTC QLQ-C30. versão 3.0.)

		Não	Pouco	Moderado	Muito
1	Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou mala?	1	2	3	4
2	Você tem alguma dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
3	Você tem alguma dificuldade quando faz uma caminhada curta fora de casa?	1	2	3	4
4	Você tem que ficar na cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5	Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
Durante a última semana		Não	Pouco	Moderado	Muito
6	Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7	Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividade de lazer?	1	2	3	4
8	Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9	Você tem tido dor?	1	2	3	4
10	Você precisou repousar?	1	2	3	4

APENDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA**”. Neste estudo pretendemos descrever as mudanças ocorridas após a inclusão da espiritualidade durante o tratamento quimioterápico, analisar o efeito da inclusão espiritualidade do paciente para a qualidade de vida e no nível de esperança de pessoas em tratamento contra o câncer e avaliar o enfrentamento do câncer após a inclusão da espiritualidade do paciente no tratamento quimioterápico.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que ainda são escassos os estudos científicos que relatam os possíveis benefícios da inclusão da espiritualidade para o cuidado integral ao paciente.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): iremos formar dois grupos para estudarmos se a inclusão da espiritualidade irá influenciar no enfrentamento, qualidade de vida e esperança das pessoas em tratamento contra o câncer. Desta forma, iremos aplicar uma intervenção (que será um tipo de meditação espiritual) a um grupo e comparar os resultados com o grupo que não receberá esta intervenção até a coleta de todos os dados.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Nós planejamos este estudo para reduzir os riscos, porém há risco de constrangimento pois conterà suas opiniões. Os benefícios deste estudo são os possíveis benefícios para o cuidado integral ao paciente já que os resultados podem gerar reflexões sobre a inclusão da espiritualidade do paciente na prática clínica.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Vitória da Conquista/BA, data: ___/___/___.

 Pesquisador responsável

 Participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisador(a) Responsável: Agnes Claudine Fontes De La Longuinere

Endereço: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde (PPGES).

Fone: (73) 3528-9600/ E-mail: agnesfontes@yahoo.com.br

CEP/UESB- Comitê de Ética em Pesquisa

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICE C: ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME

- 1 Identificação do foco a ser trabalhado;
- 2 Escolha da música;
- 3 Escolha da imagem inicial;
- 4 Definição do ser de luz;
- 5 **INDUÇÃO AO RELAXAMENTO MENTAL:**
 - 5.a **Sentar ou deitar**-se confortavelmente, com coluna ereta.
 - 5.b Colocar a música escolhida ao fundo;
 - 5.c Fechem os olhos e **respirem profunda** e lentamente, imaginando o ar que entra nos pulmões em uma cor azul, como o céu (cor fria e calmante).
 - 5.d Conduzir a **relaxar** a face, nuca, ombros, braços, mãos, tórax, abdome, pernas e pés. Relaxamento da cabeça aos pés.
 - 5.e Focar a atenção na música e **imaginar-se no local** escolhido.
 - 5.f **Estimular os sentidos** através da imaginação: utilizar a imagem escolhida para, por exemplo, sentir o perfume das flores, ver a cachoeira, o céu, sentir a água nos pés, o vento no rosto, o barulho das águas, etc. estimular os sentidos de forma calma, suave e tranquila;
- 6 **INDUÇÃO DA VISUALIZAÇÃO DE IMAGENS MENTAIS NO LOCAL ESCOLHIDO.**
 - 6.a Visualização do **ser de luz** caminhando ao encontro dele neste local, emanando profundo amor e proteção;
 - 6.b O ser de Luz abraça-o, olhando em seus olhos e o envolvendo em amor e proteção, sinta este amor e proteção nos braços do ser de luz, nutrindo-o deste amor incondicional;
- 7 **SOLUTIO PARA CHEGAR AO ALBEDO**
 - 7.a Primeira imagem: o Ser de Luz convida-o a **entrar na água** (cachoeira, lago, rio ou mar), para dissolver o seu sofrimento/dificuldade escolhido para transformação.

- 7.b Segunda imagem: **saia da água** acompanhado do Ser de Luz e sinta o calor suave do sol em temperatura agradável aquecendo-o.
- 7.c Neste local (escolhido) o Ser de Luz oferece então **túnicas** de todas as cores, brilhantes;
- 7.d Vestir cada uma das túnicas: **vermelha, laranja, amarelo, verde esmeralda, azul céu, azul royal, violeta, branca, rosa, prateada e dourada**;
- 7.e Escolher uma que se sinta melhor.

8 COAGULATION PARA SE CHEGAR A CITRINAS

- 8.a No local há uma **escadaria branca**, segura e imensa, que inspira harmonia, suavidade, amor e proteção, que **alcança o espaço além da Terra**, e que a liga a uma **Estrela da cor da Túnica** escolhida.
- 8.b Subir esta Escadaria branca, protegido e amparado pelo Ser de Luz, deixando todos os seus papéis sociais na Terra;
- 8.c Neste momento **é apenas uma Alma**, uma **Essência**, e pode sentir a pureza, a beleza e a força da sua própria energia;
- 8.d Terceira imagem: Visualize **Sementes douradas** que são depositadas pelo Ser Espiritual de Luz na sua **testa** (para iluminar os pensamentos), na **garganta** (para iluminar as palavras), no **coração** (para iluminar os sentimentos), no **umbigo** (para iluminar as emoções do paciente), **nas mãos** (para iluminar as ações), e **nos pés** (para iluminar o caminhar).
- 8.e Ao **absorver** as sementes douradas, **sentir o Amor incondicional** do Ser de Luz o envolver, nutrindo todas estas sementes douradas e dando as qualidades, ou valor, ou sentimento que você necessita e que foi mencionada em cada Semente Dourada de Luz.

9 CONIUNCTIO PARA SE CHEGAR A RUBEDO

- 9.a Quarta imagem: o Ser Espiritual de Luz entrega uma **caixa vermelha contendo um presente**, que é uma mensagem simbólica para a vida;
- 9.b Receba das mãos do Ser De Luz a caixa vermelha com o seu presente, e **observar o tamanho, a cor, a forma e a textura da caixa vermelha**.
- 9.c **Abra a caixa** e visualizar o que tem dentro, o seu presente, que pode ser uma representação do mundo mineral, ou do mundo vegetal, ou do mundo animal ou do mundo humano.
- 9.d Deixar a música tocando por alguns minutos.

- 9.e Sinta e visualize que o Ser de Luz lhe colocando um **Manto Azul** de Proteção.
- 9.f Afirmar ao paciente que **ele pode voltar a esta Estrela sempre que desejar**, deve sentir que está envolto no Manto Azul, que absorveu as Sementes Douradas e que está com o seu Presente da Caixa Vermelha, integrado à mensagem que este presente transmite para a sua vida.
- 9.g Respire mais uma vez o ar puro deste lugar e comece **a descer a Escadaria Branca**, amparado e protegido pelo Ser de Luz, em direção ao local de onde partiu:
- 9.h Desça suavemente a escadaria, de forma segura, amorosa e protegida.
- 9.i **Tire a túnica e sandálias** e visualizar que está com suas roupas e sapatos.
- 9.j Sinta-se **envolto no Manto Azul, com as Sementes Douradas absorvidas e você está com o seu Presente da Caixa Vermelha**.
- 9.k O Ser de Luz continuará com você, mesmo quando despertar.
- 9.l Contagem suave.
- 9.m- Zero... você está protegido.
- 9.n - Um... você está em paz.
- 9.o - Dois... você está fortalecido e transformado.
- 9.p - Vagarosamente mexa a cabeça, as mãos e os pés e três... abra os olhos.

IMAGENS PROPOSTAS PELA AUTORA DA RIME

JARDIM DE FLORES COM CACHOEIRA SUAVE



AO PÉ DA MONTANHA UM LAGO SERENO



UM CAMPO POR ONDE PASSA UM RIO TRANQUILO



UMA PRAIA TRANQUILA COM MAR SERENO



ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTOS DA ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA

Pesquisador: Agnes Claudine Fontes De La Longuinere

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14156518.0.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.483.361

Apresentação do Projeto:

“Este estudo terá abordagem quantitativa. Será um estudo de intervenção, sendo escolhido o ensaio clínico randomizado para avaliar os efeitos da inclusão de práticas espirituais durante o tratamento clínico e a sua relação com a qualidade de vida, bem-estar espiritual, esperança e satisfação com a vida, resultando em melhor enfrentamento da doença. Os ensaios clínicos randomizados partem de uma causa para o efeito e são considerados padrão de excelência entre os métodos de pesquisa por produzir evidências inequívocas para esclarecer a relação entre causa-efeito de uma intervenção. Neste tipo de estudo os indivíduos são alocados aleatoriamente para grupo de intervenção e grupo controle para que estes tenham características semelhantes neutralizando assim os fatores que confundem a interpretação dos resultados (PEREIRA, 2008). Utilizando este método, esta investigação irá buscar se há uma relação entre a inclusão da abordagem da espiritualidade do paciente através de práticas espirituais (intervenção) e incidência maior de qualidade de vida geral, bem-estar espiritual, satisfação e esperança com a vida e conseqüentemente melhor enfrentamento e recuperação da doença (desfecho) entre pacientes em tratamento para o câncer.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar os efeitos da inclusão da espiritualidade do paciente durante o tratamento clínico para o câncer.

Objetivo Secundário:

- Verificar a relação de práticas espirituais com a recuperação/enfrentamento do câncer.
- Analisar o impacto da inclusão da dimensão espiritual do paciente no tratamento clínico convencional para a qualidade de vida e satisfação com a vida de pessoas com câncer;
- Verificar o impacto de práticas espirituais utilizadas para o bem-estar espiritual e esperança de pessoas em tratamento do câncer;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados conforme instruções previstas na Resolução CNS 466/2012 e no modelo apresentado pelo Comitê de Ética da UESB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa na área de Ciências da Saúde com temática relevante e pouco estudada até o momento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião de 02.08.2019, a plenária deste CEP/UESB aprova o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1223978.pdf	20/05/2019 17:18:28		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_compromisso.pdf	20/05/2019 17:17:44	Agnes Claudine Fontes De La Longuiniere	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.doc	20/05/2019 17:16:53	Agnes Claudine Fontes De La Longuiniere	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	18/05/2019 13:19:36	Agnes Claudine Fontes De La Longuiniere	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_coleta.pdf	18/05/2019 13:18:06	Agnes Claudine Fontes De La Longuiniere	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Cep.pdf	02/10/2018 21:54:21	Agnes Claudine Fontes De La Longuiniere	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 02 de Agosto de 2019

Assinado por:

**Douglas Leonardo Gomes Filho
(Coordenador)**

ANEXO B: DIRETRIZES PARA AUTORES PARA AS SUBMISSÕES DOS MANUSCRITOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE

DIRETRIZES PARA AUTORES PARA AS SUBMISSÕES DOS MANUSCRITOS

MANUSCRITO 1: REVISTA TEXTO & CONTEXTO

Instruções aos autores

Informações gerais

A submissão de manuscritos é feita na plataforma *ScholarOne*. O manuscrito é analisado por pares de consultores *ad hoc* (*peer review*).

Os manuscritos submetidos à revista **Texto & Contexto Enfermagem** devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem a Rede EQUATOR, *Uniform Requirements for Manuscripts* (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html); Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos está disponível no site (http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16731999000200002&script=sci_arttext).

Os manuscritos deverão seguir as normas editoriais da revista, caso contrário, serão recusados. Os autores dos manuscritos recusados em qualquer uma das etapas do processo de avaliação e publicação serão informados imediatamente.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor.

A **Texto & Contexto Enfermagem** desencoraja a submissão de artigos originais, cujos dados foram coletados há mais de quatro anos, e de artigos de revisão, cujos dados foram coletados há mais de um ano. A veracidade das informações e das citações bibliográficas é de responsabilidade exclusiva dos autores. Em consonância com o movimento de ciência aberta, a **Texto & Contexto** aceita manuscritos depositados em servidores de preprints e oferece a opção de abertura do processo de avaliação dos manuscritos por pares.

Fluxo Editorial

O processo de avaliação tem o seguinte fluxo:

1. Recepção.

O escritório editorial classifica o manuscrito pelo tipo de estudo, encaminhando-o para a pré-análise.

2. Pré-análise.

A editora-chefe e as editoras de submissão realizam a primeira avaliação do manuscrito, visando apreciar sua contribuição ao conhecimento quanto ao teor, ao avanço que representa para a prática, ensino e/ou pesquisa em enfermagem e em saúde, à qualidade teórica, metodológica e estrutural do texto e à adequação à política editorial da revista. Lembramos, aos autores, a importância da aplicação correta das regras de ortografia e gramática na redação. Os manuscritos serão rejeitados imediatamente após a submissão caso não atendam a essas normas. Sugerimos que os manuscritos sejam encaminhados para revisão de português a um profissional especializado antes mesmo da primeira submissão.

3. Checklist.

Após a pré-análise, o escritório editorial realiza o *checklist* do manuscrito que inclui a conferência de toda a documentação apresentada na submissão *on-line* e sua adequação às normas da revista. Os casos de não conformidade são devolvidos ao autor correspondente para ajustes. São aceitos, no máximo, dois retornos do manuscrito pós-*check list*. Após este período, caso não sejam cumpridos os prazos e as recomendações, o manuscrito é recusado.

3.1. Acompanhamento do processo de avaliação do manuscrito

Os autores poderão acompanhar o fluxo editorial do manuscrito pelo sistema *ScholarOne*. As decisões sobre o manuscrito serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema *ScholarOne*.

4. Processo de Revisão por Pares.

Após a etapa do *checklist*, o manuscrito retorna às editoras de submissão, que selecionam os consultores conforme a área de *expertise*. Em seguida, o manuscrito é enviado para os consultores *ad hoc*. São selecionados dois consultores nacionais ou internacionais, para a avaliação do texto (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double-blind review*). O convite é realizado via sistema *ScholarOne*, sendo que cada consultor, após o aceite, recebe a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e o *link* de acesso ao sistema. A identidade dos autores e de sua instituição de origem são mantidas sob sigilo, bem como a dos consultores.

Em consonância com o movimento de ciência aberta, a Texto & Contexto oferece a opção de abertura do processo de avaliação dos manuscritos por pares, onde a identidade dos autores e revisores é revelada. Os autores/revisores podem indicar se concordam com esta opção no momento de submissão/revisão.

5. Parecer preliminar.

Após a devolução da avaliação do manuscrito pelos dois consultores *ad hoc*, as editoras de seleção e a editora-chefe analisam os pareceres emitidos e prosseguem com os

seguintes possíveis encaminhamentos:

5.1. Indicação de revisão. Se o manuscrito receber recomendação para publicação, as editoras de seleção procedem a avaliação quanto à pertinência das recomendações e de outras pendências que não tenham sido detectadas pelos pareceristas. Neste momento, também, é feita a verificação do texto em termos de sua autenticidade, aplicando-se o software *CrossRef Similarity Check - iThenticate*. Se for detectado um percentual elevado de similaridade com outras publicações, o manuscrito poderá ser rejeitado pela revista e/ou devolvido aos autores para correções. Os autores receberão um email indicando o que é necessário para dar continuidade ao processo de avaliação, juntamente com os pareceres e o próprio manuscrito, quando houver marcações no texto original. Os autores deverão restringir-se somente às correções solicitadas. Aceitam-se, no máximo, dois retornos de revisão das exigências necessárias à publicação. Se os autores não atenderem ao solicitado, o manuscrito é será rejeitado.

5.2. Terceiro consultor. Se um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro rejeitá-lo, os editores de seleção de manuscrito têm autonomia para emitir um parecer de indicação para sua publicação ou não; e caso julguem necessário podem solicitar um terceiro consultor.

5.3. Indicação de aceite. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da **Texto & Contexto Enfermagem**, que revisa o completo atendimento às normas da revista e das referências.

5.4. Recusa. Baseado nos pareceres dos consultores *ad hoc* o editor de seleção rejeita o manuscrito e, os autores receberão um e mail para ciência da decisão tomada, juntamente com os pareceres dos consultores *ad hoc*.

6. Texto e Layout.

A verificação final dos manuscritos selecionados para publicação é realizada pelas editoras de texto e *layout* e pela editora-chefe, que avaliam a qualidade da versão final de cada manuscrito. **Nessa etapa, se ainda forem detectadas inconsistências no texto, podem ser solicitadas complementações e correções.**

7. Publicação.

7.1. Taxa de publicação. Após a indicação do Conselho Diretor, os autores receberão um email indicando a aprovação final (no prelo), juntamente com as orientações para pagamento da taxa de publicação e para a tradução do manuscrito.

7.2. Tradução obrigatória. A **Texto & Contexto Enfermagem** apresenta um corpo de tradutores credenciados, cujos nomes são enviados para o autor correspondente, que elegerá, dentre estes, o responsável pela tradução em inglês da versão final aprovada na etapa de texto e *layout*. É da responsabilidade dos autores a conferência da qualidade da tradução realizada. Os tradutores são responsáveis pelo envio da versão traduzida à

revista, após a conferência pelos autores.

7.3 Revisão final Texto e *Layout*. Após o recebimento da versão em inglês do manuscrito com a devida checagem pelos autores, as editoras de texto e *layout* realizam a revisão do texto e orientam seu encaminhamento para editoração e publicação pelo sistema de fluxo contínuo.

Tipos de manuscritos e escopo

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade na avaliação por pares, são publicados relatos de experiência, reflexão e revisão de literatura.

Artigo original: contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, método, resultados, discussão e conclusão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento o "estado da arte" e os objetivos do estudo. O **método** empregado (tipo de estudo), o contexto/população estudada, as fontes de dados e os critérios de seleção amostral, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), a coleta de dados (período), os processos de análise, entre outros. Devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Em pesquisas qualitativas, a descrição do processo de análise deve contemplar o detalhamento dos passos específicos do estudo, não bastando indicar o tipo de análise efetuada. Informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas ilustrações (tabelas, figuras e quadros), o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo nelas contido. A **discussão, separada dos resultados**, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as recomendações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. As **conclusões** devem responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências bibliográficas. A extensão total do artigo limita-se a 15 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

Relato de experiência e/ou de inovação tecnológica: descrição de experiências de práticas de ensino, extensão ou assistência, ou descrição de produtos de inovação tecnológica. O conteúdo deve apresentar introdução, método, resultados da experiência ou inovação e conclusão. Sua extensão limita-se a 10 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

Reflexão: matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área de saúde e de enfermagem. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, desenvolvimento da reflexão e

conclusão. Sua extensão limita-se a 12 páginas, incluindo resumo e excluindo as referências.

Revisão: estudo que identifica, analisa e sintetiza resultados de estudos independentes sobre um determinado assunto. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta-análise, revisão integrativa e *scoping review*. Sua extensão limita-se a 20 páginas incluindo resumo, tabelas, quadros e referências.

Guias de publicação e registros prévios

A **Texto & Contexto Enfermagem** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os manuscritos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis *site* do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Nederlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC)

A **Texto & Contexto Enfermagem** recomenda o registro prospectivo do protocolo de revisão sistemática em banco de dados reconhecidos (a exemplo do PROSPERO, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Open Science Framework* e *Research Registry*). Os itens principais do protocolo de revisão são registrados e mantidos permanentemente. As revisões sistemáticas devem ser registradas no início (isto é, na fase de elaboração do protocolo) para ajudar a evitar duplicação não planejada de estudos e permitir a comparação dos métodos de revisão publicados com o que foi previamente planejado no protocolo.

A **Texto & Contexto Enfermagem** defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de estudos científicos, por meio do incentivo à utilização de guias internacionais pelos autores, na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por *check*

lists e fluxogramas publicados em declarações internacionais. Seu uso na preparação do manuscrito pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

Estudos/Ensaio

Guias Internacionais

Ensaio clínico randomizado: CONSORT

Revisões sistemáticas e metanálise: PRISMA

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE

Estudos qualitativos: COREQ

Estudos de Melhoria da Qualidade: SQUIRE 2.0

Estudos de tradução e validação de instrumentos

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.

Autoria e agradecimentos

O conceito de autoria adotado pela **Texto & Contexto Enfermagem** se orienta pela contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autor, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, à obtenção ou análise e interpretação dos dados, à redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a **oito**. Excepcionalmente para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando a pertinência das justificativas apresentadas.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição esteja em desacordo aos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Não será aceita a inclusão de novos autores após o início do processo de submissão.

Direitos autorais e autorização para publicação

Os autores devem ceder os direitos autorais patrimoniais do artigo à **Texto & Contexto Enfermagem** por meio da Declaração de responsabilidade e transferência dos direitos autorais, assinada por todos os autores, conforme modelo 3 no *site* da revista.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) poderão ser aceitos, desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito foi originalmente publicado. Esta orientação é válida para os artigos na íntegra, parte deles ou ilustrações. É da responsabilidade dos autores solicitar esta autorização por escrito.

Conflito de interesse

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como, emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento ou parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo, conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas pelos autores em declarações individuais (automático no sistema *ScholarOne*).

O manuscrito submetido à análise da revista **Texto & Contexto Enfermagem** não pode ter sido encaminhado ou publicado simultaneamente em outro periódico. Caso seja identificada publicação ou submissão simultânea a outro periódico, em qualquer uma das etapas do processo de submissão, o manuscrito será rejeitado. Em consonância com o movimento de ciência aberta, a *Texto & Contexto* aceita manuscritos depositados em servidores de preprints.

Considerações éticas

A **Texto & Contexto Enfermagem** segue o *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, respeitar os preceitos da Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012, e da Resolução N.º 516 de 03 de junho de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão anexar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na página de identificação, o número de aprovação. Para manuscritos brasileiros, o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) deve ser fornecido. O número de aprovação e o CAAE não devem ser citados no Método do manuscrito. Não é

necessário incluir a Resolução como referência bibliográfica do manuscrito.

Licença de Uso

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a **Texto & Contexto Enfermagem** adota a Licença *Creative Commons*, do tipo atribuição CC-BY. Esta licença permite que outros distribuam, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que atribuam o devido crédito pela criação original ao autor e conferindo os devidos créditos de publicação à **Texto & Contexto Enfermagem**. Os artigos da **Texto & Contexto Enfermagem** são disponibilizados em acesso aberto e gratuito na íntegra na página do SciELO.

Normas e instruções para submissão dos manuscritos

Preparo dos documentos: manuscrito e estrutura dos textos

Para submissão do manuscrito, os autores deverão compor dois documentos: 1) Página de identificação; e 2) Documento principal (*Main document*).

1) Página de Título (Modelo 1)

Deve conter título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) somente no idioma original; nome completo de cada autor, registro do ORCID, afiliação institucional, cidade, estado, país; nome e endereço eletrônico do autor correspondente.

Origem do manuscrito: extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, programa vinculado e ano da apresentação.

Agradecimentos: incluem instituições que, possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

Contribuição de autoria: Os critérios devem corresponder às deliberações do ICMJE nos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Revisão e aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Fontes de financiamento: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa: informar o número de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), quando pesquisa envolvendo seres humanos.

Conflito de interesses: relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

2) Manuscrito (Documento principal) (Modelo 2)

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista,

redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço entrelinhas de 1,5 cm, justificado, sem espaço entre parágrafos em papel A4 e com numeração no rodapé das páginas, margem 2 cm. Letra *Arial* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis.

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

Resumo: o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Os ensaios clínicos e as revisões sistemáticas devem apresentar o número de registro do respectivo do protocolo ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas e citações de autores.

Descritores: abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = ***A cura pela prece***

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a cinco no total. Configuradas na mesma fonte do texto, com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável, exceto tabelas e

quadros, todas as demais ilustrações devem ser designadas como figuras.

Tabelas: devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- devem apresentar dado numérico como informação central;
- título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 - Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209)**
- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Arial*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- o título dos resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS¹²

Quadros: devem apresentar as informações na forma discursiva, contendo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;

- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o descrito para tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

Figuras: não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas. Além de estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária à publicação. Se forem extraídas de outra fonte, publicada ou não, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para sua utilização. Devem conter legenda, quando necessário, e fonte, sempre que for extraída de obra publicada, que deverá constar nas referências.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.
- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi)
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;
- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

Citações no texto

Citações indiretas: deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separadas por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações diretas (transcrição textual): devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.^{1:30-31}

Verbatins: as citações de pesquisa qualitativa devem estar em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade (e7).*

Notas de rodapé: o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

REFERÊNCIAS

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index*. O número de referências nos manuscritos limita-se a 30, exceto em artigos de Revisão de Literatura.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilingues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico.

Devem ser citados responsáveis de dados de pesquisa, bem como métodos e programas de computador.

Literatura cinzenta: devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).

Os manuscritos extraídos de teses, dissertações e TCCS não devem citar o trabalho original nas referências. Esta informação deverá ser inserida na página de identificação.

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br>.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.

Envio de manuscritos- Sistema ScholarOne

A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação da revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

Documentos exigidos para submissão dos manuscritos:

Documento principal: manuscrito completo, atendendo as normas da revista para cada de categoria. Não incluir a página de título (Modelo 2);

Página de Título: redigido conforme as normas da revista (Modelo 1);

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (**Arquivo complementar que NÃO é para avaliação**):

Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais (**Arquivo complementar que NÃO é para avaliação**): (Modelo 3)

3)

Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta (**Arquivo complementar que NÃO é para avaliação**)

Comprovante de pagamento da taxa de submissão (Arquivo complementar que NÃO é para avaliação)

Taxas de Processamento de Artigos

A cobrança de **taxas de processamento de artigos** é necessária para subsidiar todo o processo editorial da Revista Texto & Contexto. Entre os custos está o repasse de recursos para o SciELO, pelo contrato de prestação de serviços de apoio à editoração, publicação, indexação e disseminação de periódicos científicos na coleção Rev@Enf, da qual a Texto & Contexto Enfermagem faz parte.

1 - A **Taxa de Submissão** deverá ser paga no momento da submissão do manuscrito, antes da pré-análise. O comprovante de pagamento deverá ser anexado como “Arquivo complementar que NÃO é para avaliação”. O valor será de R\$ 350,00 por manuscrito, e não será devolvido se não for aprovado na pré-análise ou se não forem cumpridas as correções solicitadas no *checklist* no tempo determinado.

2 - A **Taxa de Publicação** será de R\$1.600,00, cujo pagamento será efetuado no momento do aceite do manuscrito para publicação.

3 - O **pagamento da tradução** do manuscrito para o inglês; do abstract e resumen são responsabilidade do autor, a partir da escolha do tradutor dentre os diversos que a **Texto & Contexto Enfermagem** disponibiliza para esta finalidade.

4 - Durante o processo de avaliação será solicitada revisão de português de responsabilidade dos autores.

5- São isentos de pagamento artigos de autores convidados e editoriais.

PROCEDIMENTOS PARA PAGAMENTO DAS TAXAS:

Para acessar o link, basta entrar a página da Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU): <https://fap6.fapeu.org.br/scripts/fapeufap.pl/swfwfap299>

Preencha o formulário de forma completa (todos os campos);
 Indique com **X** qual a taxa está efetuando o pagamento: de **submissão** ou de **publicação**.
 Selecione a opção de pagamento: Boleto Bancário.
 Clique no botão “Enviar inscrição”.
 Após o pagamento você receberá um e-mail da **FAPEU** confirmando seu depósito.
O seu comprovante de pagamento, deverá ser anexado ao sistema na etapa de submissão.

Para pagamento internacional, entre em contato com o e-mail faturas@fapeu.org.br

Obs: não será devolvida a taxa de avaliação para os manuscritos não aceitos para publicação.

Caso necessite, entre em contato com a revista, através do e-mail textoecontexto@contato.ufsc.br.

MANUSCRITO 2: REVISTA DE SALUD PÚBLICA

Directrices para autores/as

Forma y preparación de manuscritos

Lenguajes: La revista publica artículos en español, portugués e inglés.

Reserva de Derechos

Si el manuscrito es aceptado para publicación los derechos de reproducción serán de la Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Medicina

Especificaciones tipográficas

Todo el manuscrito, incluyendo referencias y tablas, debe ser enviado en formato word tamaño carta, en tinta negra, a doble espacio y con fuentes **verdana** no inferior a **12 puntos**. Las márgenes a 3 cm y las páginas se numerarán consecutivamente incluyendo todo el material. No se dividirán las palabras al final de la línea.

Los componentes del manuscrito y su secuencia deben ser: título y autores, resumen y palabras claves, texto, agradecimientos, referencias, tablas y leyendas, ilustraciones y figuras con sus leyendas. Cada componente se inicia en una nueva página.

Ayuda adicional para la preparación de manuscritos la encuentra en:

<http://www.paho.org/spanish/DBI/authors.htm>

<http://www.icmje.org>

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals. Ann Inter Med. 1997; 126: 36-47.

Início

INDICACIONES PARA TODOS LOS GENEROS, TIPOS O MODELOS EDITORIALES

Título y autores

Utilice la primera página para el título y los autores. El **título no** debe exceder **15 palabras**. Debe describir el contenido del artículo de manera clara y concisa, evitando el uso de palabras ambiguas, abreviaturas y signos de interrogación y exclamación.

Se considera autor todo aquel que ha contribuido de manera significativa en el diseño y realización del estudio, así como en el análisis de los resultados, la elaboración del manuscrito y la revisión y aprobación del mismo.

***Para cada uno de los autores que aparece en el encabezado se debe proporcionar:**

Nombre completo, profesión de base o título profesional, posgrados, filiación institucional, (ciudad y país) dirección de ubicación (postal, u oficina o sitio de trabajo -calle, carrera o equivalente-, o teléfono, o fax o correo electrónico y (ORCID). Es indispensable esta información y sólo ésta. Omita cargos, grados docentes, nombres de grupos de investigación, reconocimientos, etc.

Nota: No se admiten autores que sean solo estudiantes.

Con esta información se elaborará el listado de autores que se incluirá en cada edición de la revista. Es indispensable indicar cuál autor se encargará de recibir y enviar la correspondencia, o de lo contrario se asumirá que el primer autor se hará cargo de tal función.

Declaración sobre conflicto de intereses

Los manuscritos incluirán en la página del título una declaración en la que los autores manifestarán que son independientes con respecto a las instituciones financiadoras y de apoyo, y que durante la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación. Sólo se considerarán manuscritos en los cuales los autores no tienen ningún conflicto de interés.

En algunos casos será necesario que los autores especifiquen los apoyos recibidos (financieros, equipos, en personal de trabajo, en especie, etc.) de personas o de instituciones públicas o privadas para la realización del estudio, así como las relaciones personales o institucionales que pueden incidir en la conducción, los resultados, la interpretación de los mismos y la redacción del manuscrito.

Los Editores y el Comité Editorial estarán atentos a los posibles conflictos de interés

que puedan afectar la capacidad de los pares o revisores o que los inhabilitan para evaluar un determinado manuscrito.

Los Editores, el Comité Editorial o los revisores se declaran formalmente impedidos para utilizar con fines privados o particulares, la información obtenida o ganada en el trabajo con manuscritos.

Resumen y palabras clave

Utilice la segunda hoja para el resumen y las palabras claves. Debido a que el resumen es la parte más ampliamente leída de un artículo, cuando se ingresa a los sistemas de información bibliográfica, debe cumplir los siguientes requisitos:

Idioma: Los resúmenes de manuscritos en español e inglés deberán tener resúmen en los en dos idiomas. Los artículos escritos en portugués tendrán resúmenes en Portugues, inglés y español.

Extensión: De 150 a 250 palabras

Cuando se trata de manuscritos que contienen resultados de investigación, se requiere un resumen estructurado que incluya necesaria y únicamente objetivos, métodos, resultados, discusión o conclusiones, o una adaptación de este formato a la respectiva disciplina. Los resúmenes de otro tipo de manuscritos, como ensayos, revisiones, comunicaciones cortas y similares, pueden ser presentados con un formato diferente al anterior, pero deben contener la información necesaria para comprender el alcance y significación del tema.

Los resúmenes no deben contener información o aspectos que no son contemplados en el texto, abreviaturas, referencias al texto o citas bibliográficas. Debe redactarse en tercera persona.

Después del Resumen debe incluirse una lista de tres a siete palabras claves. Se utilizarán como palabras claves únicamente aquellas que son aceptadas por bases de datos internacionales, las cuales pueden ser consultadas en las siguientes direcciones:

Palabras Clave (Español y Portugués): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Key Words (Inglés): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>

Sistema de Citación

El sistema de citación de la revista es numérico, entre corchetes.

Ejemplo: Jones (8) ha argumentado que ...

- Las referencias se numeran consecutivamente en el orden en que se usan por primera vez en el texto. Las citas completas se incluirán en la Lista de referencias al

final de su documento, con números coincidentes que identifican cada referencia.

- Cuando se citan varias referencias juntas, use un guión para indicar una serie de números inclusivos. Use comas para indicar una serie de números no incluidos. La acotación con estas referencias (4,5,6,7,14,19) se abrevia así **(4-7,14,19)**.

Ejemplo: Múltiples ensayos clínicos (4-6,9) muestran ...

- El número original utilizado para una referencia se reutiliza cada vez que se cita la referencia.

Ejemplo: "... la teoría fue presentada por primera vez por Lee (7) en 1999, pero hubo desacuerdo (3,5,8) sobre su importancia ".

- Incluya el número de página para cualquier cita directa o ideas específicas.

Ejemplo: "... se ha demostrado que es falso". (4, p23)

- La cita entre paréntesis se coloca después de cualquier coma y punto, y antes de cualquier otro punto y punto y coma.

Ejemplo: ... una nueva definición. (13, p111-2) ... esta opción es preferida (11);

-No utilice superíndices ni subíndices para escribir la cita respectiva.

- Cuando las referencias se colocan al final del párrafo deben situarse antes del punto final del mismo: (8).

-No utilizar subrayado de ningún tipo.

- Una publicación y su autor os autores serán citados sólo una vez. No utilice múltiples citas de la misma publicación con el término Op. cit.

- No se admiten textos ni comentarios como notas de pie de página. Todo lo que se presente de esta manera debe ser incorporado en forma apropiada al texto.

- No coloque citas con el formato de notas al final del texto

- Al citar un estudio mencione únicamente el apellido del primer autor, sin agregar et al ó col.

- No se admiten citas de otras citas. Ej: 8. Citado por Comte: Chedwin R. Disciplinas científicas....

Citaciones indirectas

Una fuente indirecta es cuando un autor se cita en el texto de otro autor. Este tipo de citas generalmente no son aceptadas en Vancouver Style, por lo tanto, solicite permiso de su instructor. Incluya el autor y la fecha de la fuente original en el texto. Use "como se citó en" o "como se discutió en" para decir dónde encontró la cita y proporcione la cita a esa referencia.

Ejemplo: James Wallace (2001) argumentó (citado por 5, p26), que ...

Referencias bibliográficas

(Vancouver Citation Output)

Se referencia únicamente material publicado. Se espera que los autores referencien material publicado en revistas de Colombia y de América Latina, incluida la Revista de Salud Pública.

La lista de referencias se colocará en una hoja aparte al final del artículo, en el mismo orden numérico en que fueron citadas. Las referencias no deben tener ningún sistema de numeración automática o viñetas y los autores deben asegurarse de que sea así. Se debe colocar de manera directa el número de la referencia y punto, sin ningún otro adicional.

Ejemplo: Díaz D ...

Aplique de manera estricta las siguientes indicaciones:

Artículos de Revistas periódicas: proporcione primer apellido e iniciales de los nombres de cada uno de los autores. No utilice "," entre el apellido y las iniciales de los nombres. Coloque el título del artículo, nombre de la revista, año de publicación (seguido por ";"), volumen, número entre paréntesis (si es necesario) y páginas. Incluya sólo seis autores y si hay más de seis coloque después del sexto autor la abreviatura "et al.". No coloque "y" antes del último autor.

Ejemplos:

Artículos de revistas

Se puede acceder a los artículos de revistas de tres maneras diferentes:

(1) de la copia impresa (en papel); (2) del sitio web de la revista; o (3) desde una base de datos de artículos en línea como Medline. Citarás el artículo de manera diferente dependiendo de cómo accediste a él.

Formato estándar para artículos de revista: Iniciales del nombre del autor. Título del artículo. Título de la revista, abreviado. Fecha de publicación: Número de volumen (número de problema): números de página.

Encontrar la abreviatura de la revista

Vancouver Style no utiliza el nombre completo del diario, solo el de uso común abreviatura: "New England Journal of Medicine" se cita como "N Engl J Med". Si la abreviatura no está indicada, use la base de datos PubMed Journals para encontrar tu diario: <https://goo.gl/4T4rpn>

Libros

Proporcione primer apellido e iniciales de los nombres de cada uno de los autores o

editores. No utilice "," entre el apellido y las iniciales de los nombres. Coloque el título del libro, número de edición, lugar, Editorial, (antes de la fecha coloque ";") fecha y, si es necesario, las páginas después de la abreviatura p.

Formato estándar para libros:

Autor Iniciales del apellido. Título: subtítulo. Edición (si no es la primera). Lugar de publicacion: Editor; Año. Libro con un autor o editor

Libro con un autor o editor

1. Mason J. Concepts en salud pública dental. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins; 2005.
2. Ireland R, editor. Libro de texto clínico de higiene dental y terapia. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006.

Dos-Seis Autores / Editores

3. Miles DA, Van Dis ML, Williamson GF, Jensen CW. Imágenes radiográficas para el equipo dental. 4th ed. San Louis: Saunders Elsevier; 2009.
4. Dionne RA, Phero JC, Becker DE, editors. Management of pain and anxiety in the dental office. Philadelphia: WB Saunders; 2002.

More than Six Authors/Editors

5. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al., editors. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

Organización como autor

6. Canadian Dental Hygienists Association. Dental hygiene: definition and scope. Ottawa: Canadian Dental Hygienists Association; 1995.

Sin Autor / Editor

7. Directorio dental canadiense de Scott 2008. Novena edición. Toronto: Directorios de Scott; 2007.

Documento del gobierno

8. Canadá. Dirección de Salud Ambiental. Protección radiológica en odontología: procedimientos de seguridad recomendados para el uso de equipos de rayos X dentales. Código de Seguridad 30. Ottawa: Ministerio de Salud; 2000.

Capítulo en un libro

9. Alexander RG. Consideraciones para crear una hermosa sonrisa. En: Romano R, editor. El arte de la sonrisa Londres: Quintessence Publishing; 2005. p. 187-210.

Sitios en Internet

Debe verificarse que la dirección de Internet suministrada se encuentre activa y accesible; de lo contrario, debe ser eliminada.

10. Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from: <https://goo.gl/WvRuC3>.

Nota: acortar todas la URL

10. Irfan A. Protocolos para restauraciones dentales estéticas predecibles [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [citado el 21 de mayo de 2009]. Disponible en: <https://goo.gl/WvRuC3>.

Artículo de revista en impresión

11. Haas AN, de Castro GD, Moreno T, Susin C, Albandar JM, Oppermann RV, et al. Azitromicina como tratamiento adyuvante de periodontitis agresiva: ensayo clínico aleatorizado de 12 meses. J Clin Periodontol. 2008 agosto; 35(8):696-704.

Artículo de revista de un sitio web

12. Tasdemir T, Yesilyurt C, Ceyhanli KT, Celik D, Er K. Evaluación de llenado apical después del llenado del conducto radicular mediante 2 técnicas diferentes. J Can Dent Assoc [Internet]. 2009 de abril [citado 2009 14 de junio];75(3): [aproximadamente 5pp.]. Disponible en: <https://goo.gl/fRH8sU>

Journal Article from an Online Database

13. Erasmus S, Luiters S, Brijlal P. Oral hygiene and dental student's knowledge, attitude and behaviour in managing HIV/AIDS patients. Int J Dent Hyg [Internet]. 2005 Nov [cited 2009 Jun 16];3(4):213-7. Available from Medline: <https://goo.gl/Je6xKH>

14. Monajem S. Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship. Int J Dent Hyg [Internet]. 2006 Feb [cited 2009 Jun 21];4(1): 47-52. Available from CINAHL with Full Text: <http://tinyurl.com/kudbxw>

Sitio web con autor

15. Fehrenbach MJ. Educación en higiene dental [Internet]. [Lugar desconocido]: Fehrenbach y Asociados; 2000 [actualizado el 2 de mayo de 2009; citado 2009 15 de junio]. Disponible en: <http://www.dhed.net/Main.html>

Sitio web sin autor

16. Asociación Americana de Higienistas Dentales [Internet]. Chicago: Asociación Americana de Higienistas Dentales; 2009 [citado 2009 30 de mayo]. Disponible en: <http://www.adha.org/>

Parte / Artículo dentro de un sitio web

17. Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU .; c2009. Salud dental; 2009 de mayo de 2006 [citado 2009, 16 de junio]; [alrededor de 7 pantallas]. Disponible de: <https://goo.gl/3jGhzM>

Blog

18. Skariah H. El blog dental de la cabina dental [Internet]. Mississauga (ON): Hans Skariah; 2004 - [citado 2009 20 de junio]. Disponible en: <http://dentaldude.blogspot.com/>

Artículo dentro de un blog

19. Skariah H. El blog dental de la cabina dental [Internet]. Mississauga (ON): Hans Skariah; 2004 -.
Dental sabía usted: duración de la lactancia y hábitos de succión no nutritivos; 2009 18 de mayo [citado 2009 20 de junio]; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible de: <https://goo.gl/ygF2XJ>.

Imagen en Internet

20. McCourtie SD, Banco Mundial. SDM-LK-179 [imagen en Internet]. 2009 29 de abril [citado 2009 14 de junio]. Disponible en: <https://goo.gl/e4fruq>.

Otros recursos

Artículos del periódico

21. Fayerman P. Las mujeres ahora deben esperar hasta 40 para la prueba de amnio públicamente pagada. Vancouver Sun. 2009 9 de junio; Secta. A: 5.

22. Health Canada emite una advertencia sobre cepillos de dientes falsos. The Globe and Mail [Internet]. 2009 10 de abril [citado 2009 23 de junio]. Disponible de: <https://goo.gl/XXdokF>.

23. Waldman D. Mouth es 'ventana en el resto del cuerpo': la salud oral, la higiene dental está vinculada a más de los dientes, las encías. The National Post [Internet]. 2009 14 de abril [citado 2009 22 de junio]. Disponible en Canadian Newsstand: <https://goo.gl/VvLRzw>

Videorecordings

24. Dental dam: still the best dry-field technique [DVD]. Provo (UT): Practical Clinical Courses; 2007.

25. Cuaron A, director; Abraham M, producer. Children of men [DVD]. Universal City (CA): Universal; 2006.

Comunicaciones personales

Las comunicaciones personales deben ser indicadas en el cuerpo del texto. Colocar el nombre de quien da la comunicación y entre paréntesis las palabras comunicación personal, seguida de la institución a la cual pertenece y la fecha). No utilice notas de pie de página para las comunicaciones personales.

La comunicación personal (a excepción del correo electrónico) no debe incluirse en la Lista de referencias, ya que no están publicadas y el lector no puede rastrearlas fácilmente. En su lugar, reconozca las conversaciones personales y las letras dentro del texto entre paréntesis.

Conversacion:"... en una conversación con un compañero estudiante del Dental Programa de higiene (Affleck, Ben. Conversación con: Matt Damon. 2008 Sep 07.). "

Carta personal: "... esta información fue confirmada más tarde en una carta (Hepburn, Katherine. Carta a: Spencer Tracy. 2005 Mar. 03. 4 páginas.). "

Email

La correspondencia por correo electrónico se incluye en la Lista de referencias ya que los correos electrónicos son fáciles de rastrear y fechar. 28. Bloom, Orlando. Buscando Medline para artículos de higiene dental [Internet]. Mensaje a: Johnny Depp. 2008 Nov 11 [citado 2009 22 de junio]. [3 párrafos].

Tesis de grado no publicadas

No entran como material de referencia **pero pueden ser citadas**, colocando la información respectiva como nota de pie de página, de la siguiente manera: 1 Castillo L. [Evaluación del Plan de Atención Básica (PAB) en Bogotá. 2001-2004] Tesis de grado de Maestría en Salud Pública [2005]. Se localiza en: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

No se admite citar más de una tesis de grado no publicada.

Inicio

No incluya como referencia:

- Documentos o resúmenes no publicados, incluso si han sido presentados en conferencias o congresos.
- Artículos enviados para publicación que no han sido aceptados
- Reseñas de libros.

La referencia de material "en prensa" debe contener el nombre de la revista que lo ha aceptado y el volumen, o número o fecha probables de publicación. Si esta fecha es anterior a la fecha de publicación en la Revista de Salud Pública, se solicitará la referencia precisa.

La manera apropiada de presentar como referencia otro tipo de material no considerado arriba, debe ser consultada en los sitios de Internet ya indicados.

Por razones de indexación internacional, las referencias del manuscrito deben estar libres de errores de formato. De lo contrario, el material será devuelto.

Tablas y Cuadros

Las tablas contienen texto y valores numéricos; los cuadros tienen únicamente texto. Todas las tablas y cuadros deben ser elaboradas en el formato de tablas de un procesador de palabras. No se aceptan tablas en formato de imágenes. En general, no se debe exceder a tres tablas o cuadros por artículo, ensayo o revisión

Cada una de las tablas y cuadros serán citados en el texto con mayúscula inicial, un número y en el orden en que aparezcan, y se deben presentar en hoja aparte identificadas con el mismo número. Por ejemplo: "Como se indica en la **Tabla 1 ó Cuadro 1**".

Las tablas deben explicarse por sí solas y no duplican lo planteado en el texto, sino que lo sustituyen o complementan. Las abreviaturas que se utilicen en los encabezamientos irán explicadas en nota de pie de la tabla y se identificarán exclusivamente con letras minúsculas en superíndice. Se deben presentar sólo con líneas horizontales visibles, sencillas y en color negro.

No colocar el símbolo de % ni ningún otro símbolo en las celdas donde se colocan valores numéricos, sino en los encabezados. El tamaño de la tabla debe ajustarse al tamaño de la página de la Revista y al área de impresión (19,5 x 12 cm).

Las tablas deben hacer parte del mismo archivo electrónico en el cual se encuentra el texto del manuscrito y los demás componentes del mismo.

Figuras

Las fotos, gráficos, mapas, esquemas, dibujos, diagramas y similares, se utilizan para ilustrar o ampliar la información, no para duplicarla. En general, no se debe exceder a **tres** figuras por artículo, ensayo o revisión

Todos los gráficos, fotos, dibujos y similares, se denominarán **figuras**. Serán **citadas** en el texto con mayúscula inicial (**Figura 1**), identificadas con un número arábigo en el orden en que aparezcan. Las figuras se presentarán por

separado junto con sus respectivas leyendas, pero haciendo parte del texto del manuscrito y del archivo electrónico. Esto se aplica también a las fotos o dibujos originales que, adicionalmente deben estar completamente identificados en el reverso, y deben estar acompañados del archivo respectivo, en los formatos electrónicos usuales **en alta calidad (JPG, jpeg,gif, tiff, etc).**

La Revista de Salud Pública utiliza colores (policromía) en las figuras. Todas las figuras deben ser diseñadas en alta resolución y calidad.

Todas las figuras en archivo electrónico deben estar abiertas al trabajo editorial.

Las figuras correspondientes a gráficos deben ser elaboradas en formato que permita el trabajo editorial, preferiblemente Excel. No enviar gráficos en formato de imágenes. Las figuras, fotos, dibujos, etc., que no hayan sido producidas por los autores o hayan sido tomadas de una revista, libro, sitio de internet o similares, sobre los cuales existan derechos de autor o similares, deberán acompañarse de la autorización escrita por parte de la respectiva editorial o los autores.

Porcentajes, unidades de medida y abreviaturas

Los porcentajes se escriben con "," (coma), con un solo decimal. No escriba 23.53%, 56.78%, 62.1%, **sino 23,5%, 56,8% y 62,1%.**

Las medidas de peso, altura, longitud y volumen se presentarán en unidades métricas (metro, kilogramo, litro, etc.). Los autores utilizarán en todos los casos el Sistema Internacional de Unidades, cuyas abreviaturas de las unidades de medida no tienen plural ni signos de puntuación. En este sistema, los valores numéricos se escriben en grupos de tres dejando un espacio entre cada grupo.

Ejemplo: 1.234, 432.654 y 1.814.032, se escriben **1 234, 432 654 y 1 814 032.**

*Esto no se aplica a las fechas que se escriben 1998 y 2006.

Los decimales se indicarán por medio de "," (coma). Utilice un solo decimal, aproximando el último valor, si es el caso.

Cuando sea indispensable utilizar abreviaturas, estas irán precedidas de su forma expandida completa y se colocarán entre paréntesis la primera vez que se utilicen.

Aspectos Éticos

Cuando sea necesario, se incluirá una explicación sobre los procedimientos seguidos en el estudio para garantizar el cumplimiento de los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores revisiones y de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

En el caso de artículos de estudios en los cuales se haya utilizado formatos de

consentimiento informado de pacientes o individuos, es necesario adjuntar una copia de los mismos.

Inicio

GENEROS, TIPOS O MODELOS EDITORIALES

La revista dará cabida, dependiendo del material a publicar y el contexto general de la salud pública, a los géneros editoriales que se indican a continuación.

Editorial

Es un punto de vista u opinión del Comité Editorial, el Editor o autores invitados. La extensión será hasta de **470 palabras**

Artículos originales de investigación

Son reportes de resultados de investigaciones originales.

A destacar:

La extensión máxima será de **4 500 palabras** (sin incluir título, autores y resúmenes) y hasta **40 referencias**.

Los artículos con un contenido descriptivo tendrán una extensión máxima de **3 500 palabras** y hasta **20 referencias**

Es necesario incluir información suficiente sobre las fuentes de financiación del estudio y de apoyo, en dinero, en especie o en trabajo. Si las instituciones financiadoras o que apoyaron el estudio participaron de manera directa en algunas de las fases (diseño, ejecución, recolección información, procesamiento, análisis, redacción del manuscrito, etc.) se deben proporcionar los detalles al respecto.

En general, los artículos deberán organizarse con las siguientes secciones: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión, Agradecimientos, Referencias, Tablas, leyendas de las tablas, Figuras y leyendas de las figuras.

Introducción Indique los antecedentes, propósitos y/o objetivos del estudio, resuma el razonamiento lógico del estudio, incluya únicamente las referencias pertinentes y no incluya resultados ni conclusiones.

Métodos Describa el diseño y el tipo de estudio, la selección de la población y la muestra, incluyendo las características de los sujetos, cuando se requiera. Indique, los métodos, aparatos y procedimientos utilizados para obtener la información y analizarla.

Resultados Presente los resultados en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No repita en el texto los datos que se encuentran en tablas o figuras.

Discusión Énfasis en los aspectos nuevos y conclusiones. No repita aspectos

incluidos en las secciones anteriores. Examine las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Ligue las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados. Conclusiones y recomendaciones deben hacer parte de la discusión.

Ayudas

Para facilitar la redacción del manuscrito y la evaluación del mismo, recomendamos a los autores utilizar las guías que se indican a continuación:

- Estudios aleatorizados y controlados, ensayos clínicos aleatorizados y controlados: Guía CONSORT; <http://www.consort-statement.org>

- Economía de la salud: Guía BJM; <http://www.bmj.com/cgi/eletters/325/7373/1124#26951>

- Sensibilidad, etc. de métodos diagnósticos: Guía STARD; http://www.consort-statement.org/stardstatement.htm_

- Guías clínicas: Sistema GRADE para evaluación de evidencia; <http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7454/1490>

Si está enviando un manuscrito de un estudio clínico controlado y aleatorizado, debe acompañar el manuscrito con el nombre del registro utilizado y el número de registro. Inicio

Artículos de estudios cualitativos

En general los artículos de estudios cualitativos deben seguir el esquema de organización indicado arriba. Sin embargo, puede ser necesario especificar los participantes en el estudio y los criterios de selección o identificación de los mismos, los escenarios o ambientes del estudio, los criterios de observación y métodos utilizados (por ejemplo, entrevistas o grupos focales), las fuentes de información secundaria y los métodos de control de calidad de la información obtenida para asegurar la confiabilidad (por ejemplo, triangulación de fuentes).

Comunicaciones breves

Consisten en reportes resumidos o avances de investigaciones originales. Se aplican las mismas indicaciones que para los artículos originales. La extensión máxima será de **2 200 palabras** (sin incluir título, autores y resúmenes). Debe tener hasta 20 referencias.

Ensayos

Son escritos de análisis y debate, enviados por los interesados o por autores invitados, para estimular la discusión en temas de interés en salud pública (entre otros, políticas

y sistemas de salud, equidad, servicios de salud, educación, ética). Un ensayo no es un editorial de opinión, sino una reflexión apoyada en información factual, datos, procesos de la vida real, tendencias, etc., cuya presentación y análisis requiere una adecuada, suficiente y actualizada documentación. La extensión máxima será de **3 000 palabras** (sin incluir título, autores y resúmenes). Debe tener hasta 30 referencias.

Revisión

Se consideran revisiones sólo aquellos artículos que presentan el resultado de un análisis de información reciente, siguiendo alguna de las metodologías aceptadas para tal propósito. Se requiere indicar si se trata de una revisión temática, una revisión sistemática o un metanálisis. Así mismo, es indispensable describir brevemente el método utilizado: fuentes de información, bases de datos, sistemas de búsqueda, descriptores, etc. La extensión máxima será de **3 000 palabras** (sin incluir título, autores y resúmenes). Debe tener no menos de 50 referencias.

Ayuda :

-Revisiones sistemáticas: Guía QUOROM; <http://www.consort-statement.org/evidence.html#quorum>

David Moher et al for the QUOROM Group. Lancet 1999;354:1896-900.

Actualización

Consiste en la presentación de un tema, un problema, un aspecto de la vida social, etc, en el cual se han producido nuevos conocimientos que ameritan ser presentados para fines de interpretación, análisis, toma de decisiones, planes de salud, servicios, etc. La extensión máxima será de 1 500 palabras (sin incluir título, autores y resúmenes). Debe tener hasta 15 referencias.

Reseñas

Consisten en una síntesis comentada de la obra publicada (libros, revistas y otros tipos de publicaciones sobre algunos de los campos o temas de la salud pública). Debe incluir título de la obra, autor (es), y editorial. El autor de la reseña colocará su nombre completo, institución a la cual pertenece y correo electrónico. La extensión máxima será de **500 palabras**.

Cartas al Editor

Son comentarios, críticas y sugerencias sobre lo publicado en la Revista de Salud Pública o en otra revista científica, que no han sido enviados para publicación a ninguna otra revista o medio de comunicación. La extensión máxima será de **300**

palabras (sin incluir autores ni referencias) y hasta 5 referencias, una figura o una tabla. Las cartas serán recibidas sólo cuando se refieran a material publicado en los dos números más recientes de la Revista de Salud Pública. Las cartas no tendrán más de tres autores que deben firmar la nota remisoría y hacer la declaración sobre conflicto de intereses. Debe incluir la identificación institucional, la dirección de ubicación de uno de los autores y el correo electrónico de todos los autores.

Foro

Puntos de vista polémicos sobre un tema en discusión. La extensión máxima será de **500 palabras** y hasta 3 referencias. Cada autor debe incluir la identificación institucional y el correo electrónico.

Nota técnica

Se dedica a examinar el desarrollo, la aplicación y la utilidad en salud pública de métodos diagnósticos y de estudio de problemas que afectan a grupos y poblaciones (tamizajes, encuestas estandarizadas, marcadores genéticos, métodos inmunológicos y similares). La extensión máxima será de **1 200 palabras** y hasta 10 referencias. Debe incluir la información completa de cada autor y resúmenes en dos idiomas.

Otros

Intente asimilarlo a alguno de los anteriores

Inicio

SELECCIÓN PARA PUBLICACIÓN

La recepción de un manuscrito no obliga a la publicación del mismo. Los manuscritos recibidos serán revisados por el Comité Editorial y serán sometidos a revisión por pares externos, usualmente expertos en el tema respectivo. El Comité Editorial se reserva el derecho de aceptar, rechazar, solicitar modificaciones y hacer las correcciones que se estimen necesarias para ajustar el manuscrito al estilo de la revista.

La revisión de los manuscritos se hará respetando el derecho de los autores a la confidencialidad en cuanto a la información, resultados y esfuerzo creativo. Así mismo, se respetará el derecho a la confidencialidad de los revisores y editores.

ACLARACIONES Y CORRECCIONES

La Revista de Salud Pública admite comentarios y opiniones que disientan con el material publicado, acepta las retractaciones argumentadas de los autores y corregirá oportunamente los errores tipográficos o de otros tipos que se puedan haber cometido al publicar un artículo.

***La revisión de un artículo original toma de seis meses a un año, a partir del día en que fue recibido en el OJS.**

Remisión del manuscrito

A partir de Septiembre del año 2009, la Revista de Salud Pública recibe manuscritos para publicación únicamente por medios electrónicos y vía online.

Pasos para el envío de manuscritos por medios electrónicos.

1. Registro de autores

Ingrese a la siguiente dirección:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/user/register>

Siga las instrucciones y registre su perfil.

2. Registre a todos los autores

Este paso es indispensable para evitar retrasos posteriores en el manejo y publicación del manuscrito.

3. Envíe el manuscrito con todos sus componentes (tablas, figuras, fotos, etc.) en un solo archivo. El archivo del manuscrito debe ser elaborado por medio de un procesador de palabra compatible con Microsoft Word.

4. Envíe la carta remisoría en un archivo de escáner que incluya los nombres y firmas de todos los autores.

La carta remisoría debe contener los siguientes aspectos:

1. Indicar que todos los autores están de acuerdo con el contenido, la organización y la forma de presentación del manuscrito.

2. Indicar que el manuscrito no ha sido publicado antes, no ha sido enviado ni se enviará para publicación a otra revista nacional o internacional, mientras se encuentre en revisión y se decida al respecto por el Comité Editorial de la Revista de Salud Pública.

3. Especificar que se autoriza la publicación del manuscrito por la Revista de Salud Pública, en caso de que sea aceptado, en las condiciones editoriales establecidas por la misma.

4. Indicar que se cuenta con el permiso para reproducir texto, figuras o cualquier otro material que tenga reserva de derechos y adjuntar la respectiva copia de la autorización.

5. Adjuntar copia del formato de consentimiento informado utilizado, cuando sea el caso.

Editor Revista de Salud Pública: **Carlos A. Agudelo C.** Instituto de Salud Pública,

Facultad de Medicina, Oficina 318, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

E-mail: caagudeloc@unal.edu.co

Declaración de privacidad

Los nombres y direcciones de correo-e introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

MANUSCRITO 3: REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

Instruções aos autores

Escopo e política

Política editorial

A revista Saúde e Sociedade veicula produção científica de caráter crítico e reflexivo relacionada ao campo da saúde pública/coletiva. Tem por objetivo adicional socializar novas abordagens. Acolhe, ainda, a produção técnica que divulgue resultados de trabalhos em instituições com atuação em saúde pública/coletiva que consubstanciem uma contribuição relevante para o avanço do debate sobre temas desafiadores.

Serão particularmente valorizados artigos que priorizem a interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse

Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam à saúde pública/coletiva. Pretende abarcar a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais, tanto a produção científica e teórica, como a referente às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos

Todos os tipos de manuscrito devem obedecer rigorosamente às regras de apresentação disponíveis no item “Preparação de manuscritos”, assim como no item “Ética em publicação científica e política de plágio”.

Para efeitos de contagem de palavras, não incluímos Resumo e Abstract. Lembramos que o Resumo e Abstract devem estar presentes no corpo do artigo, mesmo que não façam parte da contagem de palavras.

Saúde e Sociedade publicam matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) *Artigos* - textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras);
- b) *Ensaaios* - textos baseados em discussões teóricas, metodológicas ou temáticas que tragam aspectos inovadores ou problematizem questões em pauta no campo de interesse da revista (até sete mil palavras);
- c) *Relatos de experiências* - nas áreas de pesquisa, ensino e prestação de serviços de saúde (até seis mil palavras);
- d) *Comentários* - textos curtos em reação à matéria já publicada pela revista, oferecendo informações complementares, contribuições ou críticas respeitadas e construtivas, de modo a alimentar o debate acadêmico e técnico da produção do campo - ao indicar a modalidade da matéria no sistema Scholar, favor identificá-la como *Letter to the Editor* (até mil palavras); e
- e) *Entrevistas* - Depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse da revista (até seis mil palavras).

A Revista veicula tanto contribuições espontâneas que se enquadrem em sua política editorial como matéria encomendada a especialistas. Assim, a convite dos editores, *Saúde e Sociedade* poderá publicar:

- *Dossiês* - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles;
- *Editoriais* - textos temáticos de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras);
- Comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, a convite do corpo editorial;
- *Anais* - de congressos e de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista, a convite dos editores.

Procedimentos de avaliação por pares

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todo texto enviado para publicação é submetido a uma pré-avaliação pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, é encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois pareceristas *ad hoc*). Tanto a identidade dos autores como a dos pareceristas é mantida em sigilo. O material será devolvido ao(s) autores caso os pareceristas sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista

para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores, editores associados e editores associados *ad hoc*).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo necessariamente com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos já publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores e neles deverá constar a informação de que o texto foi publicado anteriormente na revista *Saúde e Sociedade*, indicando o volume, número e ano de publicação.

Ética em publicação científica e política de plágio

A constatação da ocorrência de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Saúde e Sociedade tem como referência os princípios de conduta e a política de plágio elaborados pelo *Committee on Publications Ethics – COPE* (<https://publicationethics.org>) e, a partir de 2019, adotará softwares específicos para aferição de similaridade textual ou de conteúdo entre o material submetido à avaliação/publicação e outras publicações, inclusive dos próprios autores.

A produção intelectual veiculada pela revista deve ser autoral e original. O corpo editorial apurará condutas que não sejam adequadas aos fins científicos, de acordo com os princípios já citados, sem prejuízo da realização crítica da produção acadêmica e da expressão da liberdade do pensamento.

A Revista refuta enfaticamente as diversas formas de plágio e quaisquer intentos de apropriação indevida do produto do trabalho intelectual alheio, inclusive o autoplágio quando se justifica por imperativos do produtivismo acadêmico, incompatíveis com o compartilhamento responsável do conhecimento. A originalidade dos trabalhos submetidos para avaliação/publicação é considerada tanto em relação às fontes autorais dos conteúdos desenvolvidos e/ou referidos quanto em relação aos aspectos formais da redação.

Ao submeter seus trabalhos, pedimos aos autores que ponderem a efetiva necessidade de inclusão do nome de coautores em manuscritos, inclusive nos casos de participação de orientadores e coordenadores de pesquisas acadêmicas. Deve

haver especial cuidado em relação à elaboração de trabalhos derivados de pesquisas acadêmicas de mestrado, doutorado, pós-doutorado e similares para que os autores não incorram em autoplágio. Ainda nos casos em que o manuscrito é inspirado ou derivado de pesquisas *stricto sensu*, é importante que a fonte de origem do conteúdo, salvaguardada a identidade dos autores durante o processo de avaliação, seja devidamente indicada e o texto apresentado seja efetivamente original.

Financiamento

Caso a matéria apresentada seja resultado de pesquisa financiada por entidades públicas ou privadas, esta informação deve obrigatoriamente ser fornecida na versão definitiva da publicação, mas não no manuscrito de submissão.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

No arquivo que contém o manuscrito, a autoria e contribuição dos autores devem ser omitidas do texto, para que possa haver a devida avaliação cega por pares. Também não devem constar no texto dados que levem à identificação de autoria, como: número de identificação de parecer de comitê de ética, nome de pesquisa/tese, fonte de financiamento, entre outros. Se quiser enviar esses dados em arquivo à parte, pode ser incluído em um arquivo do tipo file NOT for review.

Preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12.

O número máximo de palavras, sempre incluindo ilustrações e referências bibliográficas, varia conforme o tipo da matéria (ver item Tipos de artigos).

Estrutura

Título: Até 50 palavras. Conciso e informativo. Na língua original e em inglês.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço

completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Dados relativos à autoria, informações sobre os autores e financiamento devem estar à parte do artigo, em documento que não será enviado para avaliação cega (supplemental file NOT for review).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com até 200 palavras, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract). Mesmo não sendo incluídos na contagem de palavras, o Resumo e o Abstract devem estar presentes no arquivo do artigo.

Palavras-chave: Até 5 palavras-chaves, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Figuras, tabelas e imagens devem ser inseridas como arquivos separados do artigo.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto.

Imagens que podem identificar os autores não devem estar no texto original. Também podem ser incluídas como arquivos separados do artigo, que não serão enviadas para avaliação (file NOT for review).

Citações no texto: Devem seguir o padrão ABNT, não podendo ser substituídas por numeração.

REFERÊNCIAS

Serão aceitas no máximo 30 referências por artigo, com exceção das revisões de literatura. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

Livro

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). Saúde global. São Paulo: Manole, 2014.

Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São

Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

Artigo de Periódico

BASTOS, W. et al. Epidemia de fitness. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

Tese

SANTOS, A. L. D. dos. Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

Documento on-line

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011.

Legislação (Lei, Portaria etc.)

- Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

Artigo ou matéria de jornal

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)

- Versão impressa

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. Livro de resumos... São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. Anais... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

Open Access

A Saúde e Sociedade utiliza o modelo Open Access de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A Saúde e Sociedade não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

O artigo aceito para publicação pode ser traduzido para um idioma diferente do que foi submetido. A tradução é opcional e é feita pela revista. Os custos da tradução devem ser pagos pelos autores.

ANEXO C: Comprovante de submissão: Manuscrito 3

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**Comprovante de submissão:
Manuscrito 3.**

**SAÚDE
e
SOCIEDADE**

SCHOLARONE™
Manuscripts

**Mudanças relatadas após a inclusão da espiritualidade
durante o tratamento quimioterápico.**

Journal:	<i>Saúde e Sociedade</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Research Article
Keyword:	Spirituality, Neoplasms, Oncology, Holistic Health

<https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>

Email

— □ ×

Saúde e Sociedade - Manuscript ID SAUSOC-2021-0442



Secretaria Saúdesoc <onbehalf@manuscriptcentral.com>

17/05/2021 11:56

Para: agnesfontes@uesb.edu.br Cc: agnesfontes@uesb.edu.br; mtosoli@gmail.com; yarid@uesb.edu.br

17-May-2021

Prezado(a) Ms. Longuiniere:

Seu artigo intitulado "Mudanças relatadas após a inclusão da espiritualidade durante o tratamento quimioterápico." foi enviado com sucesso e aguarda avaliação na Saúde e Sociedade.

Sua manuscript ID é SAUSOC-2021-0442.

Por favor mencione sua ID em quaisquer futuras correspondências para facilitar a identificação.

O status do seu manuscrito também pode ser verificado a qualquer momento no seu Author Center após fazer login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>.

Agradecemos a submissão.

Cordialmente,
Saúde e Sociedade Editorial Office