

O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE ONCOLÓGICO EM QUIMIOTERAPIA

(2007)

Artigo publicado na revista “Cons-Ciências” (Setembro 2007) - Edições Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

João Paulo Pestana

Psicólogo Clínico. Associação Oncológica do Algarve

David Estevens

Director do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Mestre em Sexologia e Doutorando em Neuropsicologia Clínica, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Professor-Convidado no Instituto Superior Dom Afonso III em Loulé

Joseph Conboy

Doutorado em Psicologia Educacional, bem como detentor do Mestrado em Estatística, pela Universidade de Iowa, EUA. Professor no Instituto Superior Dom Afonso III em Loulé

Email:

associacao_oncologica@sapo.pt

RESUMO

Este estudo tentou perceber qual o papel que a espiritualidade desempenha na qualidade de vida (QDV) dos doentes oncológicos que estão realizando tratamento com quimioterapia. A amostra foi constituída por 23 indivíduos que estavam a efectuar tratamento com quimioterapia no Hospital Distrital de Faro. A idade dos participantes variava entre os 34 e os 65 anos, com um valor médio de cerca de 48 anos de idade ($DP=9,9$), sendo que 12 eram do sexo masculino (52,2%). Os instrumentos utilizados neste estudo foram a FACT-G que mede a QDV do doente oncológico em quatro domínios e ainda a FACIT-Sp-12, para o bem-estar espiritual (BEESP). Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre BEESP e QDV total ($r_{23} = ,654; p < ,01$), BEESP e bem-estar emocional ($r_{23} = ,660; p < ,01$), BEESP e bem-estar físico ($r_{23} = ,549; p < ,01$) e ainda entre BEESP e bem-estar funcional ($r_{23} = ,654; p < ,01$). Foi ainda verificado que o BEESP era afectado negativamente à medida que o número de tratamentos de quimioterapia aumentava. Estes resultados são semelhantes aos verificados em outros trabalhos realizados nesta área, ao salientarem a importância da espiritualidade para a QDV dos doentes oncológicos. Mais estudos são necessários para tentarmos perceber se a espiritualidade pode representar uma importante estratégia de *coping* no combate à morbidade provocada pelo cancro, bem como aos efeitos secundários do tratamento com quimioterapia. Os resultados destes futuros trabalhos podem ter implicações clínicas importantes.

Palavras-chave: Cancro, espiritualidade, qualidade de vida, quimioterapia

INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas representam actualmente a segunda causa de morte na maioria dos países ocidentais, sendo apenas suplantadas pelas doenças cardiovasculares (American Cancer Society, 2006). Apesar dos avanços notáveis que se registaram nas últimas décadas sobre a compreensão dos mecanismos biológicos desencadeadores do cancro e que resultaram, por sua vez, numa maior eficácia dos tratamentos disponíveis para o seu combate, ainda muito se encontra por desvendar (Die Trill, 2002).

Anualmente registam-se mais de dez milhões de novos casos de cancro em todo o mundo e a mortalidade já superou a barreira dos seis milhões de vítimas anuais. É estimado que mais de vinte e quatro milhões de pessoas vivam actualmente com cancro, em todo o mundo (International Agency for Research on Cancer, 2003).

Nos Estados Unidos da América, uma em cada quatro mortes deve-se ao cancro (Jemal et al., 2004), enquanto que na Europa, a probabilidade de um cidadão europeu (dados referentes à U. E. dos 12 antes do alargamento) poder vir a desenvolver um cancro ao longo da sua vida é actualmente de 50%, enquanto que a probabilidade de vir a morrer devido à doença é de 25% (World Health Organization, 2003).

Estima-se que são diagnosticados anualmente em Portugal entre 40 a 45 mil novos casos de cancro, com um ligeiro predomínio nos doentes do sexo masculino. Esta incidência de 400 novos casos por 100 mil habitantes por ano é semelhante à registada nos demais países da U. E. e tem vindo lentamente a aumentar devido ao progressivo aumento da esperança média de vida (Pain Associates International Network, 2004).

Também em Portugal, os tumores malignos representam a segunda causa de morte, logo a seguir à doença cardiovascular, sendo responsáveis por mais de 20 000 mortes por ano. A mortalidade é mais elevada no homem do que na mulher e os cancros mais mortais são os do pulmão, cólon, recto e estômago. Os cancros mais frequentes nos homens portugueses são, para além do cancro da pele, os do cólon e recto, próstata, pulmão e estômago. Na mulher, excluindo também o cancro da pele, o cancro da mama é aquele que apresenta maior incidência, seguindo-se o do cólon e recto, estômago e útero. Comparando estes resultados com os da U. E., observamos que a taxa de incidência do cancro do estômago em Portugal é mais elevada do que aquela registada em qualquer outro país membro da U. E. (Direcção-Geral da Saúde, 2002).

No que diz respeito à distribuição dos índices de mortalidade por cancro pelas regiões de saúde e distritos portugueses, podemos constatar que o risco de morrer de cancro é mais elevado em distritos como Beja, Lisboa, Porto ou Setúbal e menos elevado em distritos como Castelo Branco, Aveiro, Bragança ou Portalegre. Comparando as regiões de saúde do país, vemos que a Região Autónoma dos Açores destaca-se claramente pela negativa, seguida da Região Autónoma

da Madeira, Região de Lisboa e Vale do Tejo, Região Norte, Região do Alentejo, Região do Algarve e Região Centro (Direcção-Geral da Saúde, 2006).

Apesar da crueldade dos números, pouco ou nada conhecemos sobre os custos económicos, sociais, familiares e até mesmo culturais, que este fenómeno acarreta para o nosso país. Este desconhecimento sobre as implicações reais que o cancro tem na morbilidade dos doentes, vem dificultar muito o combate à doença, não só ao nível do tratamento mas também da prevenção, impedindo que sejam delineadas estratégias de intervenção mais eficazes (Direcção-Geral da Saúde, 2002).

Actualmente, já sabemos que existem alguns factores ambientais que podem provocar o cancro, como é o caso do tabaco (International Agency for Research on Cancer, 2003). Estas descobertas vieram desencadear todo um movimento que tenta alertar a população para a importância da prevenção através da adopção de estilos de vida mais saudáveis (Trindade & Teixeira, 2000). Porém, sabemos também à muito que esta relação entre meio ambiente e comportamento é fortemente influenciada e modelada pela personalidade de cada indivíduo, o que vem dificultar e muito, a mudança de comportamentos (Silva, 2002).

Por outro lado, o que começamos agora também a perceber é que alguns factores de personalidade podem, também eles, contribuir para o surgimento e desenvolvimento de doenças como o cancro, constituindo actualmente um dos mais fecundos, promissores e interessantes territórios de pesquisa em Oncologia (Holland, 2002). Estas descobertas vieram revolucionar por completo a forma como pensamos a doença e a saúde, embora muitos de nós ainda não tenhamos plena consciência deste facto (Simonton, Simonton & Creighton, 1987). Esta visão mais holística do Ser Humano, sobre o que representa estar doente e a nova definição de saúde defendida pelo modelo Biopsicossocial vieram colocar novos desafios a todos aqueles que trabalham na área da Saúde (Haynal, Pasini, & Archinaro, 1998).

Ao nível da Psicologia, a sub-especialidade que se tem dedicado mais profundamente a esta questão é a Psicologia da Saúde, sendo a Psico-oncologia a área responsável pelo acompanhamento e tratamento do doente oncológico, da sua família, mas também dos prestadores de cuidados de saúde (Durá & Hernández, 2002). Talvez por se tratar de uma área recente, a sua integração efectiva nas unidades de Oncologia Médica ainda não tenha sido totalmente assegurada. Sabendo das contribuições importantes da Psico-oncologia para a melhoria do bem-estar e da Qualidade de Vida (QDV) do doente oncológico e da sua família, seria importante que esta sub-especialidade constituísse parte integrante do tratamento médico, sob pena de podermos estar a privar os doentes de receberem o melhor cuidado médico possível (Holland, 2002).

Sabemos também que o desenvolvimento e melhoria dos tratamentos actualmente disponíveis para o combate ao cancro permitiram um aumento considerável das taxas de sobrevivência (Holland & Lewis, 2000). No entanto, sabemos ainda pouco sobre as

consequências psicológicas e sociais que esses mesmos tratamentos provocam na QDV dos doentes, já de si fortemente abalados pelos efeitos psicossociofisiológicos da doença (Ribeiro, 2002; Stanton et al., 2000). É por isso que hoje começamos a compreender que não é possível tratar a doença isoladamente sem considerar o meio sociocultural que envolve o paciente, as suas emoções e cognições pessoais sobre a saúde e a doença (Goleman, 2003), existindo um grande esforço por parte de alguns técnicos de saúde no sentido de fazerem com que o doente se sinta parte integrante do tratamento, contribuindo assim de forma activa para a sua cura (Paul & Fonseca, 2001; Ibáñez, Valiente & Soriano, 2002; Till, 2003).

Por outro lado, com os avanços registados em áreas como a Neuropsicologia, a Endocrinologia, a Imunologia, a Psicofisiologia, ou a Psicologia da Saúde, começamos a perceber melhor a inter-relação e a interdependência existente entre os vários sistemas do nosso organismo. Estes conhecimentos vieram dar origem a duas novas ciências que tentam perceber como mente e corpo se relacionam, comunicam e influenciam constantemente: a Psiconeuroimunologia e a Psiconeuroendocrinologia (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002a).

O envolvimento de todas estas novas categorias do saber na área da Oncologia veio trazer também algumas contribuições importantes para a compreensão e tratamento do cancro, muitas delas inovadoras. O interesse demonstrado pelas técnicas utilizadas por algumas das terapias complementares (e.g. relaxamento, visualização, meditação) é prova disso mesmo (Grossman, Niemann, Achmidt & Walach, 2004). Apesar deste tipo de terapias gozar hoje de uma reputação e aceitação cada vez maior junto dos doentes, o seu estudo científico veio contribuir mais recentemente para que passassem a ser vistas também “com outros olhos” pela comunidade médica. Estes trabalhos são importantes, uma vez que têm vindo a demonstrar que algumas destas técnicas podem contribuir de forma importante para melhorar a QDV do doente oncológico (Carlson, Speca, Patel & Goodey, 2003; Davidson et al., 2003), reduzindo os seus níveis de stress e ansiedade. Aliás, vários estudos têm vindo a confirmar o impacto negativo que o stress psicológico pode ter, não só ao nível do comportamento (Peciña, Schulkin & Berridge, 2006) como também no próprio organismo, inibindo o sistema imunológico (Cohen, Doyle & Skoner, 1999; Coker, Bond, Madeleine, Luchok & Pirisi, 2003; Reiche, Nunes & Morimoto, 2004). Whemay et al., 2005) interferindo com o desenvolvimento e crescimento celular (Epel et al., 2004), podendo mesmo danificar a replicação do ADN (Adachi, Kawamura & Takemoto, 1993; Kondoh, Kodama, Watanabe & Sato, 2002).

A importância que os aspectos religiosos, espirituais e existenciais têm para alguns dos pacientes que se encontram em tratamento, só começou a ficar mais clara quando a barreira que impedia os médicos de revelar aos pacientes que estes tinham cancro caiu e passou a ser possível que psiquiatras e psicólogos comessem a falar com os pacientes sobre a sua doença (Holland, 2002; Kubler-Ross, 1998). Hoje em dia, existe um consenso cada vez maior em relação à importância e peso que a religiosidade e a espiritualidade têm na QDV dos doentes em geral, e

dos doentes oncológicos em particular (Miller & Thoresen, 2003), existindo actualmente alguns estudos que apontam para a existência de uma relação importante entre bem-estar espiritual (BEESP) e melhor QDV (Brady, Peterman, Fitchett, Mo & Cella, 1999; Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold & Targ, 1999).

Embora ainda não esteja totalmente esclarecido quais são os mecanismos biológicos que medeiam esta relação (Conboy, 2005), acreditamos que os mecanismos desencadeados durante aquilo a que Benson (1984; 1996) denominou por *The Relaxation Response*, podem representar um papel importante nesta equação.

Qualidade de vida e saúde

O conceito de QDV é geralmente utilizado de uma forma ampla e genérica, chegando a tornar-se parte do senso comum. Os órgãos de comunicação social veiculam o conceito de QDV de forma indiscriminada, favorecendo assim uma visão genérica e reducionista sobre esta temática (Ribeiro, 2002). No entanto, nos últimos anos, o conceito de QDV tem vindo a despertar um interesse científico e uma consciencialização cada vez maior, passando a ser integrado numa abordagem mais interdisciplinar, na tentativa de encontrar soluções holísticas, voltadas para o bem-estar integral do ser humano (Nucci, 2003).

Uma das maiores dificuldades existentes quando tentamos abordar a questão da QDV é o facto dos diversos autores que escrevem sobre o tema adoptarem definições muito diferentes daquilo que significa QDV. A questão metodológica, nomeadamente ao nível da operacionalização das variáveis, é um dos principais desafios que se colocam aos investigadores que tentam medir a QDV, nomeadamente na criação de instrumentos de medida e avaliação (Jurado & Figueroa, 2002).

No que se refere à saúde, também aqui existem algumas dificuldades e faltas de consenso quanto à definição do conceito de QDV, uma vez que esta tem sido definida e operacionalizada de forma diferente por parte das várias organizações e instituições que estão envolvidas no estudo e na construção dos instrumentos de medida que tentam avaliar a QDV na saúde (Velikova, Stark & Selby, 1999). Assim, podemos considerar a QDV específica de uma doença em oposição a QDV genérica, ou ainda entre QDV funcional e QDV numa perspectiva de bem-estar percebido (Carr, Thompson & Kirwan, 1996).

De acordo com Ribeiro (2002), actualmente é aceite pela maioria dos investigadores no âmbito da QDV que este conceito engloba características como: a percepção pessoal do doente; os aspectos físicos, psicológicos e sociais; as estratégias de *coping* utilizadas, e envolve tanto aspectos objectivos como subjectivos. Para além destas, outras dimensões têm sido referenciadas, como é o caso da espiritualidade (Brady et al., 1999).

À medida que os tratamentos das mais variadas patologias se foram tornando cada vez mais eficazes e com uma maior taxa de sobrevivência, foi também surgindo a necessidade de perceber a QDV relacionada com a saúde dos pacientes (QDVRS) (Jurado & Figueroa, 2002). No entanto, existe ainda alguma dificuldade em distinguir QDVRS de QDV, sendo estes dois conceitos utilizados frequentemente como sinónimos. De acordo com Ribeiro (2002), QDV e QDVRS estão interligadas, embora a primeira tenha um sentido mais amplo, enquanto que a segunda, pelo menos numa primeira fase, estaria mais associada à avaliação dos sintomas da doença e das características e efeitos secundários do tratamento. No entanto, para Bottomley (2002), actualmente a QDVRS já não é tão restritiva, podendo ser definida como um constructo subjectivo e multidimensional que incorpora dimensões como, as percepções subjectivas dos aspectos positivos e negativos dos sintomas dos pacientes, incluindo o funcionamento físico, emocional, social e cognitivo, e ainda os sintomas da doença e os efeitos secundários do tratamento, ficando muito perto da definição mais corrente de QDV. Uma vez que as definições mais actuais de QDV e de QDVRS são muito semelhantes, decidimos utilizar o conceito de QDV no nosso estudo, por considerarmos que este ainda é visto por grande parte dos investigadores como um conceito mais abrangente do que a QDVRS.

Como sabemos, os tratamentos do cancro têm evoluído muito ao longo das últimas décadas, o que trouxe como consequência lógica o prolongamento da vida dos pacientes. O que se começa hoje a questionar cada vez mais é a quantidade de vida sem qualidade (Ganz, 1994). No entanto, medir a QDV na doença oncológica não tem sido fácil. É preciso não esquecer que existem muitas dezenas de cancros (que surgem em idades diferentes), cada um deles com múltiplos estádios de desenvolvimento em que se utilizam os mais variados protocolos de tratamento (Ogden, 2004).

As investigações que tentam perceber a QDV dos doentes com determinados tipos de cancro têm crescido exponencialmente nos últimos anos: cancro da próstata (Trask, 2004); cancro da mama (Casso, Buist & Taplin, 2004); cancro do pulmão (Montazeri, Hole, Milroy, McEwen & Gillis, 2003). Por outro lado, tem-se também dado importância aos impactos do tratamento na QDV, nomeadamente a quimioterapia (Ballatori & Roila, 2003; Franzi & Silva, 2003). A QDV nos idosos (Maio & Perrone, 2003), bem como nas crianças (Eiser, Eiser & Stride, 2005) também tem merecido uma atenção especial.

Os resultados de alguns destes estudos podem ter consequências importantes. Ao ajudarem a comunidade médica a perceber melhor qual o impacto de algumas intervenções e tratamentos médicos na QDV dos doentes (e.g. quimioterapia), têm o potencial de maximizar os benefícios de uma intervenção precoce, ao permitir que os aspectos da QDV mais afectados sejam rapidamente atendidos pelos profissionais das diferentes áreas da saúde (Boini, Briançon, Guillemain, Galan & Hercberg, 2004), contribuindo, deste modo, para a diminuição dos custos inerentes aos vários tipos de tratamento (Barnnet, Birnbaum, Cremieux, Fendrick & Slavin,

2000; Bosanquet & Sikora, 2004; Carlson & Bultz, 2003; Ganz, Lackner, Hoskin, & Ben-Eliyahy, 2002).

Religião e espiritualidade

A referência à espiritualidade e à religiosidade como estratégias de coping para fazer face à doença não é algo que possamos considerar como novidade (Koenig, Larson & Larson, 2001; Lourenço, 2004). Existem muitas alusões ao longo da História da Humanidade aos efeitos que, supostamente, terá tido na reabilitação de doentes com os mais variados tipos de patologias (Acklin, Brown & Mauger, 1983; Fromm, 2003). No entanto, apenas mais recentemente, com a queda do dualismo cartesiano, o início da investigação sobre a interligação mente-corpo e com o crescente interesse verificado pelo estudo dos aspectos positivos da personalidade (Barros, 2004; Buss, 2000; Diener, 2000; Peterson, 2000; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) é que esta temática começou a ser investigada cientificamente (Miller & Thoresen, 2003).

De acordo com sondagens recentes, 95% dos Norte-Americanos acreditam em Deus ou num Ser Superior e nove em cada dez afirma rezar, muitos deles (67-75%), regularmente. Para além disso, muitos americanos afirmam que a sua fé representa uma força importante na maneira como determinam as suas vidas e cerca de dois terços (69%) afirmaram recentemente serem membros de uma igreja ou sinagoga, sendo que 40% destes confessaram assistir regularmente ao serviço religioso (Anandarajah & Hight, 2001). No que diz respeito à saúde, ainda segundo os mesmos autores, 94% dos pacientes admitidos nos hospitais acreditam que a saúde espiritual é tão importante quanto a saúde física; 77% acredita que os médicos deveriam ter em consideração as necessidades espirituais dos seus pacientes como fazendo parte do tratamento médico e 37% gostariam que o seu médico falasse mais sobre as suas próprias convicções religiosas. Apesar de se ter verificado que a percentagem de médicos que referem possuir crenças religiosas é igual ao da população em geral, 80% dos médicos nunca, ou muito raramente, discutem questões espirituais ou religiosas com os seus pacientes.

Em relação a Portugal, não temos conhecimento da existência de sondagens ou estudos que façam referência a esta questão. No entanto, de acordo com o Recenseamento Geral da População e Habitação de 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2005), dos 8 699 515 cidadãos portugueses recenseados, (91%) responderam a uma questão que pretendia saber qual a sua orientação religiosa. Destes, (93%) afirmaram ser católicos (0,6%) protestantes; (0,2%) muçulmanos e (4%) professaram não ter qualquer tipo de religião. Estes resultados, como os verificados nos EUA, parecem vir demonstrar a importância que a população portuguesa atribui à religião e à espiritualidade, o que por sua vez, poderá também ter reflexos ao nível da saúde em Portugal.

No entanto, o estudo científico da religiosidade e da espiritualidade continua ainda a ser algo de controverso. Uma vez que a investigação científica ainda é vista por muitos como o estudo do mundo material, rapidamente podemos perceber as objecções. No entanto, a espiritualidade pode e deve ser estudada cientificamente, uma vez que o método científico não especifica o que pode e o que não pode ser estudado (Miller & Thoresen, 2003). Estas decisões derivam dos valores e paradigmas dos próprios cientistas e representam uma posição filosófica que, embora válida, não é baseada em dados científicos (Kuhn, 2003).

Por outro lado, algumas das reticências que têm sido levantadas por parte da comunidade médica/científica na introdução destes conceitos em qualquer tipo de estudo empírico, tem-se prendido com a dificuldade de operacionalização que estas duas variáveis têm apresentado (Brady et al., 1999).

Actualmente, e apesar de todas as reticências quanto ao estudo científico da espiritualidade e da religiosidade na saúde, parece existir um corpo de investigações crescente que sugere que estes dois conceitos devem ser considerados cientificamente como variáveis individuais, que podem ter efeitos directos e indirectos na morbilidade e até mesmo na mortalidade. Os estudos empíricos que suportam uma correlação positiva entre religiosidade/espiritualidade e bem-estar físico e psicológico são inúmeros e devem ser tidos em conta (Ai, Peterson, Bolling & Koenig, 2002; Brady et al., 1999; Cotton et al., 1999; Giovagnoli, Meneses & Silva, 2006; Helm, Hays, Flint, Koenig & Blazer, 2000; Idler & Kasl, 1997; Koenig, 1988; Koenig et al., 1992; Koenig et al., 1995; Koenig, Hays, George, Blazer, Larson, & Landerman, 1997; Koenig, Cohen, George, Hays, Larson, & Blazer, 1997; Koenig, Pargament & Nielsen, 1998; Koenig, George, Cohen et al., 1998; Koenig, George & Peterson, 1998; Koenig et al., 1999; Koenig, 2002; Samano et al., 2004; Steffen, Hinderliter, Blumenthal, & Sherwood, 2001).

No entanto, religião e espiritualidade não são definidas e conceptualizadas da mesma maneira e os seus constructos têm sofrido algumas alterações ao nível da sua definição e operacionalização nas últimas décadas (Peterman, Firchett, Brady, Hernandez & Cella, 2002). Até à década de 70 do século passado, a religião era vista como um constructo amplo que incorporava elementos individuais e institucionais como a espiritualidade. Actualmente, enquanto que a religião passou a ser empregue de forma mais restrita, como fazendo parte das crenças e actividades sancionadas e institucionais de um determinado grupo religioso, a espiritualidade separou-se do conceito de religiosidade e da prática dos comportamentos religiosos tradicionais. Poderíamos então dizer, como outros autores (Hennezel & Leloup, 2001), que a espiritualidade é um atributo de qualquer pessoa que se questione perante a simples realidade de existir, enquanto que a religião representa a forma como a Humanidade tentou dar sentido a essas questões, nomeadamente através da utilização de um determinado conjunto de práticas e de crenças institucionalizadas.

Para Jung (1986), a espiritualidade não está obrigatoriamente associada à fé religiosa, mas sim à relação transcendental da alma com a divindade e na mudança que daí advém. A

espiritualidade estaria assim relacionada com uma atitude, uma acção interna, uma ampliação da consciência, um contacto do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento e amadurecimento que esse contacto poderá trazer para a sua personalidade. Definições mais recentes do conceito de espiritualidade focam-se na multidimensionalidade da experiência humana e incluem dimensões, tais como: (a) busca pessoal pelo significado e propósito da vida; (b) ligação a uma dimensão transcendental da existência; (c) as experiências e sentimentos associados a essa busca e ligação (e.g. amor, esperança, paz interior) (Bolander, 1998). Para Ross (1995, citado por Cotton et al., 1999), a espiritualidade pode ser conceptualizada em três áreas principais: (a) sentido e propósito; (b) vontade para viver; (c) crença e fé em si mesmo, nos outros e em Deus.

A “deserção” que se tem verificado por parte de muitos fiéis ao longo das últimas décadas das religiões mais tradicionais estará assim, aparentemente, ligada a uma abordagem mais pessoal e individual pela busca e satisfação (realização) espiritual e, embora o termo “Deus” seja também aqui empregue, ele adquire um significado mais abrangente e multifactorial do que o Deus das religiões tradicionais (Fromm, 2003). Assim, é possível conceber que uma pessoa agnóstica, ou até mesmo atesta, apesar de não ser religiosa, poder ser considerada como possuidora de uma grande espiritualidade (Anandarajah & Hight, 2001). Deste modo, e visto como um constructo multidimensional, capaz de incorporar quer a dimensão religiosa, quer a existencial, a espiritualidade tem sido associada a vários indicadores de bem-estar, tais como a auto-estima, a assertividade e o sentido para a vida (Cotton et al., 1999).

Vemos assim que, apesar de existirem algumas variações no que diz respeito à definição deste conceito, todas elas têm em comum o facto de salientarem a importância que a espiritualidade tem ao providenciar um contexto em que as pessoas possam dar sentido às suas vidas (Frankl, 1963, 1986, 2000), terem fé, sentirem-se completas e em paz consigo mesmas e com os outros, mesmo perante as situações mais ameaçadoras (Miller & Thoresen, 2003). É neste sentido que alguns investigadores têm-se batido pela introdução das questões de ordem espiritual na relação, prestador de cuidados de saúde-paciente ((Post, Puchalski, & Larson, 2000; Puchalski, 2003).

Uma vez que o conceito de espiritualidade é mais inclusivo e universal, foi decidido pela sua utilização na parte prática do nosso trabalho, em detrimento do conceito de religiosidade, seguindo aliás o exemplo de outros estudos em oncologia que se debruçaram sobre esta temática (Laubmeier, Zakowski & Bair, 2004).

Espiritualidade e cancro

O estudo da espiritualidade em oncologia tem recebido nos últimos anos um interesse cada vez maior por parte dos investigadores, que têm tentado perceber se o BEESP dos doentes tem

alguma influência no nível do seu bem-estar geral. Num trabalho que tentava perceber qual o papel que o BEESP desempenhava no ajustamento psicológico de doentes com cancro, os investigadores concluíram que os elevados índices de BEESP verificados entre os pacientes estavam associados a menor *distress*, maior funcionalidade física e melhor QDV. Foi ainda salientado que estas diferenças tinham uma maior correlação com o BEESP, do que com o bem-estar religioso (Laubmeier et al., 2004).

Num estudo que procurava examinar as relações entre BEESP, QDV e ajustamento psicológico em 142 mulheres diagnosticadas com cancro da mama (Cotton et al., 1999), foi concluído que existia uma correlação positiva entre BEESP e QDV, bem como entre BEESP e alguns tipos específicos de ajustamento psicológico (e.g. espírito de luta).

Num trabalho que pretendia testar o *Gibson Model of Inner Resources* em 162 mulheres Afro-americanas sobreviventes ao cancro da mama, foi concluído que a espiritualidade conjuntamente com a “esperança” apresentavam os maiores índices de bem-estar psicológico, quando comparados com outras medidas isoladas (Gibson & Parker, 2003).

Num estudo diverso mas muito interessante, os investigadores tentaram correlacionar a baixa incidência de cancro da mama nas mulheres do Estado Norte-americano do Utah (encontra-se entre os índices mais baixos dos EUA), com a forte presença e influência que a *Church of Jesus Christ of Latter-day Saints* (Igreja Mormom) tem neste Estado. Os investigadores concluíram que, no Estado do Utah, o estilo de vida desta comunidade estava associado a menores taxas de incidência de cancro da mama nas mulheres. No entanto, uma vez diagnosticadas, estas mulheres registavam uma menor taxa de sobrevivência, quando comparadas com mulheres que não pertenciam a esta religião (Merril & Folsom, 2005).

Apesar de já ter sido encontrada uma associação positiva entre espiritualidade e QDV em doentes oncológicos (Bowie, Sydnor & Granot, 2003; Brady et al., 1999; Fitchett, Peterman & Cella, 1996), não temos conhecimento de outros estudos em que a amostra tenha sido limitada a doentes a efectuar tratamento com quimioterapia.

O estudo que agora apresentamos teve como principal objectivo quantificar a relação entre o BEESP e a QDV dos doentes oncológicos que estão realizando tratamento com quimioterapia. Da literatura científica revista surgem hipóteses específicas: Nomeadamente, no grupo referido de doentes oncológicos que estão realizando tratamento com quimioterapia: (a) BEESP está positivamente associado com QDV geral; (b) as dimensões que constituem a QDV (físico, social/familiar, emocional e funcional) estão positivamente associadas com o BEESP; (c) quanto maior o número de tratamentos de quimioterapia (NTQ), menor será a QDV nas suas várias dimensões. Deixamos em aberto a questão de quais as dimensões da QDV que estarão mais associadas com o BEESP, bem como a questão de saber se o BEESP irá variar em função do NTQ.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi recolhida no Serviço de Oncologia Médica do Hospital Distrital de Faro (HDF) e na Associação Oncológica do Algarve (AOA).

O único critério previamente estabelecido para a participação de qualquer doente no estudo, para além da obrigatoriedade de estar a efectuar tratamento com quimioterapia, foi que não tivesse idade inferior a 18 anos à data do preenchimento dos questionários.

A idade dos 23 inquiridos variou entre 34 e 65 anos ($M=48;DP=9,9$). Onze dos 23 inquiridos eram do sexo feminino (47,8%). Cerca de dois terços dos participantes eram casados ou encontravam-se numa união de facto (65,2); 21,7% divorciados; 8,7% solteiros e existia um indivíduo viúvo.

É ainda de salientar que aproximadamente um quarto da nossa amostra encontrava-se em recidiva (26,1%). No que diz respeito ao número do tratamento de quimioterapia de cada um dos inquiridos à data do preenchimento dos questionários, variavam entre o primeiro (34,8%) e o nono tratamento (4,3%).

Material

Dois instrumentos principais foram utilizados neste estudo: (a) *Functional Assessment of Cancer Therapy General* (FACT-G) e (b) *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp-12). Os instrumentos foram fornecidos pela organização *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT) que os disponibilizou na sua versão portuguesa.

Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) (Cella et al., 1993). É uma escala funcional de QDV geral, que é composta por 27 itens que avaliam o bem-estar em quatro dimensões: físico (BEFI), social/familiar (BESF), emocional (BEE) e funcional (BEF). O BEFI avalia a sintomatologia física (e.g. “Estou sem energia”, “Fico enjoado(a)”, “Tenho dores”); o BESF avalia o apoio social e a comunicação (e.g. “Recebo apoio emocional da minha família”, “Recebo apoio dos meus amigos”, “A minha família aceita a minha doença”); o BEE avalia o humor e a resposta emocional à doença (e.g. “Sinto-me triste”, “Sinto-me nervoso(a)”, “Estou preocupado com a ideia de morrer”); o BEF avalia até que ponto o doente pode e gosta de participar nas actividades diárias normais (e.g. “Sou capaz de trabalhar”, “Sinto-me realizado(a)”, “Durmo bem”). O questionário é de auto-preenchimento e demora cerca de cinco a dez minutos a ser preenchido. A resposta a cada um dos itens é dada através de uma maior ou menor

concordância/discordância com a afirmação, segundo uma escala tipo Likert com as seguintes opções: 1) “Nem um Pouco”; 2) “Um Pouco”; 3) “Mais ou Menos”; 4) “Muito”; 5) “Muitíssimo”. Para calcular a pontuação total da QDV basta somar os valores das quatro sub-escalas. Valores mais elevados indicam maior QDV (Webster, Cella & Yost, 2003).

Numa amostra norte-americana com 1617 indivíduos de etnias e extractos socioeconómicos diferentes, o instrumento apresentou uma boa consistência interna, com valores α nas diversas sub-escalas entre .72 e .85 (Peterman et al., 2002) e com valores fidelidade test-retest nas diversas sub-escalas entre .82 e .92 (Cella, 1997).

Não temos conhecimento de trabalhos realizados ou publicados com a versão portuguesa.

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) (Brady et al., 1999). É um questionário de 12 itens que pretende avaliar o BEESP e foi desenvolvido com o input de doentes oncológicos, psicoterapeutas e peritos religiosos/espiritualistas (e.g. capelães hospitalares) a quem foi pedido que descrevessem quais os aspectos da espiritualidade e da fé que mais contribuiriam para a QDV dos doentes. Os aspectos mais apontados estavam relacionados com as questões existenciais e da fé, tais como: sentido/propósito para a vida, harmonia, paz, e um sentimento de força e conforto transmitidos pela fé individual (Peterman et al., 2002). A FACIT-Sp-12 foi desenvolvida para ser utilizada, independentemente das crenças religiosas e o seu preenchimento segue as mesmas normas do FACT-G, podendo levar cerca de cinco minutos a ser concluído (Cotton et al., 1999). O instrumento dispõe de duas sub-escalas: *Sentido/Paz* com oito itens (e.g. “Sinto-me em paz”, “Tenho uma razão para viver”, “Sinto que a minha vida tem um propósito”) e *Fé* com quatro itens (e.g. “Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais”, “A minha fé ou crenças espirituais dão-me força”). Para obter a pontuação total basta somar a pontuação dos 12 itens. Quanto maior a pontuação, maior o BEESP (Webster, Cella & Yost, 2003). Cella (1997) relatou a consistência interna da escala total como $\alpha = .87$. Num estudo posterior com 66 pacientes, foram encontrados valores semelhantes de $\alpha = .89$ e fidelidade test-retest de .58 (Rhodes & Kristeller, 2000). Não temos conhecimento de trabalhos realizados ou publicados com a versão portuguesa.

Para além destes dois instrumentos principais, foi ainda utilizado um questionário demográfico, desenvolvido pelo investigador, que procurou obter junto dos pacientes informações, como a idade, sexo, estado civil, número do tratamento de quimioterapia, número de sessões de quimioterapia, ou ainda sobre a existência ou não de recidiva.

Procedimento

Foi obtida a autorização da Comissão de Ética para a Saúde do HDF para a recolha de dados no Serviço de Oncologia. Após o consentimento dado pela Direcção da AOA, também aí foi possível realizar a recolha de dados.

Todos os 23 indivíduos que aceitaram participar livremente no estudo assinaram um Termo de Consentimento Informado antes de terem preenchido os questionários.

No HDF, a responsabilidade pela entrega dos questionários aos doentes que realizavam quimioterapia pertenceu à Enfermeira Chefe do Serviço de Oncologia, enquanto que na AOA esta tarefa ficou entregue ao Serviço de Psicologia. Todas as questões metodológicas que envolviam o preenchimento dos questionários foram atempadamente esclarecidas. Foi chamado a atenção para a necessidade do doente ler e assinar o Termo de Consentimento Informado, antes de poder participar no estudo. Foi ainda esclarecido que os questionários eram de auto-preenchimento. Não foi colocada qualquer objecção da nossa parte à possibilidade dos doentes levarem os questionários para serem preenchidos em casa, uma vez que poderia existir alguma dificuldade em fazê-lo enquanto estavam a realizar o tratamento. A ordem de preenchimento foi aleatória.

RESULTADOS

Apresentam-se na Tabela 1 os coeficientes de correlação de Pearson entre BEESP, medido pela FACIT-Sp-12, e a QDV medida pelo FACT-G e suas sub-escalas. É de salientar a correlação positiva registada entre BEESP e QDV total ($r_{23} = ,654$; $p < ,01$). Das quatro sub-escalas que constituem a QDV, três (bem-estar físico (BEFI), bem-estar emocional (BEE) e bem-estar funcional (BEF)) estão positiva e significativamente correlacionadas com o BEESP. A correlação observada entre o bem-estar social/familiar (BESF) e BEESP foi positiva, mas não significativa.

A correlação observada entre BEESP e BEE ($r_{23} = ,660$; $p < ,01$) parece vir suportar o papel importante que a espiritualidade desempenha no bem-estar psicológico e afectivo dos doentes oncológicos.

Tabela 1

Correlação de Pearson entre Facit-Sp12 Esp., Fact-g QDV Total, Fact-g BEFI, Fact-g BESF, Fact-g sub-escala BEE e Fact-g BEF.

		Fact-g QDV Total	Fact-g BEFI	Fact-g BESF	Fact-g BEE	Fact-g BEF
Facit-Sp12 Esp.	<i>r</i>	,654	,549	,186	,660	,654
	<i>p</i>	,001	,007	,397	,001	,001
	<i>N</i>	23	23	23	23	23

Apresentam-se na Tabela 2 os coeficiente de correlação de Spearman entre o NTQ e a QDV. O padrão de correlações negativas observadas demonstra uma tendência para a QDV diminuir à medida que o NTQ aumenta ($r_{23} = -,443; p < ,05$). O mesmo tipo de associação foi encontrado em três sub-escalas de QDV: BEE ($r_{23} = -,463; p < ,05$), BEFI ($r_{23} = -,433; p < ,05$) e BEF ($r_{23} = -,629; p < ,01$). Estas duas últimas correlações vêm apoiar claramente as evidências clínicas que salientam a severidade que os efeitos secundários da quimioterapia provocam no organismo dos doentes. A associação observada entre BEESP e NTQ foi negativa e significativa ($r_{23} = -,557; p < ,01$).

Tabela 2.

Correlação de Spearman para as variáveis: Número do tratamento de quimioterapia (NTQ), Facit-Sp12 Esp., Fact-g QDV Total, Fact-g BEFI, Fact-g BESF, Fact-g BEE e Fact-g BEF.

		Fact-g QDV Total	Fact-g BEFI	Fact-g BESF	Fact-g BEE	Fact-g BEF	Facit-Sp12 Esp.
NTQ	<i>r</i>	-,443	-,433	,076	-,463	-,629	-,557
	<i>p</i>	,034	,039	,731	,026	,001	,006
	<i>N</i>	23	23	23	23	23	23

DISCUSSÃO

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, não só entre BEESP e QDV, como também entre BEESP e três, das quatro sub-escalas que constituem a QDV.

Estes resultados são consistentes com aqueles encontrados por outros investigadores (Brady et al., 1999) que referem que a QDV não pode ser devidamente calculada se não incluirmos na

sua avaliação a dimensão da espiritualidade, uma vez que esta parece contribuir de forma importante para a QDV geral dos doentes oncológicos. Aliás, os autores vão mais longe quando referem que, se a espiritualidade representa um factor tão importante na vida dos doentes, o simples facto desta não ser incluída em qualquer estudo que tente medir a sua QDV, pode fazer com que o real valor da QDV desses mesmos doentes não esteja a ser devidamente avaliado.

As relações encontradas entre maior BEESP e melhor BEFI e BEF, parecem vir apoiar algumas das suposições teóricas que defendem que a mente e os processos mentais podem ter um impacto directo no organismo (Haynal et al., 1998; Simonton et al., 1987). Apesar de não podermos afirmar que esta relação é causal com base apenas nos dados deste estudo, existem outros trabalhos que parecem suportar esta teoria (Brady et al., 1999; Laubmeier et al., 2004; Peterman et al., 2002; Rhodes & Kristeller, 2000). No entanto, e apesar de hoje já sabermos que é possível influenciar o sistema imunológico através da modelação psicológica (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002b), muito encontra-se ainda por desvendar, nomeadamente no que diz respeito aos mecanismos biológicos que podem estar envolvidos nesta mediação.

Porém, como Benson (1996) e Conboy (2005), acreditamos que a relação complexa existente entre stress psicológico, sistema imunológico, relaxação e saúde, pode representar um factor importante nesta equação. Aliás, existem alguns trabalhos já realizados que apontam precisamente neste sentido (Carlson et al., 2003; Cohen et al., 1999; Cohen, Miller & Rabin, 2001; Coker et al., 2003) e acreditamos que brevemente, com o aumento dos trabalhos realizados na área da psiconeuroimunologia, algumas destas questões possam vir a ser melhor compreendidas.

Para alguns investigadores (Brady et al., 1999), a espiritualidade pode funcionar no sentido de ajudar o doente a alargar o seu sentido de *Self* de maneira a que os sintomas e outras dificuldades físicas e funcionais passem a ser vistos como “smaller pieces of the pie of one’s overall well-being” (p. 425). Desta forma, é possível que a espiritualidade ajude o doente a “refocalizar-se” em aspectos do seu *Self*, para os quais um corpo dorido, não funcional ou pouco atractivo são irrelevantes, aumentando deste modo o seu sentido de existência, quando as fontes de auto-estima anteriormente utilizados, como a aparência física ou o estatuto social (e.g. estatuto profissional), já não se encontram disponíveis (Puchalski, 2003). Dito de outra forma, o doente que apresenta um maior BEESP é levado a experienciar uma maior e mais profunda compreensão sobre o significado e propósito da vida, deixando de focar-se apenas nos seus problemas, para passar a adoptar uma visão mais holística sobre a vida. Este novo enfoque, por seu lado, pode provocar uma diminuição dos índices de stress crónico a que os doentes oncológicos normalmente estão sujeitos, permitindo ao doente descontraír-se e relaxar, levando o organismo a produzir aquilo que Benson (1984) denominou por *The Relaxation Response*. Ao relaxar-se, o organismo deixa de exercer tanta pressão negativa sobre o sistema imunológico, permitindo a este recuperar a sua força, ajudando assim à recuperação e contribuindo para a sua própria cura (Simonton et al., 1987)

A ligação entre BEESP e maior BEFI e BEF pode, por sua vez, estar também relacionada com as emoções. Uma vez que a maior correlação encontrada no nosso estudo foi aquela verificada entre BEESP e BEE, poderemos pensar que a ponte de ligação entre espiritualidade e sintomatologia, ou seja, entre mente e corpo, seja realizada através das emoções. Se esta suposição se vier a confirmar no futuro, vemos que o ajustamento psicológico pode contribuir de forma significativa para a QDV e bem-estar geral do doente, como Cotton et al., (1999) já haviam salientado anteriormente. Estes resultados também têm implicações clínicas importantes, uma vez que apontam para a necessidade de serem criadas intervenções psicológicas baseadas na expressão dos afectos e das emoções dos doentes, especialmente de emoções agressivas relacionadas com as suas próprias necessidades (Goleman, 2003; Stanton et al., 2000). É ainda de salientar a importância que o apoio social (Durá & Hernández, 2002) e os grupos de apoio e ajuda mútua podem ter na vida do doente (Till, 2003). No entanto, são necessários ainda mais estudos para que possamos perceber melhor esta relação, nomeadamente trabalhos que utilizem algum tipo de intervenção psicológica que seja passível de ser avaliada *a posteriori*.

Um outro dado interessante que resultou deste estudo foi o facto de que o aumento do NTQ estar relacionado com um decréscimo da QDV e do BEESP dos doentes. Esta questão é importante, uma vez que parece indicar que a QDV e o BEESP são altamente comprometidos à medida que o tratamento se vai tornando cada vez mais intensivo. Para além do BEESP, e como seria de esperar, o BEFI e o BEF foram também severamente afectados.

Tendo em vista estes resultados, e uma vez que o BEESP parece produzir uma acção positiva directa ao nível da sintomatologia e da capacidade de autonomia funcional do doente, actuando talvez como um *buffer* psicológico contra a doença e os efeitos do tratamento (Miller & Thoresen, 2003), seria importante que fosse possível efectuar uma intervenção a este nível. Esta recomendação, aliás, parece ir de encontro aos desejos de muitos doentes que referem que os médicos deveriam ter em consideração as necessidades espirituais dos seus pacientes quando prescrevem o tratamento (Anandarajah & Hight, 2001). No entanto, a maioria dos médicos ainda sente-se reticente em abordar esta questão com os seus pacientes (Post et al., 2000).

Estes dados, ao mostrarem a forma significativa como a espiritualidade parece estar relacionada com outras dimensões do bem-estar dos doentes, podem fornecer-nos informações clínicas importantes no que diz respeito a quais as áreas que devem merecer uma intervenção mais cuidada por parte de alguns técnicos de saúde. Assim, e se os resultados obtidos neste e noutros estudos vierem a confirmar que a relação entre BEESP e QDV é uma relação causal, seria importante que se realizassem intervenções clínicas dirigidas especificamente aos doentes oncológicos que não conseguem encontrar um sentido ou propósito nas suas vidas (Frankl, 1963, 1986, 2000). Estas intervenções poderiam focar-se, por exemplo, na consciencialização dos aspectos positivos da vida do doente, no sentido de aumentar o seu nível de BEESP. Este tipo de intervenção, para além de poder vir a beneficiar a QDV geral dos doentes, poderia ainda contribuir para melhorar o ajustamento psicológico de alguns doentes em risco de desenvolverem

sintomas de ansiedade e depressão como resultado da doença, mas também do tratamento (Laubmeier et al., 2004).

Por outro lado, os indivíduos com níveis mais elevados de BEESP apresentam uma melhor QDV a nível físico. Vemos assim que, para além dos benefícios que este tipo de intervenções podem surtir na QDV dos doentes, podem ainda trazer consigo alguns benefícios financeiros, ajudando a diminuir os custos com a Saúde (Carlson & Bultz, 2003). Aliás, o custo do tratamento do cancro encontra-se na ordem do dia, uma vez que os Sistemas de Saúde actuais não conseguirão suportar todos os custos inerentes ao seu tratamento por muito mais tempo (Barnnet et al., 2000; Bosanquet & Sikora, 2004; Ganz et al., 2002).

Gostaríamos ainda de referir que este trabalho apresenta duas limitações importantes: (a) uma amostra reduzida; (b) o facto da nossa amostra ser maioritariamente constituída por doentes com um menor NTQ, o que pode ter de alguma forma influenciado alguns dos resultados. A amostra reduzida resulta em intervalos de confiança relativamente grandes à volta das correlações observadas. Por exemplo, com o número de casos observados neste estudo, uma correlação na ordem de $r = 0,6$ poderá verificar-se, na população de doentes oncológicos, tão baixa como 0,3 ou tão grande como 0,8. Futuros trabalhos, com um número maior de participantes, poderão aumentar o nível de precisão das estimativas da magnitude da relação.

Em futuros trabalhos seria também importante poder controlar melhor o NTQ. Contudo, em termos estatísticos, uma maior variabilidade no número de tratamentos deverá ter o efeito de *aumentar* as magnitudes dos efeitos observados. O tipo de cancro e o estágio da doença poderiam ser controlados em próximos estudos, uma vez que podem eventualmente influenciar os resultados relativamente à QDV (Cotton et al., 1999).

Como já tivemos oportunidade de referir, este é um campo da Psicologia que, apesar de recente, tem merecido um interesse cada vez maior por parte da comunidade médico/científica. Uma das áreas de estudo que achamos particularmente interessantes é aquela que está relacionada com as terapias complementares ao tratamento médico. Seria interessante poder verificar se a utilização de algumas das técnicas utilizadas por estas terapias podem efectivamente melhorar o bem-estar físico, psicológico e espiritual dos doentes oncológicos. Dentro desta temática, são de salientar os estudos que tentam perceber a relação entre algumas técnicas de combate ao *stress* (e.g. meditação, visualização) e a QDV. Seria também interessante poder perceber se o stress psicológico estará de alguma forma relacionado com um menor BEESP.

Um outro trabalho interessante seria poder realizar uma intervenção com doentes oncológicos em que lhes fosse dada a oportunidade de abordar algumas questões relacionadas com a espiritualidade, como a fé e o sentido para a vida, e comparar estes resultados com um grupo de controlo. Aliás, o mesmo tipo de estudo poderia também ser efectuado ao nível da

intervenção psicológica, no sentido de tentarmos perceber quais os factores psicológicos que mais estão associados ao ajustamento psicológico.

Apesar de existirem já alguns trabalhos muito interessantes que se têm debruçado sobre todas estas temáticas, só mais recentemente é que houve um esforço para tentar construir um modelo teórico que pudesse agrupar todas estas investigações, inclusive as de ordem espiritual. Para alguns autores (Brady et al., 1999), este modelo terá sido referenciado pela primeira vez há quase 20 anos por Hiatt que, na altura, o designou por modelo *Biopsicossocioespiritual*.

Por outro lado, acreditamos que este tipo de estudos podem marcar uma viragem importante na forma como encaramos a própria Psicologia. Ao estudarmos algumas das características psicológicas responsáveis por aspectos importantes da QDV dos doentes e da sua adaptação a uma doença tão traumática como é o caso do cancro, estamos contribuindo para que a comunidade científica comece a dar mais importância ao estudo dos aspectos positivos da personalidade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), tais como o optimismo (Peterson, 2000), a felicidade (Buss, 2000) ou o bem-estar (Diener, 2000). Apesar de ser importante reconhecermos a patologia, o que começamos hoje a compreender é que uma excessiva concentração na doença pode afastar-nos do verdadeiro papel que nos cabe e que é o de potenciar nos indivíduos em geral e nos doentes, em particular, tudo o que de melhor há em si, no sentido de viverem o mais intensamente possível, procurando trazer a felicidade e a harmonia para as suas vidas (Barros, 2004). É neste sentido que, como outros autores (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), acreditamos que os psicólogos, ao se debruçarem sobre estas questões, “will learn how to build the qualities that help individuals and communities, not just to endure and survive, but also to flourish”(p. 13).

É por tudo isto que acreditamos que todos os recursos disponíveis, inclusive os de ordem espiritual, que encorajem a cura, o ajustamento psicológico e uma melhor QDV dos doentes, devem ser seriamente considerados. Devem ver a sua validade comprovada ou infirmada, não de acordo com os critérios de apenas uma parte da comunidade científica, por mais importante que ela seja, mas sim através das implicações clínicas que estes possam provocar.

Numa sociedade laica como a nossa, o espiritual continua a não ser reconhecido, ou pior, é suspeito por ser confundido com o religioso, enquanto que a denegação da morte e a onipotência da técnica têm contribuído largamente para a “secura” espiritual que observamos diariamente na maior parte das unidades de cuidados de saúde. O que este e outros trabalhos nos vêm dizer é que, a atenção dispensada pelos profissionais de saúde à vida subjectiva dos doentes, à sua afectividade e interioridade pode, efectivamente, contribuir de forma decisiva para a sua reabilitação física, psicológica e espiritual, aumentando assim a sua QDV geral.

REFERÊNCIAS

Acklin, M., Brown, E., & Mauger, P. (1983). The role of religious values in coping with cancer. *Journal of Religion and Health*, 22, 322-333.

Adachi, E., Kawamura, K. & Takemoto, K. (1993). Oxidative damage of nuclear DNA in liver of rats exposed to psychological stress. *Cancer Res.*, 53, 4153-4155.

Ai, A., Peterson, C., Bolling, S., & Koenig, H. (2002). Private prayer and the optimism of middle-age and older patients awaiting cardiac surgery. *The Gerontologist*, 42(1), 70-81.

American Cancer Society. (2006). *Cancer facts & figures 2006*. Atlanta: American Cancer Society.

Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: Using the hope questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 63(1), 81-88.

Ballatori, E., & Roila, F. (2003). Impact of nausea and vomiting on the quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 46. Acedido em 14 de Agosto de 2005: www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-46.pdf

Barnnet, A., Birnbaum, H., Cremieux, P., Fendrick, M., & Slavin, M. (2000). The cost of cancer to a major employer in the United States: A case control analysis. *The American Journal of Managed Care*, 6, 1243-1251.

Barros, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: Edições Asa.

Benson, H. (1984). *Beyond the relaxation response*. New York: Berkley Books.

Benson, H. (1996). *Timeless healing: The power and biology of belief*. New York: Simon and Schuster.

Boini, S., Briançon, S., Guillemin, F., Galan, P., & Hercberg, S. (2004). Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: A longitudinal pre-post assessment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 4. Acedido em 14 de Agosto de 2005: www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-2-4.pdf

Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Bosanquet, N., & Sikora, K. (2004). The economics of cancer care in the UK. *The Lancet Oncology*, 5(9), 568-574.

Bottomley, A. (2002). The cancer patient and quality of life. *The Oncologist*, 7, 120-125.

Bowie, J., Sydnor, K., & Granot, M. (2003). Spirituality and care of prostate cancer patients: A pilot study. *Journal of the National Medical Association*, 95(10), 951-954.

Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*, 8, 417-428.

Buss, D. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55(1) 15-23.

Carlson, L., & Bultz, B. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18. Acedido em 14 de Agosto de 2005: www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-8.pdf

Carlson, L., Speca, M., Patel, K., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.

Carr, A., Thompson, P., & Kirwan, J. (1996). Quality of life measures. *British Journal Rheumatology*, 35, 275-281.

Casso, D., Buist, D., & Taplin, S. (2004). Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(25). Acedido em 14 de Agosto de 2005: www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-2-25.pdf

Cella, D., Tulsky, D., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., & Bonami, P. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.

Cella, D. (1997). Manual of the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT scales) – version 4. center on outcomes, Research & Education (CORE), Evanston Northwestern Healthcare and Northwestern University, Evanston, IL.

Cohen, S., Doyle, W., & Skoner, D. (1999). Psychological stress, cytokine production, and severity of upper respiratory illness. *Psychosomatic Medicine*, 61, 175-180.

Cohen, S., Miller, G., & Rabin, B. (2001). Psychological stress and antibody response to immunization: A critical review of the human literature. *Psychosomatic Medicine*, 63, 7-18.

Coker, A., Bond, S., Madeleine, M., Luchok, K., & Pirisi, L. (2003). Psychosocial stress and cervical neoplasia risk. *Psychosomatic Medicine*, 65, 644-641.

Conboy, J. (2005). Measuring the construct of personal belief. *INUAF Studia*, 4(8), 127-45.

Cotton, S., Levine, E., Fitzpatrick, C., Dold, K., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438.

Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.

Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55(1) 34-43.

Die Trill, M. (2002). Cultura y cancer. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 639-651). Lisboa: Climepsi Editores.

Direcção-Geral da Saúde. (2000). *Rede de referência hospitalar de oncologia*. Lisboa: Autor.

Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Risco de morrer em Portugal, 2003 (Volume II)*. Lisboa: Autor.

Durá, E., & Hernández, S. (2002). Programas de apoio social para enfermos oncológicos. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 453-479). Lisboa: Climepsi Editores.

Eiser, C., Eiser, R., & Stride C. (2005). Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, (29). Acedido em 14 de Agosto de 2005: www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-3-29.pdf

Epel, E., Blackburn, E., Lin, J., Dhabhar, F., Adler, N., Morrow, J & Cawthon, R. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *PNAS*, 101,17312-17315; Acedido em 10 de Novembro de 2006 em: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0407162101

Fitchett, G., Peterman, A., & Cella, D. (1996, Outubro). *Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients*. Apresentação realizada no Congresso Mundial de Psico-oncologia, New York, NY.

Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.

- Frankl, V. (2000). *Man's search for ultimate meaning*. New York: Basic Books.
- Frankl, V. (1986). *The doctor and the soul*. New York: Vintage Books.
- Franzi, S., & Silva, P. (2003). Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatoria no hospital de Heliópolis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(3), 153-158.
- Fromm, E. (2003). *Psicanálise e religião*. Lisboa: Edições 70.
- Ganz, P. (1994). Quality of life and the patient with cancer. Individual and policy implications. *Cancer*, 74, 1445-1452.
- Ganz, P., Lackner, H., Hoskin, P., & Ben-Eliyahu, S. (2002). The price of anticancer intervention. *The Lancet*, 3(9), 575-579.
- Gibson, L., & Parker, V. (2003). Inner resources as predictors of psychological well-being in middle-income African American breast cancer survivors. *Cancer Control*, 10(5), 52-59.
- Giovagnoli, A., Meneses, R. & Silva, A. (2006). The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 9(1), 133-139.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Grossman, P., Niemann, L., Achmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Haynal, A., Pasini, W., & Archinaro, M. (1998). *Medicina psicossomática: Perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Helm, H., Hays, J., Flint, E., Koenig, H., & Blazer, D. (2000). Effects of private religious activity on mortality of elderly disabled and nondisabled adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 55A, M400-M405.
- Hennezel, M., & Leloup, J. (2001). *A arte de morrer* (2ª ed.). Lisboa: Casa das Letras.
- Holland, J., & Lewis, S. (2000). *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. New York: Harper Collins Publishers.
- Holland, J. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.

Ibáñez, E., Valiente, M., & Soriano, J. (2002). Una historia de la psico-oncología: Del cáncer a la psicología e vice-versa. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 347-380). Lisboa: Climepsi Editores.

Idler, E., & Kasl, S. (1997). Religion among disabled and nondisabled elderly persons: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *Journal of Gerontology*, *52B*, S294-S305.

Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Recenseamento geral da população e habitação-2001* (resultados definitivos). Lisboa: Autor.

Stewart, B., & Kleihues, P. (Eds.). (2004). *World cancer report*. Lyons, France: International Agency for Research on Cancer Press.

Jemal, A., Tiwari, R., Murray, T., Ghafour, A., Samuels, A., Ward, E., Ferlay, J., & Thun, M. (2004). Cancer statistics, 2004. *Cancer Journal for Clinicians*, *54*, 8-29.

Jung, C. (1986). *A natureza da psique*. Petrópolis: Vozes.

Jurado, V., & Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica*, *44*, 448-463.

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T., & Glaser, R. (2002a). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: Back to the future. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 15-28.

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. & Glaser, R. (2002b). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(3), 537-547.

Koenig, H. (1988). Religion and death anxiety in later life. *The Hospice Journal*, *4*(1), 3-24.

Koenig, H., Cohen, H., Blazer, D., Pieper, C., Meador, K., Shelp, F., Goli, V., & DiPasquale, R. (1992). Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1693-1700.

Koenig, H., Cohen, H., Blazer, D., Kudler, H., Krishnan, K., & Sibert, T. (1995). Cognitive symptoms of depression and religious coping in elderly medical patients. *Psychosomatics*, *36*, 369-375.

Koenig, H., Hays, J., George, L., Blazer, D., Larson, D., & Landerman, L. (1997). Modelling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *5*, 131-143.

Koenig, H., Cohen, H., George, L., Hays, J., Larson, D. & Blazer, D. (1997). Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 233-250.

Koenig, H., Pargament, K., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 513-521.

Koenig, H., George, L., Cohen, H., Hays, J., Blazer, D., & Larson, D. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28, 189-213.

Koenig, H., George, L., & Peterson, B. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 536-542.

Koenig, H., Hays, J., Larson, D., George, L., Cohen, H., McCullough, M., Meador, K., & Blazer, D. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54A(7), M370-M376.

Koenig, H., Larson, D., & Larson, S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35, 352-359.

Koenig, H. (2002). Religion, congestive heart failure and chronic pulmonary disease. *Journal of Religion and Health*, 41(3), 263-278.

Kondoh, M., Kodama, D., Watanabe, Y. & Sato, M. (2002). Classical conditioning of metallothionein synthesis in mice. *Journal of Health Science*, 50(4), 413-416.

Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes* (8ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Kuhn, T. (2003). *A estrutura das revoluções científicas* (8ª ed.). São Paulo: Perspectiva.

Laubmeier, K., Zakowski, S., & Bair, J. (2004). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioural Medicine*, 11(1), 48-55.

Lourenço, I. (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico*. Coimbra: Editora Quarteto.

Maio, M., & Perrone, F. (2003). Quality of life in elderly patients with cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 44. Acedido a 14 de Agosto 2005: www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-44.pdf

Merrill, R., & Folsom, J. (2005). Female breast cancer incidence and survival in Utah according to religious preference, 1985-1999. *BMC- Cancer*, 5, 49. Acedido a 10 de Agosto de 2005: www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2407-5-49.pdf

Miller, W., & Thoresen, C. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.

Montazeri, A., Hole, D., Milroy, R., McEwen, J., & Gillis, C. (2003). Quality of life in lung cancer patients: Does socioeconomic status matter? *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, (19). Acedido em 14 de Agosto 2005: www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-119.pdf

Nucci, N. (2003). *Qualidade de vida e cancer: Um estudo compreensivo* (Tese de Doutoramento). São Paulo: Universidade de São Paulo.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Pain Associates' International Network. (2004, Maio). *Consenso do Funchal – Dor oncológica*. Funchal: Autor. Acedido em 14 de Agosto 2005: www.grunenthal.pt/cw/pt_PT/pdf/cw_pt_pt_pain1.pdf

Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Peciña, S., Schulkin, J. & Berridge, K. (2006). Nucleos accumbens corticotrophin-releasing factor increase cue-triggered motivation for sucrose reward: paradoxical positive incentive effects in stress?. *BMC-Biology*, 4, (8). Acedido a 22 de Outubro de 2006: www.biomedcentral.com/1741-7007/4/8

Peterman, A., Fitchett, G., Brady, M., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioural Medicine*, 24(1), 49-58.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1) 44-55.

Post, S., Puchalski, C., & Larson, D. (2000). Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency, and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 132(7), 578-583.

Puchalski, C. (2003). The spiritual dimension: the healing force for body and mind. Em: *Actas do Fórum Internacional Ciência, Religião e Consciência*. Porto, 23-25 Outubro de 2003, CTEC-Centro Transdisciplinar de Estudos da Consciência, Edições Universidade Fernando Pessoa, Porto (pp. 173-195).

Reiche, E., Nunes, S. & Morimoto, H. (2004). Stress, depression, the immune system

and cancer. *The Lancet*, 5(10).

Rhodes, M., & Kristeller, L. (2000, Abril). *Reliability and validity of the FACT-G spiritual well-being scale in a community cancer population*. Apresentação realizada para a Society of Behavioral Medicine, Nashville, TN, EUA.

Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Samano, E., Goldenstein, P., Ribeiro, L., Lewin, F., Filho, E., Soares, H., & Giglio, A. (2004). Praying correlates with higher quality of life: Results from a survey on complementary/alternative medicine use among a group of Brazilian cancer patients. *São Paulo Medical Journal*, 122(2), 60-63.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Silva., P. (2002). A educação para a saúde e o marketing social: Aspectos relacionados Com a prevenção do cancro. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 189-211). Lisboa: Climepsi Editores.

Simonton, O., Simonton, S., & Creighton, J. (1987). *Com a vida de novo* (6ª ed.). São Paulo: Editora Summus.

Stanton, A., Twillman, R., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S., & Sworowski, L. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.

Steffen, P., Hinderliter, A., Blumenthal, J., & Sherwood, A. (2001). Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 63, 523-530.

Till, J. (2003). Evaluation of support groups for women with breast cancer: Importance of the navigator role. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(16). Acedido em 14 de Agosto de 2005: www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-16.pdf.

Trask, P. (2004). Quality of life and emotional distress in advanced prostate cancer survivors undergoing chemotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(37). Acedido em 14 de Agosto de 2005: www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-2-37.pdf

Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.

Velikova, G., Stark, D., & Selby, P. (1999). Quality of life instruments in oncology. *European Journal of Cancer*, 34, 1571-1580.

Webster, K., Cella, D., & Yost, K. (2003). The functional assessment of chronic illness therapy (FACIT) measurement system: Properties, applications, and interpretation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1,(79). Acedido em 14 de Setembro de 2005: www.hqlo.com/content/1/1/79

Wheway, J., Mackay, C., Newton, R., Sainsbury, A., Boey, D., Herzog, H. & Mackay, F. (2005). A fundamental bimodal role for neuropeptide Y1 receptor in the immune system. *The Journal of Experimental Medicine*, 202,(11). Acedido em 20 de Outubro de 2006: www.jem.org/cgi/doi/10.1084/jem.20051971

World Health Organization. (2004). *Strategies to improve and strengthen cancer control programmes in Europe: Report of a WHO Consultation*. Geneva, 25-28 November, 2003. Acedido em 20 de Maio de 2006: www.who.int/cancer/publications/en/