



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

O Bem-Estar Espiritual e
Resiliência em doentes
oncológicos

Katia Lopes

Orientadora de Dissertação:

PROF. DRA. MARIA JOÃO GOUVEIA

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

PROF. DRA. MARIA JOÃO GOUVEIA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado
realizada sob a orientação da
Dra. Maria João Morais Gouveia,
apresentada no ISPA – Instituto
Universitário para obtenção de
grau de Mestre na especialidade
de Psicologia Clínica.

*Para o meu avô.
Aquele ser humano fantástico que,
infelizmente, devido a esta malvada doença,
já não está entre nós.*

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu profundo e sincero agradecimento a todos os que, de certa forma, intervieram, directa ou indirectamente, na concretização de mais um objectivo a nível académico, pois sem eles nada disto teria sido possível.

À **minha mãe**, pelo afecto, carinho, compreensão, pela paciência e apoio incondicional, especialmente nos momentos mais difíceis de exaustão.

Ao **meu pai**, sobretudo pelos princípios e valores que sempre me incutiu e por todos os ensinamentos de vida.

Ao **meu irmão**, pelo companheirismo, pela amizade, pela preocupação com o meu bem-estar nos momentos de maior cansaço.

À **minha avó**, por todos os seus sábios ensinamentos de vida e pelo amor que me demonstra todos os dias.

Ao **meu namorado**, pela paciência, pelo afecto, pela ternura, pelo apoio incondicional e pelas palavras de incentivo e de força.

À minha orientadora de dissertação, **Prof. Doutora Maria João Gouveia**, com quem tive o orgulho e privilégio de colaborar, por me ter proporcionado as condições necessárias para a elaboração da minha dissertação, pelos conselhos sempre sábios que me deu, pela forma como me orientou e por toda a disponibilidade

Aos **meus colegas de dissertação**, pela entreaajuda, companheirismo e incentivo.

À minha amiga, **Fernanda Silva**, pela sua prestabilidade e apoio.

Resumo

Objectivo: Perceber as relações entre as variáveis psicológicas de bem-estar espiritual e resiliência em doentes oncológicos **Método:** Estudo correlacional realizado a 201 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de cancro pertencentes à população portuguesa. Foram utilizados como instrumentos: SHALOM e Escala de Resiliência **Resultados:** A dimensão Pessoal e Ambiental do Bem-Estar Espiritual (BEE) parecem estar significativamente relacionados com a Escala de Resiliência. Os domínios Comunitário e Transcendental do Bem-Estar Espiritual não parecem estar relacionados com a Resiliência nesta amostra. A subescala Pessoal do Bem-Estar Espiritual apenas se encontra significativamente relacionado com o domínio Sentido de Vida da resiliência ($\beta=.44$; $t=4.63$; $p\leq.001$). A subescala Ambiental do Bem-Estar Espiritual está relacionada com o domínio Auto-Suficiência e Autoconfiança da escala de Resiliência ($\beta=2.55$; $t=2.91$; $p\leq.005$). **Discussão:** A relação que os indivíduos estabelecem consigo próprios e com o mundo físico e biológico auxilia-os no enfrentamento do cancro, desenvolvendo a capacidade de lidar positivamente com situações adversas. O pequeno tamanho da amostra, os enviesamentos on-line e da colheita de dados face a face e a natureza correlacional do estudo, limita a generalização destes resultados e não permite fazer inferências de causalidade entre essas variáveis. Estudos futuros deverão investigar estas questões.

Palavras-chave: Bem-Estar Espiritual, Resiliência, Cancro.

Abstract

Purpose: Understanding the relationship between the psychological variables of spiritual well-being and resilience in cancer patients **Method:** crosssectional study was carried out with 201 individuals over 18 years old with a diagnosis of cancer belonging to the Portuguese population. SHALOM and The Resilience Scale were used as instruments **Results:** Only Personal and Environmental domains of Spiritual Well-Being (SWB) seem to be significantly related to the Resilience Scale. The Communal and Transcendental domains of SWB not seem to be related to Resilience in this sample. The domain Personal of SWB is significantly related to the domain Sense of Life of the Resilience Scale ($\beta = .44$, $t = 4.63$; $p \leq .001$). Environmental domain of the SWB is related to the domain Self-Reliance and Self-confidence of the Resilience Scale ($\beta = 2.55$, $t = 2.91$; $p \leq .005$). **Discussion:** The relationship that individuals establish with themselves and with the physical and biological world helps them in coping with cancer, developing the ability to positively deal with adverse situations. The small sample size, the biases of online and face to face data collection and the correlational nature of design, limits the generalization of these results and does not allow inferences of causality and directionality between these variables. Further studies should investigate this questions.

Key-Words: Spiritual Well-Being, Resilience, Cancer.

Índice

1. Introdução.....	p. 1
2. Enquadramento Teórico.....	p. 3
2.1. Considerações sobre a resiliência.....	p. 3
2.1.1. Factores de Risco Psicológicos e Sociais.....	p. 4
2.1.2. Factores de Protecção.....	p. 4
2.2. Considerações sobre a espiritualidade.....	p. 5
2.3. Relação entre a Resiliência e a Espiritualidade.....	p. 7
2.4. Doente Oncológico.....	p. 8
2.5. Resiliência face ao cancro.....	p. 10
2.6. Espiritualidade e Cancro.....	p. 12
2.7. Relação entre Espiritualidade, Resiliência e Cancro.....	p. 15
3. Objectivos Gerais e Específicos do Estudo.....	p. 17
4. Método.....	p. 17
4.1. Participantes.....	p. 17
4.2. Instrumentos.....	p. 19
4.2.1. SHALOM.....	p. 19
4.2.2. Escala de Resiliência.....	p. 20
4.3. Procedimento.....	p. 21
5. Resultados.....	p. 23
5.1. Análise Descritiva, Normalidade e Consistência Interna das medidas de Bem-Estar Espiritual e Resiliência.....	p. 23

5.2. Relação entre as variáveis de Espiritualidade e Resiliência em Doentes Oncológicos.....	p. 24
5.3. Relação entre Espiritualidade e Resiliência com variáveis de Saúde, Doença e de Actividade Física.....	p. 27
6. Discussão.....	p. 32
7. Referências Bibliográficas.....	p. 38

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estatística Descritiva de cada uma das dimensões das variáveis em estudo: Bem-Estar Espiritual e Resiliência.....	p. 23
Tabela 2 – Matriz de Correlações.....	p. 25
Tabela 3 – Regressão Linear.....	p. 26
Tabela 4 – Análise de Coeficientes de Assimetria e Curtose (Achatamento).....	p. 27
Tabela 5 – Teste t-Student tendo em conta a variável Cirurgia.....	p. 29
Tabela 6 - Teste t-Student tendo em conta a variável Quimioterapia.....	p. 29
Tabela 7 - Teste t-Student tendo em conta a variável Radioterapia.....	p. 30
Tabela 8 - Teste t-Student tendo em conta a variável Outros Tratamentos.....	p. 31
Tabela 9 - Teste t-Student tendo em conta a variável Actividade Física.....	p. 31

1. Introdução

O cancro é, segundo o Instituto Nacional de Câncer (n.d.), o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo.

A doença oncológica é, em Portugal e no mundo, uma patologia que causa a morbilidade e a morte (Barros & Lunet, 2006), sendo que em Portugal são diagnosticados anualmente entre 40 a 45 mil novos casos de cancro (Paredes et al., 2008). Segundo Paredes et al. (2008), “em Portugal o risco de um indivíduo desenvolver um cancro durante a vida é de cerca de 50% e a de este ser a causa de morte é de 25%” (p. 75).

Em Portugal, o cancro mais frequente no sexo masculino é o cancro da próstata, seguido do cancro do pulmão e do cancro do cólon e recto e no sexo feminino tem maior incidência o cancro da mama, seguido do cancro do pulmão e cancro do cólon e útero (Vale, Patrício, Lopes & Gonzaga, 2007).

O diagnóstico e tratamento do cancro apresenta uma série de desafios para os doentes (Pollack, Rowland, Crammer & Stefanek, 2009). A patologia oncológica é sentida, não só pelo doente como pelos seus familiares, como um momento de grande sofrimento, angústia, tristeza, sendo que o doente pode, no decorrer da doença, experienciar avanços e recuos na sua integridade física que o conduzirão a uma grande incerteza face ao futuro (Paredes et al., 2008). Esta doença não é apenas caracterizada pelas sequelas físicas, mas engloba ainda toda a dinâmica psicológica, sendo que a resposta ao diagnóstico varia de pessoa para pessoa e é condicionada por diversos factores como: idade, estágios de desenvolvimento da pessoa, nível socioeconómico, grau de educação, suporte social e recursos da comunidade (Phipps, Sands & Marec, 2003).

Os indivíduos com diagnóstico de cancro relatam que a doença tem um impacto na sua qualidade de vida, nomeadamente nos aspetos físicos, psicológicos sociais e espirituais, que reduzem a qualidade de vida do doente, podendo afetar de forma negativa todo o seu tratamento e reabilitação (Paredes et al., 2008).

O conceito de espiritualidade tem vindo a assumir uma importância cada vez maior, contudo ainda tem sido pouco enfatizado quando se trata de saúde e doença. Segundo Marques (2003),

A espiritualidade pode surgir, na doença, como um recurso interno que favorece a aceitação da doença, o empenho no restabelecimento, a não evitação de sentimentos dolorosos, o contato e aproveitamento da ajuda das outras pessoas e até à própria reabilitação (p. 57).

Por outras palavras, a espiritualidade é vista como um fator de saúde, na medida em que contribui na prevenção de doenças, na manutenção da saúde ou até mesmo na reabilitação e cura. (Marques, 2003). Desta forma, explorar as crenças espirituais torna-se num contributo bastante vantajoso para a sociedade atual (Sparr & Fergusson, 2000 cit. por Peres, Moreira-Almeida, Nasello & Koenig, 2007). Crenças e práticas espirituais são componentes importantes em quase todas as culturas. A espiritualidade é baseada numa busca pessoal para entender as questões fundamentais sobre a vida, o significado e as relações com o sagrado ou transcendente (Moreira-Almeida & Koenig, 2006). Um sistema de crenças espirituais, por ajudar na interpretação dos acontecimentos da vida, dando-lhes significado e coerência, pode contribuir para a integração psicológica de experiências traumáticas (Koenig, 2006 cit. por Peres, Moreira-Almeida, Nasello & Koenig, 2007).

Vários estudos têm demonstrado que o bem-estar espiritual pode fortalecer a componente psíquica (Jafari et al., 2010). Indicam também que ter crenças espirituais irá aumentar a resiliência às doenças e será eficaz na redução de sintomas físicos e mentais: dores, problemas de saúde, ansiedade e depressão (Jafari et al., 2010). Relativamente ao paciente portador de cancro, a resiliência apresenta-se como um tema muito importante, visto que estes indivíduos experienciam muitas alterações no seu estado físico, emocional, social, económico, familiar, entre outros, e como seres humanos têm como aptidão a capacidade de dar um novo significado às suas vivências (Marques, 2012).

Pesquisas sobre a resiliência identificaram a espiritualidade como fator de resiliência (Werner, 1984, 1996) e revelaram ainda que o aumento da espiritualidade oferece uma estratégia de enfrentamento para lidar com eventos de vida negativos, promovendo assim a resiliência (Vahia et al., 2011). É de acrescentar que as crenças espirituais contribuem para uma recuperação rápida e longa das doenças (Matheis, Tulskey & Matheis, 2006 cit. por Jafari et al., 2010). Por isto, as pesquisas em busca de novas respostas sobre formas saudáveis de enfrentar situações adversas constituem um grande desafio para os pesquisadores nos próximos anos (Bianchini & Dell'Aglio, 2006).

Em suma, com base na literatura, a hipótese de que a espiritualidade estará associada a vários traços psicológicos positivos, tais como a resiliência, contribuiu para a realização desta

investigação numa população específica, nomeadamente nos doentes oncológicos, no sentido de se perceber o impacto destas variáveis no contexto do cancro.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Considerações sobre a resiliência

Quando falamos em resiliência, é necessário adoptar uma perspectiva plurifactorial, pois é um conceito que faz parte do domínio da psicologia, da psicopatologia, da psicanálise, da sociologia, da psiquiatria, entre outros (Morais, 2006). Tendo em conta o que foi supra-referido, o conceito resiliência não apresenta uma definição consensual.

Segundo Moraes (2006), o termo resiliência vem do latim *resillire* que significa “saltar para trás”, ou seja, diz respeito à capacidade do indivíduo em fazer face a situações sob efeito de stress e conseguir voltar à normalidade, implica portanto adaptação e flexibilidade.

Sendo assim, Matos (2005) afirma que uma pessoa resiliente se caracteriza pela sua flexibilidade, abertura, criatividade, liberdade, inteligência, autenticidade, empatia, disponibilidade, comunicabilidade, pelo seu equilíbrio emocional e pela sua capacidade em resistir às diversas situações mais ou menos complicadas/difíceis, sem perder o equilíbrio, apesar das dificuldades que as situações possam apresentar.

Matos (2005) afirma ainda que existem três particularidades presentes num indivíduo resiliente: a consciência da sua auto-estima e do sentimento de si, a consciência da sua eficácia e um repertório de formas de resolução de problemas sociais.

Contudo, tendo em conta a maioria dos autores que estudam este conceito, a resiliência num indivíduo não é uma constante, ou seja, um indivíduo resiliente não adopta esse tipo de comportamento perante todas as suas situações complicadas, isto é, um indivíduo pode ser resiliente num contexto e não sê-lo no outro, dependendo assim, dos factores de protecção (Morais, 2006).

Não se pode excluir os factores de risco e de protecção quando falamos em resiliência, pois são eles que nos explicam toda a dinâmica deste complexo conceito que estamos a estudar. Sendo assim, segundo Fergus & Zimmerman (2005), é na presença dos factores de risco ou de protecção que ocorre o desenvolvimento. Ou seja, indivíduos resilientes seriam capazes de

operacionalizar um esquema em que percebem o risco para si mesmo e desta forma evitam esse comportamento, estabelecendo outros objectivos focados na resiliência e fortalecendo o seu sentido de eficácia para manter essas decisões em prática (Dillon et al., 2007).

Assim, o conceito de resiliência que pressupõe a interacção do indivíduo com o seu meio ambiente, “implica o entendimento dinâmico dos chamados factores de risco e protecção” (Carvalho, Morais, Koller & Piccinin, 2007, p. 2025).

2.1.1 – Factores de Risco Psicológicos e Sociais

Segundo Carvalho, Morais, Koller & Piccinini (2007), os factores de risco são eventos de vida que, quando presentes, aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais. Morais (2006) “refere que os factores de risco são preditores de consequências desfavoráveis ou são manifestações precoces de futuros comportamentos” (p.27). Os factores de risco constituem obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos e que o conduzem para resultados negativos para o seu desenvolvimento. O conceito *vulnerabilidade* designa o grau de susceptibilidade dos indivíduos a problemas e danos de saúde, ou seja, à predisposição do indivíduo para desenvolver comportamentos que o conduzem para um resultado negativo no desenvolvimento (Bertolozzi et al., 2009). O conceito de vulnerabilidade é distinto do conceito de resiliência, pois este último, refere-se a uma predisposição do indivíduo para fazer face às consequências negativas do risco e conseguir desenvolver-se de uma forma adequada (Pesce, Assiss, Santos & Oliveira, 2004). Por outras palavras, o conceito de vulnerabilidade pressupõe o aumento da probabilidade de um resultado negativo, no desenvolvimento dos indivíduos, na presença de risco e a resiliência pressupõe o desenvolvimento de comportamentos adaptativos e adequados conduzindo a resultados positivos nos indivíduos (Garcia, 2001).

Existem múltiplos factores de risco, entre eles: *factores familiares*, como baixo estatuto social, etc; *dificuldades emocionais* como, por exemplo, apatia, baixa auto-estima; problemas escolares como insucesso escolar ou falta de interesse; *contexto ecológico* como o racismo, pobreza, etc; *problemas interpessoais* com isolamento, etc e ainda *défice de competências* como dificuldades de aprendizagem, Q.I. baixo, etc (Morais, 2006).

2.1.2. – Factores de Protecção

Segundo Carvalho et al. (2007), “os factores de protecção referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação” (p. 2025).

Rutter (1987) defende que os factores de protecção só são eficazes na presença de risco, ou seja, para indivíduos que apresentem baixo risco, tais factores não apresentam qualquer efeito. Esta hipótese defendida por Rutter (1987) pode ser explicada através do facto de que os factores protectores são considerados catalíticos, ou seja, não funcionam por si só, mas produzem efeito noutras variáveis, neste caso, nas variáveis de risco (Carvalho et al., 2007).

Segundo Couto (2005):

Os mecanismos protectores reduzem o impacto do risco através de alteração do significado ou do perigo do risco pelos indivíduos, alteração da exposição ou do envolvimento do indivíduo com o risco, redução das reacções negativas decorrentes da exposição ao risco, manutenção de auto-estima e auto-eficácia e criação de oportunidades para reverção dos efeitos do estresse (p.15).

Pesce et al. (2004) afirmam que os factores de protecção constituem um papel fundamental no restabelecimento do equilíbrio perdido em situações decorrentes do risco e destacam quatro funções principais: criar oportunidades para reverter os efeitos do stress, estabelecer a auto-estima e auto-eficácia, reduzir o impacto dos riscos, reduzir as reacções negativas em cadeia, através do estabelecimento de relações seguras.

Os factores protectores estão patentes nas características individuais (auto-confiança, elevada auto-estima, etc), nas características familiares (coesão, afecto, etc), na comunidade (bons cuidados de saúde, pouca poluição, etc) e nas características culturais (valores dirigidos à educação, etc) (Brooks & Goldstein, 2005). A espiritualidade também pode ser vista como um factor protector, no sentido em que oferece recursos aos indivíduos para lidarem com situações mais complexas e para se adaptarem ao stress.

2.2. Considerações sobre a Espiritualidade

Muitas descrições acerca da espiritualidade enfatizam um aspecto da experiência espiritual, às vezes negligenciando outras dimensões como: um fator de integração ou unificação dentro da personalidade, autenticidade, uma fonte de saudade, uma identidade significativa e propósito, uma união com Deus (Hill et al., 2000). Reconhecendo que a espiritualidade pode

incluir qualquer um ou mais destes sinais, um número de investigadores (por exemplo, Beck, 1986; Helminiak, 1996; LaPierre, 1994) propuseram quadros multidimensionais. Por exemplo, LaPierre (1994) identifica os seguintes componentes: 1) a busca de sentido na vida; 2) um encontro com a transcendência; 3) um sentido de comunidade; 4) a busca da verdade última, ou mais alto valor; 5) uma relação de apreço para o mistério da criação; e 6) uma transformação pessoal.

Desta forma, sintetizando, a espiritualidade é considerada uma dimensão do ser humano que procura atribuir significado à experiência humana e engloba as interações bio-psico-socio-espirituais (Walsh, 2010). Por outras palavras, a espiritualidade abarca diversas dimensões, que incluem, “a dimensão biológica, as sensações, os afectos, a cognição, o comportamento, a identidade, o sentido da vida, a moralidade, as relações inter-individuais, os papéis, a criatividade, a personalidade e autoconsciência” (Taranu, 2011, p. 10).

Apesar de muitas vezes, a espiritualidade ser associada à religiosidade, estes constructos são diferentes entre si. Segundo Olga Taranu (2011), a religiosidade é definida como “um constructo estático, institucional, objectivo, baseado em crenças e rituais, sendo uma busca individual ou grupal do sagrado dentro de um contexto tradicional” (p.9), enquanto a espiritualidade é definida como sendo “um estado dinâmico que se reflecte na qualidade das relações que o indivíduo estabelece consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo que transcende o domínio humano” (Gouveia, Marques & Ribeiro, 2009, p. 285).

A espiritualidade, actualmente, tem sido associada à saúde, sendo reconhecida com uma dimensão do ser humano que poderá conduzir a um impacto significativo nesse contexto (Pinto & Ribeiro, 2010). O bem-estar espiritual é o conceito utilizado na dinâmica entre espiritualidade e saúde e que se afirma como uma componente do funcionamento humano que actua na integração de outras componentes. Segundo Fisher (2011), a relação do indivíduo consigo próprio denomina-se de *domínio pessoal* e caracteriza-se na relação deste consigo próprio no que diz respeito ao significado, propósito e valores de vida; a relação que o indivíduo estabelece com os outros indivíduos intitula-se de *domínio comunitário* e defende a qualidade e profundidade das relações interpessoais, entre si e os outros, tendo em conta a moralidade, cultura e religião que são expressos em amor, perdão, confiança, esperança e fé na humanidade; a relação do indivíduo com o ambiente designa-se de *domínio ambiental* e refere-se não só aos cuidados e protecção para com o mundo físico e biológico, mas também a um sentimento de respeito e admiração, que para alguns, espoleta sentimentos de união com a natureza e por fim, a relação que o indivíduo estabelece com algo ou alguém que transcende o que é humano, como por exemplo, uma força

cósmica, Deus ou uma realidade transcendente e que se manifesta através da adoração e do culto perante à fonte de mistério do universo.

Fisher (2011), descreve a natureza interconecta e dinâmica da saúde espiritual, em que a harmonia interna depende do autodesenvolvimento intencional, vindo da congruência entre o significado, propósito e valores do é expresso e experienciado na vida, a nível pessoal. Este autodesenvolvimento intencional, que resulta muitas vezes de desafios pessoais, que vão para além da meditação contemplativa, conduzindo a um estado de felicidade/bem-aventurança/êxtase, definido por alguns como um estado de harmonia interna. Ainda, segundo Fisher (2011), a moralidade, a cultura e a religião estão incluídos no domínio comunitário da saúde espiritual, sendo que, de acordo com a visão de Tillich, estas três componentes interrelacionam-se constituindo uma unidade do espírito, que apesar de manterem a sua distinção entre si, não são passíveis de ser separados. A religião (com pequeno “r”) refere-se a um ser humano que desempenha a sua actividade social com foco na ideologia e regras (de fé e sistemas de crenças), o que se distingue do que já foi supra-referido como o relacionamento com o transcendente abordado no domínio transcendental da saúde espiritual.

Assim, a qualidade da relação que uma pessoa estabelece consigo mesmo, com os outros, com a natureza e/ou com Deus contribui para a saúde espiritual. Por outras palavras, a saúde espiritual é, portanto, reforçada através do desenvolvimento de relações positivas em cada um dos domínios e pode ser aumentada abrangendo mais domínios (Fisher,2011).

2.3. Relação entre a Resiliência e a Espiritualidade

Segundo Spilka (1985, cit. por Taranu, 2011), as crenças espirituais podem ser vistas pelos indivíduos como factores de protecção em situações de adversidade, uma vez que estão associados a melhores capacidades em fazer face a eventos stressantes e ainda estão associados a melhor bem-estar psicológico (Silva, 2009; Guerrero, Zago, Sawada & Pinto, 2010). Os indivíduos, perante situações difíceis na vida, pretendem atribuir causas e conotações aos acontecimentos como forma de dar resposta a situações de dano, ameaça ou desafio.

Panzini (2004), verificou nas suas pesquisas que aqueles que usaram mais coping religioso apresentaram melhor qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-bref: físico, psicológico, relações pessoais, ambiente e global, além de maiores níveis de saúde objectiva, frequência religiosa e saúde espiritual. Ano & Vasconcelles (2005), verificaram na sua investigação

que houve uma associação positiva moderada entre coping religioso e ajustamento positivo nas pessoas que lidam com situações stressantes, evidenciando que o coping religioso pode ter efeitos benéficos/funções adaptativas face a situações adversas.

Segundo Lazarus (1966), os indivíduos perante um evento adverso, tendem a avaliar o acontecimento, averiguando a presença ou ausência de ameaças no mesmo. Caso o evento seja percebido como ameaçador, a situação é avaliada, monitorizando os recursos necessários para lidar com o mesmo (cit. por Taranu, 2011). O uso da religião, espiritualidade ou fé tem recebido atenção como sendo um recurso para lidar com o stress e as consequências negativas dos problemas de vida. A busca de significado para um evento adverso, atribuindo-lhe como causa o divino (Força Suprema), pode ajudar os indivíduos a manejarem, enfrentarem e a adaptarem-se a circunstância menos favoráveis, sentindo-se mais confortados (Taranu, 2011).

Segundo Lawler e Younger (2002, cit. por Panzini & Bandeira, 2007), o envolvimento dos indivíduos nas religiões e a sua espiritualidade podem desencadear um aumento do sentido de propósito, bem como do significado da vida, sendo associados a maior resiliência e resistência ao stress, relacionado às doenças. Diversas investigações salientaram a manutenção da religião/espiritualidade como factor de protecção da saúde, prevenindo a recaída (Miller et al., 1997) e acelerando a remissão (Koenig et al. 1998a) (cit. por Panzini & Bandeira, 2007).

2.4. Doente Oncológico

Na sociedade actual, o cancro é uma das doenças mais receadas pelo ser humano, pois está subjacente a incerteza da cura, a noção de muitas hospitalizações, o sofrimento inerente aos tratamentos, a dor física e psicológica e ainda a ideia de morte. Experimentar a doença oncológica constitui uma fonte de stress intensa para o doente e para todos os que lhe são próximos (Iamin, 2011).

Define-se como doente oncológico, qualquer indivíduo que possua um diagnóstico de cancro, independentemente do tempo decorrido desde esse diagnóstico ou da natureza do tratamento escolhido (Rodrigues, 2007). Actualmente, o prolongamento da vida destes doentes tem aumentado cada vez mais e segundo Sá (2003) “o cancro passou a ser considerado como doença crónica com períodos de remissão (sem doença com ou sem tratamento de manutenção) e de recaída (com doença, tendo lugar tratamentos agressivos, tais como quimioterapia ou radioterapia)” (p.23).

Na realidade, apesar da eficácia crescente dos métodos de tratamento de cancro espoletando sobrevivências mais duradouras, noutras esta doença pode ser fatal, acarretando uma série de alterações físicas e psicológicas. Desta forma, a doença oncológica num indivíduo interfere com a sua qualidade de vida devido à natureza dos tratamentos que, na sua maioria, se caracterizam como sendo lentos e bastante dolorosos para o paciente ou pior ainda, devido à incerteza em relação ao futuro associado à ideia de morte (Chantal, 2001).

A forma como os indivíduos fazem face à doença oncológica, não é apenas influenciada pela doença em si, mas também é influenciada por diversos domínios como o psicológico, social e espiritual (King, 1998).

Todos os doentes oncológicos perante o diagnóstico atravessam cinco estádios psicológicos diferentes (sem sequência lógica), em que pode ocorrer uma mistura ou sobreposição de fases, no qual o doente avança ou regride, podendo encontrar-se em diferentes estádios num dado momento, sendo que a duração da permanência nesses estádios é variável (Kubler-Ross, 1998 cit. por Rodrigues, 2007).

Portanto, na **fase de recusa ou negação** o doente recusa encarar a doença e aceitar a sua situação, o que pode conduzir a um certo afastamento do mundo exterior, a uma resposta de isolamento (Rodrigues, 2007).

Na **fase de cólera** verifica-se uma revolta quando o doente começa a deparar-se com a realidade do seu diagnóstico, interrogando-se acerca do porquê do seu estado de saúde, sendo uma fase caracterizada por manifestações de raiva, intolerância, agressividade, chegando mesmo a deslocar esses sentimentos negativos para os que lhe são mais próximos (equipa de saúde, familiares) ou até mesmo contra o divino (Rodrigues, 2007).

Na **fase de negociação**, a atitude do doente sofre algumas alterações em relação à fase anterior, o doente manifesta uma maior serenidade e tenta estabelecer uma união com o divino, com os que o rodeiam ou até mesmo com a equipa de saúde com o intuito de prolongar o tempo com qualidade de vida, minimizar o sofrimento ou melhorar os cuidados (Rodrigues, 2007).

Na **fase de tristeza ou depressão**, a comunicação passa a ser maioritariamente uma comunicação não-verbal, aparecem maiores períodos de silêncio, o doente expressa sentimentos como mágoa e angústia e progressivamente este toma noção da sua realidade, sendo incapaz de negar a sua doença (Rodrigues, 2007).

Por fim, na **fase de aceitação**, o doente adota uma atitude de calma e paz interior, já não demonstra atitudes de abatimento e cólera e manifesta uma certa despreocupação em relação aos problemas do mundo exterior, desejando apenas ficar sozinho, fazendo uma retrospectiva da sua vida e refletindo acerca do seu futuro incógnito (Rodrigues, 2007).

Segundo Marques (1991, cit. por Rodrigues, 2007), apenas alguns doentes alcançam a fase de aceitação, contudo quando atingem essa fase podem existir oscilações entre a negação e aceitação, que devem ser reconhecidos e respeitados.

De forma geral, “o doente oncológico sofre uma deterioração progressiva, limitações físicas, funcionais e psicológicas que aumentam diariamente e conduzem a uma dependência cada dia maior dos seus familiares, cuidadores e equipa de saúde hospital” (Paredes et al., 2008, p. 75). O doente oncológico, segundo Pais (2004), manifesta 7 preocupações principais predominantes: preocupação com a saúde; auto-avaliação (alterações físicas, auto-estima e auto-imagem); trabalho e situação económica; família e amigos (perdas de amizade, alterações a nível sexual); religião (sentimento de abandono ou mesmo o apelo à fé); amigos e parceiro (limitações que a doença possa trazer em relação aos amigos) e preocupações existenciais (o individuo coloca, por vezes, em causa a sua própria existência).

Em suma, como já foi percebido, a doença oncológica tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes.

2.5. Resiliência face ao cancro

No mundo actual, os indivíduos são várias vezes confrontados com dificuldades que, muitas vezes, os abalam, fragilizam, trazem pânico, abatimento, desalento, inquietação, adoecimento, podendo afectar a sua trajectória de vida, impossibilitando-os de superar esses obstáculos e continuar a viver a sua vida de maneira saudável (Marques, 2012).

A doença oncológica coloca os indivíduos numa situação desagradável e a forma como os indivíduos dão resposta a essa situação vai determinar a sua condição de vida. Por outras palavras, se os indivíduos conseguirem adaptar-se às novas exigências que lhe são impostas pela doença, aderindo ao tratamento, fomentarão uma melhor qualidade de vida, mesmo face a uma situação tão complicada como o cancro. Contudo, se por outro lado, os indivíduos não se conseguirem adaptar à nova realidade, irão experienciar situações muito mais complicadas, pois terão de enfrentar procedimentos invasivos, dolorosos e alheios à sua vontade. Se os indivíduos

conseguirem ter a capacidade de serem resilientes, atravessarão esta experiência, transportando consigo algumas marcas, mas não deixarão de viver a vida na sua plenitude, porque suportaram algo que os desorganizou nalgum momento da sua vida (Marques, 2012).

O diagnóstico de cancro pressupõe, embora de forma errada, perspectivas negativas relacionadas com a alegria, com a vida amorosa e sexual, com as alterações físicas, danos à beleza do corpo (perda de cabelo, grande emagrecimento, etc) e ainda à convicção de que os planos profissionais e pessoais sairão afectados (Oliveira, 2003 cit. por Chequini, 2009).

O portador de cancro, devido à possibilidade de ser submetido a cirurgias mutiladoras, poderá ver a sua auto-imagem afectada, suas aptidões, desempenho e vida sexual comprometida pelo medo paralisante que vem acompanhado de depressão, angústia e, por vezes, culpa (Alves, 2003 cit. por Chequini, 2009).

Para além de todas as adversidades enfrentadas pelos indivíduos portadores de cancro é necessário acrescentar os fantasmas da reincidência da doença como um factor de grande preocupação para estes doentes, que, após vencidas as primeiras etapas do tratamento, são constantemente perseguidos por esses fantasmas, através dos inúmeros exames e procedimentos intermináveis a que são sujeitos (Chequini, 2009).

Aqui, não só a convicção do doente e da família é abalada, mas também a convicção do médico, pois a certeza da cura já não está mais presente e reúnem-se os esforços que ainda restam na busca de novas soluções terapêuticas (Chequini, 2009). É certo que o cancro representa uma situação de risco que exige dos doentes, dos que lhes são mais próximos, dos cuidadores e da sociedade como um todo, não somente uma atitude de enfrentamento, como também um longo processo resiliente que faça uso de todas as potencialidades das entidades envolvidas, no sentido de superar a doença.

Seguindo esta linha, a doença oncológica tem realmente um grande impacto na vida dos doentes, contudo torna-se necessário que os mesmos não permaneçam estagnados perante tal situação. Os indivíduos têm a capacidade de serem resilientes e, portanto, podem continuar a viver a sua vida com qualidade, adaptando-se à nova realidade, gerindo as suas emoções, controlando os seus impulsos, desenvolvendo sentimentos positivos, fazendo uma análise de toda a situação procurando a auto-eficácia e construindo novos vínculos, tendo sempre como enfoque o sentido na vida. As situações de adversidade transformam a vida dos indivíduos, inculcando-lhe uma certa desorganização, de modo que, a resiliência constitui um factor muito importante para a obtenção de uma boa saúde psíquica (Marques, 2012).

Troster (2011) afirma que muitas são as evidências que têm relacionado saúde emocional à baixa morbidade e mortalidade, provocadas por doenças clínicas, o que é potenciado pelo comportamento saudável e aumento da resiliência ao stress entre indivíduos com recursos emocionais positivos. Deste modo, torna-se importante ser-se resiliente ou tentar desenvolver a resiliência quando esta não está presente (Marques, 2012).

Tal como já foi supra referido, “o diagnóstico de cancro, a própria doença e os seus tratamentos têm associadas implicações físicas, psicológicas e sociais que acarretam uma redução significativa da qualidade de vida dos doentes” (Paredes et al., 2008, p. 73). Segundo esta linha, torna-se importante que o indivíduo seja resiliente, uma vez que a resiliência implica acções de confronto e superação, sendo que a resiliência no cancro é definida como a capacidade em superar e dar um significado positivo às situações adversas, manipulando a doença e o tratamento ao longo do tempo (Rodrigues & Polidori, 2012).

Bianchini e Dell’Aglio (2006) afirmam que os indivíduos passam por diversas adversidades, onde se torna necessário empregar a resiliência, contudo asseguram que a principal é a situação de doença. No contexto de enfermidade, a resiliência consiste na capacidade do indivíduo em fazer face à doença, aceitando as suas restrições e colaborando na adesão ao tratamento, readaptando-se de forma positiva. Tendo em conta esta linha, Morais & Koller (2004) defendem que as experiências negativas que os indivíduos experienciam são afectadas pela forma como estes já experimentaram (ou não), no seu passado, esses acontecimentos e também como a situação é percebida historicamente e no momento actual. É necessário olhar para o indivíduo como um ser único, pois a sua história de vida é determinante na maneira como o indivíduo irá encarar a doença. Dessa forma, nenhuma doença é igual para diferentes pessoas, sendo capaz de provocar reacções diversas e singulares a cada um.

Neste contexto, o contributo dos profissionais de saúde e dos familiares do doente é fundamental, na medida em que contribuem dando ênfase à resiliência, não se focando apenas nos aspectos físicos da doença, mas também procurando conhecer as potencialidades que o paciente dispõe, contribuindo para que ele entenda que também é responsável pela sua existência e pela forma como irá viver os seus dias futuros (Bianchini e Dell’Aglio, 2006).

2.6. Espiritualidade e Cancro

A espiritualidade no ser humano é cada vez mais um elemento importante da saúde humana. O diagnóstico de cancro e todo o seu processo de tratamento têm um grande impacto no funcionamento físico, na saúde mental e bem-estar do paciente (Costa, 2010).

O cancro coloca uma série de exigências consideráveis sobre o paciente, como o ter que lidar com os sintomas físicos, os efeitos colaterais do tratamento, mudanças nas relações, alterações da auto-imagem, a imprevisibilidade da doença, a incerteza sobre o futuro e expectativas não atendidas acerca da recuperação e vulnerabilidade à recorrência da doença e, ainda ameaça o sentido de vida do paciente e a sua ligação dele com o meio (Visser, Garssen & Vingerhoets, 2009).

A morte está muito presente nos indivíduos com diagnóstico de cancro, sendo que muitos pacientes sofrem com esses medos e incertezas, conduzindo à necessidade de ajuda para lidar com esses temores para ter uma perspectiva positiva (Visser et al., 2009). Nesses momentos de profundo sofrimento, muitos doentes procuram significados e explicações, que vão muito para além da dimensão terrena, para compreenderem o que se passa (Costa, 2010).

Fomentar condições emocionais positivas, como a fé, a esperança e o optimismo, nos pacientes, irá funcionar como remédios para a alma, tendo repercussões benéficas para o corpo (Costa, 2010). A compreensão das expressões espirituais do doente irá possibilitar a visualização da eficácia terapêutica relativamente às questões físicas, subjacente a diminuição da dor e às questões espirituais (alma do paciente) que muitas vezes não se encontra presente (Costa, 2010).

Tendo em conta esta linha, muitos estudos têm demonstrado que a espiritualidade está associada a uma melhor qualidade de vida e bem-estar e menos sofrimento (Visser et al., 2009). Esses estudos fizeram uma distinção entre a dimensão horizontal existencial da espiritualidade (um sentimento de significado, paz e conexão na relação do indivíduo consigo próprio, da relação do indivíduo com os outros e na relação do indivíduo com o meio) e entre a dimensão vertical/religiosa de espiritualidade (a crença na experiência e de conexão com um poder superior). Concluíram que a dimensão horizontal da espiritualidade parece ser mais fortemente relacionada com o bem-estar espiritual do que a dimensão vertical em todos os estudos (Visser et al., 2009).

Contudo, quando se fala em bem-estar espiritual torna-se necessário ter em conta o conceito no seu todo, isto é, ter em conta que “o bem-estar espiritual reflecte então uma percepção derivada do aumento de uma consciência de totalidade e integração entre as várias dimensões da pessoa humana que também inclui os elementos espirituais dessa experiência (Coward & Reed, 1996 cit. por Gouveia, 2011, p. 17). Segundo Vella-Brodrick & Allen (1995 cit.

por Gouveia, 2011), é necessário perceber que o corpo, a mente e o espírito são entidades, que apesar de separadas, aparecem intimamente ligadas, contribuindo reciprocamente para a saúde e para o bem-estar espiritual do indivíduo, sendo fundamental um equilíbrio entre elas.

A espiritualidade das pessoas e / ou religião e / ou crenças pessoais podem proporcionar-lhes uma sensação de bem-estar, dar estrutura às suas experiências, ajudá-las a lidar com as dificuldades e atribuir significado a questões espirituais e pessoais. Questões espirituais, religiosas e / ou existenciais podem assumir um papel de grande importância nas situações de diagnóstico de cancro, de tratamento e até mesmo de doença avançada (Vivat, 2008).

Os indivíduos estão capacitados para suportar o sofrimento, mantendo a esperança numa ou em ambas as formas: 1) confiando num ser superior e 2) encontrando um sentido através das relações que estabelece com um ser superior e / ou com outras pessoas (Vivat, 2008). Ou seja, religião e / ou espiritualidade podem ter um impacto na saúde física constituindo um recurso de proteção que impede o desenvolvimento da doença em indivíduos saudáveis e / ou como um recurso de enfrentamento que amortece o impacto da doença nos pacientes. (Powell, Shahabi & Thoresen, 2003).

Desta forma, segundo Puchalski (2003, cit. por Pestana, Estevens & Conboy, 2007):

É possível que a espiritualidade ajude o doente a “re-focalizar-se” no aspecto 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 utilizadas, como a aparência física ou o estatuto social (e.g. estatuto profissional), já não se encontram disponíveis (p. 145).

Por outras palavras, o paciente que revela um maior Bem-Estar Espiritual é conduzido a experienciar uma maior e mais profunda compreensão acerca do significado e propósito da vida, acabando por deslocalizar a sua atenção nos seus problemas, para passar a adoptar uma perspectiva mais holística acerca da vida (Pestana, Estevens & Conboy, 2007). Esta nova abordagem irá contribuir para uma diminuição dos índices de stress crónico a que os doentes oncológicos, habitualmente, estão sujeitos, possibilitando-lhes descontrair e relaxar (Pestana, Estevens & Conboy, 2007). Através do relaxamento, o organismo deixará de exercer tanta pressão negativa sobre o sistema imunológico, ajudando este a recuperar forças, contribuindo

para a sua recuperação e própria cura (Simonton et al., 1987 cit por. Pestana, Estevens & Conboy, 2007).

Portanto, o atendimento ao paciente com cancro deve ter como base o seu aspecto clínico-cirúrgico, os seus conhecimentos, crenças e valores relacionados com a doença. Conhecer a forma como os indivíduos percebem os factores etiológicos e o modo como vivenciam o processo de doença constituem elementos importantes no processo de cura (Fugita & Gualda, 2006).

Em suma, podemos concluir que a relação entre espiritualidade e saúde física existe (Powell, Shahabi & Thoresen, 2003), sendo portanto pertinente abordar este conceito.

2.7. Relação entre Espiritualidade, Resiliência e Cancro

Cada vez mais, na actualidade, nos deparamos com o surgimento da Espiritualidade, independente do contexto religioso, em todas as dimensões da vida. Pessini (2000) distingue a espiritualidade do conceito de religiosidade, descartando a ideia acerca das crenças dogmáticas, característica das religiões, e assumindo a espiritualidade como um campo subjectivo do mundo interno. A compaixão pelos outros, os trabalhos de voluntariado e as acções comunitárias também são reflexo da espiritualidade (Bartolomei, 2008). Segundo Higgings (1994 cit. por Bartolomei, 2008), “adultos resilientes frequentemente dedicam a vida e a carreira a aliviar e prevenir o sofrimento dos outros” (p.67).

O cancro é uma doença que afecta várias dimensões do ser humano e acarreta uma carga negativa para a maioria dos doentes oncológicos, requerendo, por isso, um bom processo de enfrentamento, adaptabilidade à nova realidade, e por conseguinte, um seguro e eficaz processo resiliente. Seguindo esta linha, a espiritualidade e a religiosidade constituem importantes recursos para enfrentar a doença oncológica, podendo funcionar como elementos preponderantes na promoção da resiliência (Lipsman et al., 2007; Pentz, 2005; Costanzo et al., 2009; Flannelly et al., 2004 e Phelps et al., 2009 cit por. Chequini, 2009).

O conceito de resiliência refere-se à resistência e perseverança do ser humano quando confrontado com as adversidades e acrescenta que a resiliência se relaciona com todos os aspectos dos indivíduos, abarcando, nas suas análises e reflexões, a espiritualidade humana (Tavares, 2002 cit. por Chequini, 2009). Por outras palavras, a resiliência é “capacidade do ser humano responder de forma positiva às situações adversas que enfrentam, mesmo quando estas

comportam risco potencial para a sua saúde e/ou desenvolvimento” (Silva, Elsen e Lacharité, 2003, p.147).

Araújo (2006) refere que alguns indivíduos têm a infelicidade de conviverem, constantemente, com a adversidade. Contudo, estes indivíduos em vez de baixarem os braços, tendem a agarrar-se aos seus ideais, mantendo a esperança, adquirindo assim uma perspectiva religiosa que, na interação com seus semelhantes, faz com que se desenvolvam como seres resilientes. Sung (1996) afirma ser normal que os indivíduos, nos momentos mais difíceis de vida, nomeadamente nas situações em que convivem constantemente com a ideia de morte, como é o caso do cancro, utilizarem recursos sobrenaturais que vão para além da dimensão terrena.

Como já foi referido anteriormente, a espiritualidade refere-se à característica inerente do ser humano em atribuir significado à sua existência e implica interações bio-psico-socio-espirituais (Walsh, 2010). A capacidade que os indivíduos têm de dar significado à sua própria existência é um factor comum da resiliência e da espiritualidade que contribui para o desenvolvimento humano (Chequini, 2009). As crenças constituem forças preponderantes na resiliência, na medida em que ajudam a dar significado à adversidade dentro de uma perspectiva positiva de espiritualidade (Chequini, 2009).

Segundo Chequini (2009):

Quando existe uma situação adversa, que no caso desta amostra é o cancro, supõe-se que ocorra um conflito, uma situação que o ego não consegue assimilar, interrompendo o processo de progressão da energia psíquica, que passa por períodos de regressão na busca da integração de novos conteúdos capazes da superação, do enfrentamento da adversidade. Esse movimento da psique em busca de uma adaptação positiva, se bem sucedido, dá-se no sentido da individuação, que inclui as experiências espirituais e caracteriza o processo resiliente (p.123)

Desta forma, existem vários estudos (Coughlin, 2008; Chequini, 2009, por exemplo) que comprovam que as crenças e práticas espirituais constituem uma fonte de cura e resiliência. No seguimento desta linha, tem-se observado que a espiritualidade, na população oncológica, contribui para a diminuição da dor física, para baixos níveis de depressão e ansiedade e para o aumento do bem-estar dos indivíduos com cancro. A espiritualidade aparece ainda como uma fonte de energia que ajuda esta população clínica a reflectir sobre os seus objectivos de vida, proporcionando uma melhoria nos relacionamentos pessoais. Em suma, a espiritualidade aparece como um factor associado à resiliência, à melhoria da qualidade de vida e à adaptação positiva à enfermidade (Coughlin, 2008).

3. Objectivos Gerais e Específicos do Estudo

Em termos gerais, este estudo transversal pretende analisar as relações entre as variáveis psicológicas de bem-estar espiritual e resiliência em doentes oncológicos.

Assim, os objectivos específicos deste estudo são:

1. Averiguar se existe uma relação entre as variáveis de *espiritualidade* e *resiliência* em doentes oncológicos;
2. Compreender se existe relação entre *espiritualidade* e *resiliência* com outras variáveis de saúde, doença e actividade física.

4. Método

4.1. Participantes

Nesta investigação participaram 201 indivíduos com diagnóstico de cancro, sendo 70.6% (n= 142) do género feminino, com idades compreendidas entre os 30 e os 84 anos, pertencentes à população portuguesa.

A média de idades dos participantes foi de 54.87 anos, sendo a mínima de 30 anos de idade e a máxima de 84, verificando-se um desvio padrão de 11,62.

Relativamente ao estado civil, 71.6% dos participantes referiram estar casados ou em união de facto, 12.4% referiram estar divorciados/separados, 9% referiram estar solteiros e por fim, 7% assumem estarem viúvos.

Tendo em conta o agregado familiar constatou-se um maior número de sujeitos que habitam apenas com o esposo(a)/companheiro(a) (40.3%), seguidamente de sujeitos que habitam com o esposo(a)/companheiro(a) e filhos (33.8%), sujeitos que habitam sozinhos (15.9%), sujeitos que habitam somente com os filhos (5%), sujeitos que habitam com os pais (2.5%), sujeitos que habitam com outros familiares (2%) e por fim, sujeitos que habitam com os amigos (0.5%).

Quanto ao nível educacional verificou-se uma maior prevalência de participantes com habilitações ao nível do ensino básico 61.2% e 18.9% com formação de nível superior. Os restantes apresentavam habilitações ao nível do ensino secundário (16.9%) e formação pós-

graduada (3%). A nível profissional verificou-se um maior predomínio de sujeitos no activo (42.3%), seguidamente de indivíduos reformados (28.4%), desempregados (14.9%) e domésticos (14.4%).

Relativamente aos grupos profissionais dos sujeitos que revelaram estar no activo, houve uma maior prevalência de sujeitos pertencentes ao grupo dos especialistas das profissões intelectuais e científicas (psicólogos, sociólogos, médicos, biólogos, etc.) com 9.5%, seguidamente do grupo dos técnicos e profissionais de nível intermédio (operadores de informática, técnicos de electricidade, etc.) e do grupo do pessoal dos serviços e vendedores, ambos com 9%. Continuamente aparece o grupo do pessoal administrativo e similares com 8.5%, o grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares com 3.5%, o grupo dos profissionais dos quadros superiores de administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa com 2.5% e por fim, o grupo dos trabalhadores não qualificados com 0.5%.

- Variáveis de Doença

Tendo em conta o tipo de cancro, 43.8% dos participantes relataram ter diagnóstico de cancro de mama, 15.4% cancro da tiróide, 11.4% cancro da próstata e os restantes participantes relataram ter diagnóstico de outros cancros: cólon, bexiga, intestino, pulmão, pele, recto, fígado, boca, leucemia, ovários, útero, pescoço, rim, nariz e linfoma Hodgkin.

Quanto aos tratamentos a que os respondentes foram sujeitos, 73.6% afirmaram ter feito cirurgia; 64.2% afirmaram ter sido sujeitos a quimioterapia; 53.2% afirmaram ter sido sujeito a radioterapia. Quanto a outros tratamentos, à excepção dos supra-referidos, 14.9% afirmaram ter sido sujeito a outros tratamentos. Relativamente aos sujeitos que afirmaram ter sido submetidos a outros tratamentos, 11.9% foram submetidos a terapias hormonais, 1% a terapias dirigidas e 1% a terapias alternativas.

Relativamente ao diagnóstico de outra doença, à excepção do cancro, apenas 17.9% dos respondentes afirmaram ter diagnóstico de outra doença. Quanto aos sujeitos que revelaram ter diagnóstico de outras doenças, 7% afirmaram ter doenças a nível do metabolismo e a nível cutâneo, 1.5% afirmaram ter doenças causadas por produtos químicos, 1% afirmaram ter doenças a nível imunológico e 0.5% afirmaram ter doenças a nível neurológico, nutricional e psicológico.

- Estilo de Vida Saudável

Por fim, tendo em conta os hábitos saudáveis dos participantes: 92% dos indivíduos afirmaram tomar o pequeno-almoço diariamente; 6.7% dos respondentes afirmaram tomar snacks entre as refeições; 18.9% dos sujeitos afirmaram ter hábitos fumadores; 44.3% dos indivíduos têm um Índice de Massa Corporal saudável (IMC), 55.7% apresentam um IMC acima do peso saudável e nenhum participante apresentou um IMC abaixo do peso saudável; 66.7% dos indivíduos afirmaram dormir entre 7 a 8 horas por cada 24 horas; 88.6% dos respondentes afirmaram não beber mais do que duas bebidas alcoólicas por dia; 62.7% dos indivíduos afirmaram praticar exercício físico. Dos respondentes que afirmaram praticar exercício físico, 34.3% dos indivíduos gostariam de praticar mais exercício físico, 28.9% preferiam manter o mesmo nível de actividade física e nenhum sujeito referiu vontade em praticar menos actividade física. Dos respondentes que afirmaram não praticar exercício físico, 19.4% referiu a condição física (cansaço) como causa, 10% referiu a doença e 7.5% referiu a falta de motivação como principal motivo. Em suma, tendo em conta os hábitos saudáveis, pode-se afirmar que apenas 7.46% dos respondentes são considerados saudáveis (Pequeno-almoço diário, Não/raramente comer Snacks, Não Fumar, IMC saudável, Dormir 7 a 8 horas, Não beber mais do que duas bebidas alcoólicas por dia, Praticar Exercício Físico) (Schoenborn, 1986).

4.2. Instrumentos

Os participantes responderam ao SHALOM (Fisher, 2010), versão portuguesa baseada na adaptação do Spiritual well-being questionnaire (Gouveia, 2011; Gouveia, Marques & Ribeiro, 2009) e à versão portuguesa da Escala de Resiliência (Deep & Leal, 2012) baseada na adaptação de The Resilience Scale (Wagnild & Young, 1993).

4.2.1. SHALOM

A escala de Fisher (2010) adaptada por Gouveia (Gouveia, 2011) foi a escala escolhida para este estudo, uma vez que é a “única ferramenta que avalia discriminadamente as quatro dimensões identificadas no modelo de Fisher (1999)” (Gouveia, Marques & Ribeiro, 2009, p. 287), ou seja, a dimensão pessoal, comunitária, ambiental e transcendental.

O Questionário (SHALOM) inclui 40 itens com respostas numa escala ordinal desde 1 (muito pouco) a 5 (muitíssimo), distribuídos de igual forma (5 itens por cada subescala). É pedido ao sujeito que dê duas respostas que melhor indiquem “em que medida pensa que cada afirmação é importante para um estado ideal de saúde espiritual” e “em que medida sente que cada afirmação reflecte a sua experiência actual”, sendo que apenas a experiência real/actual será utilizada para análise estatística neste estudo. O SHALOM avalia o grau em que o respondente sente estar a desenvolver cada um dos quatro domínios (subescalas) do bem-estar espiritual (BEE) – **Pessoal**: itens 5,9,14,16,18 (exemplo: “Em que medida você se sente a desenvolver um sentimento de identidade pessoal?”); **Comunitário**: itens 1,3,8,17,19 (exemplo: “Em que medida você se sente a desenvolver afecto pelas outras pessoas?”); **Ambiental**: itens 4,7,10,12,20 (exemplo: “Em que medida você se sente a desenvolver uma ligação com a natureza?”) e **Transcendental**: itens 2,6,11,13,15 (exemplo: “Em que medida você se sente a desenvolver uma relação pessoal com o Divino ou Deus?”). O modo de cotação é realizado através da média dos itens de cada subescala e deve-se situar entre 1 a 5. O SHALOM apresenta “globalmente uma estrutura factorial aceitável, congruente com a original e bons níveis de consistência interna” (Gouveia, Marques & Ribeira, 2009, p. 285).

4.2.2. Escala de Resiliência

A escala de Wagnild & Young (1993) adaptada por Deep & Leal (2012) foi a seleccionada para este estudo, pois “permite identificar o grau de resiliência individual enquanto característica positiva de personalidade e promotora da adaptação” (Deep & Leal, 2012, p. 419), avaliando diferentes factores de resiliência: Perseverança, Sentido de Vida, Serenidade e Auto-Suficiência e Autoconfiança.

A Escala de Resiliência inclui 23 itens descritos de forma positiva com respostas numa escala ordinal desde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) que procura medir níveis de adaptação psicossocial positiva em situações e eventos de vida adversos. É composta por quatro factores (subescalas): Factor I – **Perseverança**, inclui 7 itens: 7,12,15,16,17,21,22 (exemplo: “Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo”); Factor II – **Sentido de Vida**, inclui 6 itens: 3,5,8,13,14,19 (exemplo: “Manter-me interessado/a nas actividades do dia a dia é importante para mim”); Factor III – **Serenidade**, inclui 5 itens: 6,9,10,11,20 (exemplo: “Vivo um dia de cada vez”); Factor IV – **Auto-suficiência e Autoconfiança**, inclui 5 itens: 1,2,4,18,23 (exemplo: “Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra

pessoa”). É pedido ao sujeito que assinale a resposta que melhor indique os seus sentimentos sobre a afirmação. O modo de cotação é realizado através da média dos itens de cada subescala e deve-se situar entre 1 a 7. A adaptação portuguesa da Escala de Resiliência revela “boa consistência interna, fiabilidade estável e homogeneidade” (Deep & Leal, 2012, p. 430).

4.3. Procedimento

Sendo um estudo exploratório, o objectivo não era que a amostra fosse representativa da população oncológica portuguesa, mas sim que existisse alguma diversidade.

A recolha teve início com a elaboração de um website (<http://bemestaroncologia.blogspot.pt/>) com as informações necessárias acerca do estudo e do seu objectivo. Neste website encontrava-se uma hiperligação que orientava os sujeitos para o preenchimento do questionário que englobava as duas escalas avaliativas e o questionário de dados sociodemográficos. Este website foi partilhado juntamente com a hiperligação do questionário em diversos grupos da rede social Facebook, nomeadamente: “Acreditar na luta contra o cancro” com um total de 5.387 membros; “Voltar a nascer...depois do cancro”, com um total de 11.172 membros; “Quimioterapias” com um total de 129 membros; “Grupo de apoio psicológico a pacientes oncológicos e seus familiares” com um total de 71 membros; “Familiares e amigos de vítimas de cancro” com um total de 1.042 membros; “Cancro da mama” com um total de 285 membros; “Apoio a pessoas que estão em tratamento de quimioterapia” com um total de 655 membros; “Oncologia Pediátrica da FMABC”, com um total de 391 membros; “Atelier gente de bem -CAPO-Centro de Apoio ao Paciente Oncológico”, com um total de 374 membros; “Lutadoras contra o cancro”, com um total de 279 membros; “Oncologia: Permaneça forte”, com um total de 375 membros; “Um dia pela vida – SERPA- Liga Portuguesa Contra o Cancro”, com um total de 447 membros; “Junto venceremos o cancro”, com um total de 294 membros e por fim, “Cancro do Colo do útero”, com um total de 350 membros.

A amostra foi recolhida através de questionários on-line a uma amostragem “Bola-de-Neve” a 82 indivíduos com diagnóstico de cancro e foi realizada através do Google Drive. Posteriormente esta recolha foi complementada com a aplicação de questionários, na zona exterior ao Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO), a uma amostragem por escolha racional a 119 indivíduos com diagnóstico de cancro.

Neste segundo caso, abordaram-se os indivíduos, explicitando o objectivo do estudo, questionando-os se estariam a fazer tratamento no hospital IPO e solicitando a sua participação para o sucesso do estudo. Devido às características da situação em si (pressa para apanhar transportes, alguma população idosa, entre outras) optou-se pelo heteropreenchimento dos instrumentos, anotando-se as respostas e esclarecendo algumas dúvidas levantadas no preenchimento ou no significado das questões.

No que concerne à estrutura do questionário, a primeira página destinava-se à clarificação do objectivo do estudo, bem como ao esclarecimento das questões de confidencialidade dos dados que serão apenas usados para fins estatísticos e ainda ao facto de não existirem respostas certas ou erradas, agradecendo-se assim o contributo de cada participante. Seguidamente foi apresentado o Questionário de Dados Sociodemográficos, onde era pedido ao sujeito que respondesse com o máximo de sinceridade a algumas perguntas sobre aspectos gerais da sua vida. Depois, disponibilizou-se o Questionário SHALOM que começa com uma breve elucidação acerca dos conceitos de espiritualidade e saúde espiritual e onde é solicitado aos participantes que dêem duas respostas, assinalando com uma cruz os números, de cada coluna, que melhor indicassem: em que medida cada afirmação é importante para um estado ideal de saúde e em que medida cada afirmação reflecte a sua experiência actual, utilizando uma escala de 5 pontos. É acrescentado ainda que a palavra “Deus” pode ser substituída por “Força Cósmica”, “Universo” ou outra expressão idêntica, que tenha significado para o participante e aconselha-se ao participante que não perca tempo muito tempo em cada afirmação, mostrando que a primeira resposta é provavelmente a mais adequada. Por fim, apresentou-se a Escala de Resiliência e é pedido ao sujeito que assinale com uma cruz o número, numa escala de 7 pontos, que melhor indicasse os seus sentimentos sobre cada afirmação, sendo o número “1” correspondente ao discordar totalmente, o número “4” ao neutro e o número “7” ao concordar totalmente.

Em ambas as formas de recolha não foi necessário eliminar questionários devido a mau preenchimento.

Em nenhum momento da recolha dos dados, os participantes foram incentivados ou remunerados, tendo sido respeitado os princípios de confidencialidade.

A análise quantitativa dos dados foi realizada com o recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* (versão 20.0).

5. Resultados

5.1. Análise Descritiva, Normalidade e Consistência Interna das medidas de Bem-Estar Espiritual e Resiliência

A Tabela 1 representa a estatística descritiva de cada uma das dimensões das variáveis utilizadas neste estudo.

Tabela 1

Estatística Descritiva de cada uma das dimensões das variáveis em estudo: Bem-Estar Espiritual e Resiliência

Variáveis (N=201)		Média	DP	Min- Máx	Coeficiente		Consistência Interna α
					Assimetria	Curtose	
BEE	Global	4.13	.52	2.85-5	-1.65	-2.29	.89
	Pessoal	4.23	.53	2.80-5	-2.18	-1.65	.65
	Comunitário	4.25	.41	3-5	-.59	-1.18	.55
	Ambiental	4.15	.60	2.60-5	-.12	-2.47	.79
	Transcendental	3.91	.98	1-5	-6.41	2.24	.87
Resiliência	Global	5.90	.74	3-7	-6.47	4.59	.92
	Perseverança	6.01	.84	3-7	-5.65	2.15	.87
	SentidodeVida	6.14	.76	2.67-7	-9.29	11.56	.84
	Serenidade	5.67	.87	3-7	-3.65	0.29	.59
	AutoSuficiência e AutoConfiança	5.69	.91	3-7	-4.24	1.38	.65

Todas as subescalas de BEE apresentam valores médios elevados, acima do ponto médio da escala de resposta de 5 pontos, sendo os níveis mais baixos no domínio *Transcendental* ($M=3.91$).

Respectivamente à resiliência, todas as subescalas apresentam valores médios elevados, acima do ponto médio da escala de 7 ponto, sendo os níveis mais baixos no domínio *Serenidade* ($M=5.67$) e *Auto-Suficiência e Autoconfiança* ($M=5.69$).

Tendo em conta os resultados apresentados na tabela 1, podemos observar que, globalmente, os Alphas de Chronback são superiores a .70, demonstrando valores de consistência interna elevados. Contudo, na escala de Bem-Estar Espiritual, na dimensão Pessoal (.65) e na dimensão Comunitária (.55) e na escala de Resiliência, nomeadamente na dimensão Serenidade (.59), e na dimensão Auto-Suficiência e Autoconfiança (.65), os valores apresentam uma

consistência interna baixa. Desta forma, deve-se ter alguma cautela na interpretação dos resultados obtidos com estas escalas devido à sua baixa consistência.

De forma a verificar a normalidade das distribuições na Escala de Bem-Estar Espiritual (subescalas) e na Escala de Resiliência (subescalas) foi utilizado o teste não paramétrico de aderência à normal *Kolmogorov-Smirnov*. Tendo em conta os resultados do teste, o nível de significância é sempre inferior a $p \leq 0.05$, confirmando-se um problema de assimetria nas distribuições das componentes das escalas, ou seja, observam-se resultados que se desviam da normalidade.

Segundo Marôco (2014), “os métodos paramétricos são robustos à violação do pressuposto da Normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas” (p.189). Dessa forma, tendo em conta os coeficientes de assimetria e de curtose (achatamento) e conforme Kline (1998, cit por. Marôco, 2014) que afirma que “os modelos paramétricos são robustos para valores absolutos de assimetria (sk) inferiores a 3 e valores absolutos de achatamento (ku) inferiores a 8-10” (p.189), podemos verificar na tabela 1 que as escalas de resiliência são as que apresentam, claramente, um maior desvio à normalidade. A dimensão Sentido de vida é a que mostra um desvio mais grosseiro à normalidade. Portanto, uma vez que a maioria das dimensões, quer da escala de bem-estar espiritual, quer da escala de resiliência, se encontram de acordo com os pressupostos estatísticos dos coeficientes de assimetria e curtose (achatamento) e neste estudo se assume o BEE como preditor múltiplo para cada domínio da resiliência, será mais benéfico optar por testes paramétricos, pois são mais fidedignos e controlam efeitos de multicolinearidade. Contudo, a escolha dos testes paramétricos para este estudo pressupõe que os resultados devam ser utilizados com precaução.

5.2. Relação entre as variáveis de *espiritualidade* e *resiliência* em doentes oncológicos

Com o intuito de perceber a direcção (positivo e negativo) e a magnitude das correlações entre as variáveis em estudo recorreu-se a uma matriz correlacional com o objectivo de identificar possíveis variáveis irrelevantes para os modelos de regressão, explorando-se inicialmente as associações univariadas entre as variáveis X e Y a partir do coeficiente de *Pearson* (Pestana & Gageiro, 2000).

Na tabela seguinte, apresenta-se a matriz de correlações:

Tabela 2

Matriz de Correlações

	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) BEE Pessoal	1	.72**	.61**	.54**	.54**	.50**	.52**	.40**
(2) BEE Comunitário		1	.65**	.51**	.49**	.39**	.48**	.38**
(3) BEE Ambiental			1	.49**	.51**	.39**	.50**	.40**
(4) BEE Transcendental				1	.26**	.27**	.27**	.15*
(5) ER Perseverança					1	.78**	.65**	.80**
(6) ER SentidodeVida						1	.67**	.61**
(7) ER Serenidade							1	.57**
(8) ER AutoSuficiênciae								1
AutoConfiança								

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

Como esperado, as subescalas quer de BEE como da Resiliência estão moderada a fortemente relacionadas com as outras escalas do mesmo constructo ($p \leq .01$).

As correlações entre as subescalas dos dois constructos revelam também, globalmente, estarem moderada a fortemente relacionadas ($r_{min}=.15$; $r_{máx}=.80$), sendo a correlação mais fraca observada na Tabela 2 entre a dimensão *Transcendental* do Bem-Estar Espiritual e a dimensão *Auto-Confiança e Auto-Suficiência* da Escalada de Resiliência ($r=.15$; $p \leq 0.05$).

Tendo em conta que todas as variáveis de BEE e de Resiliência se encontram significativamente relacionadas, todas as subescalas serão incluídas na análise de regressão.

Neste sentido, recorreu-se a uma Análise de Regressão Linear relacionando diversas dimensões do Bem-Estar Espiritual (Pessoal, Comunitário, Ambiental e Transcendental) e as diversas dimensões da Escala de Resiliência (Perseverança, Sentido de vida, Serenidade, Auto-

Suficiência e Autoconfiança). Na regressão linear utilizou-se o método *Enter*, seleccionando-se como variável dependente cada um dos domínios da resiliência e como variáveis independentes os domínios do Bem-Estar Espiritual. Na seguinte tabela apresentam-se os resultados da regressão:

Tabela 3

Regressão Linear

<u>BEE</u>	Perseverança		SentidodeVida		Serenidade		AutoConfiança e AutoSuficiência	
	β	T	β	T	β	t	β	t
Pessoal	.35	4.00**	.44	4.63**	.33	3.62**	.25	2.60
Comunitário	.12	1.36	-.01	-.10	.11	1.17	.12	1.21
Ambiental	.28	3.55**	.15	1.80	.28	3.46**	.26	2.91*
Transcendental	-.13	-1.88	-.04	-.56	-.10	-1.33	-.18	-2.25
R² ajust	.35		.25		.32		.21	

* $p \leq .005$ ** $p \leq .001$

Os resultados da Regressão Linear sugerem que apenas os domínios *Pessoal* e *Ambiental* parecem estar significativamente relacionados com a Escala de *Resiliência* nesta população oncológica. Ambos os domínios explicam a variabilidade das dimensões *Perseverança* e *Serenidade* da escala de *Resiliência*. Por outro lado, os domínios *Comunitário* e *Transcendental* do Bem-Estar Espiritual não parecem estar relacionados com a *Resiliência* nesta população. O domínio *Sentido de Vida* ($\beta=.44$; $t=4.63$; $p \leq .001$) apenas se encontra significativamente relacionado com a subescala *Pessoal* do Bem-Estar Espiritual. A subescala *Ambiental* do Bem-Estar Espiritual está relacionada com o domínio *Auto-Suficiência e Autoconfiança* ($\beta=2.55$; $t=2.91$; $p \leq .005$) da escala de *Resiliência*. O *Bem-Estar Espiritual Global* parece estar significativamente relacionado com todas as dimensões da

Resiliência, inclusive com a *Resiliência Global* e vice-versa. Os modelos extraídos explicam fraca a moderadamente a variabilidade destas variáveis.

5.3. Relação entre *espiritualidade* e *resiliência* com variáveis de saúde, doença e de actividade física.

Grau de Bem-Estar Espiritual e Resiliência tendo em conta as variáveis de saúde

Inicialmente, para dar resposta à questão, tornou-se necessário verificar a normalidade das distribuições Percepção Global de Saúde e Percepção Global de Qualidade de Vida. Para isso recorreu-se ao teste não paramétrico de aderência à normal *Kolmogorov-Smirnov*. Tendo em conta os resultados do teste, o nível de significância para ambas é inferior a $p \leq .05$, ou seja, observam-se resultados que se desviam da normalidade.

Na tabela seguinte, podemos observar a análise dos coeficientes de assimetria e de curtose (achatamento).

Tabela 4

Análise de Coeficientes de Assimetria e Curtose (Achatamento)

Variáveis (N=201)	Média	DP	Min-Máx	Coeficiente	
				Assimetria	Curtose
Percepção Global de Saúde	7.71	1.96	0-10	-6.35	4.01
Percepção Global de Qualidade de Vida	7.88	1.98	0-10	-7.99	6.32

Podemos verificar na tabela 4 que as distribuições apresentam um valor de assimetria que remete para um desvio à normalidade.

Contudo, como a maioria das dimensões da escala de bem-estar espiritual e da escala de resiliência, se encontram de acordo com os pressupostos estatísticos dos coeficientes de assimetria e curtose (Marôco, 2014) optar-se-á por testes paramétricos.

Recorreu-se a uma Análise de Regressão Linear relacionando as respectivas subescalas/dimensões de Bem-Estar Espiritual e de Resiliência primeiro com a Percepção Global de Saúde e em segundo lugar com a Percepção Global de Qualidade de Vida dos indivíduos. Na regressão linear utilizou-se o método *Enter*, seleccionando-se como variável dependente a Percepção Global de Saúde ou Percepção Global de Qualidade de Vida e como variáveis independentes os domínios do Bem-Estar Espiritual e Resiliência.

Relativamente à percepção global de saúde verificaram-se relações significativas quanto à dimensão de perseverança na escala de resiliência ($\beta=.42$; $t=3.02$; $p\leq.005$). Na percepção global de qualidade de vida verificaram-se relações significativas somente na dimensão pessoal da escala de bem-estar espiritual ($\beta=.33$; $t=3.17$; $p\leq.005$).

Relações entre as variáveis de doença e Actividade Física no Bem-Estar Espiritual e Resiliência

Na tabela seguinte (Tabela 5) podemos observar, através do teste t-Student, se as médias da população submetida a cirurgia e da população não submetida a cirurgia têm ou não níveis diferentes de Bem-Estar Espiritual e a Resiliência.

Verificaram-se diferenças significativas apenas na dimensão *Auto-Suficiência e Autoconfiança* da Escala de Resiliência ($t= -2,01$; $p=.05$), demonstrando que a população não submetida a cirurgia apresenta maiores níveis de Auto-Suficiência e Autoconfiança do que a população submetida a cirurgia.

Seguidamente, recorreu-se novamente ao teste t-Student testando a variável *Quimioterapia* (Tabela 6). Verificaram-se diferenças significativas na dimensão *Pessoal* ($t=3.05$; $p=.00$), *Comunitária* ($t=2.37$; $p=.02$) e *Transcendental* ($t=3.41$; $p=.00$), indicando maiores níveis de bem-estar espiritual, nos domínios acima citados, na população submetida a quimioterapia.

Tabela 5

Teste t-Student tendo em conta a variável Cirurgia

	Cirurgia					
	Sim		Não		T-Student	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
BEE_Pessoal	4.24	.53	4.19	.54	.61	.54
BEE_Comunitário	4.26	.41	4.22	.43	.71	.48
BEE_Ambiental	4.10	.60	4.26	.60	-1.59	.11
BEE_Transcendental	3.93	.97	3.86	1.03	.41	.68
ER_Perseverança	5.95	.84	6.15	.86	-1.44	.15
ER_SentidodeVida	6.14	.76	6.13	.75	.34	.97
ER_Serenidade	5.63	.87	5.79	.88	-1.16	.25
ER_AutoSuficiênciae	5.61	.93	5.90	.82	-2.01	.05
AutoConfiança						

Tabela 6

Teste t-Student tendo em conta a variável Quimioterapia

	Quimioterapia					
	Sim		Não		T-Student	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
BEE_Pessoal	4.31	.51	4.08	.55	3.05	.00
BEE_Comunitário	4.30	.42	4.16	.38	2.37	.02
BEE_Ambiental	4.17	.64	4.10	.54	.80	.43
BEE_Transcendental	4.08	.91	3.60	1.04	3.41	.00
ER_Perseverança	6.06	.84	5.90	.84	1.29	.20
ER_SentidodeVida	6.17	.77	6.08	.73	.76	.45
ER_Serenidade	5.75	.91	5.54	.78	1.76	.08
ER_AutoSuficiênciae	5.69	.93	5.68	.87	.13	.90
AutoConfiança						

No que concerne à variável Radioterapia, podemos verificar na tabela 7 que não se verificaram diferenças significativas no que toca ao bem-estar espiritual e à resiliência.

Tabela 7

Teste t-Student tendo em conta a variável Radioterapia

	Radioterapia				T-Student	
	Sim		Não		<i>t</i>	<i>Sig</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
BEE_Pessoal	4.27	.51	4.19	.55	1.09	.28
BEE_Comunitário	4.25	.39	4.25	.44	-.04	.97
BEE_Ambiental	4.15	.61	4.14	.59	.13	.90
BEE_Transcendental	4.00	.82	3.80	1.14	1.41	.16
ER_Perseverança	6.02	.81	5.98	.88	.33	.74
ER_SentidodeVida	6.15	.76	6.12	.76	.35	.73
ER_Serenidade	5.77	.86	5.57	.88	1.61	.11
ER_AutoSuficiênciae	5.76	.86	5.61	.96	1.17	.24
AutoConfiança						

Relativamente à variável *Outros Tratamentos*, podemos constatar na tabela 8 que se verificaram diferenças significativas na dimensão *Pessoal* ($t=2.39$; $p=.02$), na dimensão *Comunitária* ($t= 2.57$; $p=.01$) e na dimensão *Transcendental* ($t=5.83$; $p=.00$) revelando que a população sujeita a outros tratamentos apresenta maiores níveis de Bem-Estar Espiritual nos domínios referidos em detrimento da população que não é submetida outros tratamentos.

Por fim, tendo em conta a variável *Actividade Física* verificaram-se diferenças significativas na dimensão *Pessoal* ($t=2.13$; $p=.04$) da escala de Bem-Estar Espiritual, revelando maiores níveis de Bem-Estar Espiritual na população que pratica exercício físico. Verificaram-se ainda diferenças significativas na dimensão *Sentido de Vida* ($t=2.37$; $p=.02$) e na dimensão *Serenidade* ($t=2.11$; $p=.04$) da escala de Resiliência, demonstrando maiores níveis de Resiliência nos domínios mencionados para a população que pratica actividade física (tabela 9).

Tabela 8

Teste t-Student tendo em conta a variável Outros Tratamentos

	Outros Tratamentos					
	Sim		Não		T-Student	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Sig</i>
BEE_Pessoal	4.40	.42	4.20	.55	2.39	.02
BEE_Comunitário	4.43	.37	4.22	.42	2.57	.01
BEE_Ambiental	4.23	.58	4.13	.61	.84	.40
BEE_Transcendental	4.48	.47	3.81	1.02	5.83	.00
ER_Perseverança	6.10	.81	5.99	.85	.66	.51
ER_SentidodeVida	6.17	1.01	6.13	.71	.29	.77
ER_Serenidade	5.73	1.11	5.66	.83	.33	.74
ER_AutoSuficiênciae	5.80	.82	5.67	.93	.73	.47
AutoConfiança						

Tabela 9

Teste t-Student tendo em conta a variável Actividade Física

	Actividade Física					
	Sim		Não		T-Student	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Sig</i>
BEE_Pessoal	4.29	.51	4.13	.57	2.13	.04
BEE_Comunitário	4.28	.40	4.20	.43	1.39	.17
BEE_Ambiental	4.20	.59	4.05	.61	1.74	.08
BEE_Transcendental	3.99	.91	3.78	1.09	1.39	.17
ER_Perseverança	6.06	.84	5.91	.85	1.26	.21
ER_SentidodeVida	6.23	.78	5.97	.70	2.37	.02
ER_Serenidade	5.77	.85	5.51	.89	2.11	.04
ER_AutoSuficiênciae	5.72	.93	5.63	.88	.68	.50
AutoConfiança						

6. Discussão

Com este estudo verificou-se que apenas os domínios *Pessoal* e *Ambiental* parecem estar significativamente relacionados com a Escala de *Resiliência* nesta população oncológica. Isto poderá ser explicado pelo facto que o entendimento que o paciente tem acerca da sua doença e tratamento é fundamental na sua recuperação, isto é, quanto maior o autoconhecimento e consciência que o paciente tem sobre si mesmo e sobre a situação, maior o desenvolvimento da resiliência (Armando, 2010; Gouveia, Marques & Ribeiro, 2009). Muitos indivíduos encontram a sua espiritualidade na prática de uma religião, contudo existem outros que desenvolvem a espiritualidade estabelecendo contacto/ligação com a natureza, auxiliando-os no enfrentamento do cancro (Pinto & Ribeiro, 2010) e desenvolvendo, dessa forma, a capacidade de lidar positivamente com situações adversas (Deep & Leal, 2012).

É de salientar que os nossos resultados indicaram também que apenas o domínio *Sentido de Vida* se encontra significativamente relacionado com a subescala *Pessoal* do Bem-Estar Espiritual. Deste modo, como se sabe, o cancro é das patologias mais temidas da sociedade moderna, pois o doente sofre mudanças, entre as quais a perda de sentido de vida (Pereira & Lopes, 2005). É necessário que o doente oncológico, através dos seus recursos pessoais, reconstrua positivamente toda a situação experienciada, confrontando-se com as suas fragilidades, atribuindo significados e sentidos novos para a sua vida (Mcintyre, 1995). Segundo Neto (2004) cit. por Alves (2010), o doente possui a liberdade de encontrar um sentido positivo para a sua existência, pois “(...) o que destrói o homem não é o sofrimento, é o sofrimento sem sentido (p.23).

A subescala *Ambiental* do Bem-Estar Espiritual está relacionada com o domínio *Auto-Suficiência e Autoconfiança* da escala de Resiliência. Vários estudos encontraram uma relação positiva entre ter uma conexão com a natureza e a capacidade de lidar com eventos adversos (Glassman, 1995; Seator, 2001 cit. por Ingulli & Lindbloom, 2013). Esta correlação é compatível com os princípios da ecopsicologia, que enfatizam a relação entre a saúde mental positiva e uma percepção de experimentar uma conexão com o mundo natural (Ingulli & Lindbloom, 2013). Ajudar os indivíduos a estabelecer uma ligação com a natureza pode ajudá-los a lidar contra o stress psicológico inerente das situações mais complexas (Ingulli & Lindbloom, 2013) e por sua vez, fomenta a resiliência, remetendo para “a consciência de que o percurso de vida de cada pessoa é único e que certas etapas são enfrentadas não em grupo mas em solidão, conseguindo a pessoa estar por conta própria (...) reconhecendo as próprias limitações” (Deep & Leal, 2012, p. 425-426).

Seguidamente, o estudo tinha como segundo objectivo compreender as relações entre a *espiritualidade* e a *resiliência* com outras variáveis de doença e de estilo de vida.

No que respeita ao grau de Bem-Estar Espiritual e Resiliência tendo em conta a variável *Percepção Global de Saúde* apenas se verificaram diferenças significativas quanto à dimensão de perseverança na escala de resiliência, o que significa que a “entusiástica persistência em encontrar soluções para os problemas, vencendo adversidades e a vontade de continuar a reconstruir a vida confiando em si mesmo” (Deep & Leal, 2012, p. 425) parece influenciar na forma como esta população oncológica percepção a sua saúde. No sentido de justificar estes resultados com a literatura podemos afirmar que a persistência é característica dos indivíduos conscienciosos (Cassul, 2012). Os indivíduos conscienciosos são responsáveis, atentos, cuidadosos e persistentes (Cassul, 2012), o que parece ajudar na forma como este percebem as situações. Dessa forma, a perseverança (persistência) é uma característica favorável no enfrentamento de situações mais complexas, oferecendo uma visão mais realista da situação, sendo que este factor tem mostrado benefícios importantes ao nível da saúde, nomeadamente um risco de mortalidade mais baixo, comportamentos protectores da saúde e menos comportamentos de risco (Watson & Hubbard, 1996; Kern & Friedman, 2008; Bogg & Roberts, 2004 cit. por Cassul, 2012). Torna-se importante acrescentar que a conscienciosidade é uma dimensão de carácter que distingue «os indivíduos “fracos” contra aqueles com “força de vontade”» (McCrae & John, 1992 cit por Cassul, 2012, p. 97).

Relativamente ao grau de Bem-Estar Espiritual e Resiliência tendo em conta *Percepção Global da Qualidade de Vida* verificaram-se diferenças significativas somente na dimensão pessoal da escala de bem-estar espiritual. Neste sentido, é através do contacto com a própria doença, através do autoconhecimento sobre si que o indivíduo se renova (Silva & Boaventura, 2011). Por mais semelhante que seja a doença, o modo como o indivíduo reage à situação de doença é singular e característico de cada um. Se as necessidades psicológicas do paciente forem acompanhadas, principalmente por ele próprio, provavelmente conseguirá enfrentar o problema do cancro de forma mais eficaz. O consequente contacto do indivíduo com os seus recursos pessoais irá auxiliá-lo na atribuição de significados às suas experiências menos positivas, contribuindo para uma sensação de bem-estar (Silva & Boaventura, 2011) e consequente, qualidade de vida. Em suma, os resultados obtido confirmam o que é citado por Pereira e Lopes (2005), de que os doentes devem possuir conhecimento acerca da sua situação clínica, dando-lhes a oportunidade da escolha do tratamento, envolvendo-os no processo e controlo, auxiliando-os a

estabelecer uma relação de confiança “que lhes permitam lidar de forma mais eficaz com o cancro” podendo seguramente “melhorar a qualidade das suas vidas” (p.28).

No que concerne ao grau de Bem-Estar Espiritual e Resiliência tendo em conta a variável *Cirurgia* verificaram-se diferenças significativas apenas na dimensão *Auto-Suficiência e Autoconfiança* da Escala de Resiliência, demonstrando que a população não submetida a cirurgia apresenta maiores níveis de Auto-Suficiência e Autoconfiança do que a população submetida a cirurgia. Por outras palavras, os indivíduos que não foram sujeitos a cirurgia apresentam uma maior “consciência de que o percurso de vida de cada pessoa é único em que certas etapas são enfrentadas não em grupo, mas em solidão, conseguindo a pessoa estar por conta própria” (Deep & Leal, 2012, p. 425). Contudo, em situações complexas, como é o caso da cirurgia, devido “às mudanças no quotidiano e possíveis transformações da imagem corporal decorrentes do tratamento” (Costa & Leite, 2009, p. 356), o apoio social é visto como um recurso importante que facilita a adaptação ao stress inerente a essas situações. Isto é, para além dos recursos pessoais, os recursos fornecidos por terceiros (família, amigos, técnicos de saúde, etc) também contribuem beneficemente no enfrentamento de situações adversas (Park & Folkman, 1997b), indo assim de encontro aos resultados obtidos.

Quanto ao grau de Bem-Estar Espiritual e Resiliência tendo em conta a variável *Quimioterapia* verificaram-se diferenças significativas na dimensão *Pessoal, Comunitária e Transcendental*, indicando maiores níveis de bem-estar espiritual, nos domínios acima citados, na população submetida a quimioterapia. Estes resultados parecem ir de encontro ao estudo realizado por Fannie Gaston-Johansson et al. (2013), numa população feminina com cancro da mama em tratamento quimioterápico, que divulga que os tipos de estratégias de enfrentamento mais utilizadas são as auto-afirmações que auxiliam na promoção da auto-estima (“Digo a mim mesma para continuar apesar das dores”) e a oração, reforçando os níveis de bem-estar espiritual nos domínios correspondentes (Pessoal e Transcendental). Torna-se essencial acrescentar que, apesar da falta de evidências convincentes sobre quais os estilos de enfrentamento psicológicos e intervenções psicossociais que são importantes para a sobrevivência ou a reincidência do cancro, não há dúvida de que, durante o confronto e manejo do cancro, a intervenção psicossocial deve ser empregue em pacientes oncológicos, a fim de diminuir a sua angústia. Alguns subgrupos de pacientes com cancro são especialmente vulneráveis e precisam ser reconhecidos, de modo a evitar complicações psicológicas graves (Sprah & Sostaric, 2004). Uma particular atenção é aconselhável em grupos de pacientes submetidos a quimioterapia (Sprah & Sostaric, 2004). Estes pacientes apresentam muitos benefícios nas intervenções psicossociais (Sprah & Sostaric, 2004),

o que poderá explicar os resultados obtidos entre a variável quimioterapia e a dimensão comunitária.

Relativamente ao grau de Bem-Estar Espiritual e Resiliência tendo em conta a variável *Outros Tratamentos* verificaram-se diferenças significativas na dimensão *Pessoal*, *Comunitária* e *Transcendental* revelando que a população sujeita a outros tratamentos apresenta maiores níveis de Bem-Estar Espiritual nos domínios referidos em detrimento da população que não é submetida a outros tratamentos. Geralmente, o tratamento do cancro requer a combinação de mais de um método terapêutico (INCA, 1993 cit. por Rossi & Santos, 2003). O tratamento oncológico é um dos aspectos com maior impacto psicológico (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). Desta forma, os doentes oncológicos utilizam diversas estratégias de enfrentamento para lidar com essas situações (Fornazari & Ferreira, 2010). Algumas delas utilizam como estratégia de enfrentamento as auto-afirmações com o intuito de fortalecer a auto-estima (Fannie Gaston-Johansson et al., 2013), as relações interpessoais (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003) e a religiosidade (Fornazari & Ferreira, 2010), podendo assim explicar os resultados obtidos na variável outros tratamentos.

Por fim, no que respeita ao grau de Bem-Estar Espiritual e Resiliência tendo em conta a variável *Actividade Física* verificaram-se diferenças significativas na dimensão *Pessoal* da escala de Bem-Estar Espiritual, revelando maiores níveis de Bem-Estar Espiritual na população que pratica exercício físico. Verificaram-se ainda diferenças significativas na dimensão *Sentido de Vida* e na dimensão *Serenidade* da escala de Resiliência, demonstrando maiores níveis de Resiliência nos domínios mencionados para a população que exerce actividade física.

Portanto, estes resultados corroboram o estudo realizado por Seixas, Kessler & Frison (2010) que teve como objectivo avaliar a realização de actividade física e a qualidade de vida, e observar suas possíveis correlações em pacientes oncológicos durante o tratamento quimioterápico. Concluíram que a actividade física parece estar relacionada com diversos aspectos da qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de cancro (Seixas, Kessler & Frison, 2010) e acrescenta que “os programas regulares de exercício possivelmente são uma excelente estratégia para otimizar a qualidade de vida desses pacientes” (Seixas, Kessler & Frison, 2010, p. 327). A prática de exercício físico “melhora a crença do indivíduo na sua capacidade de desempenho em actividades específicas e proporciona uma maior sensação de controlo sobre os eventos e demandas do meio” (Vieira, 2007, p. 56). O prazer obtido pela prática de actividade física conduz a um série de efeitos positivos e “posterior bem-estar, os quais resultam da satisfação das necessidades ou do sucesso no desempenho das habilidades em desafio” (Vieira,

2007, p. 56) e ainda benefícios psicológicos no tratamento da auto-estima, entre outros (Vieira, 2007).

O que foi supra-referido parece então explicar os resultados obtidos entre a variável actividade física e a dimensão pessoal do Bem-Estar Espiritual, dimensão Sentido de Vida e Serenidade da escala de resiliência, na medida em que como podemos verificar a actividade física produz uma série de benefícios, nomeadamente o de promover a auto-estima do indivíduo, o que por sua vez, fortalecerá a relação que este tem consigo próprio (Pessoal), ajudá-lo-á a criar “uma perspectiva equilibrada e focada nos propósitos da própria vida” (Deep & Leal, 2012, p.425), mesmo em situações adversas (Serenidade), desenvolvendo assim, “a consciência de que se tem algo significativo para viver (...) evitando ficar obcecado com questões que não pode resolver” (Deep & Leal, 2012, p.425) (Sentido de Vida).

Limitações do estudo

A este estudo estão subjacentes algumas limitações que influenciam a interpretação dos resultados. A primeira prende-se com a necessidade de replicar estes dados com amostras maiores e mais diversificadas do ponto de vista da doença. Em segundo lugar, a dimensão (201 participantes) e o modo como a amostra foi recolhida não permite considerar como sendo representativos da população em estudo, limitando a generalização dos resultados e devendo ser interpretados com cautela.

Outra limitação prende-se com a desejabilidade social que surge sempre que se quer investigar algo utilizando questionários, uma vez que há a tendência para responder a estes da forma que se considera mais aceitável em termos sociais. É necessário acrescentar ainda que o formato das escalas utilizadas aumenta o efeito de desejabilidade social, uma vez que existem várias opções de resposta, não se limitando apenas às resposta de “sim” e “não” que são as que sofrem menos efeito de desejabilidade social.

O facto da maior parte dos questionários (119 em versão papel) terem sido preenchidos pelo investigador (heteropreenchimento) constitui uma limitação a este estudo, na medida em que poderá ter contribuído para um enviesamento das respostas, pois os indivíduos tendem a querer transmitir uma determinada imagem e a darem respostas socialmente aceitáveis ou consideradas "corretas", particularmente em questões mais complexas e problemáticas. Por outro lado, a recolha online (82 questionários), pelo facto de não existir um entrevistador para esclarecer

dúvidas que possam surgir, também pode constituir uma limitação e conduzir a dados menos confiáveis.

Outra limitação prende-se com a natureza do estudo, ou seja, o facto de o estudo ser transversal limita a compreensão do processo dinâmico de interacção entre bem-estar espiritual e resiliência em pacientes com cancro. Isso também limita a inferência da relação causal entre elas.

Estudos prospectivos e longitudinais serão necessários para confirmar os nossos resultados. Portanto, os resultados atuais devem ser interpretados com precaução e será necessário, como já foi supra-referido, uma amostra maior de pacientes com cancro para confirmar a influência independente do bem-estar espiritual na resiliência nesta população clínica de doentes oncológicos.

Em suma, estudos futuros deverão investigar estas questões.

7. Referência Bibliográficas

Alves, M.L.S.D. (2010). *Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e a sobrecarga do cuidador informal*. Dissertação apresentada na Faculdade de medicina, Lisboa.

Ano, G.G. & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4): 461-480.

Antoniazzi, A.S., Dell’Aglío, D.D. & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.

Araújo, C.A. (2006). Novas ideias em resiliência. *Revista Hermes*, 11, 85-107.

Armando, A. (2010). *Avaliação de escores de resiliência, qualidade de vida, depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Bartolomei, M. (2008). *A fé como fator de resiliência no tratamento do câncer: uma análise do que pensam os profissionais da saúde sobre o papel da espiritualidade na recuperação dos pacientes*. Dissertação apresentada à Universidade Católica de São Paulo, Brasil.

Barreira, D.D. & Nakamura, A.P. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: Articulação entre conceito. *Aletheia*, 23, 75-80.

Barros, H. & Lunet, N. (2006). Cancro: Uma perspectiva de Saúde Pública. *Arquivos de Medicina*. 20(1/2), 31-36.

Beck, C. (1986). Education for spirituality. *Interchange*, 17, 148-156.

Bertolozzi, M.R., Nichiata, L.Y.I., Takahashi, R.F., Ciosak, S.I., Hino, P., Val, L.F., Guanillo, M.C.T.U. & Pereira, É.G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Colectiva. *Revista da Escola de Enfermagem*, 43, 1326-1330.

Bianchini, D.C.S & Dell’Aglío, D.D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*, 16(35), 427-436.

Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C. & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Psilogos*, 7(2), 8-18.

Carvalho, F.T., Morais, N.A., Koller, S.H. & Piccinini, C.A. (2007). Fatores de protecção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033.

Cassul, A. (2012). *Impacto psicológico da doença oncológica em pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal: estudo comparativo com uma amostra de imigrantes angolanos saudáveis vivendo em Portugal*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Faro.

Chantal, C. (2001). *Qualidade de Vida: arte para viver no século XXI*. (1ª Ed.). Loures: Lusociência.

Chequini, M.C.M (2009). *Resiliência e Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Uma abordagem junguiana*. Dissertação apresentada à Universidade Católica de São Paulo, Brasil.

Costa, D.S. (2010). *Espiritualidade: Um recurso importante na terapêutica do paciente oncológico*. Disponível em: <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/725/1/>

Costa, P. & Leite, R.C.B.O. (2009). *Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgia mutiladoras*. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 355-364.

Coughlin, S.S. (2008). Surviving cancer or other serious illness. *A cancer journal for clinicians*, 58, 60-64.

Couto, M.C.P.P. (2005). *Fatores de Risco e de Protecção na Promoção de Resiliência no Envelhecimento*. Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre.

Deep, C.A.F.C.N. & Leal, I.P. (2012). Adaptação da “The Resilience Scale” para a população adulta portuguesa. *Psicologia USP*, 23(2), 417-433.

Dillon, D., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G. & Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. London: Home Office.

Fannie Gaston-Johansson, PhD, RN, FAAN, Mary Ellen Haisfield-Wolfe, PhD, RN, OCN, Bobbie Reddick, PhD, RN, Nancy Goldstein, RN, DNP, and Tokunbor A. Lawal, RN, MS (2013). The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in african american women with breast cancer receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 120-131.

Fergus, S. & Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Review Public Health*, 26, 399-419.

Fisher, J. W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*, 4(1), 29-49.

Fisher, J. (2010). Development and application of a Spiritual Well-Being Questionnaire called SHALOM. *Religions*, 1, 105-121.

Fisher, J. (2011). The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions*, 2, 17-28.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Fornazari, S.A. & Ferreira, R.R. (2010). Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 265-272.

Fugita, R.M.I & Gualda, D.M.R. (2006). A causalidade do cancer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 501-506.

Garcia, I. (2001). Vulnerabilidade e Resiliência. *Adolescência Latinoamericana*, 2(3), 128-130.

Gouveia, M.J., Marques, M. & Ribeiro, J.L.P. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (2), 285-293.

Gouveia, M.J. (2011). *Flow disposicional e o bem-estar espiritual em participantes de actividades físicas de inspiração oriental*. Tese de doutoramento apresentada ao ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.

Guerrero, G.P., Zago, M.M.F., Sawada, N.O. & Pinto, M.H. (2010). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 53-59.

Helminiak, D.A. (1996). A scientific spirituality: The interface of psychology and theology. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 6, 1-19.

Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., Jr., McCullough, M.E., Swyers, J.P., Larson, D.B. & Zinnbauer, B.J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51-77.

Iamin, S.R.S. (2011). *Adolescentes na vivência do câncer: a interface da pesquisa-cuidado e acompanhamento terapêutico*. Dissertação (Biotecnologia aplicada à saúde da criança e do adolescente). Faculdade Pequeno Príncipe, Curitiba.

Ingulli, K. & Lindbloom, G. (2013). Connection to Nature and Psychological Resilience. *Ecopsychology*, 5(1), 52-55. doi: 10.1089/eco.2012.0042.

Instituto Nacional de Câncer (n.d). *Câncer*. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322

King, C. (1998). *Quality of Life: from nursing and patient perspectives: theory, research and practice*. Boston: Jones and Bartlett Publishers

LaPierre, L.L. (1994). A model for describing spirituality. *Journal of Religion and Health*, 33, 153-161.

Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (6ª ed). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Marques, L.F. (2003). A Saúde e o Bem-Estar Espiritual em Adultos Porto-Alegrenses. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(2), 56-65.

Marques, M.A. (2012). *Resiliência na situação de doenças crônicas*. Dissertação apresentada à Universidade de São José de Itaperuna, Brasil.

Mcintyere, T. & Vila-Chã, C. (1995). *O Sofrimento do Doente: Leituras Multidisciplinares*. Braga: Associação Portuguesa dos Psicólogos.

Matos, M.G. (2005). *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa: FMH Edições

Morais, A.R.V. (2006). *Assertividade, Resiliência e Intenções Comportamentais nos Jovens*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Morais, N.A. & Koller, S.H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde. Em S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisas e intervenção no Brasil* (pp.91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo

Moreira-Almeida, A. & Koenig, H.G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality. *Social Science & Medicine*, 63(4), 840-845.

Neves, S.P. & Faria, L. (2009). Auto-conceito e auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 206-218.

Pais, F. (2004). *O impacto da doença oncológica no doente e na família*. Coimbra: Editora Formasau.

Panzini, R.G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Panzini, R.P. & Bandeira, D.R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.

Paredes, T., Simões, M.R., Canavarro, M.C., Serra, A.V., Pereira, M., Quartilho, M.J., Rijo, D., Gameiro, S. & Corona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 73-87.

Pargament, K.I. (2008). *Is religion good for your health? It depends*. Heritage Foundation: Washington D.C.

Park, C. L., & Folkman, S. (1997b). Stability and change in psychosocial resources during caregiving and bereavement in partners of men with AIDS. *Journal of Personality*, 65, 421 – 447

Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Manuais Universitários: Climepsi.

Peres, J.F.P., Moreira-Almeida, A., Nasello, A.G. & Koenig, H.G. (2007). Spirituality and Resilience in Trauma Victims. *Journal of Religion and Health*, 46, 343-350-

Pesce, R.P., Assiss, S.G., Santos, N. & Oliveira, R.V.C. (2004). Risco e Protecção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, J.P., Estevens, D. & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Revista Cons-ciências*, 3, 125-158.

Philipps, W., Sands, J. & Marec, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica : Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência

Pinto, C. & Ribeiro, J.L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 49-56.

Poletto, M. & Koller, S.H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de protecção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 405-416.

Pollack, L., Rowland, J.H., Crammer, C. & Stefanek, M. (2008). Introduction: Charting the landscape of cancer survivors' health-related outcomes and care. *Cancer*, 115, 4265-4269.

Powell, L.H., Shahabi, L. & Thoresen, C.E. (2003). Religion and Spirituality: linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1), 36-52.

Rodrigues, M. (2007). *Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa*. Dissertação de mestrado em oncologia apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Rodrigues, F.S.S. & Polidori, M.M. (2012). Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(4), 619-627.

Rossi, L. & Santos, M.A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo cancer da mama. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.

Roy, P.G. (2004). Helsinki and the Declaration of Helsinki. *World Medical Journal*, 50(1), 9-11

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.

Sá, E. (2003). Qualidade de Vida: Adaptação mental à doença oncológica. *Nursing*, 15(181), 23-29.

Santos, C.S.V.B., Ribeiro, J.P., Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.

Schoenborn, C.A. (1986). Health Habits of U.S. Adults, 1985 : the “Alameda 7” Revisited. *Public Health Reports*, 101(6), 571-580.

Seixas, R.J., Kessler, A. & Frison, V.B. (2010). Atividade Física e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos durante o Período de Tratamento Quimioterápico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(3), 321-330.

Silva, R.R.P. (2009). *A espiritualidade como estratégia de enfrentamento do paciente oncológico no percurso da enfermidade*. Tese de dissertação apresentada à Universidade Católica de São Paulo, Brasil.

Silva, R.B. & Boaventura, C.B.F. (2011). Psico-oncologia e Gestalt-Terapia: Uma comunicação possível e necessária. *Revista da Abordagem Gestáltica*, XVII(1), 37-46.

Silva, M.R.S., Elsen, I. & Lacharité, C. (2003). Resiliência : concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13(26), 147-156.

Sprah, L. & Sostaric, M. (2004). Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiology and Oncology*, 38(1), 35-42.

Taranu, O. (2011). *Estudo da Relação entre Resiliência e Espiritualidade numa Amostra Portuguesa*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia, Lisboa.

Troster, N. (2011). Resiliência e o Sentido da Vida. *Revista Pesquisa Médica*, 18.

Vahia, I.V., Deep, C.A., Palmer, B.W., Fellows, I., Golshan, S., Thompson, W., Allison, M. & Jeste, D.V. (2011). Correlates of spirituality in older women. *Aging & Mental Health*, 15(1), 97-102.

Vale, J., Patrício, M., Lopes, M. & Gonzaga, R. (2007, Maio 15). *Cancro*. Consultado em Março 13, 2014 em: <http://ocancro.com.sapo.pt/>

Vieira, R.A.G. (2007). *Benefícios psiconeuroimunológicos da actividade física para pacientes com câncer*. Trabalho apresentado à Faculdade de Educação Física, Sorocaba.

Visser, A., Garssen, B. & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 19, 565-572.

Vivat, B. (2008). Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliative Medicine*, 22, 859–868.

Wagnild, G.M., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2(1), 165-178

Walsh, F. (2010). Spiritual diversity: Multifaith perspectives in family therapy. *Family Process*, 49, 330-348.