

Ciência, Tecnologia e Inovação: Experiências, Desafios e Perspectivas



Samuel Miranda Mattos
(Organizador)

Atena
Editora

Ano 2020

Ciência, Tecnologia e Inovação: Experiências, Desafios e Perspectivas



Samuel Miranda Mattos
(Organizador)

Atena
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Geraldo Alves

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	<p>Ciência, tecnologia e inovação experiências, desafios e perspectivas 1 [recurso eletrônico] / Organizador Samuel Miranda Mattos. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-65-5706-067-4 DOI 10.22533/at.ed.674202705</p> <p>1. Ciência – Brasil. 2. Inovação. 3. Tecnologia. I. Mattos, Samuel Miranda.</p> <p style="text-align: right;">CDD 506</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Caros Leitores!

O Livro Ciência, Tecnologia e Inovação: Experiências, Desafios e Perspectivas, possibilita ampliação no conhecimento dos leitores, pois apresenta diversas áreas reunidas em dois volumes, sendo resultado de pesquisas desenvolvidas no âmbito nacional por diferentes Instituições de Ensino e colaborações de pesquisadores. Sua contribuição é substancial para o desenvolvimento da ciência e tecnologia do nosso país, configurando um avanço das nossas pesquisas.

O volume 1, tem o foco em pesquisas na área do ensino, educação, biológica e saúde divididos em 14 capítulos. Já o volume 2, apresenta resultados de pesquisa na área ambiental, tecnologia e informação em 13 capítulos respectivamente.

Os leitores poderão apreciar uma pluralidade de áreas nas ciências brasileira, percebendo os desafios e perspectivas que percorremos quando produzimos ciência. Desejo a todos uma ótima leitura e convidamos a embarcar nessa nova experiência.

Samuel Miranda Mattos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A HEREDITARIEDADE NOS TEMPOS DE FRITZ MÜLLER	
Joseane Mafesoni Caldas Kay Saalfeld	
DOI 10.22533/at.ed.6742027051	
CAPÍTULO 2	14
APLICAÇÃO DE MODELAGEM ESTRUTURAL DE POLIMORFISMOS DE BASE ÚNICA EM GENES ALVO RELACIONADOS À RESPOSTA A RADIOTERAPIA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA	
Satyaki Afonso Navinchandra Pollyana Rodrigues Pimenta Yuri de Abreu Mendonça Renata de Bastos Ascenço Soares	
DOI 10.22533/at.ed.6742027052	
CAPÍTULO 3	38
ALÉM DA MEDICINA: ESTRATÉGIAS DE FÉ NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER	
Damaris Nunes de Lima Rocha Morais Arlene de Castro Barros	
DOI 10.22533/at.ed.6742027053	
CAPÍTULO 4	52
LOGÍSTICA NO TRANSPLANTE RENAL NO HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU-SP	
Thamyres Gomes de Oliveira Paulo André de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.6742027054	
CAPÍTULO 5	61
NUTRIGENÔMICA E NEUROCIÊNCIA NA OBESIDADE	
Mariana Landenberger dos Santos Luane da Guia Vieira Sônia Marli Zingaretti	
DOI 10.22533/at.ed.6742027055	
CAPÍTULO 6	68
UM CORPO QUE DÓI: REPRESENTAÇÕES BARROCAS E PERFORMANCES CONTEMPORÂNEAS: OLHARES SOBRE A ARTE, NAS FRONTEIRAS COM A CIÊNCIA	
Ana Lucia de Almeida Soutto Mayor	
DOI 10.22533/at.ed.6742027056	
CAPÍTULO 7	81
BURNOUT: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O ACOMETIMENTO EM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	
Thaynne Rezende Amaral Iel Marciano de Moraes Filho	

Thais Vilela de Sousa
Osmar Pereira dos Santos
Glaucia Oliveira Abreu Batista Meirelles
Meillyne Alves Dos Reis
Francidalma Soares Souza Carvalho Filha
Sandra Suely Magalhães
Mayara Cândida Pereira
Jaiane de melo Vilanova
Micaelle Costa Gondim
Maria Liz Cunha de Oliveira
Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo
Keila Cristina Félis

DOI 10.22533/at.ed.6742027057

CAPÍTULO 8 95

AVALIAÇÃO DO POTENCIAL ANGIOGÊNICO DE CÉLULAS TUMORAIS DE EHRlich EM MEMBRANA CORIOALANTÓIDE (MCA) DE OVO EMBRIONADO DE GALINHA

Laís Camargo de Oliveira
Renata Rodrigues Caetano
Lorena Félix Magalhães
Elisângela de Paula Silveira Lacerda
Paulo Roberto de Melo-Reis
Cléver Gomes Cardoso
Lee Chen Chen
Cristiene Costa Carneiro

DOI 10.22533/at.ed.6742027058

CAPÍTULO 9 106

EUTANÁSIA CANINA COMO MEDIDA PROFILÁTICA PARA O CONTROLE DA LEISHMANIOSE HUMANA: UMA ABORDAGEM BIOÉTICA

Gilberto de Souza
Guilherme Henrique Monteiro Alves de Lima
Klauber Menezes Penaforte
Saulo Nascimento de Melo
Lívia Carolina Andrade Figueiredo
Jaíne das Graças Oliveira Silva Resende
Jane Daisy de Sousa Almada Resende
Andréia Andrade dos Santos
Regina Aparecida de Melo Bagnolli
Rafael de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.6742027059

CAPÍTULO 10 124

COMO A TRANSIÇÃO DO 5º PARA O 6º ANO INFLUENCIA NO APRENDIZADO DA MATEMÁTICA

Fabrcia Cristina Paes Pinheiro
Tatiane Tavares de Oliveira
Manuela Gomes Maués
Renan Pinheiro Silva
Feliphe Edward Maciel Santos
Kelly Lima Bentes
Roberto Miranda Cardoso
Alessandro Monteiro Rocha

Pedro Paulo Lima Ferreira

Emerson Ferreira Pantoja

DOI 10.22533/at.ed.67420270510

CAPÍTULO 11 135

ESTRATÉGIAS PARA UMA MELHOR FORMAÇÃO DOCENTE NO ENSINO SUPERIOR DE QUÍMICA

Patrícia e Silva Alves

Ernane de Macedo Santos

Herbert Gonzaga Sousa

Felipe Pereira da Silva Santos

Juliana de Sousa Figuerêdo

Maciel Lima Barbosa

Ariane Maria da Silva Santos Nascimento

Gabriel e Silva Santos

Raimundo Oliveira Lima Júnior

Aline Aparecida Carvalho França

Beneilde Cabral Moraes

Valdiléia Teixeira Uchôa

DOI 10.22533/at.ed.67420270511

CAPÍTULO 12 146

O CONCEITO DE JUSTIÇA PRESENTE NOS ALUNOS EM FORMAÇÃO DE PROFESSORES DE GOIÁS

Jackelyne Goncalves Pezzini

Lila Maria Spadoni Lemes

DOI 10.22533/at.ed.67420270512

CAPÍTULO 13 158

AUTOPOIESE–KALAHARI: A DIFERENÇA ESCRITA EM SI

Deise Araújo de Deus

DOI 10.22533/at.ed.67420270513

CAPÍTULO 14 172

A FOTOGRAFIA NAS INSTITUIÇÕES DE MEMÓRIA: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO SEU TRATAMENTO INFORMACIONAL

Ana Cláudia de Araújo Santos

Lilian Vianna Cananéa

Mônica de Paiva Santos

DOI 10.22533/at.ed.67420270514

SOBRE O ORGANIZADOR..... 192

ÍNDICE REMISSIVO 193

ALÉM DA MEDICINA: ESTRATÉGIAS DE FÉ NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER

Data de aceite: 18/05/2020

Data de submissão: 05/02/2020

Damaris Nunes de Lima Rocha Morais

Universidade Federal de Goiás

Goiânia – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/8024603293151549>

Arlene de Castro Barros

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Goiânia-Goiás

<http://lattes.cnpq.br/6682029302420903>

RESUMO: Diversos estudos apontam para a relevância do enfrentamento religioso/espiritual em contextos de saúde, tornando-se importante aos profissionais o reconhecimento dessas estratégias para que trabalhem integralmente o ser. O objetivo deste trabalho foi investigar a religiosidade/espiritualidade de 42 pacientes em tratamento em hospital oncológico de Goiânia, identificar suas estratégias de enfrentamento e fé. Aplicou-se a Medida Multidimensional Breve de religiosidade/espiritualidade, chegando-se à conclusão que os pacientes da amostra têm alto índice de religiosidade/espiritualidade e que a fé tem grande impacto sobre suas crenças, gerando expectativa positiva com relação ao

tratamento. Todos participantes consideraram a fé importante no enfrentamento da doença e as estratégias de enfrentamento religioso/espiritual mais utilizadas foram: conforto na religião, cuidado de Deus, oração, apoio da comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: fé, estratégias, enfrentamento, câncer, religiosidade/espiritualidade.

BEYOND MEDICINE: FAITH STRATEGIES FOR COPING WITH CANCER

ABSTRACT: Several studies point to the relevance of religious / spiritual coping in health contexts, making it important for professionals to recognize these strategies so that they may work with the patient in a holistic manner. The objective of this study was to investigate the religiosity / spirituality of 42 patients undergoing treatment at a cancer hospital in Goiânia, to identify their coping and faith strategies. The Brief Multidimensional Measure of religiosity / spirituality was applied, reaching the conclusion that the patients in the sample have a high index of religiosity / spirituality and that faith has a great impact on their beliefs, generating positive expectations regarding treatment. All

participants considered faith to be important in coping with the disease and the most used religious / spiritual coping strategies were: comfort in religion, God's care, prayer, community support.

KEYWORDS: faith, strategies, coping, cancer, religiosity / spirituality.

1 | INTRODUÇÃO

A especialidade da medicina que estuda as neoplasias é a oncologia, vocábulo originado do grego *onkos*, que significa volume, e *logia*, estudo. A oncologia estuda o desenvolvimento dos tumores, determina o tipo de tratamento mais efetivo para cada paciente e tem como responsável por essa prescrição o médico oncologista (Fernandes Júnior, 2000).

Fernandes Júnior (2000) comenta que o câncer é uma das patologias que mais causa pavor na humanidade, desde Hipócrates até os dias atuais, não só por parte da sociedade em geral, mas também dos profissionais de saúde que, por vezes, se sentem impotentes e confusos diante de tal diagnóstico.

O mesmo autor refere que o termo neoplasia, *neo*, que significa novo e *plasia*, tecido, é usado para nomear proliferação tecidual, mas para expressar o comportamento biológico das lesões deve vir acompanhado do termo maligna ou benigna. As neoplasias malignas têm por característica a proliferação anormal, desordenada e descontrolada de um determinado tecido de dado organismo hospedeiro. Essa proliferação celular autônoma se deve a alterações genéticas encontradas em tais células. Além da proliferação, essas células também têm o poder de invadir tecidos vizinhos ou mesmo de migrar pelo organismo hospedeiro, num fenômeno conhecido por metástase. Para o tratamento dessas neoplasias, as principais modalidades são: cirurgia, radioterapia, tratamento clínico e clínico de suporte, como descritos a seguir:

Cirurgia: tem o objetivo de extrair tumores sólidos e regiões subjacentes a eles para evitar sua propagação regional, cujo exemplo seria a mastectomia radical com esvaziamento axilar homolateral. Também pode ser usada com objetivo paliativo, como por exemplo, nos desvios de trânsito intestinal por motivo de obstrução.

A radioterapia, através do uso de feixes dirigidos de irradiação ionizante em doses letais à célula neoplásica, pode ser um método complementar à cirurgia oncológica, ou método único em pacientes inoperáveis, com tumores irressecáveis, ou método paliativo no tratamento da dor oncológica.

O tratamento clínico consiste no uso de drogas para exterminar ou impedir o crescimento dos tumores, como a quimioterapia citotóxica que pode ser usada local ou sistemicamente, em tumores sólidos ou hematológicos; a hormonioterapia que

é a manipulação do sistema endócrino para cura de tumores hormoniossensíveis, tanto por mecanismo cirúrgico, quanto radioterápico ou de drogas bloqueadoras hormonais; e, imunoterapia, atualmente conhecida como modificadores da resposta imunológica, que consiste no uso de drogas que agem estimulando o sistema imune, principalmente no mecanismo de imunidade celular, podendo beneficiar pacientes renais, melanomas e algumas doenças hematológicas.

O tratamento clínico de suporte é empregado quando o paciente está fora de possibilidade de cura, diante dos conhecimentos médico-científicos atuais, não devendo poupar esforços para diminuir o sofrimento do paciente e de seus familiares.

Fernandes Júnior (2000) ressalta, ainda, que o cuidado com o paciente oncológico, em geral, é uma associação de duas ou mais modalidades de tratamento, que deve ser proposta e executada por instituições com médicos oncologistas e equipes multidisciplinares, capazes de lidar com as variadas situações dessa patologia.

Como parte da equipe multidisciplinar está o psicólogo que atua em todas as etapas do tratamento oncológico (Venâncio, 2004) e tem seu trabalho reconhecido e validado através da Portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde, publicada em 14 de outubro de 1998, no Diário Oficial da União, que determina a sua presença como sendo obrigatória nos serviços de suporte, também como um dos critérios de cadastramento junto ao SUS, de centros de atendimento Oncológico (Carvalho, 2002).

Ainda, Carvalho (2002) relata que as ideias de que corpo e mente são partes de um organismo e que a saúde é resultado do equilíbrio entre o indivíduo e meio ambiente, já existiam com Hipócrates e Galeno no período da Idade Média. A época, houve separação entre corpo e alma por causa da influência da religião, e a noção predominante na época era a de que as doenças seriam punições divinas. No período do Renascimento, a separação entre corpo e mente proposta por Descartes permitiu um grande avanço científico nos estudos das doenças do corpo, mas também uma visão de homem composto de partes separadas. Com essa visão cartesiana, nasce o modelo biomédico.

A ideia de integração entre mente e corpo, de acordo com a mesma autora, foi retomada no final do século XIX, quando Freud demonstrou que acontecimentos psíquicos podiam ter consequências orgânicas. Com isso, abriu-se um caminho para pesquisas sobre interrelações dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, dando origem ao modelo biopsicossocial na medicina.

No processo do adoecimento da pessoa com câncer, a interrelação desses aspectos ocorre em todo tratamento, desde o momento da investigação diagnóstica. Há uma vivência de intensa angústia, sofrimento, ansiedade, perdas e sintomas adversos, acarretando prejuízos nas habilidades funcionais, laborais e incerteza

quanto ao futuro. Muitas fantasias e preocupações em relação à morte, mutilações e dor encontram-se presentes. A atuação do psicólogo é essencial ao longo de todo esse processo de tratamento, não se restringindo ao paciente, apenas, mas também à família, que contribui com melhor enfrentamento da doença e bem-estar emocional do paciente (Venâncio, 2004).

Carvalho (2002) corrobora esse entendimento ao revelar que os trabalhos realizados pelos psicólogos têm facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no paciente terminal, de uma melhor qualidade de morte. Silva (2008) afirma que a atenção ao impacto emocional causado pela doença é imprescindível na assistência ao paciente oncológico, pois o diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que o tratamento pode provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem.

Para respaldar a necessidade do trabalho do profissional psicólogo junto a pessoas portadoras de câncer, sua família e equipe cuidadora, surge a psico-oncologia, descrita por Costa Júnior (2001) como:

Um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer. Entre os principais objetivos da psico-oncologia está a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos. Observa-se que a psico-oncologia vem se constituindo, nos últimos anos, em ferramenta indispensável para promover as condições de qualidade de vida do paciente com câncer, facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, se não aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva (p.37).

O mesmo autor acrescenta que, no contexto da psico-oncologia, o psicólogo deve buscar e trabalhar com o paciente em qualquer lugar onde o mesmo se encontre: em sala de espera, enfermaria, sala de procedimentos invasivos, em casa ou em qualquer outro local, e incluir a participação de diferentes profissionais. A psico-oncologia, independente da abordagem teórico-filosófica do psicólogo, deve ultrapassar os limites do consultório e viabilizar atividades interdisciplinares no campo da saúde, desde a pesquisa científica básica até os programas de intervenção clínica.

Conforme Venâncio (2004), os objetivos do trabalho do psico-oncologista serão alcançados na medida em que esse profissional for compreendendo o que está envolvido na queixa do paciente, buscando sempre uma visão ampla do que está se

passando naquele momento não escolhido da vida dele.

Para Carvalho (1996, citada por Venâncio, 2004) uma consequência de um bom trabalho psicoterápico é a participação mais ativa e positiva do paciente, resultando numa melhor adesão e menor probabilidade do surgimento de intercorrências clínicas e psicológicas, evitando o abandono do tratamento.

Considera-se, segundo Scannavino et al. (2013), que o paciente ao compreender que a origem de seus sintomas pode ser trabalhada clínica, social e psicologicamente, apresenta melhorias significativas na redução do estresse, no equilíbrio do humor e da ansiedade e conseqüentemente na qualidade de vida, permitindo-lhe lidar com as mudanças e estratégias de maneira mais tranquila e adequada às condições em que se encontra.

O mesmo autor refere que há reconhecimento da complexidade e variabilidade dos problemas decorrentes do tratamento oncológico, sendo relevante considerar não somente os aspectos clínicos, mas também os sociais, psicológicos, espirituais e econômicos associados ao câncer. Equipes multiprofissionais estabelecem uma relação entre si e com os pacientes, onde há o favorecimento de intervenções técnicas e humanizadas no cuidado do mesmo, visando à sua reabilitação integral.

O psico-oncologista proporciona ao paciente o confronto com o diagnóstico e com as dificuldades decorrentes dos tratamentos, ajudando-o a desenvolver estratégias adaptativas para enfrentar as situações estressantes do tratamento (Venâncio, 2004). Ao conjunto dessas estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes, dá-se o nome de *coping* (palavra inglesa sem tradução literal em português. Pode significar “lidar com”, “adaptar-se”, “enfrentar” ou “manejar”, de acordo com Panzini e Bandeira, 2007), (Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998).

Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986) entendem *coping* como esforços cognitivos (processo) e comportamentais do indivíduo com o objetivo (função) de administrar (reduzir, minimizar, dominar ou tolerar) as demandas internas e externas da situação de estresse. Os autores distinguem suas categorias funcionais da seguinte forma:

O *coping* tem duas funções principais: lidar com o problema (*coping* focado no problema) e regular a emoção (*coping* focado na emoção). Investigações têm mostrado que as pessoas usam ambas as formas de *coping* em todo tipo de situação estressante. Muitas formas de *coping* focado no problema e na emoção têm sido identificadas em pesquisas anteriores. O coping focado no problema, por exemplo, inclui tanto esforços interpessoais agressivos (para alterar a situação), como esforços ponderados e racionais para solução de problemas. O coping focado na emoção inclui distanciamento, autocontrole, busca por apoio social, fuga-esquiva, aceitação da responsabilidade e reavaliação positiva (p.572).

Conforme Costa e Leite (2009), essas duas estratégias de enfrentamento por

várias vezes acontecem simultaneamente, podendo ser mutuamente facilitadoras. O uso de estratégias cognitivas e/ou comportamentais, advindas da religiosidade da pessoa para lidar com situações de estresse, é denominado enfrentamento ou *coping* religioso (Faria & Seidl, 2005).

Reeber (2002) define religião, do latim *religare* – religar, como “o conjunto de fenômenos ligados ao sentimento religioso, seja um sistema de crenças em poderes sobrenaturais, em divindades, ou em um Deus pessoal, seja uma das tradições instituídas em torno dessas crenças” (p.216), e fé, do latim *fides* – confiança, como uma “resposta suscitada pela graça. Ela exige o livre assentimento do homem e é necessária à salvação. As crenças que fazem parte de uma religião, requerem a fé, ou seja, a submissão profunda da inteligência, do espírito e do coração às realidades sobrenaturais” (p. 118).

O principal livro religioso no Brasil é a Bíblia, a qual define fé como: “a certeza daquilo que esperamos e a prova das coisas que não vemos” (Nova Versão Internacional -NVI, Hb. 11:1).

Outra definição, segundo Ferreira (1986) apresenta fé como sendo “a primeira virtude teologal: adesão e anuência pessoal a Deus, seus desígnios e manifestações” (p. 764).

Agostinho (n.d.) declara em um dos seus sermões que fé “é acreditar naquilo que você não vê; a recompensa por essa fé é ver aquilo em que você acredita”.

Bento XVI em 2012, define fé como “ um confiante confiar em um “Tu”, que é Deus, o qual me dá uma certeza diversa, mas não menos sólida daquela que me vem do cálculo exato ou da ciência”.

Faria e Seidl (2005) comentam que as definições de religiosidade são complexas e que inclusive alguns autores a diferenciam de espiritualidade. Lukoff (1992, citado pelas mesmas autoras, 2005) define religiosidade como adesão a crenças e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada e, espiritualidade como a crença de um indivíduo em um ser ou força superior.

Para Panzini e Bandeira (2007) o *coping* religioso/espiritual - CRE é um conceito importante e atual. É uma variável importante na investigação das relações religião/espiritualidade e saúde, pois possibilita o estudo de estratégias positivas e negativas nessa relação, as quais podem orientar os profissionais a fazerem intervenções mais adequadas em contexto de tratamento de saúde.

Guerrero, Zago, Sawada e Pinto (2011) afirmam que para minimizar o sofrimento, obter maior esperança de cura, buscar a sobrevivência e atribuir significado ao seu processo de saúde-doença, o paciente se apegua à fé como estratégia de enfrentamento.

Fornazari e Ferreira (2010) mencionam que o paciente com câncer deve ser compreendido integralmente, inclusive em seus aspectos religiosos/espirituais, e,

respeitado em suas crenças e valores, os quais são parte de sua singularidade. Destacam que o enfrentamento religioso pode contribuir para a adesão do paciente ao tratamento, com a redução do estresse e ansiedade, na ressignificação da enfermidade e na relação equipe profissional-paciente.

Segundo Vassão (2009), a religião provê estímulo para esperança e autocuidado, perdão de pecados e alívio da culpa, esperança mesmo em meio às aflições e facilidade de falar diretamente com o Criador.

Para Pargament (1997, citado por Faria e Seidl, 2005) o uso do enfrentamento religioso só faz sentido se as crenças fizerem parte dos valores do paciente, pois não se trata de usar a religiosidade como instrumento, mas valorizar esse recurso quando o indivíduo já a exercita. Paiva (1998, citado por Faria e Seidl, 2005) acrescenta que este tipo de enfrentamento não deve ser direcionado apenas à cura da doença, mas a um amplo bem-estar da pessoa, inclusive em outros aspectos da vida.

A partir da observação no dia-a-dia do hospital, percebe-se que a religiosidade/espiritualidade ocupa lugar de destaque na vida dos pacientes oncológicos, tornando-se importante aos profissionais de saúde o reconhecimento dessa dimensão espiritual para que se tornem capazes de trabalhar integralmente o ser.

Desta forma, este trabalho teve como objetivo primário investigar a religiosidade/espiritualidade de pacientes em tratamento de câncer em um hospital oncológico de Goiânia e, como objetivos secundários, identificar quais estratégias de enfrentamento religioso/espiritual são mais utilizadas por eles e conhecer qual o lugar da fé no enfrentamento do tratamento do câncer.

2 | MÉTODO

A amostra desta pesquisa foi composta por 42 pacientes, sendo 29 mulheres e 13 homens, com idade variando entre 24 e 80 anos, em tratamento de câncer, internados ou em atendimento ambulatorial em hospital oncológico de Goiânia-GO.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade variando entre 18 e 80 anos, em tratamento nos Serviços de Neurologia, Melanoma e Pele, Oncologia Torácica, Ginecologia e Mama; conscientes, orientados, contatantes, respondentes, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Critérios de exclusão foram: pacientes que não fossem dos serviços mencionados acima e/ou não se enquadrassem nos demais critérios de inclusão.

Foram utilizados nesta pesquisa: caneta, lápis, folhas de papel A4, borracha, aproximadamente 50 cópias da Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS-P) (Cursio, 2013), aproximadamente 50 cópias do questionário sócio-demográfico com entrevista semi-estruturada, aproximadamente

50 cópias do TCLE, cartuchos de tinta preta, prancheta, pendrive, iPad, computador, impressora.

Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário sócio-demográfico com entrevista semi-estruturada para caracterização da amostra; escala de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade -BMMRS-P (Cursio, 2013), desenvolvida em 1998 por Ellen L. Idler, Marc A. Musick, Christopher G. Ellison, Linda K. George, Neal Krause, Marcia G. Ory, Kenneth I. Pargament, Lynda H. Powell, Lynn G. Underwood e David R. Williams, traduzida e adaptada à realidade brasileira em 1999 por Amanda Vaz Tostes Campos Miarelli e José Vitor da Silva. A versão em Português, BMMRS-P, foi validada em 2013 por Cristiane S. S. Cursio, como dissertação de mestrado em Saúde Brasileira na Universidade Federal de Juiz de Fora – MG. A escala contém 38 questões, abrangendo as seguintes dimensões: 1) Experiências espirituais diárias; 2) Valores/crenças; 3) Perdão; 4) Práticas religiosas particulares; 5) Superação religiosa; 6) Apoio religioso; 7) Histórico religioso espiritual; 8) Comprometimento; 9) Religiosidade organizacional; 10) Preferência religiosa; 11) Classificação geral individual. A pontuação de cada dimensão é específica e, quanto menor, melhor é a posição em relação à dimensão e maiores são os índices de R/E.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0.

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e exploratório, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Associação de Combate ao Câncer em Goiás - ACCG, sob o protocolo 013/2015, conforme as normas da Resolução 266/2012 para realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

De acordo com o cronograma apresentado no projeto ao CEP, durante os meses de setembro e outubro de 2015, a pesquisadora abordou os possíveis participantes internados, assim como aqueles que aguardavam por consultas nas salas de espera dos ambulatórios ou que estivessem sob acompanhamento psicológico e os convidou a participar da pesquisa. Os que aceitaram participar foram devidamente esclarecidos sobre o estudo e assinaram o TCLE. Alguns participantes não puderam terminar de responder à pesquisa porque foram chamados para consulta ou sentiram-se cansados. Assim, não concluindo a pesquisa, seus dados foram descartados.

Após o *rapport* (palavra de origem francesa que significa “relação”, gerar empatia, relação de confiança e harmonia), a pesquisadora aplicava o questionário sócio-demográfico com entrevista semi-estruturada e, em seguida, a escala BMMRS-P. O tempo médio para a aplicação da pesquisa foi de aproximadamente 40 minutos. Quando havia necessidade de intervenção durante a pesquisa, o(a) participante se emocionava ou contava algo da sua história de vida, por exemplo, o tempo se alongava consideravelmente.

Após a coleta, os dados foram inseridos no programa SPSS para análise

estatística descritiva.

Para se encontrar o Índice Global de Religiosidade/Espiritualidade – IGR/E da amostra, foi feito o seguinte procedimento: a dimensão A- Experiências Espirituais Diárias é composta por seis itens, onde cada um possui seis alternativas codificadas de 1 a 6. Assim, seguindo a orientação implícita no trabalho de validação do instrumento (Cursio, 2013) e fazendo a soma dos códigos das respostas, chega-se à medida integral dessa dimensão, ou seja, em um valor na faixa possível de 6 a 36. Cabe lembrar que, pela atribuição dos códigos, o valor do código está em oposição ao valor da religiosidade. Assim, nessa dimensão, a religiosidade máxima está associada ao valor 6, que exigiria todas as respostas codificadas como 1. Para facilitar a compreensão do leitor, tal valor sofreu escalamento linear (transformação que respeita a distância entre os diversos valores) e foi invertido de modo a assumir a faixa de zero a 100 e, conseqüentemente, ser percebido como um percentual em relação à máxima religiosidade. No caso, o valor 6, após inversão e escalonado linearmente de zero a 100, assumiria o valor 100, o valor máximo de religiosidade. Da mesma forma foi feito com as dimensões B- Valores e Crenças, C- Perdão, D- Práticas Religiosas Particulares, E- Superação Religiosa e Espiritual, F- Suporte Religioso, G- História Religiosa/Espiritual, I- Religiosidade Organizacional e K- Auto Avaliação Global, respeitando o número de alternativas as quais variaram de 1 a 6, 1 a 4, 1 a 8, 1 a 5 e 1 a 2. A dimensão H- Comprometimento foi analisada em separado porque seus itens eram diferentes entre si e a J- Preferência Religiosa foi colocada nos dados sócio-demográficos. Os resultados poderiam variar entre índice muito baixo de religiosidade/espiritualidade (0-20), baixo (20,0001-40), intermediário (40,0001-60), alto (60,0001-80) e muito alto (80,0001-100).

Observações sobre a escala: em algumas respostas (17-22) a tradução da última opção fica a desejar. A expressão inglesa *Not at all*, na escala original, foi traduzida por “nada”, embora a tradução mais adequada seja: “de jeito nenhum” ou “nunca”. Na questão 26 a palavra *demands* foi traduzida por “procuram”, quando deveria ter sido traduzida por “exigem demais”.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os entrevistados declararam seguir uma religião, entretanto, diferentemente dos dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), esta amostra se mostrou mais “evangélica” do que a população em geral no Brasil. Isso pode se dever ao reduzido tamanho da amostra ou ao crescimento das denominações evangélicas no país. Nessa amostra foram encontrados 52,4% de protestantes, 38,1% de católicos, 7,1% de espíritas e 2,4 (um participante) cristão, que poderia ser enquadrado em qualquer delas, pois todas são

religiões consideradas cristãs no Brasil.

De acordo com as respostas codificadas no escalamento linear, chegou-se ao IGR/E desta amostra de 42 pacientes com câncer: n:42, M: 72,29, DP: 11,39. Acima de 60, 0001, considera-se um alto índice de religiosidade, e, acima de 80,0001, índice muito alto. Dos entrevistados, 80,9% obtiveram índice alto ou muito alto de religiosidade.

Na dimensão Auto-avaliação Global, em que é perguntado ao paciente até que ponto se considera uma pessoa religiosa (item 37) e espiritualizada (item 38), 76,2% dos pacientes se consideram muito ou moderadamente religiosos e 76,2% também se consideram muito ou moderadamente espiritualizados.

Sobre as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos pacientes entrevistados, todos (100%), consideram a fé importante no enfrentamento da doença, como seguem alguns exemplos: *“Se não for a fé a gente não consegue ficar de pé”, “Porque é o que dá força para lutar, temos algo sobrenatural que age em nossas vidas”. “A fé ajuda enfrentar a barreira que a doença nos traz, ajuda não ficar triste e depressiva”. “Fé ‘pras’ circunstâncias, só Deus pode ir além do homem, o que o homem não pode fazer, Deus pode curar”.*

Das principais estratégias de enfrentamento dos entrevistados, 76, 2% encontram força e conforto na religião; 90,5% creem em um Deus que cuida deles; 90,5 fazem orações uma ou mais vezes ao dia; 97,6% veem Deus como força, suporte e guia; 61,9% acreditam que muitas pessoas da sua comunidade religiosa os ajudariam quando enfermos; 61,9% sentir-se-iam muito confortados por essas pessoas e 90,5 dos participantes já tiveram alguma recompensa pela sua fé.

O alto IGR/E da amostra, comparados aos dados apresentados em Cursio (2013) corrobora a dimensão K- Auto-avaliação Global, onde é perguntado até que ponto o paciente se considera uma pessoa religiosa (item 37) e espiritualizada (item 38). Embora o resultado de ambas as perguntas seja o mesmo, 76,2%, os dados para esse somatório são diferentes, confirmando o que Faria e Seidl (2005) comentam, ou seja, que as definições de religiosidade são complexas e que inclusive alguns autores a diferenciam de espiritualidade, como Lukoff (1992, citado por Faria & Seidl, 2005), que define religiosidade como adesão a crenças e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada, e, espiritualidade, como a crença de um indivíduo em um ser ou força superior. Dessa forma entende-se que a religiosidade contém a espiritualidade, mas o inverso não é necessariamente verdadeiro.

Os estudos de Gobatto e Araújo (2010), Panzini e Bandeira (2007), Faria e Seidl (2005) e Mesquita et al. (2013), corroboram os dados encontrados em religiosidade/espiritualidade, isto é, que esta ocupa lugar de destaque na vida dos pacientes. Para Peres, Simão e Nasello (2007), o reconhecimento da espiritualidade como componente essencial da personalidade e da saúde é imprescindível. Os

profissionais da saúde precisam ser esclarecidos sobre os conceitos de religiosidade/ espiritualidade, e sobre o emprego de tais estratégias, como recurso de saúde. A compreensão dos processos saudáveis e nocivos de práticas religiosas e espirituais contribuirá para melhorar a qualidade de atendimento às necessidades do paciente, diminuindo os preconceitos, e formando melhores profissionais (p. 143).

Todos os participantes responderam que consideram a fé importante no enfrentamento da doença. Destes, vinte e um associam a fé especificamente a Deus, pois dizem que Deus dá sabedoria ao homem e um menciona fé no tratamento. Todos os outros se refeririam à fé somente. Um dos participantes diz: *“A fé vale, mas a primeira coisa é ter confiança em Deus e nos médicos”*. Foi o único a mencionar a equipe de saúde.

A fé como estratégia de enfrentamento tem um grande impacto sobre as crenças do paciente, inclusive quanto ao sucesso do tratamento, minimizando seu sofrimento, dando-lhe esperança de cura (Guerrero, Zago, Sawada & Pinto, 2011), como na fala de alguns participantes: *“É com a fé que a gente vence todas as barreiras. Só Deus para nos ajudar a enfrentar tudo”*; *“A fé faz as coisas impossíveis serem possíveis”*; *“Tem que ter fé para tudo, para sair dessa”*; *“Porque sem Deus não vou chegar a lugar nenhum”*; *“Porque é fundamental a gente ter fé, no tratamento, e em tudo”*.

Além de ajudar no enfrentamento da doença, trazer esperança e força, o enfrentamento religioso os ajuda a ressignificar o sofrimento da enfermidade e do tratamento (Fornazari & Ferreira, 2010), (Guerrero, Zago, Sawada & Pinto, 2011), como afirma um participante: *“Se não temos (fé) encaramos a doença apenas como um mal a mais, mas pela fé entendemos que até os sofrimentos podem nos fazer melhores. A fé ajuda no enfrentamento da doença com esperança, com confiança de que tudo está nas mãos de Deus”*.

Nenhum dos participantes desta amostra demonstrou fazer uso de *coping* religioso negativo, ou o *dark side* of religion – o lado sombrio da religião, segundo Pargament, Koenig & Perez (2000), em que as estratégias de enfrentamento ao invés de trazerem uma expectativa e postura positivas com relação à enfermidade, deixam o paciente mais temeroso ou triste ou mesmo refratário ao tratamento proposto.

A percepção ao finalizar a pesquisa é de que, ao começar ou estando em tratamento de câncer, todos, se não tinham a fé como estratégia de enfrentamento, passam a ter. Quase como se não tivessem coragem de descrever (comentário da pesquisadora). Alguns participantes se emocionavam durante a pesquisa, referindo sobre como tem levado sua vida religiosa e/ou espiritual. Alguns diziam: *“agora eu não posso largar de Deus”* ou *“Deus chama pela dor, quem não vem por amor”*; *“eu andava por um caminho errado, mas agora endireitei meu caminho...”* e começam a contar quantas coisas faziam de errado antes de adoecer: fumar, beber, trair etc.

Dos participantes, 90,5% responderam que já tiveram alguma recompensa pela

sua fé (questão 29) e a maior parte deles se referia à cura da enfermidade ou a ter descoberto a doença a tempo. Uma resposta, em particular, se mostrou discrepante, pois a expectativa era ouvir que a recompensa tinha sido a cura do câncer anos antes (a participante estava internada por causa de uma seqüela da radioterapia). Entretanto, a resposta foi muito diferente: “*sim, tive duas grandes recompensas pela minha fé: 10 anos atrás meu filho saiu do tráfico de drogas e 15 anos atrás minha filha teve um surto (psicótico) por uma semana, mas ficou curada, nunca mais teve nada, é casada bem sucedida e tem 2 filhos. De joelho no chão, pedi a Deus por eles e Deus ouviu*”. Nem sempre o câncer é o maior dos problemas do paciente.

O objetivo deste trabalho de investigar e descrever a R/E de pacientes com câncer e o papel da fé no enfrentamento da doença foi alcançado.

A expectativa é que, ao demonstrar a importância das estratégias de fé na vida dos pacientes, os profissionais que com eles trabalham venham a reconhecer tais estratégias, respeitá-las e, quando forem positivas, incentivá-las. Como sugestão, a equipe de saúde deve conhecer e trabalhar em parceria com o Serviço de Capelania, para que o paciente venha a ser assistido em suas necessidades espirituais.

Esse recorte, aqui pequeno, no universo dos pacientes oncológicos, não é passível de generalização. Entretanto, quanto mais estudos forem desenvolvidos na área de *coping* religioso, mais conhecido se tornará o paciente na sua integralidade biopsicossócio espiritual.

REFERÊNCIAS

Agostinho, n.d. **Sermões** 4.1.1.

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

Bento XVI. O Papa Bento XVI explica o que é fé. (2012, Outubro 24). **ACI/EWTN Notícias**. Retirado em 23 de novembro de 2015 do site <http://www.acidigital.com/noticias/o-papa-bento-xvi-explica-o-que-e-a-fe-18485/>

Bíblia Nova Versão Internacional. São Paulo: Editora Vida.

Carvalho, M. M. (2002). **Psico-oncologia: história, características e desafios**. Psicologia USP, 13, 151-166. Retirado em 1º de maio de 2015 do site http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008

Costa Júnior, A. L. (2001). **O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde**. Psicologia, Ciência e Profissão, 21, 36-43. Retirado em 1º de maio de 2015 do Site http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000200005&script=sci_arttext

Costa, P. & Leite, R. C. B. O. (2009). **Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras**. Revista Brasileira de Cancerologia, 55, 355-364.

Cursio, C. S. S. (2013). **Validação da versão em Português da “Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality” ou “Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade” - BMMRS-P.**

Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Juiz de Fora. Retirado em 13 de junho de 2015, do site: <http://www.ufjf.br/nupes/files/2013/12/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Valida%C3%A7%C3%A3o-BMMRS-Cristiane-S-S-Cursio.pdf>

Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). **Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 381-389.

Fernandes Júnior, H. J. (2000). **Introdução ao Estudo das Neoplasias.** Em F. F. Bacarat, H. J. Fernandes Júnior. & M. J. Silva (Orgs.), *Cancerologia Atual: Um Enfoque Multidisciplinar* (pp. 3-10). São Paulo: Roca.

Ferreira, A. B. H. (1986). **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). **Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms.** *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

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

Gobatto, C. A. & Araújo, T. C. C. F. (2010). **Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para atuação do psicólogo em oncologia.** *Revista SBPH*, 13, 50-63.

Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). **Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, 53-59.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). **Censo demográfico.** Retirado em 31 de outubro de 2015 do site <http://www.ibge.gov.br>

Mesquita, A. C., Chaves, E. C. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G. & Carvalho, E. C. (2013). **A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 539-545.

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

Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). **The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of RCOPE.** *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.

Peres, J. F. P., Simão, M. J. P. & Nasello, A. G. (2007). **Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 136-145.

Reeber, M. (2002). **Religiões: termos, conceitos e ideias.** (L.C. Guerra, trad.) Rio de Janeiro: Ediouro.

Scannavino, C. S. S., Sorato, D. B., Lima, M. P., Franco, A. H. J., Martins, M. P. & Morais Jr., J. C., et al. (2013). **Psico-oncologia: Atuação do Psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos.** *Psicologia USP*, 24, 35-53. Retirado em 1º de maio de 2015 do site http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642013000100003&script=sci_arttext

Silva, L. C. (2008). **Câncer de Mama e Sofrimento Psicológico: Aspectos relacionados ao feminino.** *Psicologia em Estudo*, 13, 231-237. Retirado em 1º de maio de 2015 do site <http://www>.

scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2

Vassão, E. (2009). **No Leito da Enfermidade**. São Paulo: Editora Cultura Cristã.

Venâncio, J. L. (2004). **Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama**. Revista Brasileira de Cancerologia, 50, 55-63. Retirado em 1º de maio de 2015 do site http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf

SOBRE O ORGANIZADOR

Samuel Miranda Mattos - Professor de Educação Física, Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). MBA em Gestão de Academias e Negócios em Esporte e Bem-Estar pelo Centro Universitário Farias Brito (FFB). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE-CNPq). Pesquisador na área da atividade física e saúde, promoção de saúde, epidemiologia e doenças crônicas não transmissíveis. E-mail para contato: profsamuelmattos@gmail.com.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Administração 52, 62, 113, 139

Análise 6, 7, 12, 14, 15, 17, 18, 24, 28, 29, 31, 32, 33, 45, 58, 68, 69, 79, 85, 86, 96, 99, 100, 102, 109, 122, 125, 126, 133, 137, 138, 156, 159, 166, 170, 173, 176, 178, 180, 182, 183, 185, 186, 190

Animais 2, 3, 71, 72, 79, 107, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 185

B

Brasil 5, 43, 46, 47, 53, 55, 59, 72, 78, 81, 82, 84, 92, 93, 107, 108, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 134, 138, 142, 144, 149, 150, 157, 183, 186

C

Câncer de mama 14, 15, 18, 19, 32, 33, 50, 51

Catálogos 16

Ciência 13, 43, 49, 63, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 79, 80, 85, 93, 94, 110, 111, 120, 123, 133, 137, 139, 141, 145, 161, 172, 173, 175, 177, 178, 179, 180, 185, 188, 189, 190, 191

Comunidade 38, 47, 84, 90, 92, 98, 133, 138, 141, 143, 153, 154, 187

Crenças 38, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 90, 148

D

Diagnóstico 39, 41, 42, 55, 88, 108, 109, 115

Doença 16, 38, 41, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 61, 83, 88, 107, 108, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 122

E

Estatística 15, 24, 28, 31, 32, 46, 50, 59, 88, 94, 103, 131, 178, 185, 190

G

Gênero 6, 7, 12, 108, 111, 112, 150, 151, 155, 156, 157

Genéticas 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 39, 63, 69

H

Herança 1

Hereditariedade 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13

Hormônios 62, 63, 65

Humana 26, 68, 69, 72, 106, 107, 108, 109, 110, 115

Humanidade 39, 79, 110, 174

M

Medicina 14, 16, 18, 38, 39, 40, 55, 59, 63, 105, 109, 114, 115, 120, 121, 139, 173

Metabólicas 14, 20, 62

Modelagem 14, 15, 18, 21, 22, 24, 26, 29, 30, 32, 33, 34, 73

N

Nutrigenômica 61, 63, 64, 65

O

Obesidade 61, 62, 63, 64, 65, 66

P

Pacientes 14, 15, 17, 18, 32, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 47, 49, 50, 54, 89, 92, 107, 110, 115, 116, 117

Pangênese 1, 2, 3, 5, 7, 10, 12

Pesquisa 16, 19, 41, 44, 45, 48, 49, 50, 54, 56, 59, 79, 85, 91, 92, 93, 103, 109, 110, 118, 119, 121, 124, 127, 129, 130, 131, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 144, 145, 146, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192

Probabilidade 16, 42

Proteínas 14, 17, 19, 33, 34, 62, 63

Q

Qualidade 41, 42, 48, 50, 52, 54, 58, 61, 84, 89, 91, 92, 93, 136, 138, 142, 143, 149, 153

R

Radioterapia 14, 15, 17, 18, 39, 49

Reflexões 50, 68, 70, 71, 73, 74, 79, 178, 180, 189, 190

Religião 38, 40, 43, 44, 46, 47, 48, 111

S

Saúde 14, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 65, 66, 68, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 115, 117, 120, 121, 122, 123, 133, 148, 149, 192

Sistema público 52, 53

T

Tecnologia 16, 52, 145, 184

Transplante 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59

 **Atena**
Editora

2 0 2 0