



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA
DE AFONSO COSTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE



UNIVERSIDAD DE GRANADA
ESCUELA DE DOCTORADO DE CIENCIAS
DE LA SALUD
PROGRAMA DE DOCTORADO EM MEDICINA
CLÍNICA Y SALUD PÚBLICA

DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEÃO

**A VIVÊNCIA DA MULHER COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA E AS
IMPLICAÇÕES DA ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO:
UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

RIO DE JANEIRO

2021

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Diva Cristina Morett Romano Leão
ISBN: 978-84-1306-978-4
URI: <http://hdl.handle.net/10481/70165>

DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEÃO

**A VIVÊNCIA DA MULHER COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA E
IMPLICAÇÕES DA ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO:
UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

Tese Doutoral apresentada em Regime de Cotutela Internacional entre a Universidade Federal Fluminense e a Universidad de Granada, respectivamente no Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde, na Linha de Pesquisa “O cuidado em seu contexto sociocultural”, e no *Programa del Doctorado de Medicina Clínica y Salud Pública*, na Linha de Pesquisa “*Enfermería*”, como requisito parcial à obtenção do título de *Doctor* pela Universidad de Granada e Doutor em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense.

Orientadoras /*Directoras de Tesis*:

Prof.^a Dr.^a Eliane Ramos Pereira

Prof.^a Dr.^a María Paz García-Caro

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida. Por ter me dado sonhos, propósitos e oportunidade de aprender e contribuir com meus semelhantes.

A Esdras, esposo muito amado, e Rachel Cristina e Matheus Daniel, filhos amados, pela compreensão e apoio no tempo investido em estudos e pesquisas. Agora, ao meu genro Pedro, que faz parte desse novo tempo. Vocês são meu tesouro particular.

Aos meus pais, Humberto (in memoriam) e Helenice, incentivadores, mentores e conselheiros de momentos tão importantes. Vocês me ensinaram a amar.

As minhas orientadoras, 'directoras de Tesis', Dra. Eliane Pereira Ramos e Dra. María Paz García Caro, por crerem em mim, por me incentivarem, pela grande amizade que criamos, por estarem comigo desbravando caminhos inéditos.

Ao Dr. Francisco Cruz Quintana, e ao Grupo de Investigación: Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la enfermedad - CTS 436, especialmente no tempo em Granada, pelo ensejo das novas descobertas. Meu respeito e gratidão.

Ao Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, à Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, e ao Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica. Em especial, aos colegas professores que muito me apoiaram nessa trajetória.

Ao Colégio Doutoral Tordesillas de Enfermagem, por ser a porta para grandes realizações.

SUMÁRIO

RESUMEN/RESUMO/ABSTRACT

PREÂMBULO	25
1 INTRODUÇÃO	28
1.1 Delimitação do problema de pesquisa	33
1.2 Questões de pesquisa	36
1.3 Objeto de estudo	37
1.4 Objetivo geral	37
1.5 Objetivos específicos	37
1.6 Proposição de tese a ser defendida	37
1.7 Justificativa	38
1.8 Relevância e contribuições do estudo	41
1.9 Estado da arte preliminar	43
2 ESTUDO 1 – <i>Spiritual and Emotional Experience with a Diagnosis of Breast Cancer: a Scoping Review</i>	53
2.1 Methods	53
2.1.1 IDENTIFY THE RESEARCH QUESTION	53
2.1.2 IDENTIFY AND SELECT RELEVANT STUDIES	53
2.1.3 CHART, COLLATE, AND SUMMARIZE THE DATA	55
2.2 Results	60
2.2.1 EMOTIONAL COPING WITH A DIAGNOSIS OF BREAST CANCER	61
2.2.2 SPIRITUAL COPING WITH THE EXPERIENCE OF BREAST CANCER DIAGNOSIS	63
2.2.3 PROPOSALS FOR INTERVENTIONS AND RECOMMENDATIONS FOR CLINICAL PRACTICE	64
2.3 Discussion	65
2.3.1 STRENGTHS AND WEAKNESSES	67
2.4 Implications for Practice	67
2.5 Conclusion	68
2.6 References (cited in the article)	69
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	73
3.1 Referencial temático: Espiritualidade	73
3.1.1 BEM-ESTAR ESPIRITUAL	76

3.2 Referencial temático: comportamento de enfrentamento	77
3.3 Referencial teórico-filosófico	83
4 METODOLOGIA	88
4.1 Tipo de estudo	88
4.2 Cenário da pesquisa	88
4.3 População de estudo e seleção das participantes	89
4.4 Técnica de coleta de dados	91
4.5 Tratamento e análise dos dados sociodemográficos e questionário de bem-estar espiritual	94
4.6 Tratamento e análise das entrevistas	94
4.7 Rigor e confiabilidade do estudo	95
4.8 Aspectos éticos	97
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E DO QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL (SWBQ)	98
5.1 Caracterização sociodemográfica das participantes	98
5.2 Resultados da análise do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ)	107
5.2.1 ANÁLISE DOS DADOS NA ESCALA.....	107
5.2.2 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO.....	11515
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS	1188
6.1 CATEGORIA 1 – Impactos percebidos no diagnóstico de câncer de mama: enfrentamento centrado na emoção	118
6.1.1 O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO	118
6.1.2 REPERCUSSÕES: CONVIVENDO COM O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – MEDO, PREOCUPAÇÃO E CULPA.....	127
6.2 CATEGORIA 2 – Vivências no mundo da vida com câncer: enfrentamento centrado no problema	134
6.2.1 Vivendo o diagnóstico em família.....	135
6.2.2 CORPO VIVIDO, CORPO SENTIDO	140
6.2.3 NA LUTA CONTRA O TEMPO: TEMPORALIDADE VIVIDA	143
6.2.4 ANCORAGENS NO CÂNCER: O “POR QUÊ?”	146
6.3 CATEGORIA 3 – Espiritualidade na vivência do bem-estar e do sentido da vida: enfrentamento centrado no sentido.....	149
6.3.1 SIGNIFICADOS DA ESPIRITUALIDADE NO CONFRONTO COM A EXPERIÊNCIA DO CÂNCER ..	150

6.3.2 BEM-ESTAR NA RELAÇÃO COM DEUS	154
6.3.3 BEM-ESTAR NO CONVÍVIO RELIGIOSO	158
6.3.4 SENTIDO DA VIDA: A BUSCA DO PROPÓSITO E BEM-ESTAR EXISTENCIAL.....	160
6.3.5 ESPIRITUALIDADE: ALICERCE DO SENTIDO E BEM-ESTAR.....	165
6.4 Aportes complementares a partir do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ).....	172
7 ESPIRITUALIDADE COMO ESTRUTURA FUNDANTE DO BEM-ESTAR E DO SENTIDO NO ENFRENTAMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA.....	175
7.1 Perspectivas de cuidado à mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama	177
7.2 Limitações do estudo	180
8 CONCLUSÃO.....	181
9 CONCLUSIÓN	183
REFERÊNCIAS.....	185
APÊNDICES	197
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	197
APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista fenomenológica	200
APÊNDICE 3 – Formulário de caracterização.....	201
APÊNDICE 4 – Questionário do Bem-Estar Espiritual (SWBQ).....	202
APÊNDICE 5 – Parecer substanciado do CEP.....	204
APÊNDICE 6 – Declaração de Autorização para a Pesquisa	208
APÊNDICE 7 – Apresentação sintética da análise e categorização dos dados das entrevistas	209
APÊNDICE 8 - Estudo 2 - <i>The Importance of Spirituality for Women Facing Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study</i>	212
ANEXOS	
ANEXO 1 - Índices de Qualidade (SSCI/SCIE - IJERPH).....	224

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Prisma	44
FIGURE [FIGURA 2] – Flowchart of the search and selection of studies	55
FIGURA 3 – Distribuição dos participantes por escolaridade	98
FIGURA 4 – Distribuição das idades dos participantes	99
FIGURA 5 – Distribuição dos participantes por faixa etária	100
FIGURA 6 – Distribuição dos participantes por renda familiar.....	100
FIGURA 7 – Distribuição da amostra por raça	102
FIGURA 8 – Distribuição da amostra por quantidade de filhos	102
FIGURA 9 – Distribuição da amostra por ocupação.....	104
FIGURA 10 – Distribuição da amostra por moradia.....	105
FIGURA 11 – Frequência das visitas à prática da religião	107
FIGURA 12 – Score médio subescala pessoal	108
FIGURA 13 – Score médio subescala comunitária.....	109
FIGURA 14 – Score médio subescala ambiental	109
FIGURA 15 – Score médio subescala transcendental.....	110
FIGURA 16 – Esquema compreensivo dos impactos e repercussões emocionais no enfrentamento centrado na emoção	119
FIGURA 17 – Esquema compreensivo das vivências no mundo da vida da mulher no enfrentamento centrado no problema	135
FIGURA 18 – Esquema compreensivo da Espiritualidade na vivência da mulher no diagnóstico de câncer no enfrentamento centrado no sentido	150
FIGURA 19 – Esquema Compreensivo da Espiritualidade como estrutura fundante e propulsora do sentido e do bem-estar	175

LISTA DE TABELAS

TABLE 1 [TABELA 1] – Description of the Selected Articles.....	56
TABLE 2 [TABELA 2] – Proposed interventios	59
TABLE 3 [TABELA 3] – Specific Interventions to Enhance Emotional and Spiritual Coping	61
TABELA 4 – Distribuição da amostra por escolaridade.....	98
TABELA 5 – Distribuição da amostra por faixa etária	99
TABELA 6 – Distribuição da amostra renda familiar.....	100
TABELA 7 – Distribuição conjunta do estado civil e coabitação.....	101
TABELA 8 – Distribuição da amostra por raça	101
TABELA 9 – Distribuição da amostra por quantidade de filhos	102
TABELA 10 – Distribuição da amostra por ocupação.....	103
TABELA 11 – Distribuição da amostra por ocupação agrupada	103
TABELA 12 – Distribuição da amostra por moradia.....	104
TABELA 13 – Distribuição da amostra por religião e prática	106
TABELA 14 – Frequência das visitas à prática da religião	106
TABELA 15 – Score médio por estado civil.....	111
TABELA 16 – Score médio por coabitação	112
TABELA 17 – Score médio por cidade de residência.....	112
TABELA 18 – Score médio por raça	113
TABELA 19 – Score médio por faixa etária	113
TABELA 20 – Score médio por quantidade de filhos.....	113
TABELA 21 – Score médio por religião.....	114
TABELA 22 – Score médio por prática religião.....	114
TABELA 23 – Score médio por frequência religião.....	114
TABELA 24 – Score médio por religião e frequência das visitas.....	115

RESUMEN

El presente estudio aborda la temática de la experiencia de la mujer diagnosticada con cáncer de mama y las implicaciones de la espiritualidad en el afrontamiento de la enfermedad y en el cuidado, sobre la base de la perspectiva fenomenológica.

El cáncer de mama, en razón de su alta prevalencia, es la neoplasia más frecuente entre las mujeres cada año en el mundo, así como la causa del mayor número de fallecimientos entre ellas. Pocas enfermedades resultan ser tan dependientes de una etiología multifactorial y vinculadas a la persona en su integralidad. El impacto del diagnóstico es extremadamente chocante, desesperante, motivo de intenso estrés psicológico con serias repercusiones en el bienestar físico, emocional, social y espiritual de la mujer. En la experiencia de atravesar los sentimientos negativos, como el de la impotencia frente al sufrimiento y la incertidumbre que la enfermedad y su tratamiento infunden, las pacientes se enfrentan a la necesidad de elaborar nuevos conceptos. De acuerdo con su percepción, recurren a una variedad de estrategias de afrontamiento que incluyen la búsqueda de sentido y de la trascendencia. En tal sentido, la espiritualidad como dimensión presente en la perspectiva humana, constituye un aporte fundamental a la experiencia. En este trabajo se buscó dar voz a las mujeres en su afrontamiento del diagnóstico, valorándose sus necesidades espirituales como parte de una visión integral (espiritual, emocional y física), reconociendo que están enfrentándose a varios conflictos sin tiempo suficiente para elaborar las decisiones que deben tomarse respecto del tratamiento y de los cambios originados por la condición.

El estudio tuvo como **Objetivo General** comprender las implicaciones de la espiritualidad en la experiencia de afrontamiento del diagnóstico de cáncer de mama por parte de las mujeres. Los **Objetivos Específicos** fueron: Revelar la percepción de la mujer al afrontar el diagnóstico de cáncer de mama en relación a su cuerpo y su lugar en la vida. Reconocer la espiritualidad y las necesidades espirituales y emocionales de la mujer a partir de su comportamiento de afrontamiento, utilizando la espiritualidad para promover la emoción positiva. Evaluar el bienestar espiritual de la mujer en su experiencia de diagnóstico a través del Cuestionario del Bienestar Espiritual (Spiritual Well Being Questionnaire - SWBQ).

Metodología:

El presente estudio es eminentemente cualitativo, descriptivo y fenomenológico. De manera complementaria, se evaluó el bienestar espiritual de las mujeres, con el fin de enriquecer los datos utilizándose para ello el Cuestionario de Bienestar SWBQ. El trabajo recibió aprobación del Comité de Ética en Investigación, bajo n° 64110617.20000.5243, y cumplió con las recomendaciones éticas vigentes. Se utilizó el Servicio Ambulatorio de Mastología del Hospital Universitario Antônio Pedro (HUAP), de la Universidad Federal Fluminense (UFF) como campo investigativo. La muestra se constituyó adoptándose los siguientes criterios de inclusión: mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, en sus consultas iniciales, sin haber iniciado aún su tratamiento; y como criterios de exclusión: mujeres con otros tipos de neoplasias malignas, metástasis o recidivas, con más de un año de diagnóstico confirmado o con alguna otra patología que impidiese la comunicación oral. Fueron entrevistadas 40 mujeres que aceptaron participar del estudio. El cierre de recolección de datos adoptó el criterio de saturación de la información obtenida. La técnica de recolección utilizada fue la entrevista semiestructurada aplicada por la investigadora responsable, en base a un guión de entrevista con preguntas orientadoras y abiertas. Fue utilizado un formulario de caracterización sociodemográfica de las participantes, así como el Cuestionario SWBQ, habiendo sido construido un banco de datos en planilla de cálculo tratada con los programas SPSS y Microsoft Excel 2013. Se utilizó también el programa MAXQDA 2018 como parte de la estrategia de análisis. Los datos fueron analizados y agrupados en función de sus unidades de significado y categorías emergentes de los testimonios. Fue aplicado el método de Amedeo Giorgi para análisis fenomenológico de los datos, habiéndose cumplido los cuatro pasos recomendados. Para la comprensión del fenómeno estudiado se utilizó el referencial teórico de Merleau-Ponty.

Resultados y Discusión

Características sociodemográficas de las participantes y análisis del Cuestionario de Bienestar Espiritual (SWBQ):

Respecto de las características sociodemográficas de las participantes, la franja etaria que se observó con mayor frecuencia fue la de 24 a 55 años, con trece casos (n=13; 32,5% de la muestra). En la visión global, las participantes tenían edades entre 24 y 76 años, resultando ello en una media etaria de 59 años. Las mujeres fueron identificadas como de raza negra, blanca o mestiza, con similares proporciones de cada una. Casi la mitad de ellas era casada (45%). La mayoría era madre de uno o dos hijos (77,5%) o más (15%). Casi la totalidad de las participantes profesaba una creencia religiosa (97,5%), habiendo informado el 52,5% de las entrevistadas su adhesión a la religión católica, identificándose el 37,5% como practicante.

Todas las que refirieron pertenecer a iglesias evangélicas manifestaron practicar el culto con cierta frecuencia (n=15; 37,5%).

En el análisis del bienestar espiritual de las mujeres a través del Cuestionario de Bienestar Espiritual (SWBQ), se evidenciaron un menor sentido y propósito en la vida, así como también un grado inferior de alegría, de percepción de sí mismas en términos de identidad y paz interior; es decir, una tendencia al sufrimiento en relación al afrontamiento del diagnóstico. Sin embargo, corresponde destacar que la relación con lo trascendente, en la cual se incluyen la fe, la esperanza, la comunión, la vida de oración y la paz con Dios, resultó confirmada como una importante cuestión con la mejor evaluación media. La espiritualidad obtuvo mayor solidez como base de respaldo para estas mujeres, en particular al relacionar el comportamiento de enfrentamiento en su dinámico proceso, generando cambios en los significados y reevaluaciones, con su correspondiente necesidad de integración de valores, voluntad de vivir y de buscar nuevos propósitos.

Impactos y repercusiones emocionales percibidos en el diagnóstico de cáncer de mama: afrontamiento centrado en la emoción. Esta categoría reveló el impacto que sufren las mujeres al recibir el diagnóstico de cáncer de mama, el choque ante la revelación y el espanto ante una noticia de semejante calibre. Asimismo, expuso las repercusiones emocionales más profundas que se sufren como consecuencia del golpe emocional negativo: perplejidad, ansiedad, llanto, negación y sentimientos ambiguos, además de miedo, tristeza, preocupaciones, depresión y angustia. El afrontamiento centrado en la emoción mostró que la sensación de inseguridad extrema hace que las mujeres pierdan el control de sus propias vidas. La espiritualidad, en ese ámbito, surge como una fuente de bienestar para estas mujeres al experimentar cada momento, desde el impacto del diagnóstico con sus conflictos, desesperación y repercusiones emocionales, encaminándolas hacia una visión más positiva que negativa; es decir, abriendo para ellas nuevas perspectivas, brindándoles claridad para la propia reconstrucción, en una nueva visión de futuro y de posibilidades.

Experiencias en el mundo de la vida con cáncer: afrontamiento centrado en el problema. La percepción de la enfermedad y los cuestionamientos que surgen a consecuencia de ello respecto del rol de sus causas en las transformaciones corporales y las repercusiones en la autoimagen, en la búsqueda de las raíces, en vivir la temporalidad, en la experiencia del diagnóstico a nivel familiar, todo ello confirma que la búsqueda de respuestas y significaciones personales no son cosas fáciles por las que haya que pasar al enfrentarse al diagnóstico. En el afrontamiento centralizado del problema, las mujeres buscan incluir comportamientos que minimicen el factor estresor, desarrollando reevaluaciones cognitivas

alternadas con las emociones de la experiencia del fenómeno. En dicha categoría se identificó que el apoyo y al aceptación familiar resultaron significativamente favorables. De esa manera, la espiritualidad se hizo presente para hacer propicio un encuentro de esperanza, comodidad y bienestar positivo en la reconsideración de las prioridades ante los desafíos, y nuevos objetivos se tornaron en posibles de ser alcanzados.

Espiritualidad en la vivencia del bienestar y del sentido de la vida: afrontamiento centrado en el sentido. En esta categoría se determinó que, en la búsqueda de un sentido más profundo frente a un diagnóstico tan impactante y amenazante, las mujeres entrevistadas afirmaron su fe en Dios y su relación íntima con Él, a través de la experiencia de la oración. Dios, familia y voluntad de vivir fueron factores mencionados por ellas como los principales valores en sus vidas. La espiritualidad generó actos positivos de afrontamiento; particularmente la fe, la confianza y la esperanza en lo trascendente, en búsqueda de nuevos significados y propósitos, haciéndolas más fuertes y seguras en la toma de decisiones. Se confirmó como auténtico fundamento que resultó en un mayor bienestar y sentido de la vida. Asumió una forma de estructura mantenedora de la fuerza espiritual, la calma y el equilibrio, pilar de la fe positiva, de acogimiento y comodidad en la convivencia religiosa y familiar, que brinda impulso para seguir adelante con coraje, redirigiendo el foco vital con esperanzas renovadas.

Perspectivas del cuidado:

En referencia a las perspectivas del cuidado, la enfermera y el profesional de salud necesitan contar con una comprensión más profunda de los desafíos relacionados al cáncer de mama desde el momento de su diagnóstico. Es preciso que conozcan las diferentes estrategias de afrontamiento que las mujeres desarrollan, e incentivar la adopción de aquellas que resultan positivas, así como también apoyar e impulsar la resiliencia, el mejor entendimiento de las dimensiones espiritual, emocional y física, en pro del bienestar integral y la claridad en la construcción de significados sobre la enfermedad. Además, deben valorar también las experiencias existenciales y espirituales individuales, y disponerse a mantener conversaciones con escucha sensible de sus emociones y pensamientos, concepciones culturales y creencias individuales, formas religiosas y no religiosas con sus respectivos significados, buscando las referencias apropiadas y la adhesión al tratamiento. Precisan también ser conscientes de que la fase diagnóstica es, para estas mujeres, un momento de reconsideración, reflexión y reconstrucción de sí mismas. Todo este abordaje constituye una etapa clínica eficaz que puede tratar la ansiedad y prevenir su progresión hacia la depresión, o evitarla. Necesitan estar atentos a la importancia del enfrentamiento religioso/espiritual en las fases diagnósticas

iniciales, apoyándolas y ayudándolas a desarrollar claridad en la construcción del significado sobre su enfermedad.

Limitaciones del estudio:

Debe considerarse limitación de este estudio a la cantidad de 40 declarantes. Se sugieren estudios sobre poblaciones mayores para obtener nuevas inferencias. Respecto de las mujeres sin creencias religiosas, podrían estar subrepresentadas en esta muestra, aunque la distribución de las creencias de esta población es desconocida. Otra consideración dentro de las limitaciones es el hecho de que el trabajo se realizó en una única institución, aun siendo que la misma acoge a una importante y diversa área poblacional, como puede observarse en el perfil de las participantes. Se sugiere realizar nuevos trabajos que permitan efectuar estudios comparativos.

Conclusión

Muchas mujeres que experimentaron el fenómeno se sintieron desafiadas por el cambio de valores, a partir de la evaluación del factor estresor y del enfrentamiento de la enfermedad. La espiritualidad se constituyó en fuente de fuerza espiritual, pilar de la fe positiva, fundamento del sentido y del bienestar. El estudio confirma la **tesis** de que en esta compleja experiencia, la espiritualidad se muestra como un fuerte baluarte para afrontar el diagnóstico de cáncer, brindando un fundamento vital que permita resignificar la experiencia vivida a partir del impacto provocado por el diagnóstico de la enfermedad. La espiritualidad le confiere a la mujer trascender a los afrontamientos centrados en la emoción y en el problema, movilizándola en búsqueda de un nuevo sentido de la vida y de su bienestar existencial. Le ofrece un modo más positivo de lidia, consistente en un afrontamiento basado en su sentido existencial. Así fue que la espiritualidad marcó presencia en este camino, ofreciéndoles a las mujeres una visión más positiva, descubriéndoles nuevas perspectivas y posibilidades. La espiritualidad se configura como una estructura fundacional que corre a lo largo de todo el trayecto de experiencias de estas mujeres, desde el propio diagnóstico. Una estructura impulsora que mantiene la fuerza espiritual, renueva la vida, la esperanza, los propósitos, y que empuja hacia adelante, redirigiendo el foco de la vida y la visión del mundo. La consciencia del valor e importancia de la espiritualidad debe ser considerada por la reafirmación de su relevancia en el proceso de favorecer una mejor respuesta de la mujer a la fase diagnóstica.

Palabras Clave: Neoplasias de la Mama; Espiritualidad; Conducta de Afrontamiento; Salud de la Mujer; Sentido de la Vida; Investigación Cualitativa; Enfermería.

RESUMO

O presente estudo aborda a temática da vivência da mulher com diagnóstico de câncer de mama e as implicações da espiritualidade no enfrentamento da doença e no cuidado, com base na perspectiva fenomenológica.

O câncer de mama, dada à sua alta prevalência, é a neoplasia mais frequente entre as mulheres a cada ano no mundo e também a causa do maior número de mortes a elas relacionadas. Poucas doenças são tão dependentes de uma etiologia multifatorial e vinculadas à pessoa integral. O impacto do diagnóstico é extremamente confrontador, desesperador e de intenso estresse psicológico, com sérias repercussões no bem-estar físico, emocional, social e espiritual da mulher. Na vivência dos sentimentos negativos como o sentimento de impotência diante do sofrimento e as incertezas que a doença e o tratamento complexo transmitem, as pacientes enfrentam a necessidade de elaborar novos conceitos. De acordo com sua percepção, utilizam uma variedade de estratégias de enfrentamento, incluindo a busca por sentido e pela transcendência. Nesse sentido, a espiritualidade, enquanto dimensão presente na perspectiva humana, constitui um aporte fundamental nessa vivência. Nesta pesquisa buscou-se dar voz às mulheres no confronto com o diagnóstico, valorizando suas necessidades espirituais como parte de uma visão integral (espiritual, emocional e física), reconhecendo-se que estão enfrentando vários conflitos sem muito tempo para deliberar sobre as decisões que devem ser tomadas em relação ao tratamento e às mudanças subsequentes ao diagnóstico.

O estudo teve como **Objetivo Geral** compreender as implicações da espiritualidade na experiência do enfrentamento do diagnóstico do câncer de mama para as mulheres. Os **Objetivos Específicos** foram: Desvelar a percepção da mulher no enfrentamento do diagnóstico do câncer de mama acerca de seu corpo e seu mundo da vida. Reconhecer a espiritualidade e as necessidades espirituais e emocionais da mulher a partir do seu comportamento de enfrentamento utilizando a espiritualidade para promover a emoção positiva. Avaliar o bem estar espiritual da mulher em sua vivência do diagnóstico através do Questionário de Bem Estar Espiritual (*Spiritual Well Being Questionnaire - SWBQ*).

Metodologia:

O presente estudo é eminentemente qualitativo, descritivo fenomenológico. De modo complementar, avaliou-se o bem-estar espiritual das mulheres, para enriquecimento dos dados, utilizando-se o Questionário de Bem-Estar SWBQ. A pesquisa obteve aprovação no

Comitê de Ética em Pesquisa sob n. 64110617.20000.5243, e cumpriu as recomendações éticas vigentes. Como campo de pesquisa, utilizou-se o Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), da Universidade Federal Fluminense (UFF). A amostra foi constituída adotando-se os seguintes critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico confirmado de câncer de mama, que estivessem nas primeiras consultas e sem iniciar o tratamento; e como exclusão, as que possuíam outros tipos de neoplasias malignas, metástase ou recidiva, com mais de um ano de diagnóstico confirmado ou com alguma outra patologia que inviabilizasse a comunicação verbal. Foram entrevistadas 40 mulheres que concordaram em participar da pesquisa, e o encerramento da coleta seguiu critério de saturação dos dados obtidos. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada realizada pela pesquisadora responsável, a partir de um roteiro de entrevista com perguntas norteadoras e abertas. Foram utilizados um Formulário para caracterização sociodemográfica das participantes, e também o Questionário SWBQ, tendo sido construído um banco de dados, em planilha eletrônica, que foi tratado pelo programa SPSS e pelo aplicativo Microsoft Excel 2013. O software MAXQDA 2018 foi utilizado como parte da estratégia de análise. Os dados foram analisados e agrupados de acordo com suas unidades de significado e categorias que emergiram dos depoimentos. O método de Amadeo Giorgi foi utilizado para análise fenomenológica dos dados, procedendo-se os quatro passos preconizados. Para compreensão do fenômeno estudado, foi utilizado o referencial teórico de Merleau-Ponty.

Resultados e Discussão

Características sociodemográficas dos participantes e Análise do Questionário de bem-estar espiritual (SWBQ):

As características sociodemográficas dos participantes. A maior frequência de classe etária é de 13 casos de idades entre 24 e 55 anos (n=13; 32,5% da amostra). No global, elas tinham idades entre 24 e 76 anos, que resultaram numa média de 59 anos. As mulheres se identificaram como negras, brancas ou pardas, com similares proporções entre as raças. Quase metade delas era casada (45%). A maioria tinha um a dois filhos (77,5%) ou mais (15%). A quase totalidade das mulheres professava uma crença religiosa (97,5%), sendo que 52,5% das entrevistadas informaram seguir a religião católica, das quais 37,5% se identificou praticante. Todas as que informaram ser da religião evangélica, seguem a religião com certa frequência (n=15; 37,5%).

Na análise do bem-estar espiritual das mulheres, através do Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ), ficou evidenciada uma tendência a um menor sentido e propósito na vida,

como também menor alegria, percepção de si mesma, senso de identidade e de paz interior, ou seja, a tendência ao sofrimento no enfrentamento do diagnóstico. Entretanto, importa reafirmar que a relação com o transcendente, na qual se incluem a fé, a esperança, a comunhão, a vida de oração e a paz com Deus, foi confirmada como uma importante questão, com a melhor avaliação média. A espiritualidade ficou ainda mais afirmada como a base de sustentação dessas mulheres, em especial quando se relaciona o comportamento de enfrentamento no seu dinâmico processo, gerando mudança nos significados e reavaliações, com sua necessidade de integração dos valores, vontade de viver e novos propósitos.

Impactos e repercussões emocionais percebidos no diagnóstico de câncer de mama: enfrentamento centrado na emoção. Essa categoria revelou os impactos sobre as mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama, o choque da descoberta e o espanto com uma notícia tão confrontadora. Revelou também as repercussões emocionais mais profundas, que vêm como consequência de todo o impacto emocional negativo, a perplexidade, ansiedade, choro, negação e sentimentos ambíguos, além de medo, tristeza, preocupações, depressão e angústias. O enfrentamento centrado na emoção comprovou que a sensação de insegurança extrema fazem as mulheres perderem o controle de suas próprias vidas. A espiritualidade nesse âmbito aparece como uma fonte de bem-estar para as mulheres no vivenciar de cada momento, desde o impacto do diagnóstico com seus conflitos, desespero e repercussões emocionais, levando-as a uma visão mais positiva que negativa, ou seja, descortinando-lhes novas perspectivas, dando-lhes clareza na reconstrução de si mesmas, numa nova visão de futuro e de possibilidades.

Vivências no mundo da vida com câncer: enfrentamento centrado no problema. A percepção da doença e os questionamentos daí resultantes sobre as atribuições das suas causas nas transformações no corpo e as repercussões na auto imagem, nas buscas das raízes, na vivência da temporalidade, na experiência do diagnóstico em família, todos confirmaram que a busca por respostas e significações pessoais não são coisas fáceis de serem experienciadas no enfrentamento do diagnóstico. No enfrentamento centralizado no problema, as mulheres procuraram incluir comportamentos minimizadores do fator estressor, desenvolvendo reavaliações cognitivas que se alternavam com as emoções da vivência do fenômeno. Nessa categoria identificou-se que o apoio e a aceitação da família favoreceram de forma significativa. Assim, a espiritualidade se fez presente, no auxílio do encontro de esperança, conforto e bem-estar positivo na reavaliação das prioridades, frente aos desafios e novos objetivos como possíveis de serem alcançados.

Espiritualidade na vivência do bem-estar e do sentido da vida: enfrentamento centrado no sentido. Nessa categoria encontrou-se que, na busca por esse sentido mais profundo diante do diagnóstico tão confrontador e ameaçador, as mulheres entrevistadas declararam sua fé em Deus e seu relacionamento íntimo com Ele com experiências de oração. Deus, família e vontade de viver foram por elas confirmados como principais valores de vida. A espiritualidade desencadeou atitudes positivas de enfrentamento, e principalmente a fé, a confiança, e a esperança no transcendente, buscando novos significados, propósitos, deixando-as mais fortes e seguras na tomada de decisões. Se confirmou como um verdadeiro alicerce que resultou num maior bem-estar e sentido da vida. Assumiu a forma de estrutura de manutenção da força espiritual, da calma e do equilíbrio, pilar da fé positiva, do acolhimento e conforto no convívio religioso e familiar, que impulsiona o seguir em frente com coragem, redirecionando o foco da vida com esperança renovada.

Perspectivas do cuidado:

Em alusão às perspectivas do cuidado, a enfermeira e o profissional de saúde necessitam ter uma compreensão mais profunda dos desafios relacionados ao câncer de mama, desde seu diagnóstico. Necessitam conhecer as diferentes estratégias de enfrentamento que as mulheres desenvolvem e incentivar a adoção daquelas que são positivas, como também apoiar e encorajar a resiliência, a melhoria da compreensão das dimensões espiritual, emocional e física, para o bem-estar integral e clareza na construção de significado sobre a doença. Além disso, devem também valorizar as experiências existenciais e espirituais individuais e disponibilizar-se a conversas com escuta sensível às suas emoções e pensamentos, concepções culturais e crenças individuais, formas religiosas e não religiosas, com seus respectivos significados, buscando as referências apropriadas e o ajuste ao tratamento. Necessitam, ainda, estar conscientes que a fase diagnóstica, para essas mulheres, é um momento de reavaliação, reflexão e reconstrução de si mesmas. Toda essa abordagem se constitui uma etapa clínica eficaz que pode tratar a ansiedade e prevenir a progressão para a depressão ou evitação. Necessitam atentar para a importância do enfrentamento religioso / espiritual nas fases iniciais do diagnóstico, apoiando e ajudando-as a desenvolverem clareza na construção de significado sobre sua doença.

Limitações do estudo:

Como limitações do estudo deve-se considerar a quantidade de 40 depoentes. Sugerem-se estudos com amostras maiores para novas inferências. Quanto às mulheres sem crenças religiosas, pareceram estar sub-representadas nesta amostra, embora a distribuição das crenças religiosas dessa população seja desconhecida. Outra consideração dentro dessas

limitações é a de ter sido realizado em apenas uma instituição, embora abrangente, numa importante e diversificada área populacional, como se identifica no perfil das participantes. Sugere-se que novas investigações sejam realizadas para possibilitar estudos comparativos.

Conclusão

Muitas mulheres, na vivência do fenômeno, foram desafiadas à mudança de valores, a partir da avaliação do fator estressor e do enfrentamento da doença. A espiritualidade constituiu-se fonte de força espiritual, pilar da fé positiva, alicerce de sentido e bem-estar. Este estudo confirma a **tese** de que, nessa complexa vivência, a espiritualidade se apresenta como um forte sustentáculo da mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer, concedendo um alicerce vital para que possa ressignificar sua experiência vivenciada a partir do impacto desencadeado pelo diagnóstico da doença. A espiritualidade proporciona à mulher transcender aos enfrentamentos centrados na emoção e no problema e a mobiliza para uma busca pelo sentido da vida e seu bem-estar existencial. Permite um modo de lidar mais positivo, calcado num enfrentamento baseado no sentido de sua existência. Assim, a espiritualidade se fez presente nesse caminhar, levando as mulheres a uma visão mais positiva, descortinando-lhes novas perspectivas e possibilidades. A espiritualidade configura-se como estrutura fundante que perpassa todo o percurso das vivências dessas mulheres, desde o diagnóstico. Uma estrutura propulsora e mantenedora da força espiritual, que renova a vida, a esperança, os propósitos e conduz adiante, redirecionando o foco de vida e visão de mundo. A consciência do valor e importância da espiritualidade deve ser considerada pela reafirmação de sua importância para o favorecimento de uma melhor resposta da mulher à fase diagnóstica.

Palavras-chave: Câncer de mama; Espiritualidade; Comportamento de Enfrentamento; Diagnóstico; Enfermagem; Saúde da Mulher; Sentido da vida; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The present study addressed the subject of experiences of women with a breast cancer diagnosis and implications of spirituality in coping with the disease and care based on the phenomenological perspective.

Because of its high prevalence, breast cancer is the most frequent neoplasia in women every year worldwide and also the cause of the highest number of deaths in this population. Few diseases have such a multifactorial etiology and are related to the individual as a whole as breast cancer. The diagnosis impact leads to confrontation, despair, and intense psychological stress, with severe consequences for women's physical, emotional, social, and spiritual well-being. While experiencing negative feelings such as powerlessness before suffering and the uncertainty transmitted by the disease and the complex treatment, patients face the need to elaborate new concepts. According to their perceptions, they use a variety of coping strategies, including search for meaning and transcendence. Spirituality, as a dimension present in the human perspective, is a fundamental resource in this experience. The present study sought to give women a voice during the phase of confrontation with the diagnosis, recognizing their spiritual needs as part of a comprehensive (spiritual, emotional, and physical) view and taking into account that they were dealing with several conflicts with little time to ponder over questions that required decisions that had to be made regarding treatment and changes that followed diagnosis.

The **General Objective** of the study was: to understand the implications of spirituality in women's experience of coping with a breast cancer diagnosis. The **Specific Objectives** were: to elucidate women's perception regarding their body and their lifeworld when they coped with a breast cancer diagnosis; to recognize women's spirituality and spiritual needs by using their coping behavior as a starting point and by resorting to spirituality to promote positive emotions; to evaluate women's spiritual well-being in their breast cancer diagnosis experience by applying the Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBQ).

Methodology

This was a predominantly qualitative, descriptive, and phenomenological study. To enrich the data women's spiritual well-being was assessed by using SWBQ. The proposal was approved by the research ethics committee as per report no. 64110617.20000.5243 and met

the existing ethical recommendations. The study location was the Mastology Outpatient Clinic at Antônio Pedro University Hospital, which is part of Fluminense Federal University. The sample was obtained by adopting the following inclusion criterion: being a woman 18 years old or older with a confirmed breast cancer diagnosis who was attending her first appointments related to the disease and had not initiated treatment. The exclusion criteria were: being a woman with other types of malignant neoplasms, metastasis, or recurrence; or with breast cancer diagnosis confirmed over a year ago; or with a pathology that made verbal communication impossible. The final sample was 40 women who agreed to participate in the study. They were interviewed, and data collection completion followed the data saturation criterion. The technique used to collect data was semi-structured interviews carried out by the main researcher, with an interview script containing guiding and open-ended questions that were used as a starting point. A form for sociodemographic characterization of the participants and SWBQ were applied. The information was stored in a databank in the format of an electronic spreadsheet, which was treated by using SPSS and Microsoft Excel 2013. The software MAXQDA 2018 was also used as part of the analysis strategy. The data were analyzed and grouped according to their meaning units and the categories that emerged from the accounts. Amedeo Giorgi's method was applied to carry out phenomenological analysis of the data, and the four advocated steps were followed. Merleau-Ponty's theoretical framework was used to understand the examined phenomenon.

Results and discussion

Sociodemographic characteristics of the participants and analysis of the data obtained through SWBQ:

Regarding the sociodemographic characteristics of the participants, the most frequent age group was found for 13 women between 24 and 55 years of age (n=13; 32.5% of the sample). Overall, the participants' ages ranged from 24 and 76 years, which resulted in the mean age of 59 years. The women in the sample stated that they were black, white, or brown, with ethnicity showing similar proportions. Nearly half (45%) were married. Most (77.5%) had one or two children, and a reduced percentage (15%) had more than two children. Nearly all (97.5%) had a religion, with 52.5% informing that they were Catholic and 37.5% stating that they were practicing Catholic. All women who informed that they were Protestant followed the religious practice with some frequency (n=15; 37.5%).

Analysis of women's spiritual well-being, carried out by applying SWBQ, showed a tendency toward smaller meaning and purpose in life, as well as reduced joy, perception of self, sense of identity and inner peace, that is, there was a tendency toward distress in coping

with the diagnosis. However, it is important to emphasize that the relationship with transcendence, including faith, hope, communion, life of prayer, and peace with God, proved to be a relevant aspect and received the best mean evaluation. Spirituality was even more consolidated as the basis that supported the participants when the coping behavior, in its dynamic processes that brought about changes and reevaluations, was related to the women's need to integrate values, will to live, and new purposes.

Emotional impacts and consequences perceived in breast cancer diagnosis: emotion-centered coping. This category showed the impacts of a breast cancer diagnosis on women, including the shock of the discovery and the astonishment caused by such confronting news. It also pointed out the deepest emotional consequences, which resulted from all the negative emotional impact, perplexity, anxiety, crying, denial, and ambiguous feelings, in addition to fear, sadness, worries, depression, and hardships. Emotion-centered coping confirmed that the feeling of extreme insecurity made women lose control over their own lives. In this context, spirituality seemed to be a source of well-being for women in the process of experiencing each moment since the impact caused by the diagnosis, with the conflicts, despair, and emotional consequences it brought along, making women have a view that was more positive than negative. That is, spirituality introduced new perspectives to the participants and gave them clarity in the process of reconstruction of themselves, exposing a new vision of the future and possibilities.

Experiences in the world of life with cancer: problem-centered coping. The perception regarding the disease and the questioning resulting from attributing their cause to body transformations and the consequences for self-image, search for their roots, experience of temporality, and experience of a family diagnosis confirmed that seeking personal answers and significations is not easy to deal with in the process of coping with the diagnosis. In problem-centered coping, the participants tried to include behaviors that minimized the stressor and carried out cognitive reevaluations that took turns with the emotions related to experiencing the phenomenon. In this category, it was identified that family support and acceptance were substantially beneficial. Therefore, spirituality was present by helping the studied women find hope, comfort, and positive well-being in the reevaluation of priorities, making them see challenges and new objectives as targets possible to be achieved.

Spirituality in the experience of well-being and meaning of life: meaning centered-coping. In the search for a deeper meaning before such confronting and threatening diagnosis, the interviewed women reported their faith in God and their intimate relationship with Him by means of prayer experiences. God, family, and will to live were confirmed by

the participants as their main life values. Spirituality triggered positive coping attitudes, especially faith, trust, and hope in transcendence, causing them to search for new meanings and purposes and making them stronger and more confident to make decisions. It proved a true basis that resulted in greater well-being and gave life more meaning. It took the form of spiritual strength, calm, and balance maintenance structure and functioned as a stay of positive faith, acceptance, and comfort in religious and family life, which leads people to move over with courage, redirecting the focus of their lives with renewed hope.

Care perspectives:

Nurses and health professionals need to have a deeper understanding of the challenges related to breast cancer since its diagnosis. They have to know the different coping strategies that women develop, encourage adoption of those that are positive, and support and promote resilience and the improved understanding of spiritual, emotional, and physical dimensions of women, so this population can experience comprehensive well-being and have clarity in the disease signification. Additionally, these professionals must properly recognize existential and spiritual individual experiences and make themselves available to talk, as well as offer listening that is sensitive to women's emotions and thoughts, cultural conceptions and individual beliefs, religious and non-religious forms, and their respective meanings, so it is possible to seek the appropriate references and treatment adjustment. Last, they have to be aware that, for these women, the diagnostic phase is a moment of reevaluation, reflection, and reconstruction of themselves. All this approach is an effective clinical step that can treat anxiety and prevent progression toward depression or denial. Professionals must consider the importance of religious and spiritual coping in the initial phases of the diagnosis, supporting women and helping them develop clarity in the construction of meanings for their disease.

Study limitations:

One of the limitations of the present study was the sample size (40 participants). It is suggested that future studies be carried out with a higher number of participants so new inferences can be made. Women with no religious beliefs seemed to be underrepresented in the sample of the present study, although the religious belief distribution was unknown. Another limitation was the fact that the study was limited to one institution, even though, from the demographic point of view, the place had a broad public and was located in an important area, with population diversity, as indicated by the participants' profile. New studies should be designed to allow data comparison.

Conclusion

Many women, while experiencing the phenomenon of breast cancer diagnosis, were challenged to change values, having the evaluation of the stressor and the disease coping as a starting point. Spirituality was a source of spiritual strength, a stay of positive faith, and a basis of meaning and well-being. The present study confirmed the **thesis** that, in this complex experience, spirituality is a powerful support mechanism for women who cope with this type of diagnosis, offering a vital stay for them to resignify their experience since the impact triggered by the disease diagnosis. Spirituality offer women the possibility of transcending to emotion and problem-centered coping mechanisms and drives them toward a search for the meaning of life and existential well-being. It is a more positive way to confront the situation, because it allows a coping process based on the meaning of their existence. Therefore, spirituality was present in the journey of the participants, leading them toward a more positive view and introducing them to new perspectives and possibilities. It is a foundational structure that pervades all the course of experiences of these women since diagnosis. It is a structure that boosts and keeps spiritual strength, refreshes life, hope, and purposes, and makes people move forward, redirecting the focus of life and the worldview. Awareness of the value and importance of spirituality must be considered by reaffirming its role in the creation of conditions that favor a better response of these women to the diagnostic phase.

Keywords: Breast Cancer; Spirituality; Coping Behavior; Women's Health; Meaning of Life; Qualitative Research; Nursing

PREÂMBULO

Esta tese de Doutorado é resultado de uma Cotutela Internacional entre a Universidade Federal Fluminense e a Universidade de Granada, nos respectivos Programas: Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde, na Linha de Pesquisa “O cuidado em seu contexto sociocultural” e do Programa de Medicina Clínica e Saúde Pública, na Linha de Pesquisa “Enfermagem”. A temática enfoca a vivência da mulher com diagnóstico de câncer de mama e as implicações da espiritualidade no cuidado, com base na perspectiva fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty.

Contextualizando a temática, desde o início de minha vida profissional, cuidar de mulheres era meu foco principal como enfermeira obstétrica. A fisiologia e a vida me encantavam; em contrapartida, as patologias com suas morbidades me incomodavam por sempre me deixarem com a sensação de querer fazer mais, como se percebesse a carência e a individualidade de cada uma e não conseguisse identificar e promover um cuidado mais completo.

Quando cursei o mestrado acadêmico, há 26 anos, escrevi a dissertação sobre cuidados de enfermagem à mulher no puerpério, sempre enfatizando as necessidades emocionais e subjetivas no cuidado. Na qualidade de docente que acompanha discentes no ensino clínico, antes mesmo de terminar o mestrado, sempre me senti motivada a refletir sobre a mulher, suas etapas de vida e seus momentos felizes e tristes, de realizações e de perdas. Aprendi a observar o olhar triste de uma paciente, a ansiedade e o medo diante do diagnóstico desconhecido ou mal entendido por ela, e passei também a valorizar o poder estar ao seu lado, ouvi-la e, além de tudo, cuidar dela integralmente. Algumas vezes me sentia desconfortável com a carência espiritual e emocional que eu observava e tinha dúvidas sobre como intervir. Além disso, percebia que a equipe de saúde não sabia como lidar com essa resposta humana.

Muitas vezes não era simples identificar a profundidade da necessidade humana, nem do provedor do cuidado, nem da mulher que precisava ser cuidada. Porém, sabe-se hoje que a valorização da dimensão espiritual do ser e o estudo da espiritualidade vieram dar significado a algumas interrogações – tanto pessoais quanto de toda a equipe multidisciplinar – no cuidado em saúde, muito ligadas aos valores, aos estilos de vida, a crenças da conexão do ser humano consigo mesmo e com Deus.

A mulher sempre foi fundamental nas pesquisas e no ensino de enfermagem, e compreender a vivência da mulher no processo saúde-doença sempre foi alvo de minha atenção. O tema foi muito utilizado nos estudos anteriores no grupo de pesquisa, onde desenvolvi muitas atividades acadêmicas como docente e muito aprendi sobre maternidade, enfermagem obstétrica e saúde da mulher.

A espiritualidade vem ganhando atenção específica diante desse contexto de amadurecimento quanto ao que significa o expressar de sentimentos, valores e necessidades. Surgiu, então, um profundo interesse pessoal por uma nova visão da existência que supera as fragmentações do mundo moderno, ou seja, da pós-modernidade.

A espiritualidade como parte do cuidado em saúde foi uma redescoberta que preencheu uma lacuna importante. Aconteceu a partir da inserção desta pesquisadora no Grupo de Pesquisa Qualitativa Translacional Espiritualidade e Emoções em Saúde. Foi possível, então, delinear as questões relacionadas à dimensão espiritual, discutindo as potencialidades e os processos observacionais do comportamento humano, baseado nesta pesquisa e outros estudos já desenvolvidos. Desta forma, tem ocorrido principalmente um aprofundamento na subjetividade desse referencial temático fundamental à visão da integralidade feminina e sua vivência no diagnóstico de câncer de mama; diante do estresse, do sofrimento e da angústia psicoemocional enfrentada pela paciente.

Diante dessa perspectiva, abriu-se a oportunidade de uma bolsa de estudo de três meses pelo Colégio Doutoral Tordesillas de Enfermagem, na qual fui contemplada para realizar um estágio doutoral na Universidad de Granada, Espanha em 2017. Tempo de grandes aprendizados, novos estudos e início de pesquisas conjuntas com Dr.^a María Paz García Caro e com o *Grupo de Investigación: Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la enfermedad*. CTS-436.

Desde então, empenhou-se esforços para a realização da Cotutela Internacional de Tese entre a Universidade Federal Fluminense e a Universidad de Granada. Não havendo oportunidades pelas unidades de fomento nacionais nem internacionais, prosseguiu-se, e entre fevereiro e junho de 2019, o acordo de Cotutela foi firmado pelos reitores de ambas as universidades. De março a julho de 2019 foi realizado o segundo período de estágio doutoral na Universidad de Granada, *en la línea de investigación de Enfermería del Programa del Doctorado de Medicina Clínica y Salud Pública*, sendo este segundo período muito profícuo. Ante esse fato extremamente relevante, tem-se caminhado nessa descoberta de portas para um estudo de interesse conjunto, primando pela excelência desse aprendizado e pela troca de saberes, e então experienciar as conexões com o que é ser docente, enfermeira, pesquisadora,

observadora, nesse momento em que é preciso dar suporte integral à mulher com câncer de mama no enfrentamento do diagnóstico e suas necessidades mais profundas emocionais e espirituais.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo está voltado à vivência da mulher no diagnóstico de câncer de mama e às implicações da espiritualidade no cuidado, num estudo fenomenológico. Apresenta-se como objeto de estudo a vivência da mulher com diagnóstico de câncer de mama e as implicações da espiritualidade no enfrentamento da doença, com base na perspectiva fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty.

A saúde da mulher tem sido alvo de muitas pesquisas desde o fim do século passado no Brasil, intensificadas nos últimos anos principalmente com o aumento das políticas públicas na área. Em 2016, com o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher, observa-se o “fortalecimento das ações voltadas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades”, contemplando, ainda, “a abordagem dos problemas/queixas e a prevenção dos cânceres que mais acometem a população feminina” (BRASIL, 2016).

O câncer de mama, devido à sua alta prevalência, é a neoplasia mais frequente entre as mulheres, impactando 2,1 milhões de mulheres a cada ano no mundo, e é a causa do maior número de mortes relacionadas ao câncer entre as mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2020). Independentemente da condição socioeconômica do país, a incidência desse câncer se configura entre as primeiras posições das neoplasias malignas femininas. No Brasil, a incidência em mulheres representa 25% do total de todos os cânceres que afetam a população feminina, com estimativa de aproximadamente 66280 casos novos para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres. É a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. A incidência cresce progressivamente após os 35 anos, e após os 50 anos aumenta significativamente. Isso revela que mulheres mais velhas têm mais possibilidades de desenvolver a doença por próprias alterações biológicas resultantes do envelhecimento e do acúmulo de exposições ao longo da vida (BRASIL, 2019a).

Não há uma causa única para o câncer de mama. Diversos fatores se relacionam ao risco de desenvolver a doença, como: fatores endócrinos ou relativos à história reprodutiva por estímulo exagerado do hormônio estrogênio; menarca precoce; menopausa tardia; primeira gravidez em idade avançada; nuliparidade. Fatores genéticos ou hereditários são relacionados à mutação de determinados genes existentes na família, especialmente o BRCA1

e BRCA2. A predisposição genética por câncer de mama e de ovário em familiares consanguíneos é fator de risco elevado para mulheres, especialmente jovens. Fatores comportamentais ou relacionados ao ambiente incluem sobrepeso e obesidade após a menopausa, exposição à radiação ionizante, ingestão de bebida alcoólica. Quanto ao tabagismo, atualmente há evidência de que ele aumenta o risco para câncer de mama, incluindo o tabagismo passivo (BRASIL, 2019a).

No diagnóstico precoce, destaca-se a importância de os profissionais de saúde estarem atentos, assim como as mulheres, para o reconhecimento dos sinais e sintomas de câncer de mama. A orientação é de observação e autopalpação das mamas sempre que possível, valorizando descobertas casuais de pequenas alterações mamárias e procurando esclarecimento médico. Se a mulher estiver sintomática, deve ser dada a ela prioridade para a marcação de exames e consultas, assim como facilitar seu acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2019b). No rastreamento do câncer de mama, identifica-se que é uma estratégia direcionada somente a mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos são mais favoráveis, ou seja, o tratamento é mais efetivo e é menor a morbidade associada (BRASIL, 2019b).

Em relação ao tratamento, os avanços dos últimos anos relacionados a abordagem e individualização de cada caso têm permeado a busca por melhores prognósticos. O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas e as condições da paciente. O estadiamento e as características do tumor são fundamentais no prognóstico do câncer de mama. O diagnóstico feito no início tem como consequência um tratamento com maior potencial curativo; porém, quando já existe metástase, o objetivo do tratamento é aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2019b).

O tratamento pode ser dividido entre local (cirurgia e radioterapia) e sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia, terapia biológica). Nos estádios I e II, a conduta habitual é a cirúrgica, com a retirada somente do tumor ou com a mastectomia. Dependendo do subtipo de tumor, pode-se avaliar o linfonodo ou optar por um tratamento neoadjuvante. No estágio III, a terapêutica inicial é o tratamento sistêmico neoadjuvante, seguido do cirúrgico. A decisão terapêutica no estágio IV será regulada pelo prolongamento da sobrevida, sendo preponderantemente sistêmica. Em todas as opções, sempre se deve levar em consideração a qualidade de vida da paciente (BRASIL, 2019b).

Gregg (2011), ao estudar as mulheres negras norte-americanas e os relatos de enfrentamento do câncer de mama, alega que apesar de todos os ganhos das pesquisas científicas da área, existe uma mortalidade maior nas mulheres negras do que nas brancas. Ele

indica como principais razões para essa diferença o menor nível socioeconômico, o estágio avançado da doença ao ser feito o diagnóstico, a demora no diagnóstico e no tratamento, características biológicas e constitutivas e ainda os tratamentos diferenciados para pessoas carentes, como também a não inclusão em pesquisas clínicas.

No Brasil, Azevedo e Lopes (2010) afirmam que o câncer de mama feminino tem seu quadro agravado por ser diagnosticado tardiamente e, em particular, nas classes com menor poder aquisitivo. Conforme indica Gonçalves (2013), as desigualdades de acesso às medidas de detecção precoce do câncer de mama ocorreram com mulheres de menor nível socioeconômico e que referiram ser de cor preta ou parda.

Patel-Kerai et al. (2014) relataram diferenças entre grupos de mulheres no Reino Unido quando pesquisaram as mulheres negras e de minoria étnica com câncer de mama. Eles afirmam que a maioria dos estudos anteriores tiveram seu foco em mulheres brancas. As diferenças nas origens étnicas são importantes, por elas terem experiências e necessidades de saúde diversas por sua origem cultural e por diferirem epidemiologicamente em relação ao câncer de mama. Essas diferenças geraram formas mais agressivas de tratamento, uma vez que o diagnóstico tardio foi frequente. As similaridades entre os grupos étnicos sugeriam que a base educacional é um fator relevante, por causa dos mitos e tradições culturais em relação ao diagnóstico e tratamento.

As mulheres devem estar atentas à saúde do seu próprio corpo, o que significa, especialmente, conhecer as mamas. Saber o que é normal e quais são as alterações consideradas suspeitas pode favorecer uma detecção precoce. O principal sintoma na manifestação da doença é o nódulo fixo e geralmente indolor, podendo se manifestar pela pele da mama avermelhada, retraída ou com aparência de “casca de laranja”. Deve-se ter atenção com outras alterações no mamilo, com nódulos pequenos nas axilas ou pescoço e com a saída espontânea anormal de líquido pelos mamilos (BRASIL, 2019a).

“Os cânceres de mama podem ocorrer em qualquer parte da mama, mas a maioria surge no quadrante superior externo, onde há maior parte do tecido mamário. Em geral, as lesões são insensíveis, fixas e rijas com bordas irregulares” (PEREIRA et al., 2006, p. 791).

A prevenção se baseia no controle dos fatores de risco e no estímulo aos fatores protetores.

Cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados com a adoção de hábitos saudáveis, como: praticar atividade física, alimentar-se de forma saudável, manter o peso corporal adequado, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, amamentar, evitar uso de hormônios sintéticos. (BRASIL, 2020)

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama têm se revelado como um desafio para todas as mulheres acometidas. Muito se tem avançado no tratamento tradicional como a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia, mas os eventos adversos indesejados são frequentes e difíceis, como náuseas, vômitos, inapetência, palidez, fadiga, alterações de peso, entre outros, que acrescentam um sofrimento importante às pacientes, ao sentirem sua vida ameaçada (PATEL-KERAI et al., 2014; BORGES, 2015; CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014).

Outro aspecto que demanda atenção se refere às dificuldades na prevenção dos fatores de risco e de realização do diagnóstico precoce, que são, na maioria das vezes, a razão da necessidade de intervenções cirúrgicas invasivas, com prognóstico difícil (HADDAD; CARVALHO; NOVAES, 2015; GONÇALVES, 2013).

Contudo, também existe o fato de que o tratamento, independente de qual seja, traz muitas incertezas, além de ser doloroso e difícil de ser enfrentado. O que mais afeta as mulheres é principalmente a sobrevida, muitas vezes inconsistente, considerando a recorrência da enfermidade, com possibilidade de agravo repentino e de conseqüente morte (PEREIRA et al., 2006; AZEVEDO; LOPES, 2010).

Diante do aumento da sobrevida, é fundamental que compreendamos a experiência de se viver com o câncer de mama, pois a presença constante da incerteza aparece como elemento importante nas vidas dessas mulheres e se manifesta, muitas vezes, através do medo de uma recorrência da doença. (ALMEIDA et al., 2001, p. 64)

O diagnóstico de câncer de mama pode ser visto para além da ameaça à saúde, pois a natureza ameaçadora da própria vida possibilita à paciente reavaliar suas crenças e práticas espirituais religiosas e incentivar sua fé e busca pela transcendência (THUNÉ-BOYLE et al., 2011).

Nas últimas décadas têm sido crescentes as contribuições científicas sobre a dimensão espiritual na saúde. A questão do sentido da vida em algum momento é colocada a cada ser. Isso se torna mais intenso nos momentos de um agravo na saúde ou em situações de sofrimento em sua história de vida. “A vida de uma pessoa só pode ter sentido se ela se interessar de um modo profundo pelas coisas e se existir um envolvimento positivo com objetos e atividades, que levem à construção de relações positivas com os outros e com si próprio” (MENDES, 2012, p.17).

O ser humano carece de bem-estar e saúde para viver, o que se mostra um recorte comum na literatura científica. Isso reporta para o bem-estar espiritual com enfoque na qualidade de vida, tanto na velhice quanto em pessoas com doenças terminais como o câncer.

Na última década, atenção maior tem sido dispensada à espiritualidade e seu papel como estratégia de enfrentamento utilizada por pacientes com câncer, afinal, a espiritualidade e também a religião se mostram importantes no enfrentamento de tal doença, ao desempenhar papel protetor contra a morbidade psicológica, pois têm impacto importante sobre a maneira como a pessoa lida com a enfermidade. Cada indivíduo expressa a espiritualidade à sua maneira, relacionando-a a esperança de sobreviver ao câncer, visto que a doença amedronta e a espiritualidade renova [...]. (MESQUITA et al., 2013, p. 2)

A experiência do diagnóstico e tratamento do câncer acarreta perdas constantes e podem ser observadas em diferentes momentos. Pode-se observar o medo em relação às possíveis mudanças corporais. A imagem corporal está relacionada a um entendimento de si e vai além dos níveis físicos, envolvendo também os emocionais e mentais (MARTINS; OURO; NERI, 2015; AZEVEDO; LOPES, 2010).

É essencial à individualidade a relação da mulher com seu próprio corpo. O rompimento desse elemento essencial, causado pela doença, tem um significado muito profundo, mais especificamente quando se trata do câncer de mama. Deve-se levar em consideração o simbolismo individual da mama para a mulher e, principalmente, o simbolismo dado pela sociedade, conforme Azevedo e Lopes explicam a seguir:

O corpo biológico somente pode ser percebido através de seus representantes os quais o constituem, e que é denominado de corpo psicológico. Dessa maneira, sobre o substrato formado pelo corpo anatômico, constrói-se a imagem corporal, que é, comumente, referida quando uma pessoa fala sobre o seu corpo. Sendo o corpo orgânico o alicerce onde se apoia a imagem corporal, quando ocorrem modificações biológicas relevantes, como no caso de uma cirurgia mutiladora, essa mudança acarretará modificações na imagem corporal. (AZEVEDO; LOPES, 2010, p. 1068)

O comprometimento da constituição da imagem corporal feminina é uma transformação significativa, pois problemas relativos à sexualidade podem estar associados a mudanças na imagem corporal. A cirurgia mutiladora é uma alteração significativa, mas a submissão à quimioterapia pode gerar alterações hormonais e levar à diminuição do desejo sexual. O processo, desde o diagnóstico até o tratamento, impacta o cotidiano da mulher e demanda a elaboração de estratégias que a auxiliem a enfrentar o adoecimento e a buscar equilíbrio emocional (MARTINS; OURO; NERI, 2015).

1.1 Delimitação do problema de pesquisa

Para desenvolver esta temática que tem como foco a vivência da mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama, será necessário um olhar subjetivo e único para a questão. Uma enfermidade de tamanha gravidade no corpo feminino, que passa por vários estágios, gera uma vivência de medo e sofrimento.

Mello Filho e Burd (2010), ao estudarem emoções e câncer, descrevem várias pesquisas científicas de causas, situações desencadeadoras e início da doença. Os autores ressaltam que do “mesmo modo têm sido pesquisados tais aspectos em relação ao agravamento, surgimento de metástases e o desenlace, ou, ao contrário, a regressão espontânea da doença”. Acrescentam que a “ação dos estresses de longa duração, sem a capacidade de uma expressão externa, pode ter um efeito estimulador no crescimento de um câncer” (MELLO FILHO; BURD, 2010, p. 186). Poucas doenças são tão dependentes de uma etiologia multifatorial como o câncer, pois há uma série de eventos adversos que incluem determinação genética, falha no sistema imunológico, influências ambientais, fatores alimentares, virais e a influência de fenômenos de estresse e fatores psicológicos. Desta forma, é uma doença vinculada à pessoa integral, incluindo “o reflexo de suas relações pessoais de sua vida familiar e social” (MELLO FILHO; BURD, 2010, p.187).

Em estudos realizados com mulheres com neoplasias mamárias foi constatado que as más relações familiares e o estresse advindos disso foram precursores de agravamento da patologia, com metástases e morte subsequente, sem tempo suficiente para o tratamento mais adequado. Em contrapartida, aquelas que receberam o apoio familiar e social, bem como atenção, cuidados e empatia da equipe médica, tiveram um tempo maior de sobrevida, e esses fatores foram determinantes para a melhora na qualidade de vida dessas mulheres (MELLO FILHO; BURD, 2010). Teixeira et al. (2009, p. 247) já haviam chegado a essa constatação quando identificaram que “aquelas que participavam ativamente de sua própria recuperação com uma atitude mais positiva ultrapassavam a expectativa de sobrevida indicada”.

A mulher, a partir do diagnóstico da neoplasia mamária, assim como todo o percurso da doença, depara-se com muitas inquietações relacionadas a dor, a prováveis mutilações e consequente morte, constituindo-se num período marcado por muita ansiedade, sofrimento e angústia (FERREIRA et al., 2013; TEIXEIRA et al., 2009; PEDERSEN et al., 2016). O estigma do câncer de mama leva a paciente a conviver com sentimentos negativos por ela mesma nutridos anteriormente e, com isso, passa a questioná-los. Desse modo, ela enfrenta a necessidade de elaborar novos conceitos ao vivenciar um sentimento de impotência diante do

sofrimento e uma incerteza em relação à própria vida, transmitida pela doença e pelo tratamento complexo (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Entre esses sentimentos está a culpa pelos hábitos alimentares desfavoráveis, pela falta de cuidados preventivos e pela falha na percepção das necessidades pessoais (tanto físicas como emocionais), além do estresse associado à herança familiar e da associação com traumas e necessidades nos relacionamentos familiares mal resolvidos (PEREIRA et al., 2006).

Tem sido amplamente pesquisado que os fatores psicossociais são mais importantes para a promoção e progressão do que para o início da neoplasia. E, ainda, que estudos sobre os fatores de personalidade e parâmetros imunológicos em mulheres com câncer de mama descrevem os sentimentos de apatia, indiferença e depressão como relacionados ao agravamento da patologia e queda na defesa específica imunológica (MELLO FILHO; BURD, 2010).

Ferreira et al. (2013, p. 841) enfatizam em sua pesquisa que desde a inquietante confirmação do diagnóstico, a mulher se sente envergonhada e constrangida porque “as mamas representam a feminilidade, e a sua ausência pode significar interrupção da vida amorosa. Sem elas, as mulheres sentem-se excluídas da sociedade e rejeitadas sexualmente”. Em decorrência das “alterações na imagem corporal, dor, fadiga, mal-estar após a quimioterapia, perda do desejo sexual, estresse emocional” (p. 841), elas têm medo de um agravamento da atual situação nos relacionamentos conjugais e familiares.

Se por causa do câncer, ou mesmo do seu tratamento, a mulher ficar sem uma das mamas ou tiver uma alteração importante, isso irá causar toda uma repercussão de agressão psicológica e sociocultural, pois a falta da integridade da imagem e do esquema corporal gera uma quebra da capacidade de adaptação físico-emocional muito temida pelas mulheres, especialmente diante das exigências socioculturais, sejam elas reais ou supostas (MELLO FILHO; BURD, 2010; PINTO; SPIRI, 2008).

Vale ressaltar, assim, que o que torna uma situação estressante não é o evento em si, mas a forma como o indivíduo avalia a situação e seus recursos para lidar com ela. Em relação à mulher no enfrentamento do câncer de mama, pode-se identificar que as pacientes utilizam uma variedade de estratégias de enfrentamento para lidar com o câncer de acordo com a sua percepção e a partir do que acreditam que seja eficaz. Porém, estudar as estratégias de enfrentamento não é tarefa simples, principalmente porque as reações de cada mulher irão ocorrer em função do contexto particular na qual está inserida, incluindo a fase da doença (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; CASTRO et al., 2016; SOUZA; SEIDL, 2014) .

Os fatores espirituais podem funcionar como um recurso para indivíduos que enfrentam um diagnóstico de câncer e decisões de tratamento. Normalmente, mulheres com câncer de mama se envolvem em estratégias positivas de enfrentamento (podem ser usadas para proporcionar segurança e paz, obter conforto, vontade de viver, esperança e promover o bem-estar), mas vale ressaltar que existe enfrentamento espiritual negativo – por exemplo, sentimento de estar abandonada por Deus, angústia e emoções negativas como alta ansiedade e medo agudo (GALL; BILODEAU, 2020a; CASTRO et al., 2016; CASTILLO; MENDIOLLA; TIEMENSMA, 2019; LEÃO et al., 2021; GALL; BILODEAU, 2017; THUNÉ-BOYLE et al., 2011). Na última década, aumentaram as pesquisas sobre espiritualidade no fim da vida, câncer e cuidados paliativos. Da mesma forma, a pesquisa tem focado em mulheres diagnosticadas com câncer de mama, seus tratamentos específicos, assim como no impacto das cirurgias mutilantes e nos fatores emocionais e espirituais durante e após o tratamento. São temas e objetivos bem diferenciados.

Desde a suspeita e a investigação clínica inicial – que não ocorre tão rapidamente na maioria dos casos – até a expectativa da confirmação do diagnóstico, a mulher enfrenta uma difícil realidade. O grande desafio nessa etapa diagnóstica da neoplasia mamária é a oferta de uma assistência eficaz, resolutiva e contínua às mulheres com lesões palpáveis ou câncer de mama sintomático (GONÇALVES, 2013).

Outro aspecto que demanda atenção é a dificuldade na procura e o atraso no agendamento dos serviços e na implementação do tratamento. É importante que sejam oferecidas condições de cuidado integral, não somente em relação à patologia, mas também suporte emocional, espiritual e social. A confirmação do estágio da doença – bem como de seu comprometimento, que pode ser sistêmico – delineará o tipo de tratamento.

A transformação causada pelo câncer pode ser dolorosa, pois corrói tecidos, mas, principalmente, corrompe valores e crenças, carregando ainda consigo preconceito, discriminação e solidão [...]. Ao submeter-se à retirada da mama ou parte dela, certamente, a mulher estará passando por uma grande mudança, vivenciando, assim, um comprometimento físico, emocional e social. A cirurgia e sua associação a outros tratamentos para o câncer podem interromper os hábitos de vida da mulher, provocando alterações nas suas relações familiares e sociais, quase sempre provenientes, também, de sentimento de impotência e de frustração sobre algo que foge ao seu controle, como o próprio temor da doença. (PEREIRA et al., 2006, p. 792)

O câncer de mama tem sido considerado uma doença devastadora, ameaçadora, apavorante, triste, preocupante e tão incontrolável como a morte. Ao ser diagnosticado, causa um impacto, e a mulher vive um período de estresse físico e emocional, enquanto ocorre o

início de um conjunto de comportamentos de enfrentamento. Isso engloba a imagem corporal, a vida familiar e a visão sociocultural, que sempre é para ela um fator de discriminação e desvalorização (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009; AZEVEDO; LOPES, 2010).

A eclosão desta doença na vida da mulher acarreta efeitos traumáticos, para além da própria enfermidade, onde a mulher se depara com a iminência da perda de um órgão altamente imbuído de representações, assim como o temor de ter uma doença incurável, repleta de sofrimentos e estigmas. (AZEVEDO; LOPES, 2010, p. 1068)

Nesse momento, o olhar de quem cuida necessita ser o mais humano possível, entendendo que a mulher está numa condição extrema e que a dor que existe dentro dela é “a dor do mundo”, ou seja, um sofrimento, uma angústia muito maior e subjetiva do que se pode aparentar num contato meramente profissional e distante emocionalmente. “Não tenho outro meio de reconhecer o sofrimento e a dor do outro senão através do meu corpo, de minha sensibilidade e de minha percepção no acolhimento desse desespero” (ANGERAMI; GASPAR, 2016, p. 21).

Assim, o presente estudo buscou dar voz às mulheres que lidam com o diagnóstico de câncer de mama, valorizando suas necessidades espirituais como parte de uma visão integral (espiritual, emocional e física) e reconhecendo que estão enfrentando vários conflitos, sem muito tempo para deliberar sobre as decisões que devem ser tomadas.

1.2 Questões de pesquisa

Diante do exposto surgiram as seguintes questões de pesquisa:

- Qual é a experiência vivenciada pela mulher no processo de enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama?
- Como a mulher com câncer de mama percebe seu corpo, expressa suas emoções e atribui significados ao seu mundo da vida?
- De que maneira se revela a espiritualidade da mulher com câncer de mama e suas necessidades espirituais?
- De que maneira ela pode alterar seu comportamento de enfrentamento, utilizando a espiritualidade para promover a emoção positiva?

- Quais são as perspectivas de cuidado espiritual e emocional a essas mulheres?

1.3 Objeto de estudo

O objeto de estudo é a vivência da mulher com diagnóstico de câncer de mama e as implicações em sua espiritualidade no enfrentamento da doença e no cuidado, com base na perspectiva fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty.

1.4 Objetivo geral

Como objetivo geral, busca-se compreender as implicações da espiritualidade na experiência do enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama para as mulheres.

1.5 Objetivos específicos

- Desvelar a percepção da mulher no enfrentamento do diagnóstico do câncer de mama acerca de seu corpo e seu mundo da vida.
- Reconhecer a espiritualidade e as necessidades espirituais e emocionais da mulher a partir do seu comportamento de enfrentamento, utilizando a espiritualidade para promover a emoção positiva.
- Avaliar o bem-estar espiritual da mulher em sua vivência do diagnóstico através do Questionário de Bem-Estar Espiritual (*Spiritual Well Being Questionnaire – SWBQ*).

1.6 Proposição de tese a ser defendida

Tem-se como proposição de tese a ser defendida que a vivência perceptiva da mulher no enfrentamento do diagnóstico do câncer de mama é dinâmica e reavaliativa em torno do fenômeno que se mostra em seu cotidiano. Nesse processo, a espiritualidade constitui um recurso vital para a resignificação de sua experiência perceptiva, e, não obstante, o impacto

do diagnóstico de câncer promove uma resposta positiva mediante o enfrentamento baseado no sentido, como motivação para querer viver.

1.7 Justificativa

O estudo da temática se justifica a partir da compreensão universal de que a dignidade da mulher diagnosticada com câncer de mama não se restringe ao direito fundamental de ser assistida apenas em aspectos físicos de cuidados terapêuticos à neoplasia e toda a questão de saúde envolvida. Ela também possui uma dimensão espiritual não menos importante, que se expressa de modo particular e pessoal como dignidade interior, nos aspectos espirituais, morais e sociais do seu cotidiano e que necessita ser adequadamente considerada pelos profissionais responsáveis por recepcionar, orientar e conduzir a prática dos cuidados administrados a cada paciente (EDLUND, et al 2013; LEÃO, 2021 b).

Assim, o cuidado da mulher durante o diagnóstico de câncer de mama requer o aperfeiçoamento da sensibilidade do profissional que a acolhe, desde a escuta qualificada à atenção e inclusão diligente dos valores emocionais e psicoespirituais relacionados. Tais cuidados fazem parte do entendimento da visão integral de sua realidade.

Conforme alerta o Ministério da Saúde, existe o risco de o diagnóstico ser feito em estágio avançado, em virtude de falhas terapêuticas, mesmo apesar de todo aporte tecnológico atual. Esse quadro demanda um olhar sensível numa assistência mais completa para que haja aumento na sua sobrevivência, principalmente com qualidade de vida. (BRASIL, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) fez, através do seu Conselho Executivo, uma Revisão da Constituição na qual a definição de saúde, na 101ª Reunião Executiva, foi ampliada para a inclusão do 'bem-estar espiritual'. Além dessa inclusão no conceito de saúde, foi também inserido no instrumento de avaliação *World Health Organization's Quality of Life Measure – WHOQOL -100* (Medida de Qualidade de Vida pela Organização Mundial de Saúde). Vale ressaltar, então, que ao fazer assim, incluiu definitivamente espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, ou seja, o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. Reforçou que a espiritualidade significa o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (WHO, 1998; TRASMONTANO, 2015; LEÃO, 2021a).

Nesse sentido, a dimensão espiritual da vida se destaca como um dos principais domínios de avaliação de qualidade de vida, que inclui: Espiritualidade/ Religião/ Crenças pessoais. Outro instrumento de avaliação, *World Health Organization's Quality of Life Measure – WHOQOL-BREF* (Medida de Qualidade de Vida pela Organização Mundial de Saúde ‘Abreviado’), foi mesclado, e assim a espiritualidade não aparece especificamente, por terem unido alguns domínios do original. Dessa forma, tem ocorrido que outros instrumentos e escalas têm sido utilizados, como alguns autores confirmam, para uma avaliação mais completa da dimensão espiritual e religiosa nas mulheres com câncer de mama em todo o mundo (KYRANOU et al., 2014; CHANG et al., 2014; THUNÉ-BOYLE et al., 2013; GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; ROHANI et al., 2015; RAJA LEXSHIMI, 2014; ABU-SAAD HUIJER, ABBOUD, 2012; JAFARI et al., 2013).

A temática se coaduna com a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Oncológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, 2005), bem como com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e, mais atualmente, com os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Todos afirmam a necessidade de uma atenção de qualidade, desde a identificação das necessidades em saúde até a abordagem dos problemas/queixas no enfrentamento dos cânceres que mais acometem a população feminina (BRASIL, 2016). Assim, a abordagem da temática contribui com o Sistema único de Saúde pela oportunidade de criar subsídios para que o cuidar aconteça de uma maneira mais completa.

A presente pesquisa se insere na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, no eixo número 10, Saúde da mulher – Câncer de mama (BRASIL, 2018).

A Enfermagem, desde seus primórdios, encontra a espiritualidade sendo tratada por Florence Nightingale, como, por exemplo, no momento em que ofertava a comunicação com os pacientes, à noite, lendo a Bíblia para eles com o auxílio de uma lamparina, trazendo conforto e esperança (SÁ; PEREIRA, 2007). Dessa forma, percebe-se o legado histórico de ver o ser humano como bio-sócio-espiritual, e as necessidades espirituais como aspecto integrante da elaboração de um cuidado holístico, com visão de qualidade, coragem e compaixão e que, mesmo depois de 100 anos, desafia a ter fé para fazer a diferença (BAKEWELL, 2011).

As propostas teóricas da enfermagem brasileira e mundial nas décadas de 1950, 1960 e 1970 continuamente apontaram o cuidado holístico, que foi sucessivamente visualizado como uma preocupação essencial devido à sua importância. As teorias de enfermagem identificaram a espiritualidade como necessidade intrínseca do ser humano. Entretanto, desde

as décadas finais do século XX ao início do século XXI, percebeu-se um distanciamento maior entre essa ênfase e a enfermagem, afeita muito mais ao modelo biomédico, numa visão mecanicista e materialista. Essa dicotomia aflorou da influência do avanço tecnológico e cultural da sociedade, contrapondo-se ao cuidado emocional, espiritual e até mesmo da humanização, tão defendida e alertada pelas teorias e pelas reflexões de enfermagem.

Vale lembrar que para sustentar o conhecimento e o planejamento do cuidado em enfermagem, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo, a padronização de classificações de diagnósticos de enfermagem da Associação Internacional Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association International*) define os diagnósticos de enfermagem de acordo com os sinais, sintomas e necessidades dos pacientes que o enfermeiro identifica.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC – *Nurse Intervention Classification*) diz respeito a taxonomias, ou seja, uma padronização da linguagem utilizada para resolução de problemas específicos através de cuidados (LADWIG; ACKLEY, 2012). “Os diagnósticos estão categorizados conforme a Taxonomia II, primeiro, por domínio; depois, por classe” (HERDMAN; KAMITSURU, 2020, p. 27). No domínio 10 – Princípios da Vida, Classe 2 – Crenças, existe o diagnóstico 00068 – Disposição para bem-estar espiritual melhorado, com nível de evidência 2.1.

Nas características definidoras são encontradas várias relacionadas às ligações consigo mesmo, como a que expressa desejo de aumentar: ‘a aceitação, a alegria, a coragem, a esperança, a prática da meditação, a satisfação com a filosofia de vida, o amor, o enfrentamento, o perdão a si mesmo, o propósito na vida, o sentido da vida, a entrega, a serenidade (paz)’. Nas conexões com os outros: “expressa desejo de melhorar a interação com líderes espirituais, pessoa significativa, o perdão aos outros, os serviços aos outros”. Encontra-se, também, a “ligação com a arte, a música, a literatura e a natureza”; ‘expressa desejo de melhorar a energia criativa (p. ex., escrever, fazer poesias, música), a leitura espiritual, o tempo ao ar livre’; sem esquecer que inclui “ligações com um poder maior que si mesmo, expressa desejo de aumentar a oração, a participação em atividades religiosas, a reverência, as experiências místicas” (HERDMAN; KAMITSURU, 2020, p. 710).

As necessidades espirituais são incluídas em diagnósticos específicos de enfermagem e, assim, podem ter intervenções apropriadas para as necessidades encontradas. A definição de sofrimento espiritual se encontra em Valores/Crenças/Atos, número 00066, como “uma capacidade prejudicada de experienciar e dar significado e objetivo à vida pela conexão com os outros, consigo mesmo, pela música e artes, pela natureza e também com um poder maior”

(HERDMAN; KAMITSURU, 2020, p. 713), encontrada como diagnóstico na NANDA, que tem nas características definidoras: “ansiedade, choro, fadiga, insônia, medo, questionamento da identidade, questionamento do sentido da vida, questionamento do sentido do sofrimento” (p. 713); e tem nas ligações consigo mesmo, “aceitação inadequada, coragem insuficiente, culpa, estratégias de enfrentamento inadequadas, percepção de sentido da vida insuficiente, raiva, redução na serenidade, sensação de não ser amado” (p. 713). Nas ligações com os outros, encontra-se: “alienação, recusa interação com líderes espirituais, recusa interação com pessoas significativas, separação do sistema de apoio” (HERDMAN; KAMITSURU, 2020, p. 713).

Pode-se observar que todos esses diagnósticos são cercados de dificuldades para serem utilizados pelas enfermeiras por causa da falta de preparação para essa identificação durante sua prática clínica na atenção às pacientes com câncer (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014). Mesmo com todo esse referencial para abordar questões relacionadas à espiritualidade na prática assistencial como processo de interação pessoa a pessoa, acrescenta-se a dificuldade de identificação/valorização da comunicação não verbal. A identificação e a elaboração de hipóteses diagnósticas e a validação da compreensão de orientações como parte do cuidado precisam acontecer de forma plena (PENHA, 2012).

Portanto, a equipe que cuida da mulher, e principalmente a enfermeira, vem modificando seus valores para uma retomada dos aspectos mais subjetivos como a intuição, a sensibilidade, a emoção e até mesmo o desejo de solidariedade (TERRA et al., 2009). Uma maneira de conhecer suas necessidades é se aproximar, valorizando a mulher em seu modo peculiar no enfrentamento da doença, especialmente com os recursos da dimensão espiritual.

Os valores ligados à espiritualidade são fundamentais quando a mulher se depara com a questão da finitude da vida, e se evidenciam de forma gradual, conforme ela busca a transcendência desse limite e percorre o caminho da tentativa de superação (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014).

1.8 Relevância e contribuições do estudo

Este estudo busca compreender a mulher com câncer de mama no enfrentamento do diagnóstico, o mais próximo possível do sentido da vivência no seu mundo, com seus desejos, ansiedades, inconveniência e perda da qualidade de vida, por estar vivendo um momento inesperado e muito difícil de ser vivido. Os conflitos existenciais diferem individualmente e

certamente irão influenciar esse momento. São necessidades frequentemente mencionadas, mas efetivamente pouco valorizadas pela equipe de saúde. Em outros momentos, fazem parte da comunicação não verbal, que precisa ser identificada e também apreciada.

A relevância desta pesquisa tem caráter universal, tendo em vista o crescente aumento de número de casos de câncer de mama no Brasil e no mundo. Ademais, destaca-se por focar a importante interlocução com a espiritualidade, coadunando com a abrangência do conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Por outro lado, estudos que envolvem a mulher com câncer de mama são escassos e apresentam lacunas no conhecimento, no que se refere à compreensão da vivência da mulher no enfrentamento do diagnóstico e as implicações da espiritualidade no enfrentamento experienciado por essas mulheres.

O aprofundamento da temática confere ao presente estudo a possibilidade de ampliação do conhecimento científico na área de enfermagem mediante sua divulgação tanto nacional quanto internacional, podendo inclusive subsidiar novas pesquisas, propiciando melhor compreensão da natureza humana frente a esse complexo fenômeno, sobretudo no que se relaciona ao bem-estar espiritual e à qualidade de vida, sendo útil principalmente para as enfermeiras e os profissionais que atuam não somente nas áreas de saúde da mulher e oncologia, mas nas demais áreas de conhecimento em saúde.

Concernente à relevância acadêmica, o presente estudo traz contribuição para a formação profissional de enfermagem para graduação e pós-graduação, possibilitando o desenvolvimento de reflexões sobre a integralidade do cuidado, proporcionando embasamento, sendo fonte de consulta e, conseqüentemente, norteador de novos caminhos na pesquisa e no cuidado à mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama e sua espiritualidade. Poderá também contribuir para a linha de pesquisa “O cuidado em seu contexto sociocultural” do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde, da Universidade Federal Fluminense, além de contribuir para a linha de pesquisa “Enfermagem” do Programa de Medicina Clínica e Saúde Pública da Universidad de Granada.

Para o ensino de enfermagem, fornece subsídios para a construção de um cuidado empático e sensível frente à complexidade da vivência da mulher com câncer de mama. Sinaliza, portanto, uma possibilidade de atuação de qualidade a partir do estabelecimento de “estratégias que favoreçam maior aproximação às clientes no sentido de detectar as suas necessidades e ajudá-las a descobrir suas potencialidades para superar as dificuldades que possam estar influenciando seu bem-estar e as percepções acerca da doença e do tratamento” (TEIXEIRA et al., 2009, p. 248).

Diante dos reflexos do diagnóstico de câncer de mama na vida da mulher e no contexto social em que está inserida, esta pesquisa contribuirá ao proporcionar embasamento para uma assistência de enfermagem mais humanizada, preservando um elemento importante na relação entre saúde da mulher e oncologia, que é a dignidade e o respeito à pessoa humana. Quando o profissional de saúde agrega sentido e valor à sua prática, seu empenho se torna mais gratificante, empático, acolhedor e dinâmico, com múltiplos benefícios para quem recebe o cuidado.

1.9 Estado da arte preliminar

Para o estado da arte inicial foi realizada uma primeira revisão de literatura, com levantamento bibliográfico e pesquisa eletrônica de artigos científicos nos ambientes virtuais científicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES periódicos). Nela se teve acesso às bases SciVerse SCOPUS (Elsevier) e Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Posteriormente, realizou-se uma complementação junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que permitiu acessar as seguintes bases científicas: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Pubmed – U.S. National Library of Medicine (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), no mês de abril/maio de 2017.

Foram utilizados os seguintes descritores (DECS) em língua portuguesa e inglesa: *spirituality*; *breast cancer*; *diagnosis*; e como operadores booleanos: AND. Obteve-se o total de 243 artigos encontrados.

Como critérios de inclusão, foram utilizados: idiomas inglês, português e espanhol; recorte temporal de 2011 a 2016; artigos na íntegra. Como critérios de exclusão, elegeu-se os relatos duplicados, e, pela leitura dos títulos e resumos, os artigos que versavam sobre cuidadores e familiares de mulheres com câncer, outros tipos de câncer, mulheres sobreviventes e revisões de literatura. De acordo com esses critérios, foram encontrados 14 artigos, conforme mostra a Figura 1.

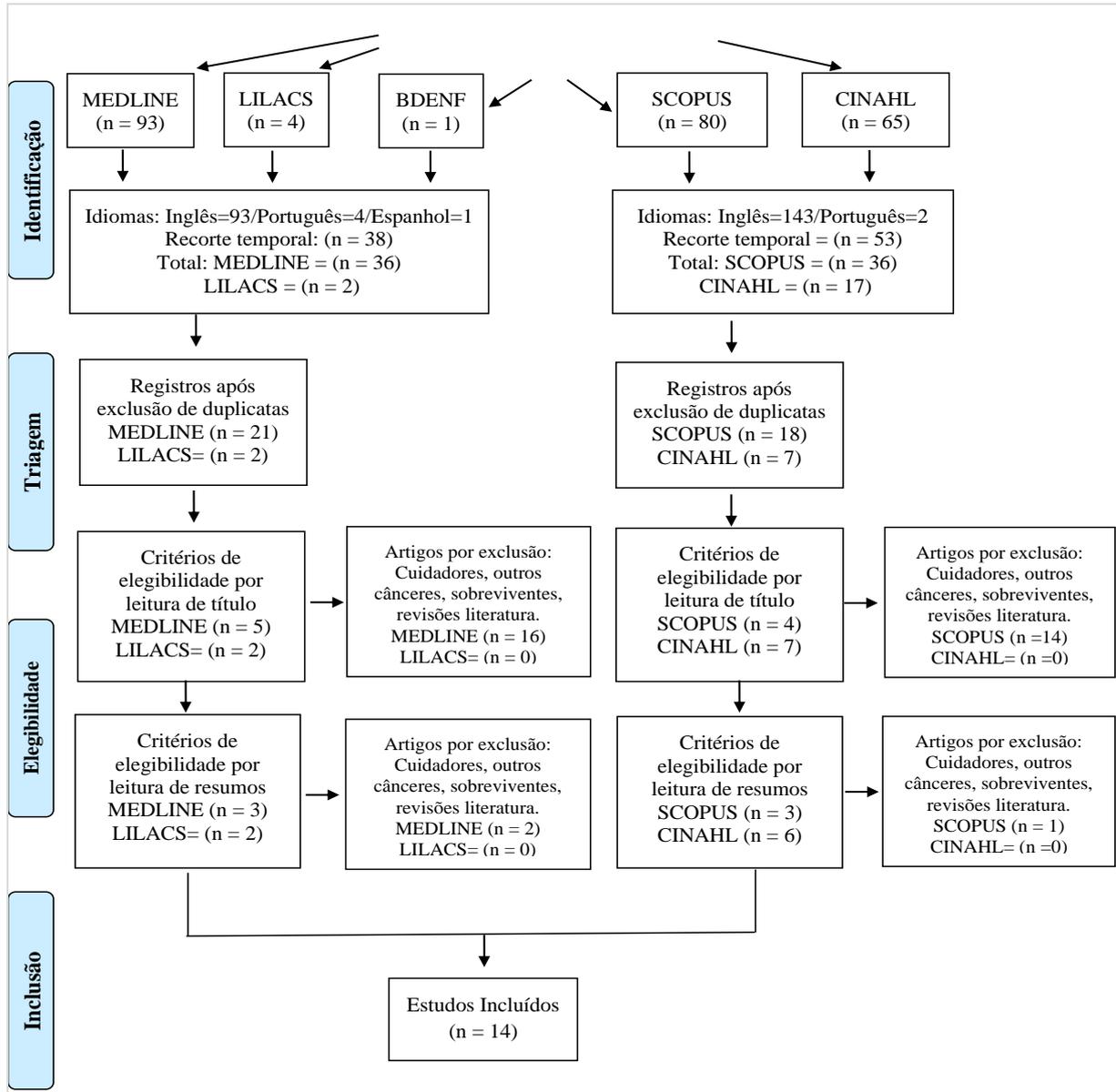


FIGURA 1 – Diagrama Prisma – seleção dos artigos encontrados

FONTE: elaboração da autora (2017).

Como estratégia de busca, foram procurados os melhores descritores para se ter acesso aos artigos, sendo fundamental para a elaboração de todo o caminho da pesquisa eletrônica nas bases de dados citadas. Neste momento foram estabelecidos os filtros, o recorte temporal (últimos cinco anos) e encontrados todos os artigos na íntegra após a solicitação de alguns deles no próprio ambiente científico virtual da CAPES através da rede de bibliotecas. Somente uma das produções parecia estar indisponível, mas na leitura do resumo foi possível observar que na realidade se tratava de outro tipo de neoplasia, não a mamária. Permaneceram 91 artigos para serem lidos e selecionados.

Os critérios de elegibilidade foram se delineando conforme os títulos e resumos eram lidos cuidadosa e criteriosamente. Nesse processo, a pesquisadora observou que alguns não

eram compatíveis com a busca ao objeto de estudo e, desta forma, os critérios de inclusão e exclusão acima citados, como a exclusão das revisões de literatura (sistemática e integrativa), foram ficando claros.

Essa leitura e seleção ocorreu, inicialmente, excluindo os artigos duplicados, ou seja, presentes em mais de uma base de dados. Em seguida, os artigos foram excluídos também pelos critérios: cuidadores (*caregivers*), incluindo os familiares; outros tipos de cânceres; estudos relacionados às sobreviventes, ou seja, aquelas que tiveram o término do tratamento há mais de cinco anos. Os estudos incluídos foram 14, no total, e compuseram material para esta revisão (Quadro 1).

QUADRO 1 – Caracterização dos estudos

	ARTIGO	AUTOR	BASE	PERIÓDICO	MÉTODO	CONCLUSÃO
1	Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design.	ROHANI, C. et al.	SCOPUS	Health and Quality of Life Outcomes. 2015; 13:40	Estudo longitudinal	O artigo sugere que quando a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde é medida em pacientes com câncer de mama é importante coletar dados antes do diagnóstico final para evitar riscos de deterioração na qualidade de vida durante e após o tratamento. A dimensão existencial (senso de coerência) aparece como mais relacionada ao bem-estar do que a dimensão religiosa, o que foi visto como uma capacidade de enfrentamento e superação.
2	I'm a Jesus Girl: Coping stories of black American women diagnosed with breast cancer	GREGG, G.	MEDLINE	J Relig Health. 2011; 50: 1040-1053.	Estudo qualitativo, exploratório	Este estudo examina como a espiritualidade /religiosidade foi utilizada como um mecanismo de enfrentamento por um grupo de mulheres negras americanas em seguida ao seu diagnóstico de câncer de mama.
3	Delay in seeking medical evaluations and predictors of self-efficacy among women with newly diagnosed breast cancer: a longitudinal study	CHANG, H. et al.	CINAHL	International Journal of Nursing Studies. 2014; 51: 1036 – 1047.	Estudo descritivo, longitudinal	A pesquisa sugere que o apoio espiritual e os traços da personalidade foram variáveis-chave na demora das mulheres taiwanesas de buscarem a confirmação do câncer de mama e cuidados médicos. A conscientização e as intervenções para aumentar a esperança durante os estágios iniciais são recomendações para a enfermagem.

	ARTIGO	AUTOR	BASE	PERIÓDICO	MÉTODO	CONCLUSÃO
4	Religious/ spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK	THUNÉ- BOYLE, I. C. V. et al.	CINAHL	Phyco- Oncology. 2013; 22: 646- 658.	Corte transversal de um estudo longitudinal	O estudo conclui que usar o recurso religioso/espiritual no enfrentamento dos estágios iniciais do câncer de mama pode ser uma função importante no processo de adaptação. As pacientes podem se beneficiar de ter suas necessidades espirituais alcançadas, assim como experimentar alguma forma de enfrentamento negativo espiritual/religioso pode servir como uma barreira na adaptação à doença.
5	Entre o bem- estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro	CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M.	LILACS	Rev. Latino- Am. Enfermagem2 014; 22(1):	Validação clínica de diagnóstico	Os achados da pesquisa revelam que as mulheres com menos tempo de diagnóstico e tratamento são as que foram identificadas com diagnóstico de angústia espiritual. Enfatizaram a necessidade e responsabilidade dos enfermeiros diante desse diagnóstico prevalente.
6	The relationship between religious /spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer	GALL, T. L.; CHAR BONNEAU, C.; FLORACK, P.	CINAHL	Psychology and Health, 2011; 26(3): 287-305.	Estudo longitudinal	Os resultados do estudo revelaram que os vários aspectos da religiosidade /espiritualidade têm diferentes implicações na percepção do crescimento pessoal após o diagnóstico de câncer de mama. As expressões negativas da espiritualidade na fase diagnóstica inicial podem implicar negativamente na habilidade de manter uma perspectiva positiva durante a longa trajetória do tratamento.

	ARTIGO	AUTOR	BASE	PERIÓDICO	MÉTODO	CONCLUSÃO
7	Health-related quality of life among breast cancer patients in Lebanon	ABU-SAAD HUIJER, H.; ABBOUD, S..	CINAHL	European Journal of Oncology Nursing, 2012; 16: 491-497.	Pesquisa descritiva transversal	O estudo forneceu um fundamento sobre qualidade de vida, prevalência e manejo de sintomas, e habilidade funcional. Estratégias direcionadas ao manejo dos sintomas, em particular os psicológicos precisam ser desenvolvidos e implementados juntamente com um cuidado de enfermagem holístico, multidisciplinar e paliativo.
8	Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer	JASSIM, G. A.; WHITFORD D.L.	SCOPUS	Social Science & Medicine, 2014; 107: 189-195.	Estudo qualitativo	O estudo referiu que o choque emocional do diagnóstico inicial preocupou sobre revelar a realidade e o desejo de viver uma vida normal. Os temas culturais e religiosos foram identificados como importantes para os profissionais de saúde assegurarem uma abordagem mais individualizada da mulher com câncer de mama.
9	Spirituality and mental adjustment as coping strategies among women with breast cancer	LEXSHIMI,R. R.G; et al.	MEDLINE	Malaysian Journal of Public Health Medicine, 2014; 14(1): 1-9.	Estudo transversal	O estudo conclui que a espiritualidade e a adequação mental a nova realidade são estratégias de enfrentamento amplamente adotados pelas mulheres malauianas logo após o diagnóstico da doença e por toda sua jornada. Sugere um tratamento holístico à mulher com câncer de mama.

	ARTIGO	AUTOR	BASE	PERIÓDICO	MÉTODO	CONCLUSÃO
10	Predictors of initial levels and trajectories of anxiety in women before and for 6 months after breast cancer surgery	KYRANOU, M.; et al.	CINAHL	Cancer Nursing, 2014; 37(6): 406-417.	Estudo descritivo, longitudinal	Os resultados do estudo demonstraram níveis moderados de ansiedade antes da cirurgia. Mas uma taxa alta de ansiedade pré-operatória, saúde física debilitada, diminuição do sentimento de controle e sentimentos de isolamento foram os preditores da ansiedade elevada no passar dos meses no pós-operatório.
11	Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy	JAFARI, N; et al.	SCOPUS	Suport Care Cancer, 2013; 21: 1219-1225.	Estudo transversal	Os resultados encontrados pelo estudo mostraram um baixo índice de qualidade de vida em comparação com os estudos internacionais mencionados. Considerando a associação do bem-estar espiritual e índices de qualidade de vida, mais intervenções psicoespirituais devem ser implementadas no cuidado à mulher com câncer para atender as suas necessidades.
12	<i>Coping</i> religioso/espiritual positivo em mulheres com câncer de mama: um estudo qualitativo	VEIT, C. M. CASTRO, E. K.	LILACS	Psico, 2013; 44 (3):331-341	Transversal, qualitativo e exploratório	A pesquisa apresentou o foco nos aspectos positivos do enfrentamento da doença. Os resultados reafirmaram a necessidade de uma abordagem na qual os profissionais de saúde contemplem as crenças religiosas/espirituais das mulheres, visando ao estímulo de estratégias de <i>coping</i> positivas e a reavaliação das negativas.

	ARTIGO	AUTOR	BASE	PERIÓDICO	MÉTODO	CONCLUSÃO
13	The impact of breast cancer diagnosis on religious/spiritual beliefs and practices in the UK	THUNÉ-BOYLE, I. C. V.; et al.	MEDLINE	J Relig. Health, 2011; 50: 203-218.	Estudo transversal	O estudo apresentou a conclusão de que a firmeza da fé, a crença em Deus e as práticas religiosas/espirituais particulares foram identificadas como elevadas logo após o diagnóstico de câncer. Mas na fase cirúrgica não foram percebidas diferenças significativas em relação ao grupo controle.
14	The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial	JAFARI, N; et al.	CINAHL	Psychology, Health & Medicine, 2013; 18 (1): 56-69	Ensaio clínico controlado randomizado	As conclusões desse estudo indicam que a utilização de terapia espiritual pode melhorar em geral a qualidade de vida de mulheres com câncer durante o tratamento de radioterapia. Deve-se levar em consideração a dificuldade de manutenção da qualidade de vida.

FONTE: elaboração da autora (2017).

Diante das publicações apresentadas no quadro, percebe-se que apenas recentemente, em nível mundial, os pesquisadores têm dado mais atenção para o recurso potencial da espiritualidade em mulheres com câncer de mama na fase diagnóstica. Vários relatos afirmaram a ausência de pesquisas nos seus países de origem, ou mesmo em grupos específicos de mulheres de cultura ou etnia diferenciada (VEIT; CASTRO, 2013; JAFARI et al., 2013; THUNÉ-BOYLE et al., 2011, THUNÉ-BOYLE et al., 2013; GREGG, 2011; CHANG et al., 2014; RAJA LEXSHIMI, 2014).

Para Martins, Ouro e Nery (2015), no que diz respeito à espiritualidade e as estratégias de enfrentamento, no câncer de mama cada mulher as utiliza de modo diverso, no processo que inclui o diagnóstico e fase inicial do tratamento. Afirma também que não existe

uma estratégia melhor do que a outra e sua execução depende de uma série de variáveis, tais como o tipo de câncer, a etapa da doença e o grupo social.

Raja Lexshimi (2014) menciona que existem poucos estudos que examinam a espiritualidade e sua relação com estratégias de enfrentamento ou *coping*, qualidade de vida e as adaptações psicológicas. Veit e Castro (2013) afirmam que algumas mulheres apresentaram a negação da doença como estratégia de enfrentamento. Caldeira, Carvalho e Vieira (2014) se referem à angústia espiritual como prevalente e algumas vezes difícil de ser diferenciada da depressão. Apesar disso, salientam que a angústia espiritual é um diagnóstico de enfermagem relevante.

Gall, Charbonneau e Florack (2011) encontraram em suas pesquisas que níveis mais altos de espiritualidade no início do diagnóstico foram um importante precursor de melhores níveis de adaptação na fase até 24 meses após a cirurgia mamária. Essa associação revela que a visão positiva de Deus se reflete na busca dos benefícios da experiência de viver com câncer, aumentando as perspectivas de vida. Concluíram que expressões negativas da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama na fase diagnóstica podem resultar em implicações mais difíceis durante o longo tratamento e consequente desenvolvimento pessoal menor. Apesar disso, afirmam que a angústia espiritual pode gerar algum tipo de crescimento pessoal se a mulher encontrar benefícios nessa luta contra a doença e na resolução dos seus conflitos emocionais.

Gregg (2011) especifica na sua pesquisa que a negação inicial existe frequentemente e que a aceitação vem de um lento processo de elaboração da nova identidade. Essa aceitação aconteceu nas entrevistadas como resultado da realidade das perdas advindas da cronicidade do câncer e suas consequências.

Kyranou et al. (2014) fizeram um estudo longitudinal com 396 pacientes e delinearão que para melhorar as habilidades de enfrentamento do câncer de mama e diminuição da ansiedade, muitas mulheres mantiveram atividades espirituais desde o diagnóstico até depois da cirurgia de câncer de mama. As que tinham as atividades espirituais como menos importantes na sua vida, demonstraram um aumento constante nos níveis de ansiedade e dificuldades na sua adaptação na fase mais longa do tratamento. Os níveis mais baixos de satisfação na vida foram associados aos altos índices de ansiedade pré-operatória.

Quanto à qualidade de vida da mulher com câncer de mama, foi elaborado um instrumento pela Organização Mundial de Saúde para mensurar Qualidade de Vida (QOL 100 – *Quality of Life*), que na sua complexidade apresenta 100 perguntas referentes a seis

domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, incluindo a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. O instrumento foi utilizado em alguns artigos pesquisados, apesar de o fazerem com algumas modificações.

Kyranou et al. (2014) utilizaram a Escala de Qualidade de Vida – versão do paciente (*Quality of Life Scale-Patient Version – QOL-PV*) que contém 41 itens e inclui as quatro dimensões do bem-estar: física, psicológica, espiritual e social. Os autores relacionaram essas dimensões com a revisão de literatura sobre satisfação na vida, incertezas, importância das atividades espirituais, sentimentos de isolamento, senso de controle da vida, dificuldade de enfrentamento e a ansiedade em mulheres com câncer de mama.

Segundo Abu-Saad Huijjer e Abboud (2012), Rohani et al. (2015) e Jafari et al. (2013), a escala de Qualidade de Vida (QOL) da European Organization for Research and treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ C-30) é um questionário adaptado para mensurar especificamente a qualidade de vida em pacientes com câncer. A escala é composta de 30 itens que abordam aspectos físicos, funcionais, cognitivos, emocionais e sociais, porém não aborda os aspectos espirituais. Além desse questionário, as pesquisas relacionadas acima utilizaram outras escalas, que para eles eram mais adequadas a aspectos subjetivos, como as necessidades espirituais.

Rohani et al. (2015) usaram mais duas escalas para mensurarem a qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade, e afirmaram que o enfrentamento religioso positivo está associado com melhoras na saúde, enquanto o negativo é precursor do declínio da saúde nas mulheres com câncer de mama.

Chang et al. (2014) indicaram vários fatores pessoais que dificultam a mulher com câncer de mama a buscar confirmação do diagnóstico e tratamento, sendo o principal deles a ansiedade. Veit e Castro (2013) realçaram haver preconceito e constrangimento decorrente do estigma da impossibilidade de cura e conseqüente morte, o que pode gerar atraso na busca por tratamento.

2 ESTUDO 1 – SPIRITUAL AND EMOTIONAL EXPERIENCE WITH A DIAGNOSIS OF BREAST CANCER: A SCOPING REVIEW

Este capítulo constitui um dos estudos que integra esta tese. Trata-se de uma revisão de escopo publicada no periódico *Cancer Nursing*: February 27, 2021 - Volume Publish Ahead of Print - Issue - doi: 10.1097/NCC.0000000000000936. O artigo foi publicado com o título original: “*Spiritual and Emotional Experience with a Diagnosis of Breast Cancer: A Scoping Review*”.

2.1 Methods

The study adopted a scoping review design, which involves the mapping of literature and scientific evidence. The scoping review procedure was described by Arksey and O'Malley²⁶ and subsequently systematized.^{27,28} The review consisted of 5 steps: identify the research question, find relevant studies, select the studies, chart the data, and collate, summarize, and report the results.²⁹

2.1.1 IDENTIFY THE RESEARCH QUESTION

According to the research questions and the review's purpose, the main research issues of previous studies were identified to establish search terminologies and strategies. Following the Joanna Briggs Institute's suggestions to construct a clear and meaningful scoping review for the study population, the participant type was defined as women newly diagnosed with breast cancer. Regarding the concept and context, the 2 key concepts were spiritual and emotional coping, and the context was the experiences of women newly diagnosed with breast cancer (and suggested interventions).

2.1.2 IDENTIFY AND SELECT RELEVANT STUDIES

For the literature search, it was necessary initially to determine the appropriate terms for use in the search equations. The meaning and definition of each term were considered using several Descriptors in Health Sciences and Medical Subject Headings terms to diversify

the approaches and terminologies used and to cover the themes comprehensively: “breast cancer,” “spirituality”; “breast neoplasm,” “emotions,” “coping,” “emotional stress,” “emotional distress,” “anguish,” “coping behavior,” “diagnosis,” and “emotional adjustment” using AND OR in different search equations.

On the basis of the researchers' collective understanding, the various search string options were assessed, and the search was re-fined to find relevant studies in the 3 selected languages that best fit the research objective and question with the following search string: “breast cancer” AND “spirituality” AND “coping behavior” OR “emotional adjustment.” The databases searched were Scientific Electronic Library Online, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Medical Literature Analyses and Retrieval System Online, Scopus (a multidisciplinary database), Latin American & Caribbean Health Sciences Literature, Spanish Bibliographic Index of Health Sciences, the database of the American Psychological Association (PsycINFO), and Google Scholar. Finally, additional pertinent studies were identified by reviewing the bibliographies of the included studies.

For the selection of studies, publications with the following criteria were included in the study: (1) articles on updated studies on the theme published between 2011 and 2019, as research in the area of spirituality in health has been evolving^{17,19}; (2) original articles reporting research conducted directly in women with breast cancer that included attention to spiritual and emotional coping concepts and specified the context of the experience of the diagnosis and its implications; (3) identified articles written in English, Portuguese, and Spanish; (4) articles reporting qualitative or quantitative studies; and (5) articles reporting studies adhering to the theme.

Duplicate studies and those that had different objectives and approaches were excluded. Specifically, studies were excluded based on the following criteria: (a) studies that investigated women who had survived cancer and not those in the diagnostic phase or those with metastases, cancer recurrence, and palliative care because many studies have been conducted on these specific themes that did not focus on the diagnostic phase; (b) studies that included caregivers and family members; or (c) studies that investigated other cancers or pathologies.

The study authors identified a total of 1851 articles and re-viewed the studies to determine their eligibility through consensus. The first step involved the application of the preestablished inclusion and exclusion criteria to analyze the titles and abstracts to determine eligibility followed by the reading of the texts in their entirety and the systematization of the texts in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-

Analyses guidelines for scoping reviews.²⁵ A flowchart illustrates the selection process of the included studies (see the Figure).

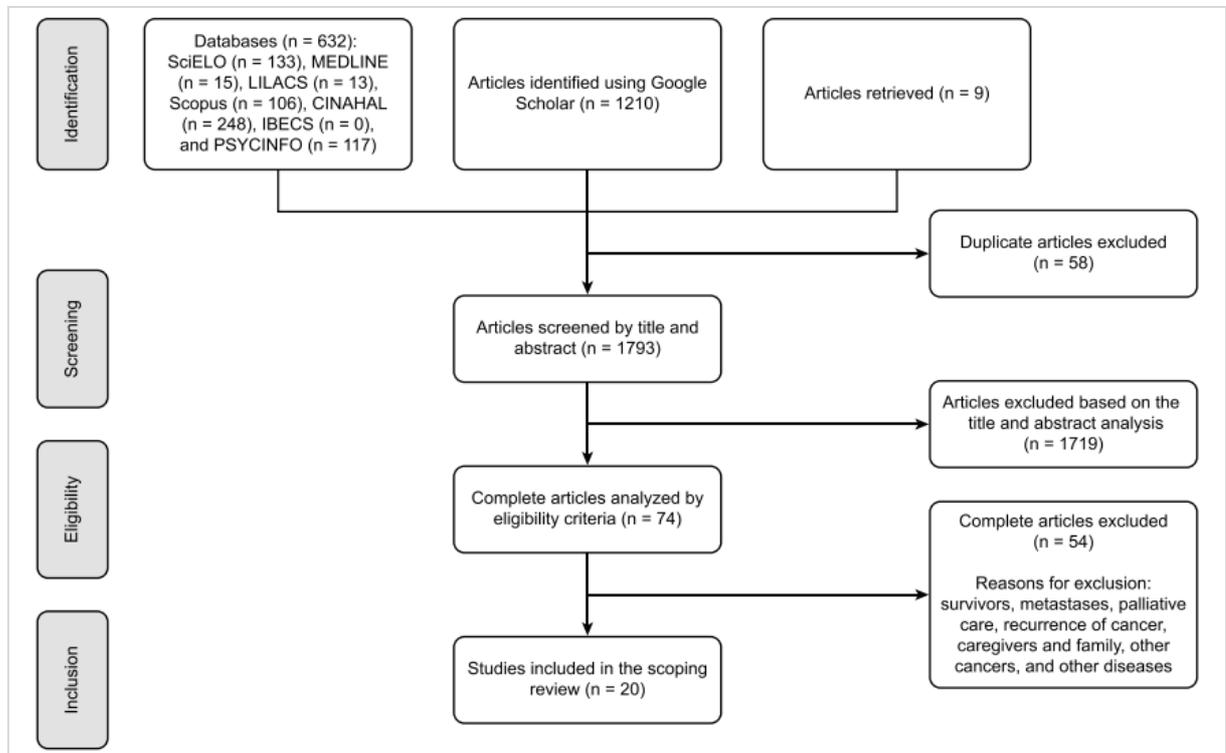


FIGURE [FIGURA 2] – Flowchart of the search and selection of studies

SOURCE: prepared by the authors (2020).

2.1.3 CHART, COLLATE, AND SUMMARIZE THE DATA

In the selected studies, the following characteristics were extracted: author, publication year, study design and methodology, sample, study location, country, objectives, and main results related to the research question and the purpose of the review (Table 1).

TABLE 1 [TABELA 1] – Description of the Selected Articles

First Author	Study Design	Sample and Country	Objectives of the Study	Main Findings	Themes
Ando et al ³⁰	Quantitative, longitudinal, prospective	133 women, 38 of whom were given a diagnosis of breast cancer and 95 of whom had benign breast conditions; Japan	To determine how age and psychological characteristics evaluated before the diagnosis could predict psychological distress in ambulatory patients immediately after the diagnosis	The diagnosis was perceived as the most negative event in life, and women with greater preexisting anxiety experienced higher impacts and mental suffering.	Emotional coping
Cebeci et al ³¹	Qualitative, descriptive	8 women with breast cancer; Turkey	To examine the experience of women living with breast cancer through interviews while in treatment in the presence of their husbands	Spirituality/religiosity was related to the best coping and psychological well-being.	Emotional and spiritual coping
Danhauer et al ³²	Quantitative, longitudinal	653 women; United States	To estimate the change in posttraumatic growth over 24 mo after the diagnosis of breast cancer; to determine whether different relationships between each variable domain existed	After diagnosis, the use of active adaptive coping, spirituality, mental health, and social support were relevant.	Emotional and spiritual
Drageset et al ⁴	Qualitative, descriptive	21 women with breast cancer; Norway	To describe women's experiences after being given a diagnosis of breast cancer and while awaiting their first surgery	The search for a positive direction in life and coping strategies based on meaning in life were not present in avoidant coping strategies and negative emotional reactions.	Emotional and spiritual coping
Gall and Bilodeau ⁵	Quantitative, longitudinal	93 women with breast cancer; Canada	To investigate the role of spiritual causes attributed to women's emotional adjustment to the diagnosis and treatment of breast cancer	Positive spiritual coping gave women hope at moments of uncertainty and anxiety during the diagnostic phase and promoted emotional well-being.	Spiritual coping
Gall and Bilodeau ⁷	Longitudinal, prospective	56 women with breast cancer and 82 with a benign diagnosis; Canada	To investigate changes in women's use of religious/spiritual coping in relation to breast cancer	Women strove to understand the impact of breast cancer on their lives and sought direction from their religion as they coped with depressed mood.	Spiritual coping
Groarke et al ¹²	Quantitative, longitudinal, prospective	241 women with breast cancer; Ireland	To compare predictors of variables in both positive and negative adjustments in a sample of newly diagnosed women	Stress contributed to emotional adjustment to the diagnosis in both positive and negative coping strategies, which far exceeded the clinical variables.	Emotional coping
Jassim and Whitford ³³	Qualitative, comparative	12 women with breast cancer; Bahrain	To explore the experiences, beliefs, perceptions, and attitudes of women with breast cancer in relation to their quality of life	Negative emotional coping was more frequent among women with a more advanced disease diagnosis.	Emotional coping
Markovitz et al ³⁴	Quantitative, cross-sectional, comparative	253 women with breast cancer and 211 from a healthy control group; Belgium	To investigate the role of resilience as a predictor of emotional responses in patients and to compare the responses of patients with those of healthy women	Dealing more resiliently with negative emotions and distress from the impact of diagnosis was a preventive factor for the development of psychopathologies.	Emotional coping

(continues)

 **Table 1 • Description of the Selected Articles, Continued**

First Author	Study Design	Sample and Country	Objectives of the Study	Main Findings	Themes
McCorry et al ¹³	Quantitative, longitudinal	162 women with breast cancer; Ireland	To examine the extent to which perceptions and coping strategies among women given a diagnosis of breast cancer explained psychological distress in the diagnosis phase as well as 6 mo later in relation to the demographic variables related to the disease	Women who used positive coping strategies also reported lower levels of distress in the experience of diagnosis.	Emotional coping
Patoo et al ³⁵	Quantitative, cross-sectional, correlational	100 women with breast cancer; Iran	To examine the relationship between mental adjustment and the related quality of life in women with breast cancer	Patients with a strong fighting spirit who viewed cancer as a challenge had greater well-being and quality of life, even if they did not experience altered clinical outcomes and physical problems.	Emotional coping
Pintado ³⁶	Quantitative, cross-sectional	131 women with breast cancer; Spain	To analyze the relationship of levels of medical information about the diagnosis, prognosis, and treatment with the symptoms of anxiety and depression in patients with breast cancer	Diagnosed women who had not received sufficient information from the medical team about their disease experienced more emotional discomfort, anxiety, and depression than those who had received sufficient information.	Emotional coping
Ribeiro et al ³⁷	Qualitative, ethnography case study	1 woman with breast cancer; Brazil	To describe and understand how a patient with breast cancer used religiosity and spirituality as resources to cope with the disease	Spirituality and religiosity were widely used resources among cancer patients that gave new meaning to illness.	Spiritual coping
Rohani et al ³⁸	Quantitative, longitudinal, prospective, comparative	162 women with breast cancer and 210 controls; Iran	To investigate changes in health-related quality of life, sense of coherence, spirituality, and religious coping in women with breast cancer	Negative emotional coping most commonly occurred because of physical symptoms. The existential dimension was more related to well-being than the religious dimension in coping with the disease.	Emotional and spiritual coping
Sherman et al ³⁹	Quantitative with primary data from a randomized controlled clinical trial	249 women with breast cancer; United States	To examine the physical, emotional, and social adjustment of women with breast cancer who received psychoeducation with videos, telephone counseling, or psychotherapy at an early stage as interventions for addressing specific needs	Emotional coping and adjustment to the illness are dynamic processes that occur with or without additional interventions to standardized care.	Emotional coping
Silva et al ¹⁴	Quantitative, cross-sectional	78 women with breast cancer; Portugal	To examine posttraumatic growth in women who received treatment and the links between the perceived impacts of breast cancer, emotional suffering, and quality of life	Coping strategies that involved a review of the patient's life, values, and motivations allowed cancer to be viewed not as a threat but as an opportunity for emotional development.	Emotional coping

(continues)

 **Table 1 • Description of the Selected Articles, Continued**

First Author	Study Design	Sample and Country	Objectives of the Study	Main Findings	Themes
Swinton et al ¹⁹	Qualitative, phenomenological	14 women with breast cancer; Scotland	Explore the role of spirituality in the life of women during the first year after a diagnosis of breast cancer	Women needed time to internalize what the diagnosis meant, determine how to perceive themselves in the world, and self-reflect, including reflection on their spirituality.	Spiritual coping
Thuné-Boyle et al ⁴⁰	Quantitative, longitudinal	160 women with breast cancer; England	To examine the prevalence of various religious coping strategies in a sample of women with breast cancer in the United Kingdom	High rates of positive spiritual coping were confirmed, and women found new meaning and purpose in life. Negative spiritual coping was related to a deterioration in health status.	Spiritual coping
Thuné-Boyle et al ⁴¹	Quantitative, cross-sectional	155 women with breast cancer; England	To compare the potential benefits and harmful situations of multiple sources of religious/spiritual coping in adjustment to the illness with other important nonreligious predictors of coping, such as optimism and social support	Women who used religious/positive spiritual resources to cope with the diagnosis had a better adaptation process. Those who had experienced negative spiritual/religious coping had greater difficulties later.	Spiritual coping
Wang et al ⁴²	Quantitative, cross-sectional	401 women with breast cancer; China	To evaluate possible interconnected effects of coping styles and psychological stress on depression and anxiety symptoms shortly after the diagnosis of breast cancer	Psychological stress increased anxiety and depressive symptoms. Psychosocial stress had a moderate effect. Coping styles interfered with women's psychological adjustment to living with the diagnosis.	Emotional coping

SOURCE: prepared by the authors (2020).

All authors of the scoping review participated in the analysis process, searched for points in common, and reached a consensus to describe the analysis in narrative and tabular forms. The findings were narratively summarized based on themes that reflected how spiritual and emotional dimensions were relevant in the experience of dealing with a breast cancer diagnosis according to the content of the selected articles. Intervention proposals for nurses were also recorded (Table 2).

TABLE 2 [TABELA 2] – Proposed interventios

First Author	Proposed Interventions
Ando et al ³⁰	Proposes that patients experience significant psychological distress, such as fear and anxiety, when they are given a diagnosis of breast cancer and that psychosocial support and psychological support should be provided to patients in need.
Cebeci et al ³¹	Emphasizes that clinicians should provide appropriate counseling services for women and their families at the diagnostic stage. They should be sensitive to cultural conceptions and individual faiths.
Danhauer et al ³²	Suggests encouraging ways of coping that focus on meaning and peace during the diagnosis and treatment of breast cancer.
Drageset et al ⁴	Suggests that clinicians should consider women's individual existential experiences and provide opportunities for them to talk about their emotions and thoughts while awaiting breast cancer surgery and to support and encourage telling others about the diagnosis.
Gall and Bilodeau ⁵	Recommends asking each patient about the importance of spirituality in the diagnostic phase and how the diagnosis interferes with her current health situation; suggests that referrals be made to qualified chaplains and therapists because of the importance of spirituality, especially if the woman needs to resolve spiritual conflicts.
Gall and Bilodeau ⁷	Proposes that clinicians should attend to the importance of religious/spiritual coping in the early phases of breast cancer diagnosis, supporting and helping patients develop clarity in meaning-making regarding their illness.
Groarke et al ¹²	Recommends the identification of coping strategies that contribute to a positive effect (task focus and fighting spirit) or depression (weak fighting spirit and helplessness/hopelessness); clearly suggests that stress can be managed and coping can be taught.
Jassim and Whitford ³³	Suggests understanding women's cultural issues, faith, and attitudes and planning interventions that meet their needs.
Markovitz et al ³⁴	Proposes the improvement of interventions based on the identification of resilience as a protective factor for the development of psychopathologies in women with breast cancer.
McCorry et al ¹³	Suggests that patients should engage in positive coping strategies through the promotion of lower levels of suffering; suggests an intervention based on the perception of the disease with the promotion of positive cognition to relieve psychological distress in patients with breast cancer.
Patoo et al ³⁵	Recommends the evaluation of coping styles and emergency interventions to improve coping with the disease in women and to reduce feelings of helplessness/hopelessness and anxiety, thereby improving health-related quality of life.
Pintado ³⁶	Proposes the promotion of tools for the management of medical information and the improvement of the communication skills of clinicians to lead to great benefits to the quality of life of women with breast cancer.
Ribeiro et al ³⁷	Recommends the improvement of the perceptions of women with breast cancer seeking to understand their spiritual, emotional, and physical dimensions to promote comprehensive well-being.
Rohani et al ³⁸	Suggests the cross-cultural applicability of the concept of sense of coherence as a predictor of health-related changes in quality of life.
Sherman et al ³⁹	Discusses the use of psychoeducational video interventions and telephone counseling; suggests that the initial assessment of psychological well-being can identify women at a high risk for emotional distress; proposes that the early stage of breast cancer is an opportunity for the nurse to provide information about physical, emotional, and social changes and emotional support for adaptation to the disease.
Silva et al ¹⁴	Proposes that clinicians should help women find meaning and benefit in the cancer experience, because this strategy seems to be an important psychological resource for adjustment through its encouragement of a more positive reassessment of the situation and alleviation of inner feelings and fears; suggests that the use of religious coping is critical because it plays an important role in how life-threatening experiences are understood, managed, and resolved.
Swinton et al ¹⁹	Proposes that clinicians should initiate clear conversations focused on the impact of the diagnosis, because the diagnostic phase is a time for reevaluation, reflection, and reconstruction of the self, which constitutes an effective clinical step that can cure anxiety and prevent progression to depression or avoidance; suggests that they support and encourage relationships and recognize patients who are in vulnerable relationships; recommends that it is important to be sensitive to spirituality in both religious and nonreligious forms to understand the meanings that women give to events and the essence of the spiritual dimension.
Thuné-Boyle et al ⁴⁰	Proposes that addressing patients' specific needs should take place early in the disease, after the consideration of potential implications, and that ongoing assessment of the spiritual needs of women with breast cancer is appropriate.
Thuné-Boyle et al ⁴¹	Proposes that addressing the spiritual needs of patients should be considered relevant in clinical practice for appropriate referrals and approaches; suggests that understanding both positive and negative coping strategies needs to be valued to promote and encourage better patient adaptation.
Wang et al ⁴²	Suggests being aware of the different coping mechanisms that women use when given a diagnosis of breast cancer; argues that integrating a positive coping strategy for confronting the treatment regime would be an important milestone in care.

SOURCE: prepared by the authors (2020).

2.2 Results

Of the 20 studies reviewed, 25% (n = 5) addressed coping behavior, 10% (n = 2) addressed only experiences, and 65% (n = 13) addressed both. Regarding the study design, 25% (n = 5) were qualitative, 70% (n = 14) were quantitative, and 5% (n = 1) were mixed. Heterogeneity was observed in the studies' geographical locations, with most studies conducted in Europe (n = 9) followed by Asia (n = 6), North America (n = 4), and South America (n = 1).

Most of the articles did not report surveys that assessed the performance and analysis of interventions. However, proposals for interventions were identified in all studies (Table 2). Only one of them described a 4-stage study, which included diagnosis, postsurgery, adjuvant therapy, and recovery stages in 3 intervention groups and 1 control group.³⁹ The intervention model implemented by nurses focused on physical and emotional adjustment performance, social support, and general health status. There were no important differences in the final adjustment to breast cancer with the additional interventions applied; however, suggestions were included for interventions mainly for adjustment in the diagnostic phase.³⁹

On the basis of the review of the selected studies and the objectives of this review, 2 main issues around which the analyzed articles were organized were identified (Table 1): (1) emotional coping with a diagnosis of breast cancer and (2) spiritual coping with the experience of breast cancer. The proposals for interventions and suggestions for clinical practice are described in Table 2. As shown in Table 1, the themes with overriding priority were tailored to better understand the focus of each study as follows: emotional coping, spiritual coping, and emotional and spiritual coping. In Table 3, specific interventions for enhancement of emotional and spiritual coping are provided. Thus, this scoping re-view improves the theme and the application in clinical practice.

TABLE 3 [TABELA 3] – Specific Interventions to Enhance Emotional and Spiritual Coping

Coping	Specific Interventions/Authors' References
Emotional coping	Enhance positive coping strategies ^{12-14,19,35,41,42}
	Offer guidance on improving quality of life ^{35,36,38}
	Offer counseling ^{30,31,39}
	Encourage existential experiences ^{4,38}
	Presence and active listening ^{4,19}
	Promote stress management ^{12,42}
	Identify coping strategies ^{12,19,35,40-42}
	Offer emotional support ^{14,35,39}
	Promote resiliency ³⁴
	Provide psychological support ^{30,31,39}
	Facilitate adaptation to the disease ^{14,39,41}
	Help patients develop clarity in meaning-making of the disease ^{7,14}
	Promote comprehensive well-being ^{33,37,38}
Spiritual coping	Facilitate spiritual growth ^{5,19,41}
	Enhance faith ^{19,31,33}
	Promote religious support ^{5,19}
	Stimulate meaning and peace ^{19,32,40}
	Provide qualified chaplains ^{5,7}
	Enhance religious/spiritual coping ^{7,14,32,40,41}
	Support and encourage potentially healing relationships ¹⁹ (psychosocial support)
	Promote hope ^{12,35}
Support and intermediation of culture and beliefs ^{31,33,37}	
Improve therapeutic communication ^{19,36,37}	

SOURCE: prepared by the authors (2020).

2.2.1 EMOTIONAL COPING WITH A DIAGNOSIS OF BREAST CANCER

Through a review of the principal studies reporting the emotional experience of coping in the diagnostic phase, some notable aspects were found. Drageset et al,⁴ who interviewed²¹ women with breast cancer in Norway, evaluated whether emotional adaptation to breast cancer–related conditions could be either positive or negative. Women's immediate emotional responses may have been underestimated because of their feelings of denial and avoidance as a reaction shortly after the diagnosis that can affect cognitive capacity.^{4,34} A shocking revelation also temporarily affects the understanding of different information as it is not related to daily life, which hinders the decision-making process regarding the treatment to be adopted.^{4,34} Patients who experienced many uncertainties associated with the diagnosis experience high anxiety, negative emotions, decreased joy, and acute fear and suffering while awaiting treatment.^{4,12,34,41} Pintado³⁶ noted that the lack of information and communication

offered by the medical team on the treatment, side effects, and prognosis of the disease could worsen psychological management at the time of diagnosis. Drageset et al⁴ also discussed the deep emotional reactions caused by women's difficulty in accepting their diagnosis and their experience of a rapid transition from an apparently healthy state to a state of severe illness. The initial stages were identified as being emotionally turbulent because cancer is still strongly associated with death. Ando et al³⁰ and Jassim and Witford³³ confirmed this finding, stating that women with higher preexisting anxiety levels experienced a greater impact and psychological distress, such as anxiety and uncertainty, depression, and other psychological morbidities.

Women with breast cancer showed lower emotional adjustment in the diagnostic phase than in later phases of the disease with regard to treatment and surgery, concerns, and anxieties.^{4,7,39,41}

Fear of recurrence and metastases that were identified as very significant were more frequently reported in the preoperative and postoperative phases of the disease.^{4,33,39} The evidence highlighted by Pato et al³⁵ and Rohani et al³⁸ exposed physical problems, functional activities, and financial difficulties and indicated worse emotional patterns in the early stages of the disease. However, Markovitz et al,³⁴ in a comparative study of 464 women, reported that higher resilience was a key contributor to emotional adjustment because women with higher resilience were less likely to respond with depressive symptoms or anxiety. Negative and positive coping can be expressed in the reactions described when facing the diagnosis. Avoiding thinking and talking about the problem and instead focusing on the present to reduce uncertainties were not always related to negative coping strategies. This enabled most of the women to achieve alleviation of fear and anxiety and reduce emotional distress because these strategies were momentary and changeable, leading to reappraisal and a positive relationship with a fighting spirit and emotional well-being.^{4,34,35} However, 5 other studies reported that avoidance or denial, as an emotional-based coping strategy, increased distress and was related to depressed mood.^{5,12,32,40,42}

Women who evaluated cancer as a loss for themselves at the time of diagnosis experienced greater emotional distress.⁵ Concerning negative coping, Thuné-Boyle et al,⁴¹ in a study with 155 women with breast cancer in England, found guilt to be an important predictor of high levels of depressive moods, whereas optimism was significantly associated with lower levels of anxiety and depressive moods. Regarding the correlations between coping and the perception of the disease, Danhauer et al,³² in a longitudinal study with 653 women, observed that active and adaptive coping strategies alleviated emotional distress. The

author also reported that patients became more flexible, patient, and loving through profound reflections on life, as positive coping that was confirmed by McCorry et al¹³ and Silva et al.¹⁴ The importance of physical, emotional, and social support systems for women came from their families in the early stages of the disease and during treatment and helped them regain self-esteem and reduce feelings of distress and inadequacy, which were motivators for many women to fight against cancer.^{31,33,40}

2.2.2 SPIRITUAL COPING WITH THE EXPERIENCE OF BREAST CANCER DIAGNOSIS

In this scoping review, the data from studies that discussed spiritual coping were extracted and emphasized. It was observed that the genuinely spiritual women commonly used spirituality as a positive coping strategy and that spirituality played a role in their reactions to breast cancer starting at the time of diagnosis.^{32,37,41} Gall and Bilodeau⁵ studied 93 women in Canada and determined that negative spiritual coping was clearly associated with lower levels of emotional and functional well-being and higher levels of distress and anxiety, leading to greater suffering during the illness. However, in another study by the same authors⁷ including 138 women, a specific positive spiritual coping strategy was related to seeking spiritual support with greater optimism and sense of control. Patients who were involved in more active surrender coping (i.e., giving control over to God) experienced greater well-being at functional, social, and emotional levels.

Evidence from a longitudinal study with 160 patients in England showed that half of the women experienced spiritual conflicts in relation to the diagnosis. More specifically, they struggled with their faith, especially in the search for significance, and did not practice their faith; some also saw God as distant and, as a result, unable to fulfill their needs. All of them demonstrated the need for women to overcome these challenges.⁴⁰ In 2012, the same authors found that patients' conflicts or spiritual struggles were often associated with their search for meaning in the disease, which increased their degree of control of the situation and their sense of hope in the midst of the challenges of a largely unfavorable prognosis.⁴¹ Swinton et al,¹⁹ in a qualitative study, reported that women with a religious orientation accepted breast cancer through a positive and explanatory framework.

Notably, attributing breast cancer to spiritual causes played a significant positive role in coping with the diagnosis and treatment that remained stable over time.^{5,7} Three studies confirmed that positive spiritual and active coping provided a strategy for patients to find

transformation in their existence. They sought purpose, comfort, and hope during times of uncertainty.^{5,19,40} However, Rohani et al³⁸ determined that patients' capacity to cope coherently was better associated with quality of life when the coping strategy had an existential dimension (feelings of meaning, peace, and connections to the self and others) rather than a religious dimension (the belief in and connection with a higher power).

Women in the diagnostic phase found emotional and spiritual support from religious communities and churches, including spiritual leaders, friends, and participants to whom the patients were linked. Good relationships, encouragement, spiritual comfort, and emotional support were also described to be important aspects.^{19,37,40,41} The present results of 5 studies showed that a prayerful relationship with God built through dialogue and active dedication was a source of answers and peace. Women experiencing decreased negative emotions positively perceived such a relationship as offering great emotional support from God.^{5,7,19,37,40,41} Another important issue, death-related anxiety, was common among participants who raised questions related to life and its values and purpose for their most basic needs, thus giving new meaning in life. In addition, Swinton et al,¹⁹ Ribeiro et al,³⁷ and Thuné-Boyle et al⁴¹ reported that stress provided an opportunity for spiritual growth as women searched for meaning in stressful situations in various ways, such as redefining the causes of the disease. Evidence confirmed that, especially in the first year of illness, participants sought to find meaning in their experiences. Reflection on priorities and spiritual values extended beyond illness, and patients thus found that they could live in the present by developing a greater appreciation for life.^{4,31,40}

2.2.3 PROPOSALS FOR INTERVENTIONS AND RECOMMENDATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

The proposals for interventions and recommendations for clinical practice made in the selected studies were addressed in a very general way. However, this scoping review provides as a suggestion a thematic list of interventions that are more specific to women's spiritual and emotional coping with a diagnosis of breast cancer elaborated from the understanding of the selected studies, as shown in Table 3. The interventions from the analysis of nursing diagnoses can be used in accordance with the scientific evidence. The studies have revealed that these women had several reactions, such as fear,^{4,5,12,14,19,20,30,33,34,38,39,41} emotional distress,^{4,5,7,12-14,30-35,40,42} anxiety,^{4,5,12,14,19,30,31,33-35,41} depressive symptoms,^{4,7,12-14,19,34} and helplessness/hopelessness.^{4,7,12,35} Thus, Table 3

describes the interventions to be implemented from the identification of these diagnoses and others that can be scored in clinical practice in more detail. Some of them are related to nursing presence, such as active listening,⁴³ offering counseling, encouraging existential experiences, improving therapeutic communication, and enhancing faith. It is worth mentioning the importance of promoting hope, providing psychological support, and offering guidance on improving quality of life. Studies have shown that nurses can help promote opportunities for women with breast cancer to talk about their emotions⁴ and ask about the importance of spirituality⁵; in doing so, they can engage in clear conversations with patients about the impact of the diagnosis.^{19,36} In fact, some of the important tasks for nurses are coping identification,³⁵ promoting positive cognition with positive coping strategies,^{13,42} and offering emotional support for adaptation to the disease.^{7,39} It is therefore important to understand the meaning women ascribe to events and the essence of the spiritual dimension^{19,37} to address spiritual needs through appropriate referrals and approaches.⁴¹

2.3 Discussion

This comprehensive review of the scientific literature demonstrated women's spiritual and emotional experiences of coping with a diagnosis of breast cancer including specific proposals and suggestions for interventions in clinical practice. The importance of these coping mechanisms is still poorly recognized, despite the large proportion of women with breast cancer who have such experiences.

It is worth mentioning that the present results from Drageset et al⁴ revealed that different negative emotional reactions and coping strategies characterized the time from diagnosis to treatment in their findings, such as anxiety, fear, suffering during the waiting time, and feelings of uncertainty. In contrast, focusing on the present, finding meaning in illness and reflecting on their priorities in life helped them cope with the disease as positive coping. Emotional coping and behavioral patterns reframe many discussions. Women who used positive coping strategies also reported lower levels of distress while facing the diagnosis.¹³

It is important to note that women with greater preexisting anxiety experienced greater impacts and mental suffering.^{30,33} After diagnosis, dealing more resiliently with distress and other negative emotions, such as unhappiness, depressive mood, and anxiety, was confirmed as a preventive factor for the development of psychopathologies.³⁴

A wide variety of coping strategies were identified in the review. It has been highlighted that spiritual and emotional coping can be positive or negative, depending more on the evaluation the women made from each challenge when facing breast cancer. Nonetheless, some studies lacked definitions and clear specifications of coping behaviors. This lack of definition was especially noted in the intervention proposals, which were mostly nonspecific, thereby contributing to difficulties in detailed emotional interventions. More precisely, 2 surveys showed that definitions of coping style and coping strategy were used without an emphasis on differentiating the 2 concepts. However, this apparent shortcoming did not alter the importance of the evidence and conclusions of the studies.^{12,42}

Evidence from 5 studies showed that many women experienced personal growth after their breast cancer diagnosis. Their coping behavior reflected their deepest spiritual values and priorities, as reported previously.^{4,19,31,40,41} In a study of African American women breast cancer survivors, the use of spiritual coping strategies such as praying was associated with increased psychological well-being.⁴⁴

The World Health Organization⁴⁵ proposed the concept of spirituality to encourage an understanding that extended beyond different religious conceptions. Of the 9 articles addressing spiritual coping, a differentiation of religiosity from spirituality was found in only two.^{19,38} Another study discussed the concepts of religiosity and spirituality and addressed the differences between them but did not distinguish between religious and spiritual coping.⁴⁰ When women faced the diagnosis, spirituality was related to meaning in life, including issues related to the finitude of life and confrontation of the possibility of death.^{3,5,20} Currently, there has been little progress in addressing patients' spiritual needs.^{7,35,46} The vast majority of current research has shown that women with breast cancer are challenged by their emotions and experiences. Variations in emotional adjustments can be attributed to each woman's coping strategy, wherein facing stress with a positive attitude is relevant.^{4,5,7,12,14,19,32,35,38-42,47,48} Nurses may support adaptation to the new situation, making the distress more bearable.⁴ They also need to be alert to the responsibility of identifying each woman's inherent need to establish integral and humanized care by adopting strategies that stimulate coping enhancement and assist women in developing an objective appraisal of the event.⁴³

2.3.1 STRENGTHS AND WEAKNESSES

For this review, numerous databases with a wide range of studies were consulted to locate all studies that were potentially relevant to the spiritual and emotional dimensions of coping with a breast cancer diagnosis. Although there is abundant literature on emotions related to the theme of cancer coping, references to spirituality are much scarcer, the types of studies related to spirituality are less varied, and there were neither relevant clinical trials nor national or international studies related to spirituality. Clearly, the search for publications in 3 different languages strengthened and broadened the search, thereby improving the selection of articles.

Finally, because this was a scoping review, no criteria were used to evaluate the quality of the included documents because such an evaluation is not part of the methodology of this type of review.

2.4 Implications for Practice

This scoping review identified that women's emotional and spiritual responses may be underestimated, but it is important for them to be considered by the nurses in clinical practice. Nurses can be the best point of contact for those emotional and spiritual needs at the time of diagnosis, and they can then evaluate coping strategies to offer support for adaptation to the disease.^{7,39} Moreover, it is important to place value on interpersonal relationships, and, in particular, to provide qualified listening and validating verbal and nonverbal expressions⁴³ with newly diagnosed patients as important interventions in clinical practice. For this purpose, women can be helped in the search for methods to overcome stressful situations.⁴⁰ Similarly, nurses can develop good relationships with patients to encourage all women newly diagnosed with breast cancer and help them find spiritual comfort and emotional support.

Nurses' effective performance in the alleviation of suffering and the encouragement of women's positive adaptive coping strategies can be a great advantage, especially for nursing diagnoses associated with negative coping that occurs in the presence of spiritual distress. Thus, nurses' roles are not restricted to their use of their technical abilities but can also involve showing concern for the women, which includes their valuation of particular modes of coping with disease. It is important for patients' use of spiritual resources to develop

their potentialities and capabilities. The proposed interventions are important in highlighting patients' needs because they emphasize the principal points of good clinical care.

2.5 Conclusion

This review identified and assessed studies published on different continents about a global problem, highlighting the experiences and coping behaviors of women newly diagnosed with breast cancer and revealing the implications of spirituality and emotional adjustments. A breast cancer diagnosis is often associated with damaging a woman's emotional and spiritual integrity, leading to profound changes in their ways of life and their attitudes that are necessary to reframe their existence. They face complex experiences, such as sensations, emotions, high anxiety, fears, and challenges, in their quest for emotional and spiritual well-being.

The results showed that the more negative the coping behavior is, the more a woman's capacity for emotional and behavioral adjustment is affected, leading to greater suffering during treatment and recovery. Notably, spiritual coping is important throughout this trajectory because women given a diagnosis of cancer need to have their most valued emotional and spiritual needs met for their lives to have a broader meaning and for them to feel comfort and hope. The evidence collected reveals the significant breadth and depth of this topic because coping influences the entire process of the disease in its physical, mental, and spiritual dimensions and thus its subsequent treatment. When the diagnostic phase is the focus of study, it is essential to highlight the subjective assessment of each woman facing an awareness of such a profound challenge to her life.

Accordingly, nurses need to be attentive to the different experiences and coping behaviors that each woman uses when given a diagnosis of breast cancer. Nurses play a very important role during this time because, in addition to clarifying doubts and uncertainties through active listening, they can enhance patients' positive and active coping strategies as an essential part of integral care. The discussion of patients' coping experiences and the interventions suggested in this scoping review contribute new and more extensive research and support a dialogue between researchers on the theme of providing care to women with cancer.

2.6 References (cited in the article)

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Breast Cancer*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019.
2. LEE, M. S. et al. Anxiety and depression in spanish-speaking latina cancer patients prior to starting chemotherapy. *Psycho-Oncology*, v. 27, p. 333-338, 2018. DOI: 10.1002/pon.4462. Acesso em: 13 jun. 2020.
3. CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 28-34, 2014.
4. DRAGESET, S. et al. Being in suspense: Women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, v. 67, n. 9, p. 1941-1951, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x>>. Acesso em: 14 maio 2016.
5. GALL, T. L.; BILODEAU, C. "Why me?" women's use of spiritual causal attributions in making sense of breast cancer. *Psychology & Health*, v. 32, n. 6, p. 709-27, 2017. DOI: 10.1080/08870446.2017.1293270.
6. JOAQUÍN-MINGORANCE, M. et al. Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Anales de Psicología/ Annals of Psychology*, v. 35, n. 2, p.188-194. 2019. ISSN 1695-229.
7. GALL, T. L.; BILODEAU, C. The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer: A longitudinal study. *Journal of Psychosocial Oncology*, v. 38, n. 1, p. 103-117, 2020. DOI: 10.1080/07347332.2019.1641581. Acesso em: 13 jun. 2020.
8. GEYER, S.; KOCH-GIESSELMANN, H.; NOERES, D. Coping with breast cancer and relapse: Stability of coping and long-term outcomes in an observational study over 10 years. *Social Science & Medicine*, n. 135, p. 92-98, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.027>>. Acesso em: 15 jun. 2020.
9. FOLKMAN, S; GREER, S. Promoting Psychological Well-Being in the Face of Serious Illness: When Theory, Research and Practice Inform Each Other. *Psycho-Oncology*, v. 9, n. 1, p. 11-19, 2000.
10. LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc., 1984.
11. CASTRO, E. K. K. et al. Percepção da Doença e Enfrentamento em Mulheres com Câncer de Mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. 3, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-3772e32324>>. Acesso em: 23 mar. 2020.
12. GROARKE, A.; CURTIS, R.; KERIN, M. Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, v. 22, n. 1, p. 177-185, 2013.

13. MCCORRY, N. K. et al. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post-diagnosis with breast cancer at 6 months post-diagnosis. *Psycho-Oncology*, v. 22, n. 3, p. 692-698, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.3054>>. Acesso em: 12 maio 2020.
14. SILVA, S. M.; MOREIRA, H. C.; CANAVARRO, M. C. Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*, v. 21, n. 4, p. 409-418, 2012.
15. FOLKMAN, S. Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, v. 19, p. 901-908, 2010. DOI: 10.1002/pon.1836. Acesso em: 13 jun. 2020.
16. HAWTHORNE, D.; YOUNGBLUT, J. M.; BROOTEN, D. Psychometric evaluation of the Spanish and English versions of the spiritual coping strategies scale. *Journal of Nursing Measurement*, v. 19, n. 1, p. 46-54, 2011.
17. REINERT, K. G.; KOENIG, H. G. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, v. 69, n. 12, p. 2622-2634, 2013.
18. KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012; 2012:278730. DOI: 10.5402/2012/278730. Acesso em: 13 jun. 2020.
19. SWINTON, J.; BAIN, V.; INGRAM, S.; HEYS, S. D. Moving inwards, moving outwards, moving upwards: The role of spirituality during the early stages of breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, v. 20, n. 5, p. 640-652, 2011. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2011.01260.x. Acesso em: 13 jun. 2020.
20. ARRIEIRA, I. C. O. et al. The meaning of spirituality in the transience of life. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170012>>. Acesso em: 21 jul. 2020.
21. ROCHA, R. et al. Spiritual needs experienced by the patient's family caregiver under Oncology palliative care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, suppl. 6, p. 2635-2642, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0873. Acesso em: 13 jun. 2020.
22. APÓSTOLO, J. L. A. Summary of evidence in the context of science translation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, v. 13, n. 3, p. 154-162, 2015. DOI: 10.1155/2012/792519. Acesso em: 13 jun. 2020.
23. COELHO A. et al. Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, v. 15, n. 7, p. 1867-1904, 2017.
24. MANGAOIL, R. A.; CLEVERLEY, K.; PETER, E. Immediate staff debriefing following seclusion or restraint use in inpatient mental health settings: a scoping review. *Clinical Nursing Research*, v. 9, n. 7, p. 479-495, 2018. DOI: 10.1177/1054773818791085. Acesso em: 13 jun. 2020.
25. PETERS, M. D. et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, v. 13, n. 3, p. 141-146, 2015. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000050. Acesso em: 13 jun. 2020.

26. ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. DOI: 10.1080/1364557032000119616. Acesso em: 13 jun. 2020.
27. THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2015.
28. LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, v. 5, n. 69, 2010.
29. PEDERSEN, B. et al. "The ambiguous transforming body" – A phenomenological study of the meaning of weight changes among women treated for breast cancer. *International Journal of Nursing Studies*, v. 55, p. 15-24, 2016. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.011. Acesso em: 13 jun. 2020.
30. ANDO, N. et al. Predictors of psychological distress after diagnosis in breast. *Psychosomatics*, v. 52, n. 1, p. 56-64, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.psych.2010.11.012>>. Acesso em: 15 maio 2016.
31. CEBECI, F.; YANGIN, H. B.; TEKELI, A. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, v. 16, n. 4, p. 406-412, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.09.003>>. Acesso em: 23 mar. 2020.
32. DANHAUER, S. C. et al. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, v. 22, n. 12, p. 2676-2683, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/pon.3298>>. Acesso em: 20 mar. 2020.
33. JASSIM, G. A.; WHITFORD, D. L. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, v. 107, p. 189-195, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.031>>. Acesso em: 02 maio 2016.
34. MARKOVITZ, S. E. et al. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, v. 24, n. 12, p. 1639-1645, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.3834>>. Acesso em: 20 jun. 2020.
35. PATOO, M. et al. Studying the Relation between Mental Adjustment to Cancer and Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients. *International Journal of Cancer Management*, v. 11, n. 7, e8407, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5812/ijcm.8407>>. Acesso em: 20 jun. 2020.
36. PINTADO, S. Información médica sobre el cáncer de mama y repercusiones psicológicas en pacientes oncológicos provenientes de España durante el año 2011. *Revista Médicas UIS*, v. 30, n. 3, p. 13-20, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.18273/revmed.v30n3-2017001>>. Acesso em: 20 jun. 2020.
37. RIBEIRO, G. S.; CAMPOS, C. S.; ANJOS, A. C. Y. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v. 11, n. 4, p. 849-856, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.849-856. Acesso em: 13 jun. 2020.

38. ROHANI, C. et al. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes*, v. 13, n. 40, 2015. DOI: 10.1186/s12955-015-0229-1. Acesso em: 13 jun. 2020.
39. SHERMAN, D. W. et al. The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, V. 25, n. 1, p. 3-16, 2012. DOI: 10.1016/j.apnr.2009.10.003. Acesso em: 13 jun. 2020.
40. THUNÉ-BOYLE, I. C. et al. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, v. 22, n. 3, p. 646-658, 2013. Acesso em: 13 jun. 2020.
41. THUNÉ-BOYLE, I. C. et al. Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, v. 20, n. 7, p. 771-782, 2011. DOI: 10.1002/pon.1784. Acesso em: 13 jun. 2020.
42. WANG, X. et al. Interaction of Coping Styles and Psychological Stress on Anxious and Depressive Symptoms in Chinese Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, v. 13, n. 4, p. 1645-1649, 2012. DOI: 10.7314/apjcp.2012.13.4.1645. Acesso em: 13 jun. 2020.
43. ACKLEY, B. J. et al. *Nurses Diagnosis Handbook: an evidence-based plan to planning care*. 12 ed. Mosby/Elsevier, 2019.
44. GASTON-JOHANSSON, F. et al. A. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, v. 40, n. 2, p. 120-131, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1188/13.ONF.120-131>>. Acesso em: 15 jun. 2020.
45. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1998.
46. PAREDES, A. C.; PEREIRA, M. G. Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Journal of Religion and Health*, v. 57, n. 5, p. 1606-1617, 2018. DOI: 10.1007/s10943-017-0452-7. Acesso em: 20 mar. 2020.
47. FRAGUELL C.; LIMONERO, J. T., GIL, F. Psychological aspects of meaning-centered group psychotherapy: Spanish experience. *Palliative and Supportive Care*, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2018. DOI:10.1017/S1478951517000293. Acesso em: 20 mar. 2020.
48. WATKINS, C. et al. Differences in coping among african American women with breast cancer and triple-negative breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, v. 44, n. 6, p. 689-702, 2017. DOI: 10.1188/17.ONF.689-702. Acesso em: 20 mar. 2020.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Referencial temático: Espiritualidade

Para Buck (2006 apud POLIT; BECK, 2011, p. 224) a espiritualidade é definida como “[...] a mais humana das experiências que buscam transcender o eu e encontrar significado e propósito mediante a conexão com outras pessoas, com a natureza e/ou com um Ser Supremo, e pode não envolver tradições ou estruturas”.

A religião é apenas um dos meios de expressar a espiritualidade e é definida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e simbologias designadas para facilitar intimidade com o sagrado, que pode ser denominado como poder superior, Deus, verdade ou realidade última. A espiritualidade pode, ou não, conduzir no desenvolvimento de rituais religiosos e na formação de comunidade (LUCCHETTI et al., 2012).

A espiritualidade, na etimologia do termo, compreende uma dimensão do que é espiritual. Pode ser compreendida em “elementos conceituais que correspondam a um sentido pleno para vida, crenças, valores, senso de conexão com todas as coisas e com os outros e um estado constante de bem-estar” (PENHA, 2012, p. 124).

É importante especificar que a espiritualidade pode ser entendida como uma busca de conexão consigo mesmo, alcançando um estado de totalidade, uma conexão com os outros, um ambiente e uma conexão pessoal com o sagrado, numa experiência com o Deus superior transcendente. Também promove a cura, incorpora atitudes, valores, perspectivas na vida. É uma busca pelo sentido e propósito da vida. A espiritualidade está ligada à fé religiosa, entretanto, é mais ampla do que isso. Já a religiosidade é uma expressão de espiritualidade, que por sua vez está profundamente inserida nos sistemas organizados de religiões ou fé e inclui crenças, práticas e rituais religiosos para uma experiência concreta (HAWTHORNE; YOUNGBLUT; BROOTEN, 2011; KOENIG, 2012; LEÃO et al., 2021).

Desde o fim do século passado, o termo religião está se tornando cada vez mais um conceito ligado a tradições e relacionado a instituições com sistemas fixos de ideias ou compromissos ideológicos que nem sempre representam o elemento pessoal dinâmico do sagrado na vida humana. Ao mesmo tempo, o termo espiritualidade é relacionado ao lado pessoal e subjetivo da experiência. Porém, todas as formas de expressão espiritual podem estar relacionadas ao contexto social e organizadas em práticas da expressão da fé. Uma não é melhor que a outra, e algumas vezes se torna difícil diferenciar as duas. O mais importante é

que a espiritualidade envolva o ser humano nas suas abrangentes e diversas expressões. Muitas pessoas vivenciam sua espiritualidade dentro do contexto religioso e não conseguem perceber a diferenciação entre as duas (HILL; PARGAMENT, 2003).

É de responsabilidade do ser humano, segundo Frankl (2013), dar objetividade ao sentido da sua existência. Isso significa sobreviver às frustrações e dilemas da vida, qualificar a transcendência do objeto, a partir de um ato intencional, percebido. O sentido da vida é, então, um ato concreto de cada experiência singular vivida (PEREIRA, 2008, p. 159).

Em outras palavras, o que importa é tirar o melhor de cada situação dada. O 'melhor', no entanto, é o que em latim se chama *optimum* – daí o motivo por que falo de um otimismo trágico, isto é, um otimismo diante da tragédia e tendo em vista o potencial humano que, nos seus melhores aspectos, sempre permite: 1. Transformar o sofrimento numa conquista, numa realização humana; 2. Extrair da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor; 3. Fazer da vida um incentivo para realizar ações responsáveis. (FRANKL, 2013, p. 161)

O ser humano vive com questões existenciais que lhe são próprias: vida-morte, saúde-doença, prazer-desventura. Mas a essência, o dinamismo e a sua grandiosidade como ser fazem toda a diferença nesses momentos, pois sua dimensão espiritual o impulsiona a vencer e ter suas realizações.

A vida é sofrimento, e sobreviver é encontrar significado na dor, se há, de algum modo, um propósito na vida, deve haver também um significado na dor e na morte. Mas pessoa alguma é capaz de dizer esse propósito. Cada um deve descobri-lo por si mesmo, e aceitar a responsabilidade que sua resposta implica. Se tiver êxito, continuará a crescer apesar de todas as indignidades (FRANKL, 2013, p. 7).

Borges, Santos e Pinheiro (2015) afirmam que o envolvimento espiritual, neste século, figura como variável que vem ganhando relevância e reconhecimento como indicador de saúde, na busca da realização e promoção de um cuidado integral. O ser que cuida do outro precisa se tornar sensível às necessidades extremas e dramáticas da condição humana, em especial aquelas relacionadas às mulheres diante do desafio do diagnóstico comprovado de neoplasia mamária, repensando o que deve ser feito diante das suas reais necessidades espirituais.

Para tanto, o fenômeno espiritualidade necessita ser mais valorizado cientificamente, mas pela sua complexidade e subjetividade é de difícil pesquisa. A espiritualidade, segundo Lucchetti et al. (2012), é a busca inerente de cada pessoa do propósito definitivo e o significado da vida. Essa busca ocorre em diferentes níveis e domínios de expressão, como as

artes, a religião, as relações humanas e com a natureza, a conexão com o Divino, a transcendência e o pensamento racional.

Não se tem uma explicação lógica científica definitiva do que seja o fenômeno espiritualidade, mas pode ser investigada pela ciência, e compreendida. “O importante é que o maior número possível de pacientes tenha oportunidade de ter suas necessidades espirituais identificadas e consideradas” (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015, p. 610).

As definições de espiritualidade em pesquisas de enfermagem ampliam o entendimento e confirmam que a espiritualidade vai além das experiências com tradições religiosas, para incluir também a busca de um relacionamento consigo mesmo, com os outros e com o meio ambiente (REINERT; KOENIG, 2013). A dimensão espiritual está implicada no enfrentamento da mulher com câncer de mama, quando recorre a questões existenciais como a busca por um sentido da vida e a transcendência. Assim, ela passa a ter um maior significado para viver e isso lhe possibilita conforto e esperança diante da angústia e do medo da finitude (GALL; BILODEAU, 2017; CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014; ARRIEIRA et al., 2017; SWINTON et al., 2011; LEÃO et al., 2021).

A partir da definição, torna-se importante refletir sobre o cuidado como algo profundo e integral diante das necessidades emocionais e espirituais, incluindo uma visão mais ampla de saúde e bem-estar. Neste século, e cada vez mais, é necessário expandir os conceitos de alguns, pois lidar com a paciente sem refletir sobre suas necessidades prementes pode desqualificar o cuidado. A espiritualidade tem se apresentado tanto na “pesquisa quanto na prática clínica a partir da inquietação advinda do seu potencial impacto sobre a saúde física e mental das pessoas, assim como da busca de respostas para as questões sobre como reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes de modo efetivo” (PENHA, 2012, p. 56).

A observação superficial ou a descrição incompleta de uma situação difícil, na maioria das vezes, pode transformar o provedor de cuidado naquele que tem uma ideia da situação, mas que não a percebe completamente. É fundamental para a integralidade do cuidado se posicionar sensivelmente, inserindo-se na realidade de quem necessita de cuidados por causa do câncer de mama, respeitando a totalidade do ser, permitindo e reconhecendo a existência da dimensão espiritual que vai além da aparente necessidade física.

No cuidado em saúde, não se pode mais ignorar os aspectos espirituais, pois dar atenção somente a uma parte “doente do corpo” ou à doença que precisa ser tratada é muito pouco. O paciente é um ser com uma história e com emoções conflitantes diante da patologia que o acomete, isto é, reage de algum modo, o que traz consequências em todas as áreas da

sua vida, inclusive nos seus relacionamentos com familiares e amigos, dependendo do seu estado de saúde (KOENIG, 2004).

Negligenciar a dimensão espiritual de uma paciente é como ignorar o seu estado psicológico ou mesmo a influência do ambiente social, o que resulta em falha na integralidade do cuidado. Os pesquisadores e cuidadores estão se tornando cada vez mais conscientes dos caminhos biológicos pelos quais fatores sociais e psicológicos influenciam a saúde física e a suscetibilidade às doenças, incluindo também os fatores espirituais (KOENIG, 2004).

Os pacientes são pessoas que lutam pela busca de significado e o propósito na vida, por terem que confrontar as dramáticas mudanças advindas pela doença, que afetam a qualidade de vida, a independência e o bem-estar, fazendo-os encarar sua própria mortalidade. Para muitos pacientes, estas questões são misturadas com preocupações existenciais e espirituais, e podem impactar diretamente a aceitação aos cuidados médicos e ao processo de recuperação. (KOENIG, 2004, p. 1199)

Os desafios do cotidiano dos provedores de cuidado incluem a capacidade de apoiar os pacientes no seu sofrimento. Isso significa ser compassivo, transmitir dignidade e atender as necessidades espirituais, incluindo as famílias. O atendimento às demandas espirituais relacionadas ao câncer, as grandes dificuldades do seu tratamento, podem afetar toda a existência da paciente, e diante disso devem ser tomadas decisões que venham a completar seu plano de cuidados (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

3.1.1 BEM-ESTAR ESPIRITUAL

O conceito de bem-estar espiritual utilizado por Fisher desde 1998, em seus estudos sobre saúde e bem-estar espiritual, atesta ser fundamental analisar a relação da pessoa consigo mesma, com os outros, com a natureza e com Deus (ou Ser transcendente). A partir desses conceitos e seus significados, ele estabeleceu uma escala de bem-estar espiritual, *Spiritual Well-Being Scale (SWBS)*, com quatro domínios: pessoal, ambiental, transcendental e humanitário, e a partir deste, um questionário de bem-estar espiritual *Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBQ)* que tem sido validado mundialmente com evidência científica relevante (FISCHER, 1999; GOMEZ; FISHER, 2003, 2005; GOUVEIA; MARQUES; PAIS-RIBEIRO, 2009; GOUVEIA; PAIS-RIBEIRO, 2012; NEVES et al., 2018). A validação brasileira foi feita por Nunes et al. (2018).

Fischer (apud NEVES et al., 2018) na versão e validação portuguesa, afirma que:

domínio *pessoal* refere-se à relação que o indivíduo tem consigo próprio no que concerne ao significado, propósito e valores de vida. O domínio *comunitário* refere-se às relações interpessoais, sua qualidade e profundidade, em termos de moralidade, cultura e religião. A dimensão *ambiental* refere-se às relações com o mundo físico e biológico. Por fim, a dimensão *transcendental* refere-se à relação da pessoa com algo ou alguém para além do humano. (grifos do autor)

A saúde espiritual é dinâmica e, assim, ao identificar os quatro domínios e a importância de cada um deles, valoriza-se o crescimento do indivíduo e o impacto da dimensão espiritual em sua vida. O bem-estar espiritual, tanto como o sofrimento espiritual, podem ser dimensionados pelo Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ).

Outrossim, Fischer sugere que o autoconhecimento é muito importante para desenvolver com qualidade valores, sensibilidade, propósitos e sentido da vida. Simultaneamente, são aprofundados pelos valores espirituais, morais e culturais construídos a partir de uma intensificação nas relações interpessoais (GOUVEIA; MARQUES; PAIS-RIBEIRO, 2009; CALDEIRA et al., 2017).

3.2 Referencial temático: comportamento de enfrentamento

Folkman e Greer (2000) aprimoraram os estudos e escreveram sobre o bem-estar psicológico e os processos de enfrentamento que o sustentam a partir do modelo transacional de estresse elaborado por Lazarus e Folkman (1984). O enfrentamento foi visto desde então como um processo dinâmico que muda constantemente e, por conseguinte, refere-se às ações e estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para regular a angústia do estresse psicológico. Quando não se quer aceitar o desafio de uma mudança real de valores, significados pessoais, metas e preocupações o estresse inicia, e a mudança é percebida como uma ameaça à sua própria integridade. As demandas tanto podem ser internas ou até mesmo externas, mas sempre vão ultrapassar os recursos da pessoa em lidar com a situação. Diante da ameaça que a demanda representa, o processo vai depender de valores e crenças pessoais, influência do ambiente, as avaliações de perdas, ganhos e condições de controlar o desafio futuro que se impõe diante do fator estressante ou da resiliência do indivíduo afetado (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; FOLKMAN; GREER, 2000; CASTRO et al., 2016; GEYER; KOCH-GIESSELMANN; NOERES, 2015). O indivíduo necessita então responder ao fator estressante, buscando uma forma de adaptação e um equilíbrio emocional pessoal, como forma de ressignificar a experiência e controlar os resultados, até mesmo para se sentir vencendo o desafio imposto (GEYER; KOCH-GIESSELMANN; NOERES, 2015).

Dentre as classificações de enfrentamento, os estilos de enfrentamento foram estudados primeiramente, e junto com estudos sobre estresse, definidos como relacionados à personalidade de cada indivíduo, tendo afinidade com um conjunto de características que se mantém consistentes através do tempo e das situações de vida (COPPENS; KOOLHAAS, 2010; LAZARUS; FOLKMAN, 1984). As estratégias de enfrentamento são relacionadas ao processo, ou seja, são dinâmicas, podem mudar com o contexto do conflito e com o tempo no qual este é gerado (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Os comportamentos de enfrentamento podem ser atribuídos a estratégias de enfrentamento. E, conseqüentemente, subdivididos em grupos, conforme sua função, sendo principalmente centrados no problema ou centrados na emoção (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). O primeiro fica centrado em resolver o fator estressante e o segundo em reduzir o grau de sofrimento emocional gerado pelo processo do estresse.

O enfrentamento como processo trata de mudanças nos pensamentos e de reavaliações do significado do fator estressante. Identificou-se a existência do enfrentamento que procura manejar as situações de estresse, que podem incluir minimizar, evitar, tolerar e aceitar as condições estressantes. No enfrentamento evitativo, por exemplo, o indivíduo assume um papel passivo e se ilude com ações que o distraem da situação ameaçadora. Porém, pode ser cíclico, ou mesmo ambíguo e contraditório, no qual a pessoa em um processo inconsciente nega em um momento, e em outro afirma diferentemente. Pode variar, inclusive, entre o que fala e o que realmente sente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

No processo de enfrentamento ainda se identificou que quando se lida com uma doença grave ou incapacitante, o primeiro estágio é o choque, caracterizado por um sentimento de indiferença que altera a capacidade de decisões e ações, seguido de uma fase de encontro com seu eu, em que a pessoa se sente desamparada e em pânico. Na próxima etapa, de retração, há a negação ou o teste da realidade, e a pessoa muda constante e visivelmente. Essas fases podem variar de ordem e se intercalar várias vezes no processo de enfrentamento. Elas são precursoras do crescimento emocional (SHONTZ, 1982; LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Já as fases da morte e o morrer apresentadas por Kübler-Ross, em 1969, foram questionadas por não abrirem possibilidade de serem alteradas na sua sequência, ou seja, por não serem dinâmicas, podendo criar expectativas inapropriadas à equipe em relação aos comportamentos esperados dos pacientes (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Doenças que ameaçam a vida humana, como o câncer, levam a uma sequência de comportamentos de enfrentamento que podem ser variáveis, por demandas diferentes de uma etapa a outra da doença, ou seja, estágios diferentes de enfrentamento. Essas variações se

referem muito mais às demandas progressivas e desafios da doença – como ela é avaliada, o que está acontecendo com a pessoa naquele momento, os relacionamentos e a história pessoal – do que a algum tipo de processo de amadurecimento pessoal (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Alguns padrões de enfrentamento podem se repetir mais que outros, mas vale ressaltar que o período do impacto e confrontação com o fator estressor tem seu significado característico. No período de antecipação, em que o evento pode acontecer e é esperado, há uma avaliação da extensão, de como se pode lidar com a ameaça, entre outros. Isso pode influenciar o comportamento de enfrentamento que se seguirá ao estresse esperado. No período do impacto, o evento ameaçador pode ser pior do que foi antecipado, ou não, e a pessoa poderá reavaliar a sua significância. No período do pós-impacto, novas considerações emergem, e a reavaliação evidencia as novas demandas, os danos causados e os desafios (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O enfrentamento centrado na emoção normalmente ocorre quando a avaliação do evento estressor evidencia que nada pode ser feito para mudá-lo, por ser muito prejudicial e ameaçador. Por outro lado, formas de enfrentamento focadas no problema são mais prováveis de ocorrer, quando tais condições são avaliadas como passíveis de mudança (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

As mais presentes na literatura são as estratégias de enfrentamento centradas na emoção. Comportamentos de evitação, de minimização do problema e de distanciamento da situação estressante, comparações positivas, reconhecimento dos valores positivos em eventos negativos, são os primeiros citados. Existem também estratégias que aumentam o sofrimento emocional. Isso porque alguns indivíduos precisam se sentir pior antes, para depois se sentirem melhores. São os que se culpam ou até mesmo tentam se punir pelo acontecimento estressante (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

As estratégias de enfrentamento centradas no problema são um pouco mais objetivas e parecidas com a solução real do problema, porém podem ser soluções alternativas para o estresse e incluem as opções direcionadas à própria pessoa, de forma a auxiliá-la na superação do fator estressor. Pode incluir um novo comportamento ou desenvolver uma nova habilidade. São reavaliações cognitivas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Além dessas, existem as estratégias de enfrentamento centradas na emoção, mas com outra forma de avaliá-la, transformando o significado da situação sem distorcer a realidade, ou seja, centradas no sentido. Isso ajuda a pessoa a deixar de perseguir alvos que se tornaram impossíveis, formulando outros objetivos em seu lugar. Busca-se ter consciência do que está

acontecendo por um novo ponto de vista, uma nova perspectiva, para, assim, vislumbrar os benefícios possíveis. Como consequência, ocorrerá o crescimento pessoal para superar as demandas. As estratégias adaptativas estão associadas ao uso de formas variadas que irão influenciar o ajustamento positivo ao fator estressor (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; FOLKMAN; GREER, 2000).

Enfrentamento refere-se aos pensamentos e comportamentos que uma pessoa usa para regular a angústia (enfrentamento focado na emoção), gerenciar o problema que causa angústia (enfrentamento focado no problema), e mantém o bem-estar positivo (enfrentamento centrado no sentido). O enfrentamento influencia o resultado da situação e a avaliação que o indivíduo faz dela. (FOLKMAN; GREER, 2000)

Lazarus e Folkman (1984) são específicos ao afirmarem que a avaliação que o indivíduo faz de uma mudança ameaçadora gerará o estresse, e ela está relacionada aos valores e alvos pessoais. Desta forma, então, a avaliação primária tem relação com o significado que o indivíduo dá à situação de estresse que já ocorreu; enquanto a avaliação secundária é mais relacionada às opções de enfrentamento a partir do evento estressor. Quando a avaliação primária é de que o desafio pode ser encarado, a avaliação secundária pode lhe indicar que a situação ameaçadora pode ser dominada por ele e, por conseguinte, em vez de haver uma perda, o evento pode se tornar num ganho, ou seja, um fator de crescimento pessoal. A avaliação e o enfrentamento são relacionados profundamente. O que influencia essa avaliação é uma série de fatores, como valores, crenças, princípios de vida e o ambiente que ele convive. A partir da avaliação feita, será utilizada uma estratégia de enfrentamento diferenciada.

As doenças incuráveis como a morte de alguém querido, medos, situações de angústias profundas e até mesmo a perda de um relacionamento podem provocar uma mudança desafiadora no que sempre deu sentido ao mundo da vida. Mas elas podem e devem ser enfrentadas (MESQUITA et al., 2013). Percebe-se, então, que o enfrentamento é um conceito fundamental na vivência do câncer de mama para se compreender as adaptações e desajustes que a doença provoca, e isso acontece como uma resposta individual ao estresse provocado.

Fischer et al. (2013), em seu estudo longitudinal, investigaram a percepção da doença, enfrentamento, e sofrimento em 57 mulheres com câncer de mama durante um ano, e concluíram que as estratégias de enfrentamento e a percepção da doença mudaram com o passar do tempo. Isso foi mais influenciador e relacionado ao aumento do sofrimento e angústia nas pacientes do que o enfrentamento, ou seja, o outro fator.

Em seu estudo, Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019) asseguraram que as estratégias de enfrentamento podem ser vantajosas ou menos vantajosas para mulheres com câncer de mama baseada na estrutura de enfrentamento teorizada por Lazarus e Folkman (1984). Foram muito específicos quando afirmaram que as estratégias vantajosas encontradas foram: manter-se grata pelo tratamento e mudanças interiores ocorridas a partir do diagnóstico; a avaliação positiva da situação; se expressar emocionalmente sem barreiras; o suporte familiar, social e religioso/espiritual como fonte de fortalecimento. As menos vantajosas para as mulheres foram: repressão das emoções negativas em relação à doença no contexto familiar, evitando expressar seus reais sentimentos; a raiva de ter sido diagnosticada; medo de morrer e deixar os seus entes queridos; medo do tratamento e dos efeitos resultantes de cada fase do enfrentamento da doença. Assim, também, o ficar sempre ocupada com algo que a faça evitar pensar no problema teve um efeito negativo no enfrentamento da doença. É interessante perceber que elas conseguiram fazer avaliações positivas e foram fortalecidas pelo suporte espiritual e religioso.

Para Lazarus e Folkman (1986), a pessoa ver a si mesma positivamente é um fundamental recurso psicológico para o enfrentamento. Inclui-se aqui a fé positiva, tanto geral quanto específica, que serve de estrutura para a esperança e que sustenta os esforços de enfrentamento diante das situações mais adversas. A fé de que a situação é controlável, de que alguém tem poder para transformar os resultados, ou a fé em um tratamento eficaz, a fé de que haverá justiça, a fé em Deus. A esperança pode existir sempre que essa fé positiva gerar um resultado possível ou ao menos provável.

Portanto, quando se avalia o enfrentamento espiritual e o religioso e sua importância dentro dessas estratégias, vale ressaltar as importantes premissas no terreno da espiritualidade e religiosidade. Em seu livro *A Psicologia da Religião e Enfrentamento: Teoria, Pesquisa e Prática* (1997 e reeditado em 2001), Pargament traz uma base da complexidade da temática e afirma que religião, no seu senso mais amplo, pode ser definida como aquela que inclui aspectos institucionais e sentimentos religiosos pessoais, convicções e expressões, assim como um processo de busca de significado em relação ao sagrado.

A religião também está frequentemente envolvida na busca de fins muito humanos de importância no enfrentamento. O conforto no enfrentamento emocional representa um desses fins, mas não é o único. A redução da tensão é um fim importante do enfrentamento religioso, mas não é o único. Mas também para outros fins: o sagrado, o sentido da vida, o eu, o físico, a saúde, a intimidade e um mundo melhor. No processo de lidar com o estresse, cada um desses destinos gerais se transforma em propósitos específicos. (PARGAMENT, 2001, p. 169-170)

A capacidade de avaliar eventos negativos de um ponto de vista diferente, sem negar ou distorcer os fatos, faz com que a religião e a espiritualidade transformem as crises numa oportunidade de proximidade com Deus (PARGAMENT, 2001, p. 170-173):

Quando as pessoas descrevem o papel da religião no enfrentamento, eles frequentemente apontam para um terceiro papel, no qual eles não são nem passivos nem autônomos, mas interativos com Deus. Nesse tipo de atividade religiosa de enfrentamento, Deus e o indivíduo são colaboradores na resolução de problemas. A responsabilidade pelo enfrentamento é compartilhada, com os dois parceiros desempenhando um papel ativo nesse processo. (PARGAMENT, 2001, p. 179-180)

Como descrito por Pargament (2001, p. 183), a espiritualidade enfatiza o relacionamento com Deus no processo do enfrentamento: “através desse relacionamento, os problemas são reformulados positivamente, os limites do controle pessoal são aceitos, e orientação e segurança são procuradas”. Assim, a situação assume formas diferentes em momentos e lugares diferentes, e se reconstrói pela avaliação diferenciada dos eventos que geram o estresse, dando lugar aos próprios métodos de enfrentamento. “A religião é uma força que ajuda a moldar o processo de enfrentamento e, por sua vez, é moldada por ele” (PARGAMENT, 2001, p.183).

A espiritualidade e a religião são associadas a baixos níveis de depressão, melhor saúde mental, melhor saúde física, crescimento associado ao estresse e espiritual. Os autores afirmam que quando as pessoas enfrentam situações altamente estressantes na vida, muitas fazem menção à religião. Entre as pessoas que enfrentam crises com risco de vida, a religião e a espiritualidade são citadas com mais frequência do que qualquer outro recurso no enfrentamento positivo da situação (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Hill e Pargament (2003) trazem uma definição mais diferenciada de espiritualidade nesse momento, como uma estrutura que fornece aos indivíduos um sentido de propósito e significado último na vida, oferecendo às pessoas estabilidade, apoio e direção em tempos críticos.

Pargament (2007), em seu livro ‘Psicoterapia Espiritualmente Integrada’ (*Spiritually Integrated Psychotherapy*), confirma seus estudos anteriores quando diz que a “espiritualidade é a busca pelo sagrado, [...] e que o sagrado é o coração e a alma da espiritualidade” (p. 49). Define o sagrado como sendo o próprio Deus, em todos seus conceitos, e essa realidade transcendente como sendo o ponto central do sagrado. Porém, ainda inclui outros aspectos da vida que têm caráter divino ou significância por representar o sagrado em suas manifestações.

A respeito da importância do enfrentamento espiritual, ainda complementa e especifica que nos tempos de estresse os indivíduos buscam a conservação do sagrado:

As pessoas enfrentam a realidade de eventos traumáticos, colocando-os em um contexto maior e mais significativo. Para aqueles que tem visão espiritual, esta é a questão mais importante. Aqui está a evidência ainda mais convincente. A espiritualidade é excepcionalmente resistente aos estressores da vida, incluindo as situações mais extremas. Estudos experienciais mostram que a maioria as pessoas mantêm seus níveis de envolvimento espiritual e religioso e assim lidam melhor com os períodos de crise. (PARGAMENT, 2007, p. 109)

Veit e Castro citam a definição de Pargament (1997), quando consideram *coping* religioso como “a utilização da fé, religião ou espiritualidade no manejo das situações estressantes ou dos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida” (VEIT; CASTRO, 2013, p. 332).

Gall e Bilodeau (2020a) realizaram um estudo longitudinal no qual compararam mulheres com câncer de mama e um grupo controle, desde o pré-diagnóstico até um ano após o diagnóstico. Nesse estudo, definiram o enfrentamento religioso/espiritual como uma estratégia específica – tanto cognitiva quanto comportamental – associada com a fé individual de cada mulher em Deus, podendo ser conceituada também pelo uso da religião como fonte de apoio e elaboração de sentido na vida diante de um evento sumamente estressante como o câncer de mama.

Dessa forma, a espiritualidade, quando vivenciada pela mulher, é comumente usada como uma estratégia de enfrentamento positivo, pois o bem-estar espiritual e o ajustamento mental vão estar relacionados em como a paciente lida com o câncer de mama desde o seu diagnóstico (RAJA LEXSHIMI, 2014; VEIT; CASTRO, 2013). Destaca-se, portanto, a espiritualidade como estratégia de enfrentamento do câncer de mama, valorizando-a como um ser único, visando à integração do físico, do emocional e do espiritual (SWINTON et al., 2011; REINERT; KOENIG, 2013).

3.3 Referencial teórico-filosófico

Para se estudar o fenômeno da vivência da mulher com câncer de mama e as implicações da espiritualidade, é necessário refletir e aprofundar a temática na sua característica tão especialmente delicada, mas muito relevante na essência.

É importante observar que a fenomenologia “se constitui uma ciência do rigor que procura observar a experiência humana descrevendo-a tal como ela se mostra” (AZEVEDO; LOPES, 2010, p. 1068). O método fenomenológico, fruto da fenomenologia, mostra-se fundamental nesse momento, pois é uma filosofia existencial na qual o enfoque é o fenômeno. Para Moreira (2002, p. 67), “fenomenologia é a descrição da experiência, um método filosófico restrito a análise cuidadosa dos processos intelectuais dos quais somos introspectivamente conscientes”.

A fenomenologia é uma das correntes que mais se sobressaiu na filosofia, tendo como enfoque de suas reflexões o fenômeno, na sua totalidade, em diferentes dimensões (no espaço e no tempo vividos), relacionado às experiências do ser humano. A fenomenologia se propõe a elucidar o reino das essências e este se encontra na consciência. Assim, “constitui um conhecimento relacional, intersubjetivo e, portanto, é uma alternativa para o rompimento da tradição naturalista.” (SENA, 2006, p. 54).

A fenomenologia teve seu início com o filósofo alemão Franz Brentano (1838 – 1917), rompendo com o paradigma positivista de sua época. Todavia, ganhou notoriedade através de Edmund Husserl (1859 – 1938), filósofo e matemático alemão, aluno do primeiro.

Para se conhecer melhor o método fenomenológico, é preciso estudar um pouco de sua origem. Husserl, como matemático, valorava a questão do rigor metodológico. Assim, ao conceber a fenomenologia, realizou um sonho de toda filosofia, que é se tornar uma ciência rigorosa. Para isso, lançou mão de todo cuidado que pôde, para que o método fosse bem-visto e aceito cientificamente. Propôs, então, o estudo das essências, ou seja, aquilo que as coisas realmente são em sua pureza – as coisas em si mesmas (DARTIGUES, 2008).

A intencionalidade da consciência é um princípio básico. Assim, a consciência é sempre “consciência de alguma coisa”, estando dirigida para um objeto. Por sua vez, o objeto também é sempre “objeto-para-um-sujeito”. “Se a consciência é sempre consciência de alguma coisa e se o objeto é sempre objeto para a consciência, é inconcebível que possamos sair dessa correlação, já que, fora dela, não haveria nem consciência nem objeto” (DARTIGUES, 2008, p. 27). Mas a partir desses estudos, descobriu que não há neutralidade na consciência; ela é sempre voltada para algo – é consciência de alguma coisa. Desta forma, cria-se um de seus conceitos mais importantes: a intencionalidade.

Husserl propôs, então, a redução fenomenológica – *epoché*. Esta colocaria a consciência natural – imediata – entre parênteses: em suspensão. Para realizar a redução, consistiria, em algum nível, numa neutralização da consciência ou, em outras palavras, num certo desnudamento, na medida do possível, de julgamentos e concepções prévias.

Nessa corrente, destaca-se a contribuição da filosofia existencialista, mais especificamente, a francesa de Maurice Merleau-Ponty, porque desperta uma nova visão do ser humano e do mundo.

A redução consiste numa atitude de “espanto” diante do mundo, uma curiosa e admirada indagação. Não podemos retirar-nos completamente do mundo – uma redução completa é impossível, [...]. Mas podemos afrouxar os laços que nos prendem às coisas em nossa lida prática com elas, de modo que a pura estranheza do mundo se torna mais aparente. Ao abandonarmos, pelo menos temporariamente, as estruturas teóricas que construímos para administrar nossa vida prática, social, e voltarmos à nossa experiência não mediada, pré-teórica, do mundo, podemos entender melhor os significados dessas próprias estruturas teóricas “A verdadeira filosofia”, diz Merleau-Ponty (2002, xxiii), “consiste em reaprender a olhar o mundo”. Em sua interpretação, portanto, redução fenomenológica é uma questão de mudança da nossa maneira de ver o mundo. (MATTHEWS, 2006, p. 28)

Merleau-Ponty entrelaça corpo objetivo e corpo fenomenal como dimensões de uma totalidade. A mulher em tela, ao enfrentar sua condição de saúde, também o fará tanto com o corpo objetivo quanto com o subjetivo. O corpo objetivo, coisa entre as coisas, habita o mundo numa copresença com elas e, assim como os objetos, é visível, tangível e pode ser sentido. O corpo fenomenal é sentiente, vidente e movente. Esse corpo movente, sentiente, é que será o primeiro na tarefa da superação feminina. “Ser corpo é estar atado a um certo mundo, e nosso corpo não está primeiramente no espaço: ele é no espaço” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 205).

Vale pontuar que com a noção de comportamento preferido, e em seu estilo próprio, o corpo habitual traz a marca da singularidade por relevar as experiências anteriores. Faz parte dessa totalidade no encontro com o mundo. Uma corporeidade, ou esquema corporal que se dá ao mundo e traz um significado para ele (ALVIM, 2011).

O corpo próprio pode ser sintetizado como a articulação entre o hábito e uma situação, ou seja, uma significação para o mundo e que nos dá ao mundo, construída no campo da experiência. Dessa forma “Merleau-Ponty compreende assim a experiência como expressão, uma síntese temporal, um trabalho do corpo movente com o mundo que produz sentido” (ALVIM 2011, p. 230). De acordo com a situação que a mulher enfrenta é que os significados se fazem, então quanto mais amplamente ela apreender o mundo, mais o horizonte existencial se amplia.

A “visão das essências” se transforma em uma fenomenologia na qual “o tempo e o ser estarão ligados”. [...] “a reflexão fenomenológica começa pela descrição da atitude natural e ela nos remete à atitude transcendental” (CAPALBO, 2007 p. 40). Em relação à

temporalidade, Merleau-Ponty (1999) afirma que “o tempo não é uma linha, mas uma rede de intencionalidades” (p. 558), “[...] o tempo é o único movimento que em todas as suas partes convém a si mesmo, assim como um gesto envolve todas as contrações musculares que são necessárias para realizá-lo” (p. 562). Discute ainda a importância do presente na recuperação do passado e do porvir, como um movimento de temporalização, como “nós temos o tempo por inteiro e estamos presentes a nós mesmos porque estamos presentes no mundo” (p. 569). Ele refere como sendo a essência da subjetividade da vida, o que “ele só tem sentido para nós porque nós ‘o somos’. [...] porque estamos no passado, no presente e no porvir” (p. 569).

Ela ilumina as análises precedentes porque faz o sujeito e o objeto aparecerem como dois momentos abstratos de uma estrutura única que é *a presença*. É pelo tempo que pensamos o ser, porque é pelas relações entre o tempo sujeito e o tempo objeto que podemos compreender as relações entre o sujeito e o mundo. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 577)

Vale ressaltar que no movimento da vida é reafirmada a importância do tempo vivido, pois a percepção corporal está intimamente ligada ao tempo. Mais uma vez, “a ‘síntese’ do tempo é uma síntese de transição, ela é o movimento de uma vida que se desdobra, e não há outra maneira de efetuar-la senão viver essa vida, não há lugar do tempo, é o próprio tempo que se conduz e torna a se lançar” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 567).

A fenomenologia existencial traz um outro enfoque importante, a questão da linguagem, como fonte originária do seu próprio sentido. Assim, há o direcionamento em relação à compreensão do ser humano, com uma melhor compreensão da totalidade corpo-alma, sem necessidade da dicotomia de Descartes (GONÇALVES, 2005). Por conseguinte, a totalidade do ser humano não é a soma das partes, mas, pelo contrário, essa totalidade vai se desenvolvendo ao longo da história do seu ser.

A realidade precisa ser descrita e não construída. “O ser humano está inserido no mundo e é nele que o homem se conhece” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 6). Assim é que precisa ser compreendido. E a partir da percepção é que as essências do mundo se revelam ao ser humano. O que se busca, então, são os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência vivida. É pela linguagem que o ser humano tem acesso à realidade e, ao contá-la pelo discurso oral ou escrito, pode criar mundos surpreendentes. Isso desperta um desejo de aprender e inspira a buscar, observar, ouvir e contar a realidade do outro.

Terra et al. (2009) afirmam que “tudo que é percebido pela consciência é compreendido pela fenomenologia como fenômeno, ao qual é designado um sentido, pela consciência doadora de sentido”. O ser humano é visto como intencionalidade, consciência

encarnada e historicidade, desvelando sua unidade a partir do sensível e da experiência (GONÇALVES, 2005).

Müller (2001) descreve que as intenções dependem de palavras para serem reveladas, como atos intencionais de fatos e pensamentos. Dessa forma, a expressividade das experiências é o que nivela cada uma das dimensões da existência e estabelece a equivalência entre os fenômenos experimentados na percepção com aqueles que são produzidos no âmbito das experiências simbólicas. “O pensamento está sempre ligado à linguagem para expressar a experiência vivente”, assim confirma Capalbo (2004, p. 35).

É através do discurso que se chega a facetas essenciais do fenômeno. Essa fala, esse *logos* que é o discurso pronunciado, é que vai permitir que o fenômeno se mostre. O discurso é a articulação na linguagem daquilo que foi estruturado na expressão, na afetividade e na compreensão. Constitui a maneira de o homem ser no mundo, a totalidade de palavras e significados, onde o ser humano discursivo tem o seu mais íntimo expresso (ANDRADE, 2008, p.24).

Entretanto, Terra et al. (2009) e Capalbo (2004) afirmam que cada ser humano tem experiências singulares que acontecem a partir da linguagem estabelecida culturalmente pelas relações e interações com o outro. O corpo é linguagem. A palavra é um dos usos possíveis do “meu corpo”, pois o ser humano aciona uma rede de significações quando fala, não só colocando em movimento o aparelho fonador, mas também se utilizando da expressão gestual, corporal. Se torna enunciação articulada ao nível do discurso, trazendo gestos passados e aqueles que virão para o presente. A linguagem é toda a comunicação verbal e não verbal. Todavia, a linguagem tem outros sentidos, pois ela “comporta silêncios, lacunas, ela nos diz algo” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 116).

O comportamento humano cria significações e a fala é somente uma delas. Ele depende das informações, dos conhecimentos, das crenças e das percepções. Há uma intersubjetividade entre quem se comunica com quem.

Diante dessa importância que é dada pela fenomenologia para a fala, e de como o comportamento humano cria significações, procura-se abrir espaço para ouvir a voz da mulher no enfrentamento do diagnóstico do câncer de mama. Com isso, busca-se compreender a percepção vivenciada por ela e as implicações em sua espiritualidade, na perspectiva do cuidado em saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo eminentemente qualitativo descritivo fenomenológico. De modo complementar, teve como aporte a utilização de uma escala Likert para enriquecimento dos dados. Tendo como primazia o enfoque qualitativo do estudo, a utilização do Questionário de Bem-Estar SWBQ tem o propósito de complementação e expansão dos dados, a fim de se obter uma visão compreensiva e mais abrangente do fenômeno. Além disso, a integração dos elementos resultantes de ambos os enfoques possibilita maior amplitude do conhecimento e um processo mais holístico e integral, com informações mais complexas e com maior capacidade de construção de um arcabouço teórico compreensivo e novos modelos a partir da interpretação mais completa sobre o fenômeno, conforme apontam Sampieri, Collado e Lucio (2010).

O referencial teórico-metodológico é a Fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, que permitiu compreender a experiência da mulher com câncer de mama e conhecer acerca da espiritualidade e das necessidades espirituais na perspectiva do cuidado em saúde.

A fenomenologia de Merleau-Ponty possibilita perceber a intencionalidade em um mundo que não pode ser apreendido ou controlado por meio de instrumentos – um mundo anônimo, impessoal. Seus princípios utilizam a estratégia metodológica de descrição do fenômeno (SENA, 2006). Assim, a perspectiva fenomenológica merleaupontiana permitiu o desvelamento do fenômeno – a vivência da mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama e as implicações da espiritualidade – com base nas descrições da pesquisa.

O fato de entrar na vivência da mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama, pelas entrevistas, permitiu a busca e a compreensão dos significados da sensibilidade, do sofrimento e espiritualidade. Para tanto, além de saber ouvir a fala, é importante observar suas expressões, pois a linguagem está inserida no corpo e, nesse sentido, supera a dicotomia sujeito-objeto. Assim, como uma maneira de ser presença e estar junto ao outro, busca-se “penetrar a verdade mesma do seu existir, seja ela qual for” (CARVALHO, 1991).

4.2 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa foi o setor ambulatorial de Mastologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (HUAP), onde as mulheres com Câncer de Mama são atendidas após o diagnóstico realizado nas Unidades Básicas de Saúde. Este Hospital integra o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. A escolha se deve ao fato de ser o setor de referência para onde as mulheres são encaminhadas após o diagnóstico inicial nas Unidades de Saúde da Região Metropolitana II. A Região Metropolitana II engloba, além de Niterói, as cidades de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Sua área de abrangência atinge uma população estimada em mais de dois milhões de habitantes. Atualmente é a maior e mais complexa unidade de saúde da cidade de Niterói, e, portanto, considerada como de alta complexidade de atendimento.

O ambulatório de Mastologia do HUAP é um setor que recebe todo tipo de mulheres para consultas de diagnóstico e orientação terapêutica de média e alta complexidade, referenciadas pelas Unidades de Saúde. Os consultórios utilizados para a Mastologia são quatro, dos sete consultórios disponíveis no setor ao atendimento. Foi totalmente reformado e ampliado, e quando foi realizada a aproximação com o campo e a apresentação da pesquisadora, havia sido reinaugurado há quatro meses. As mudanças estruturais e do serviço estavam em fase de adaptação, pois antes aconteciam em conjunto com a Ginecologia.

As consultas são realizadas em quatro dias da semana, sendo que, na primeira consulta, as mulheres encaminhadas para confirmação diagnóstica são reavaliadas clinicamente. Caso seja necessário, é feita uma revisão e confirmação do diagnóstico, que é o padrão da unidade ambulatorial, com biópsia e respaldo institucional da anatomia patológica. Após essa etapa é traçado o tratamento por uma equipe em Sessão clínica, a que ela irá se submeter, possivelmente a partir da terceira ou quarta consulta. Essa Sessão clínica acontece uma vez por semana, na qual médicos mastologistas, oncologistas, radiologistas e enfermeiras elaboram o tratamento, individualizando cada situação em particular. Cabe ressaltar a presença e atuação da enfermeira, (juntamente com uma enfermeira residente) que estava implementando a consulta de enfermagem no pré-operatório quando da coleta de dados para esta pesquisa.

4.3 População de estudo e seleção das participantes

A população do estudo foram mulheres com câncer de mama, usuárias do Serviço de Mastologia do Ambulatório do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Em média, o

ambulatório recebe 15 novas mulheres por mês com diagnóstico de câncer de mama e referenciadas pelas Unidades de Saúde. Recebe também mulheres referenciadas com problemas benignos nas mamas.

A amostra estabelecida para o estudo foi por conveniência, isto é, a seleção de indivíduos de determinada população como casos representativos do estudo, com propósito de riqueza e profundidade da informação. As mulheres inicialmente foram identificadas estando na fase diagnóstica, antes do início do tratamento, procedendo-se a seleção e o convite para participarem da pesquisa. A realização das entrevistas ocorreram antes ou logo após sua consulta médica, conforme a disponibilidade, sendo realizadas em um consultório privativo, reservado previamente.

Os critérios de inclusão foram mulheres que vivenciavam o câncer de mama, maiores de 18 anos de idade, lúcidas e comunicantes, que já haviam confirmado o diagnóstico de câncer de mama e que estavam após sua primeira consulta na unidade, ou nas consultas subsequentes no Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) desde que o diagnóstico clínico de câncer de mama esteja confirmado (mesmo que seja ainda refeito o histopatológico ou novos exames para mais detalhes diagnósticos) e antes de completar um ano de diagnóstico. Não houve restrições quanto a etnia, religião, aspectos político-econômicos e socioculturais. Foram incluídas somente as que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão abrangeram mulheres que estivessem com outros tipos de neoplasias malignas, mesmo que seja metástase ou recidiva já confirmada no momento do primeiro contato com a pesquisadora, com mais de um ano de diagnóstico confirmado, ou com alguma outra patologia concomitante que inviabilizasse ou dificultasse a comunicação verbal e desta forma inviabilizasse a coleta de dados. Seriam também excluídas as que não almejassem participar de pesquisa.

Primeiramente ocorreu a inserção da pesquisadora no campo, como etapa preliminar, conhecendo a dinâmica do setor, no movimento de aproximação e ambientação no cenário em que aconteceu o estudo, com os profissionais que atuam no local. Foram observadas as mulheres quando da confirmação do diagnóstico de neoplasias mamárias e, assim, houve uma aproximação com a rotina desse atendimento, desde a primeira consulta médica até a Sessão clínica, onde houve a observação da pesquisadora, incluindo a observação das decisões de tratamento, como também o acompanhamento da consulta de enfermagem nos pré e pós-operatório das neoplasias mamárias. Nesta ocasião, foi dada a oportunidade à pesquisadora de

conhecer melhor a unidade de internação, onde teve os primeiros acessos aos prontuários. Essa inserção aconteceu durante o mês de julho de 2018.

No período da coleta de dados foram identificadas as marcações de consultas no agendamento disponibilizado no Sistema integrado de saúde a cada dia, confirmado através dos prontuários, anamnese breve e até mesmo por indicação da equipe médica ou enfermeira, para confirmação dos critérios de elegibilidade, o que facilitou a abordagem das participantes pela pesquisadora. A seleção das participantes se deu de forma sistemática, a convite da pesquisadora. Durante a entrega do TCLE, foi esclarecido o teor da pesquisa, e aquelas que aceitaram e assinaram foram convidadas a um consultório anexo antes ou após a consulta médica ou de enfermagem. Algumas mulheres não foram entrevistadas pela coincidência de horários com outras atividades hospitalares – exames, por exemplo – ou devido ao tempo utilizado em cada entrevista – em média, 45 minutos no total.

No momento da entrega do TCLE foram explicados os objetivos da pesquisa e esclarecido que não haveria qualquer discriminação ou preconceito. De igual modo, as participantes foram informadas sobre a confidencialidade e segurança do manejo dos dados da pesquisa e receberam esclarecimentos sobre as demais informações contidas no TCLE. Nesse momento, solicitou-se também a permissão das participantes para que a entrevista fosse gravada. Foram oferecidas orientações quanto à proposta do estudo e feito o esclarecimento quanto aos riscos e benefícios. Recolheu-se a assinatura daquelas que concordaram em participar do estudo e, em seguida, foram entregues as cópias do TCLE devidamente assinadas pela pesquisadora.

As entrevistas ocorreram no período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019. Para o encerramento da coleta, utilizou-se o critério de saturação de dados (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2010), conferindo-se a repetição de informações na medida em que se obtinha uma análise prévia dos depoimentos, perfazendo-se um total de 40 depoentes que participaram da pesquisa.

4.4 Técnica de coleta de dados

A entrevista fenomenológica ocorreu de forma a explorar a descrição das vivências das participantes, das emoções e espiritualidade nesse momento do diagnóstico, pois capta a maneira da paciente de vivenciar o mundo, e “há várias maneiras de vivenciar o mundo embora seja algo singular a cada cliente” (CARVALHO, 1991, p. 34). Foi utilizado roteiro de

entrevista flexível e aberto, para promover a descrição do mundo vivido por essas mulheres e a observação de campo como parte complementar da entrevista, onde o “pesquisador busca perceber a singularidade, os significados do silêncio, da fala, do dito e do não dito, e respeitá-las, exercitando a escuta, para mergulhar no difícil exercício de redução dos pressupostos” (PAULA et al., 2014, p. 469).

Após esse início e se colocando face a face com a entrevistada, houve o preenchimento do formulário de caracterização. O formulário de caracterização foi elaborado e preenchido pela pesquisadora, composto de dados de identificação e sociodemográficos (iniciais, idade, data de nascimento, cidade onde reside, raça/cor, estado civil, número de filhos, nível educacional, renda familiar, ocupação, tipo de moradia e com quem vive). Além dessas informações, era perguntado pela entrevistadora sobre a religião ou culto da participante, se é praticante e se frequenta reuniões. Também havia espaço para observações da pesquisadora.

Procurou-se iniciar a entrevista de uma maneira espontânea, criando um ambiente favorável para que a mulher com câncer de mama se sentisse à vontade para expressar suas vivências, seus sentimentos desde a notícia do diagnóstico do câncer de mama. É importante que o investigador se mostre receptivo nesse momento, com uma escuta ativa e sensível. A entrevista foi realizada em um consultório reservado, com a gravação dos depoimentos em mídia digital. O roteiro da entrevista continha três itens sobre as percepções relativas à vivência com diagnóstico de câncer de mama e cinco outros itens acerca da dimensão espiritual e sentido da vida.

O Roteiro da Entrevista Fenomenológica foi composto pelas seguintes perguntas:

PERCEPÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA:

Como foi para você receber o diagnóstico de câncer de mama?

Como foi para você vivenciar esses momentos?

Quais são seus sentimentos em relação ao seu corpo a partir desse diagnóstico?

ACERCA DA DIMENSÃO ESPIRITUAL:

Para você, o que significa a espiritualidade?

O que você pensa da sua espiritualidade?

O diagnóstico da doença influenciou sua vida espiritual?

Como você expressa sua fé e suas necessidades espirituais?

Suas crenças pessoais influenciam sua vontade de viver?

Na sequência, foi entregue o Questionário de Bem-estar Espiritual (*Spiritual Well-Being Questionnaire* - SWBQ), desenvolvido por Gomez e Fisher (2003) e com validação brasileira feita por Nunes et al. (2018). O questionário contém 20 itens, distribuídos em quatro domínios: ambiental, transcendental, comunitária e pessoal. Tem sido amplamente utilizado e validado em diversos estudos pelo mundo (GOMEZ; FISHER, 2003, 2005; GOUVEIA; MARQUES; PAIS-RIBEIRO, 2009; GOUVEIA; PAIS-RIBEIRO, 2012; CALDEIRA et al., 2017). Todos os itens são formulados positivamente e o resultado é obtido pela média das respostas atribuídas aos itens de cada subescala.

As entrevistadas foram convidadas a preencherem o questionário com grau de conformidade com a afirmação proposta. As que não sabiam ler e escrever foram auxiliadas pela pesquisadora, sem interferência nas respostas. Era então solicitado que marcasse em que medida sentia que cada afirmação refletia a sua experiência pessoal atual. Foram dadas 20 opções com respostas tipo Likert, variando entre “1” (muito pouco), “2” (pouco), “3” (moderadamente), “4” (muito) e “5” (muitíssimo). As opções ou subescalas foram assim constituídas: domínio pessoal, itens 5 (identidade pessoal), 9 (autoconsciência), 14 (alegria na vida), 16 (paz interior) e 18 (sentido para vida); comunitária, itens 1 (amor pelos outros), 3 (bondade e perdão), 8 (confiança nos outros), 17 (respeito pelos outros) e 19 (generosidade com os outros); ambiental, itens 4 (ligação com a natureza), 7 (admiração da paisagem), 10 (união com a natureza), 12 (harmonia com o ambiente) e 20 (magia na natureza); transcendental, que compreende os itens 2 (relação com Deus), 6 (admiração pela criação), 11 (união com Deus), 13 (paz com Deus) e 15 (vida de meditação e/ou oração) (GOMEZ; FISHER, 2003).

As entrevistas foram gravadas para que não se perdesse qualquer detalhe das informações e para que houvesse melhor compreensão do fenômeno – e, no caso de respostas extensas, para que houvesse registro dos detalhes das falas das participantes. Os aspectos não verbais foram transcritos nas anotações da pesquisadora, sendo antes informado que isso seria feito, respeitando a individualidade da entrevistada, incluindo expressões, gestos, choros e silêncio. Quando necessário, solicitou-se às participantes que explicassem melhor seus sentimentos e vivências, com utilização do tempo que fosse necessário para essa descrição.

Para assegurar o anonimato das participantes, foi adotado um codinome com letra maiúscula e números em sequência, como exemplificado: E1, E2, E3, e assim por diante. Ocorreu saturação dos dados e confirmação, para ser mais confiável. Foi realizado teste piloto e adotados cuidados para não haver margem de erros. Não houve desistência de nenhuma entrevistada. Houve uma escuta sensível e apoio emocional por parte da pesquisadora.

4.5 Tratamento e análise dos dados sociodemográficos e Questionário de Bem-Estar Espiritual

A partir dos dados coletados com o Formulário Sociodemográfico e com o Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ), foi construído um banco de dados em planilha eletrônica que foi tratado pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25.0 e pelo aplicativo Microsoft Excel 2013. O SPSS e o Excel são softwares comerciais da IBM e da Microsoft, respectivamente, de grande uso e eficiência em análise de dados dispostos em planilhas eletrônicas.

A análise descritiva dos dados foi baseada em gráficos, distribuições de frequências e cálculo de estatísticas descritivas (proporções, mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação) e teve como objetivo sintetizar e caracterizar o comportamento das variáveis e traçar o perfil da amostra. Foi investigado se existiam associações significativas entre os componentes do Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ). A investigação da associação entre os componentes foi realizada através da análise de correlação de Pearson.

4.6 Tratamento e análise das entrevistas

A transcrição dos depoimentos e registros aconteceu por ordenamento para classificação e posterior análise. De acordo com Polit e Beck (2011, p. 506), “a análise de dados qualitativos é um processo ativo e interativo”. Os dados precisam ser lidos repetidas vezes e examinados criteriosamente, em busca de um sentido e de uma compreensão mais profunda.

A descrição da vivência da mulher no enfrentamento do diagnóstico de neoplasia maligna mamária, a partir das entrevistas, permitiu a busca e a compreensão dos significados e experiências, conhecendo acerca das suas necessidades espirituais e emocionais e as perspectivas do cuidado em saúde.

Os dados foram analisados na perspectiva fenomenológica, essencial para a captura da vivência da espiritualidade, e agrupados em categorias para melhor correlação com o objeto de estudo e os referenciais conceituais. Esse processo envolveu escuta e compilação dos áudios gravados, e transcrição das entrevistas realizadas por dois pesquisadores, confirmadas pela pesquisadora principal.

Como parte instrumental da estratégia de análise foi utilizado o software MAXQDA® 2018, que favoreceu a exploração do extenso material das entrevistas, por constituir “um conjunto de ferramentas que favorece a organização, exploração, codificação e análises. [...] O uso de *softwares* pode apoiar a análise de dados qualitativos, contudo não substituem o trabalho analítico do pesquisador” (BRAGA et al., 2019). O software MAXQDA® 2018 facilitou o processo de codificação dos dados contidos nos depoimentos, com cores e códigos. Além disso, favoreceu a identificação, o agrupamento das unidades de significado e a visibilidade das subcategorias e categorias.

O método fenomenológico de Amadeo Giorgi (1997) foi empregado na análise dos dados qualitativos, que consiste em quatro passos distintos. O **primeiro** foi a leitura geral do material escrito e releitura, para se ter a ideia do todo, interrogando o fenômeno, como se fosse a primeira vez. Concluído esse momento, passou-se ao **segundo**, para se perceber a discriminação de unidades significativas evidenciadas, numa perspectiva psicológica e focada no fenômeno de estudo. Nesse ponto, a pesquisadora definiu as unidades de significado (US) relacionadas com o tema de interesse, observando cada mudança de sentido até a formulação de uma nova unidade de sentido subsequente, mudando direções e prosseguindo nas análises subsequentes. Vale ressaltar que foi tarefa da pesquisadora perceber as unidades de sentido nas falas, pois nem sempre são tão claras e evidentes. Um detalhe importante é que a pesquisadora entendeu a importância de não interferir no conteúdo das falas, nem na linguagem do sujeito, permanecendo sem grandes modificações. O **terceiro** passo foi examinar as unidades de significado e transformar as expressões cotidianas do sujeito em linguagem psicológica, com ênfase no fenômeno que se investigou. O **quarto** e último passo foi a busca da síntese das unidades de significado, consistentemente relacionada às experiências dos participantes ou estrutura do fenômeno.

Os dados categorizados foram interpretados com base na fenomenologia de Merleau-Ponty para uma compreensão acerca da percepção, significados, experiências, necessidades das mulheres no processo de enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama e as necessidades de sua espiritualidade e emoções, conforme delineado pelos objetivos e com base na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. A síntese da análise dos dados e a categorização podem ser vistas no Apêndice 7.

4.7 Rigor e confiabilidade do estudo

Para conferir maior qualidade ao estudo, procedeu-se o rigor preconizado no *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), que consiste numa lista de verificação de 32 itens utilizados para relato de estudos qualitativos de fenômenos complexos. Foi desenvolvido para padronizar diretrizes formais de relatórios de pesquisa qualitativa (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Para garantir a confiabilidade do estudo, o procedimento seguiu as diretrizes propostas por Graneheim e Lundman (2004) e por Guba e Lincoln (1994). Em primeiro lugar, a experiência de pesquisa foi credenciada no objeto do estudo e na metodologia qualitativa. Em segundo lugar, a pesquisadora refletiu sobre seus próprios valores e crenças e também como evitar sua influencia nos diferentes estágios do estudo. Em terceiro lugar, o processo de recrutamento com amplos critérios de seleção e sem restrições acerca de crenças, etnias, idades ou outras variáveis sociodemográficas garantiu o grau máximo de diversidade no grupo analisado. Em quarto lugar, os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas pela mesma pesquisadora, desconhecida das participantes, pois não haviam interagido até aquele momento. Em quinto lugar, durante a análise dos dados, foram verificadas as unidades de significado, temas e subtemas, e verificou-se a saturação teórica dos principais temas. Por fim, utilizou-se o referido software de análise qualitativa, que permite o credenciamento e documentação da análise, bem como a codificação do processo. Além disso, outros pesquisadores confirmaram essa análise, segundo a estratégia de triangulação do pesquisador.

4.8 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), com n.º 64110617.20000.5243, resguardando-se os termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012 e n.º 510/2016. Foi garantido o anonimato das participantes com a utilização do codinome E, seguido de numeração. Para preservar a confidencialidade e a relação pesquisadora-entrevistado no decorrer das entrevistas, utilizou-se um dos consultórios disponíveis do próprio serviço, além de outros cuidados importantes para a devida ocultação das participantes. A participação no estudo foi voluntária, sendo oferecidas previamente às participantes as informações sobre o âmbito e finalidade do estudo, esclarecendo que não haveria qualquer tipo de discriminação ou preconceito acerca de crenças e de práticas religiosas e nem interferência na assistência clínica oferecida pelo serviço.

As participantes receberam esclarecimentos antes de iniciar a pesquisa. Ficaram cientes de que a entrevista poderia ser interrompida e cancelada a qualquer momento, se elas manifestassem mal-estar e desconforto psicológico que impedissem a continuidade. Além disso, foi informado às pacientes o direito de negar ou se recusar a dar informações sem justificativa, bem como solicitar maiores esclarecimentos sobre qualquer item pesquisado.

Foi garantido às participantes do estudo que os dados obtidos ficariam protegidos por mecanismos de confidencialidade, de privacidade e de anonimato. Esta pesquisa primou pelo respeito ao momento de vulnerabilidade das entrevistadas e foi conduzida pela pesquisadora principal.

Os desconfortos ou riscos associados à participação das entrevistadas e devidos a possível constrangimento, desconforto com a temática, e reações emocionais, como tristeza e choro, foram mínimos. A pesquisadora forneceu apoio emocional e resguardou a integridade física, psíquica e emocional das participantes.

Como benefício indireto, a pesquisa possibilitou a abertura de novas perspectivas ao cuidado emocional e espiritual em saúde, contribuindo para a qualidade da assistência a essas mulheres com câncer. Vale ressaltar que, como benefícios diretos, houve a escuta sensível e o toque terapêutico como parte do cuidado imediato realizado pela pesquisadora. As sugestões e visibilidade do cuidado prestado pela equipe multiprofissional à mulher, dar-se-á como parte da proposta, a partir da pesquisa, visando à melhoria da qualidade do atendimento, além dos incentivos a pesquisas científicas nesse campo de estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E DO QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL (SWBQ)

5.1 Caracterização sociodemográfica das participantes

O estudo foi desenvolvido com uma amostra composta de 40 mulheres no diagnóstico contra o câncer de mama, com idades entre 24 e 76 anos.

A distribuição da escolaridade pode ser vista nas Tabela 4 e Figura 3, onde há maior concentração de respondentes com ensino médio completo (n=10;25%), seguida por ensino fundamental completo (n=7;17,5%). Não sabem ler ou escrever 7,5% da amostra. Apenas cinco participantes responderam ter ensino superior (12,5%).

TABELA 4 – Distribuição da amostra por escolaridade

Escolaridade	Frequência	Frequência (%)
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	7	17,5%
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	5	12,5%
ENSINO MEDIO COMPLETO	10	25,0%
ENSINO MEDIO INCOMPLETO	3	7,5%
ENSINO SUPERIOR COMPLETO	5	12,5%
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	6	15,0%
NAO SABE LER E ESCREVER	3	7,5%
POS GRADUACAO	1	2,5%
Total Geral	40	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

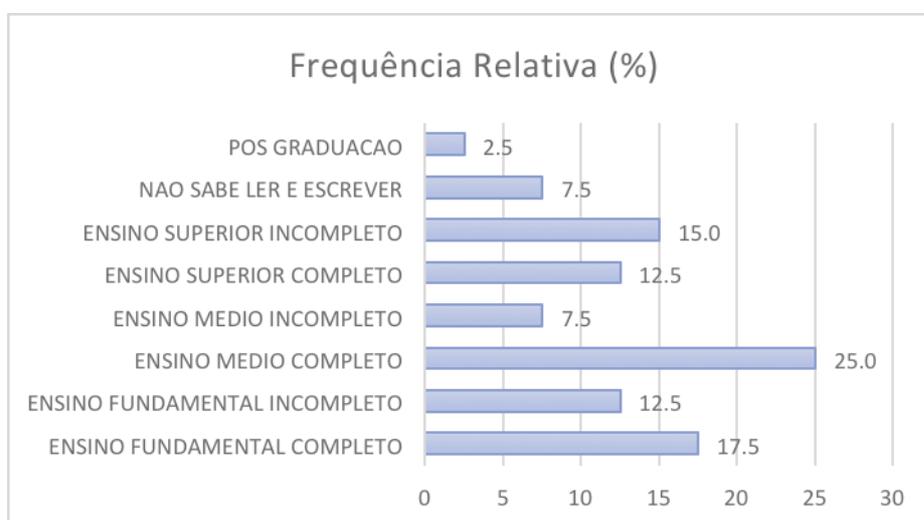


FIGURA 3 – Distribuição dos participantes por escolaridade

FONTE: elaboração da autora.

A Figura 4 apresenta o histograma da distribuição das idades dos participantes, que apresenta comportamento de uma distribuição normal, sendo ratificado pelo teste de normalidade Shapiro-Wilk, onde o p-valor para idade é de 0,012 e a assimetria próxima a -1. Esse teste é indicado para amostras inferiores a 50 observações.

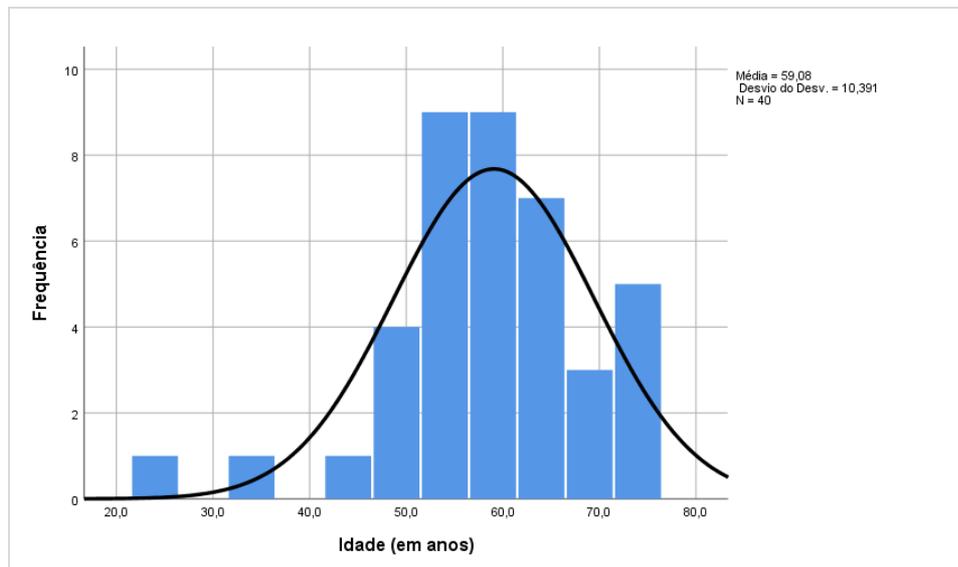


FIGURA 4 – Distribuição das idades dos participantes

FONTE: elaboração da autora.

A maior frequência de classe etária é de 13 casos de idades entre 24 e 55 anos ($n=13;32,5\%$ da amostra). No global, tinham idade entre 24 e 76 anos, que resultaram numa média de 59,1 anos, com desvio padrão de 10,39 anos e mediana de 59 anos. A amplitude amostral (range) é de 52 anos, mas relativamente à média, o coeficiente de variação que é de 0,176 acusa que a variabilidade de idade é baixa. O p-valor do teste de normalidade, que é inferior a 5%.

TABELA 5 – Distribuição da amostra por faixa etária

Faixa etária	Frequência	Frequência (%)
24 a 55 anos	13	32,5%
56 a 60 anos	9	22,5%
61 a 69 anos	11	27,5%
A partir de 70 anos	7	17,5%
Total Geral	40	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

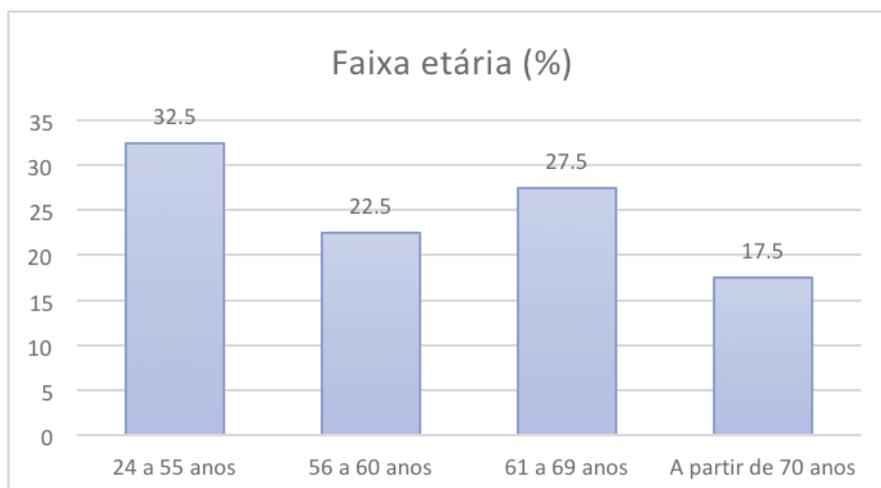


FIGURA 5 – Distribuição dos participantes por faixa etária

FONTE: elaboração da autora.

A Tabela 6 e a Figura 6 apresentam a distribuição de frequências da renda familiar da amostra estudada. A renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos apresenta a maior concentração de respondentes, sendo a metade da amostra ($n=20$; 50%), seguida pela faixa de renda entre 3 e 5 salários mínimos ($n=16$; 40%).

TABELA 6 – Distribuição da amostra renda familiar

Renda Familiar Mensal	Frequência	Frequência (%)
1 A 2 salários mínimos	20	50,0%
3 A 5 salários mínimos	16	40,0%
Acima de 6 salários mínimos	4	10,0%
Total Geral	40	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

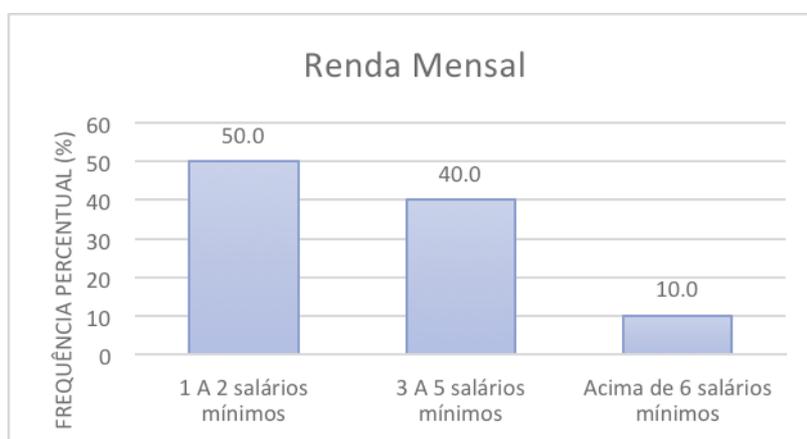


FIGURA 6 – Distribuição dos participantes por renda familiar

FONTE: elaboração da autora.

A Tabela 7 apresenta a distribuição de estado civil e a coabitação dos respondentes, onde 45% são casadas ou estão em uma união estável e 22,5% moram com companheiro e mais algum familiar. As participantes que declararam serem solteiras representam 22,5%, sendo que 10% moravam apenas com filhos e/ou netos. Também 22,5% se declararam divorciadas ou separadas; dessas, 7,5% moram somente com filhos e/ou netos. Também 7,5% declararam morar sozinhas.

TABELA 7 – Distribuição conjunta do estado civil e coabitação

Estado Civil	Coabitação					Total Geral
	APENAS COM FILHOS E/OU NETOS	APENAS COM MARIDO/COMPANHEIRO	COM MARIDO/COMPANHEIRO E OUTROS	COM OUTROS FAMILIARES	SOZINHA	
CASADA OU UNIAO ESTAVEL						
Frequência	1	8	9	0	0	18
Frequência (%)	2,5%	20,0%	22,5%	0,0%	0,0%	45,0%
DIVORCIADA/SEPARADA						
Frequência	3	2	0	1	3	9
Frequência (%)	7,5%	5,0%	0,0%	2,5%	7,5%	22,5%
SOLTEIRA						
Frequência	4	1	1	2	1	9
Frequência (%)	10,0%	2,5%	2,5%	5,0%	2,5%	22,5%
VIUVA						
Frequência	2	1	0	0	1	4
Frequência (%)	5,0%	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%	10,0%
Total Frequência	10	12	10	3	5	40
Total Frequência (%)	25,0%	30,0%	25,0%	7,5%	12,5%	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

Das participantes da pesquisa, 82,5% informaram residir em Niterói, já que a prioridade de atendimento no hospital é para moradores do município.

Quanto à raça, 35% das entrevistadas se identificam como brancas e 35% se declararam da raça parda, conforme apresentado na Tabela 8 e na Figura 7.

TABELA 8 – Distribuição da amostra por raça

Raça	Frequência	Frequência (%)
BRANCA	14	35,0%
PARDA	14	35,0%
PRETA	12	30,0%
Total Geral	40	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

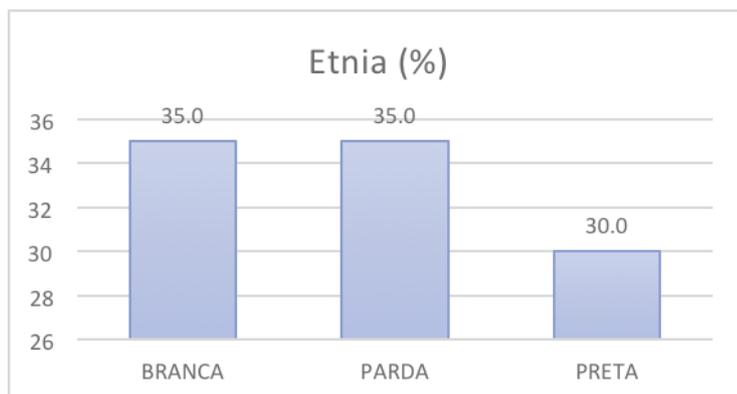


FIGURA 7 – Distribuição da amostra por raça

FONTE: elaboração da autora.

Na Tabela 9 e na Figura 8 há a quantidade de filhos das entrevistadas. A maioria informou ter um ou dois filhos ($n=31$, 77,5%) e três informaram não ter filhos (7,5%).

TABELA 9 – Distribuição da amostra por quantidade de filhos

Quantidade de filhos	Frequência	Frequência (%)
0	3	7,5%
1 OU 2	31	77,5%
3 OU MAIS	6	15,0%
Total Geral	40	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

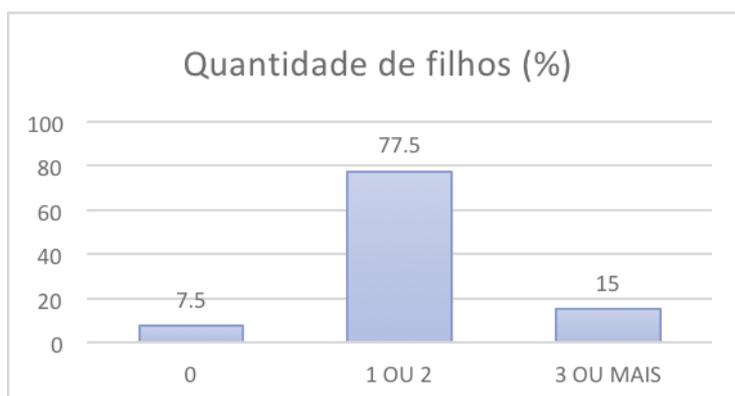


FIGURA 8 – Distribuição da amostra por quantidade de filhos

FONTE: elaboração da autora.

A ocupação das entrevistadas é muito dispersa. A maior concentração da amostra é de aposentadas ($n=11$; 27,5%), seguidas por mulheres que se declararam “do lar” e diarista ou doméstica, com 5 respondentes e representando 12,5% da amostra em ambos. Para melhor

visualização e distribuição dos resultados, as ocupações foram agrupadas em formal, autônoma, atuantes da área da saúde e sem renda, conforme apresentado na Tabela 10.

TABELA 10 – Distribuição da amostra por ocupação

Ocupação	Frequência	Frequência (%)
APOSENTADA	11	27,5%
ARTESA	1	2,5%
AUTONOMA	2	5,0%
AUXILIAR DE CARTORIO	1	2,5%
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	1	2,5%
COZINHEIRA	1	2,5%
CUIDADORA	1	2,5%
DESIGNER - DECORADORA	1	2,5%
DO LAR	5	12,5%
EMPREENDEDORA INDIVIDUAL	1	2,5%
EMPRESARIA	1	2,5%
OPERADORA DE CAIXA	2	5,0%
PROFESSORA	1	2,5%
TECNICA DE ENFERMAGEM	3	7,5%
TECNICA DE SAUDE BUCAL	1	2,5%
TRABALHA EM ATELIE	1	2,5%
VENDEDORA	1	2,5%
DIARISTA/DOMESTICA	5	12,5%
Total Geral	40	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

TABELA 11 – Distribuição da amostra por ocupação agrupada

Ocupação	Frequência	Frequência (%)
APOSENTADA	11	27,5%
AREA DA SAUDE	5	12,5%
AUTONOMA	12	30,0%
FORMAL	7	17,5%
SEM RENDA	5	12,5%
Total Geral	40	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

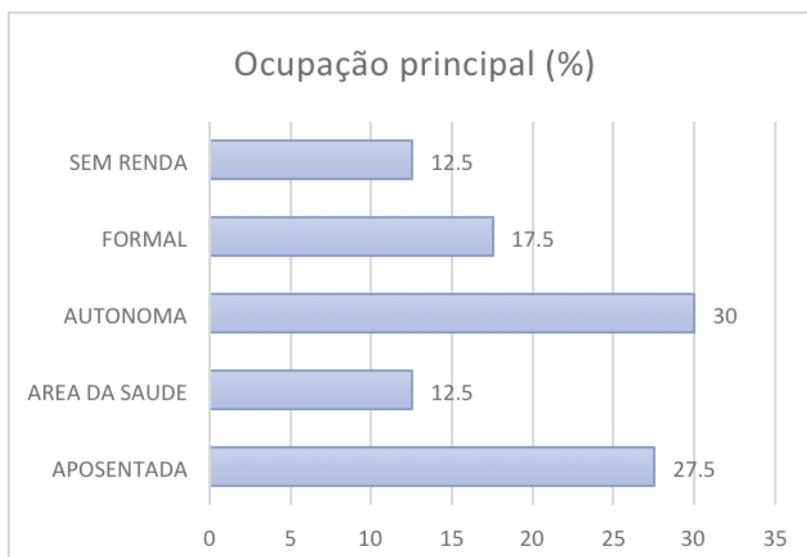


FIGURA 9 – Distribuição da amostra por ocupação

FONTE: elaboração da autora.

Verifica-se que 12 respondentes, que representam 30% da amostra, têm ocupação principal de forma autônoma, seguido pelas aposentadas (n=11; 27,5%) e as trabalhadoras formais (n=7; 17,5%). Há cinco participantes que atuam na área da saúde e cinco que estão sem renda.

Aproximadamente 67% das entrevistadas informaram possuir imóvel próprio, conforme Tabela 12 e a Figura 10.

TABELA 12 – Distribuição da amostra por moradia

Moradia	Frequência	Frequência (%)
ALUGUEL	11	27,5%
DEMAIS	2	5,0%
PRÓPRIA	27	67,5%
Total Geral	40	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

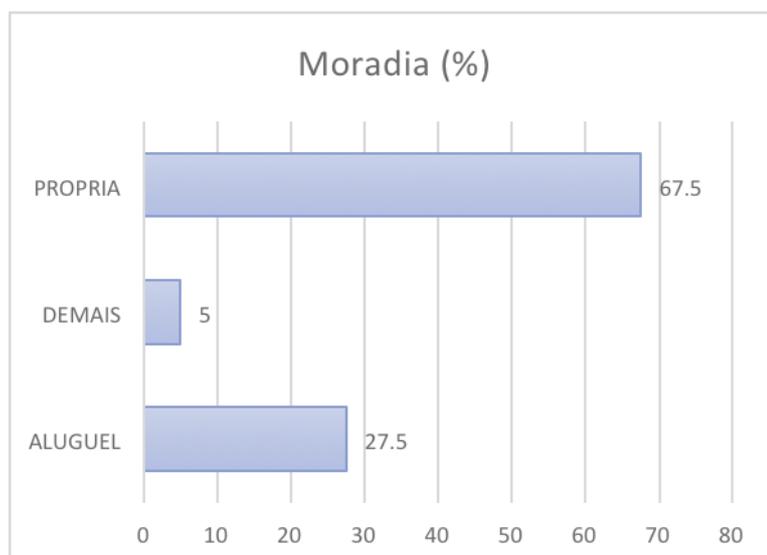


FIGURA 10 – Distribuição da amostra por moradia

FONTE: elaboração da autora.

Na Tabela 13 é possível observar que 52,5% das entrevistadas informaram seguir a religião católica, onde 37,5% informaram serem praticantes. Entre as que informaram ser da religião evangélica, todas seguem a religião com certa frequência (n=15; 37,5%).

TABELA 13 – Distribuição da amostra por religião e prática

Religião	Praticante			Total Geral
	NAO	SIM	SEM RELIGIAO	
CATOLICA				
Frequência	6	15	0	21
Frequência (%)	15,0%	37,5%	0,0%	52,5%
ESPIRITA				
Frequência	2	1	0	3
Frequência (%)	5,0%	2,5%	0,0%	7,5%
EVANGELICA				
Frequência	0	15	0	15
Frequência (%)	0,0%	37,5%	0,0%	37,5%
NENHUMA				
Frequência	0	0	1	1
Frequência (%)	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%
Total Frequência	8	31	1	40
Total Frequência (%)	20,0%	77,5%	2,5%	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

Conforme mostra a Tabela 14, as praticantes da religião evangélica são as que mais visitam semanalmente, seguidas pelas respondentes que informaram ser da religião católica (17,5%). Dentre as 20 mulheres que informaram frequentar semanalmente a sua religião, 13 são da religião evangélica e esse número representa aproximadamente 87% das evangélicas. As católicas são a maioria da amostra (n=21; 52,5%).

TABELA 14 – Frequência das visitas à prática da religião

Religião	Praticante					Total Geral
	MENSAL	NAO INFORMADO	POUCAS VEZES	SEM RELIGIAO	SEMANAL	
CATOLICA						
Frequência	6	2	6	0	7	21
Frequência (%)	15,0%	5,0%	15,0%	0,0%	17,5%	52,5%
ESPIRITA						
Frequência	0	2	1	0	0	3
Frequência (%)	0,0%	5,0%	2,5%	0,0%	0,0%	7,5%
EVANGELICA						
Frequência	1	0	1	0	13	15
Frequência (%)	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	32,5%	37,5%
NENHUMA						
Frequência	0	0	0	1	0	1
Frequência (%)	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%
Total Frequência	7	4	8	1	20	40
Total Frequência (%)	17,5%	10,0%	20,0%	2,5%	50,0%	100,0%

FONTE: elaboração da autora.

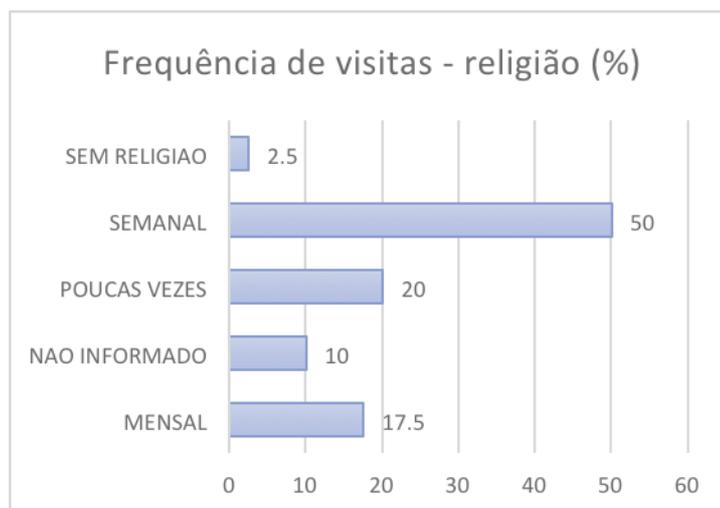


FIGURA 11 – Frequência das visitas à prática da religião
 FONTE: elaboração da autora.

5.2 Resultados da análise do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ)

5.2.1 ANÁLISE DOS DADOS NA ESCALA

O questionário é composto de 20 itens, onde foram agrupadas em quatro grandes domínios ou subescalas, sendo eles pessoal, comunitário, ambiental e transcendental.

A subescala Pessoal compreende os itens 5 (identidade pessoal), 9 (autoconsciência), 14 (alegria na vida), 16 (paz interior) e 18 (sentido para a vida). A subescala comunitária compreende os itens 1 (amor pelos outros), 3 (bondade para com os outros), 8 (confiança nos outros), 17 (respeito pelos outros) e 19 (generosidade com os outros). A subescala ambiental compreende os itens 4 (ligação com a natureza), 7 (admiração da paisagem), 10 (união com a natureza), 12 (harmonia com o ambiente) e 20 (magia na natureza). A subescala Transcendental compreende os itens 2 (relação com Deus), 6 (admiração pela criação), 11 (união com Deus), 13 (paz com Deus) e 15 (vida de meditação ou oração).

No Quadro 2 se encontram as estatísticas para as quatro subescalas, onde a subescala pessoal apresenta maior variabilidade na medida ou score médio dentre as 40 respondentes, com coeficiente de variação de 21,8%. É a subescala com maior intervalo entre o score mínimo e máximo de 3,8, sendo o mínimo de 1,2 e máximo de 5,0.

Em contrapartida, a subescala comunitária apresenta a menor dispersão, com coeficiente de variação de 10,9% e intervalo entre os scores mínimo e máximo de 1,8. A variância é 72,13% inferior à variância da escala pessoal, sendo a menor entre as quatro

subescalas. Em todas as subescalas a variabilidade é considerada baixa, já que em nenhuma delas supera atinge 25% para ser considerada alta.

O quadro mostra que apenas as distribuições dos scores das subescalas ambiental e transcendental apresentaram normalidade, com p-valor abaixo de 0,05 no teste de Shapiro-Wilk, indicado para amostras inferiores a 50.

QUADRO 2 – Teste de normalidade das subescalas do questionário

Subescalas	Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.
PESSOAL	0,947	40	0,062
COMUNITARIA	0,973	40	0,458
AMBIENTAL	0,926	40	0,012
TRANSCENDENTAL	0,884	40	0,001

FONTE: elaboração da autora.

A Figura 12 apresenta o *box-plot* com a distribuição do score médio da subescala pessoal, onde sinaliza o limite inferior em 2,7 e o limite superior em 5. Mostra também que 50% dos scores médios estão entre 3,4 e 4,3 e a mediana em 3,8, aproximadamente.

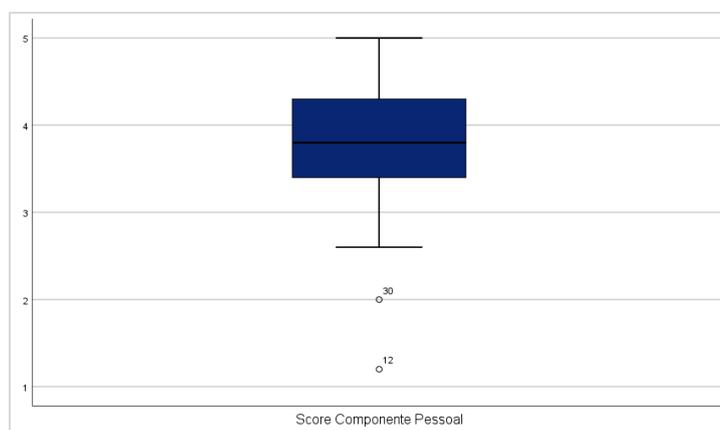


FIGURA 12 – Score médio subescala pessoal

FONTE: elaboração da autora.

A Figura 13 apresenta o *Box-plot* com a distribuição do score médio da subescala comunitária, onde sinaliza o limite inferior em 3 e o limite superior em 4,6. Mostra também que 50% dos scores médios estão entre 3,6 e 4,2 e a mediana exatamente em 4.

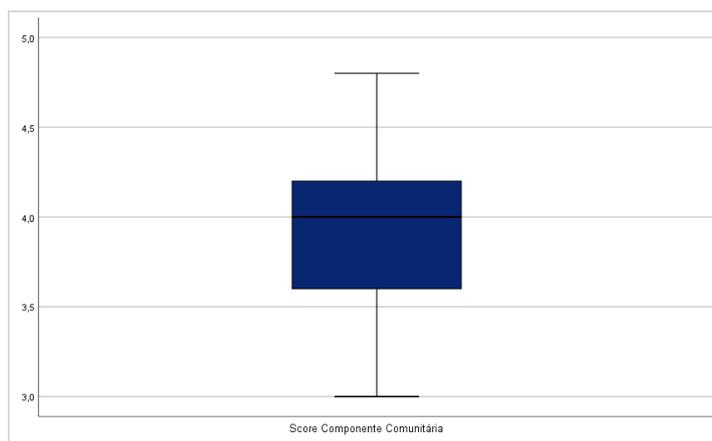


FIGURA 13 – Score médio subescala comunitária

FONTE: elaboração da autora.

Já a Figura 14 apresenta o *box-plot* com a distribuição do score médio da subescala ambiental, com o limite inferior em 2,8 e o limite superior em 5. Mostra também que 50% dos scores médios estão entre 3,2 e 4,3 e a mediana exatamente em 3,6.

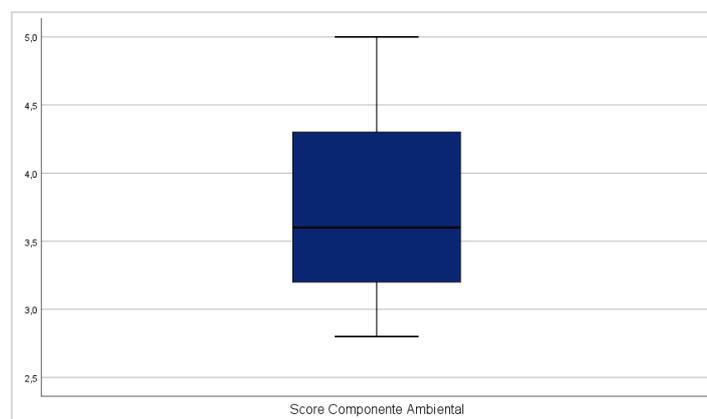


FIGURA 14 – Score médio subescala ambiental

FONTE: elaboração da autora.

Por fim, a Figura 15 apresenta o *box-plot* com a distribuição do score médio da subescala transcendental, com o limite inferior em 3 e o limite superior em 5. Mostra também que 50% dos scores médios estão entre 3,8 e 4,8 e a mediana exatamente em 4,4.

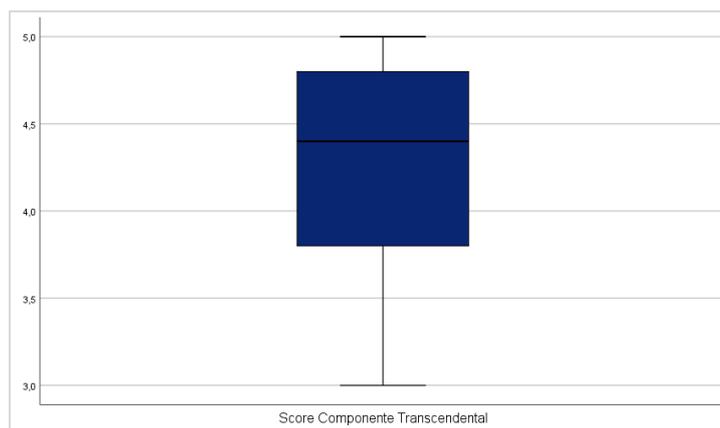


FIGURA 15 – Score médio subescala transcendental

FONTE: elaboração da autora.

No Quadro 3 são apresentadas as estatísticas descritivas de cada componente do questionário, compreendidas pela média, desvio padrão, coeficiente de variação e respectiva análise do coeficiente quanto à dispersão dos scores médios de cada componente.

QUADRO 3 – Teste de normalidade das subescalas do questionário

Estatística Descritiva					
Avaliações	Média	Desvio Padrão	Coef Var	Análise CV	N
Desenvolvendo Amor Pelos Outros	4,03	0,9470	23,5%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Relacao Pessoal com Deus	4,35	0,7696	17,7%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Bondade (e Perdão) Para com os Outros	4,00	0,7511	18,8%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Ligacao com a Natureza	3,98	0,8619	21,7%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo sua Identidade Pessoal	3,40	1,1048	32,5%	Alta variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Admiracao pela Criacao	4,25	0,6699	15,8%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Admiracao pela Paisagem	4,05	0,7494	18,5%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Confianca nos Outros	3,10	0,9554	30,8%	Alta variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo a Autoconsciencia (Autoconhecimento)	3,83	1,0099	26,4%	Alta variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Uniao com a Natureza	3,85	0,8638	22,4%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Uniao com Deus	4,55	0,5970	13,1%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Harmonia com O Ambiente	4,05	0,7494	18,5%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Paz com Deus	4,55	0,6775	14,9%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Alegria na Vida	3,60	1,3166	36,6%	Alta variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Uma Vida De Meditacao E/Ou Oracao	4,03	1,0975	27,3%	Alta variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Paz Interior	3,80	0,9923	26,1%	Alta variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Respeito Pelos Outros	4,33	0,5256	12,2%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Sentido na Vida	3,93	0,9971	25,4%	Alta variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Generosidade com os Outros	4,13	0,6071	14,7%	Baixa variabilidade/dispersão	40
Desenvolvendo Magia na Natureza	2,95	1,3765	46,7%	Alta variabilidade/dispersão	40

FONTE: elaboração da autora.

Conforme mostra o Quadro 3, os componentes que apresentam alta variabilidade entre os scores médios são: desenvolvendo sua identidade pessoal, desenvolvendo confiança nos outros, desenvolvendo autoconsciência (autoconhecimento), desenvolvendo alegria na

vida, desenvolvendo uma vida de meditação e/ou oração, desenvolvendo paz interior, desenvolvendo sentido na vida e desenvolvendo magia na natureza. Já os demais apresentam coeficiente de variação inferior a 25% e, conseqüentemente, baixa variabilidade dos scores médios.

Ao distribuir os 20 itens do questionário pelas quatro grandes escalas, foi possível avaliar a sensibilidade por perfil em cada um dos domínios pessoal, comunitária, ambiental e transcendental.

Em relação à escolaridade, os respondentes que informaram não saber ler e escrever apresentaram o menor score médio nos domínios pessoal, comunitário e transcendental. Já os respondentes com ensino fundamental incompleto apresentaram o menor score médio para o domínio ambiental. Pode-se concluir que indivíduos analfabetos tendem a apresentar menor relação consigo com relação a propósito e valores da vida, menor relação interpessoal, qualidade e profundidade em relação a moralidade, cultura e religião, além de menor relação com algo ou alguém para além do humano. Já a relação com o mundo físico e biológico tende a ser menor para pessoas com ensino fundamental incompleto. Em contrapartida, conforme apresentado na Tabela 12, respondentes com nível superior completo ou incompleto maior a relação consigo com relação ao propósito e valores da vida e com o mundo físico e biológico.

Não é possível relacionar que quanto maior o nível de escolaridade, maior será a percepção e sentimento, já que respondentes com pós-graduação apresentaram scores baixos nos quatro domínios. É importante ressaltar que houve apenas uma participante da pesquisa com pós-graduação, sendo insuficiente para análise desse nível de escolaridade.

Para estado civil, a baixa sensibilização dos quatro domínios está bem dispersa, tendo a casada ou em união estável com menor score no domínio pessoal, a divorciada ou separada com menor score médio nos domínios comunitário e transcendental e a solteira com menor score médio no domínio ambiental. Já as viúvas apresentaram maior sensibilidade (score médio) em todos os domínios, conforme Tabela 15 e Figura 18.

TABELA 15 – Score médio por estado civil

Estado Civil	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
DIVORCIADA/SEPARADA	3,89	3,78	3,76	4,24
SOLTEIRA	3,82	4,09	3,69	4,29
VIUVA	3,90	4,10	3,95	4,60
CASADA OU UNIAO ESTAVEL	3,52	3,86	3,79	4,37
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

No aspecto da coabitação e convivência com familiares, a baixa sensibilização dos quatro domínios também está concentrada em dois perfis, onde as mulheres que residem com outros familiares apresentaram menor score no domínio pessoal e ambiental, enquanto as que residem com filhos e/ou netos com menor score médio nos domínios comunitário e transcendental. Já as que moram sozinhas apresentaram maior sensibilidade (score médio) em todos os domínios, conforme Tabela 16 e Figura 19.

TABELA 16 – Score médio por coabitação

Coabitação	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
APENAS COM FILHOS E/OU NETOS	3,52	3,80	3,86	4,00
APENAS COM MARIDO/COMPANHEIRO	3,78	3,95	3,89	4,35
COM MARIDO/COMPANHEIRO E OUTROS	3,62	3,90	3,56	4,40
COM OUTROS FAMILIARES	3,40	4,00	3,40	4,53
SOZINHA	4,20	4,03	3,97	4,73
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

Mesmo com a maioria das respondentes residindo na cidade de Niterói, é importante ressaltar que a respondente que informou residir na cidade de Magé apresenta o menor score médio nos domínios pessoal, comunitário e transcendental. Já a residente na cidade de Maricá apresenta maior sensibilidade em três dos quatro domínios, conforme Tabela 17 e gráfico representado pela Figura 20.

TABELA 17 – Score médio por cidade de residência

Cidade de residência	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
MAGE	2,60	3,00	3,80	3,80
MARICA	3,40	4,60	4,80	4,80
NITEROI	3,76	3,90	3,78	4,33
SAO GONCALO	3,64	4,04	3,56	4,44
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

As mulheres que se identificaram da raça branca detêm o maior score médio nos domínios ambiental e transcendental. Já as mulheres da raça preta são com as os maiores scores médios nos domínios pessoal e comunitário, conforme mostra a Tabela 18.

TABELA 18 – Score médio por raça

Raça	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
BRANCA	3,79	3,96	3,93	4,40
PARDA	3,51	3,74	3,84	4,30
PRETA	3,85	4,07	3,52	4,33
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

Pode-se verificar na Tabela 19 e na Figura 22 que quanto maior a idade, há a tendência de maior relação com as pessoas, com o ambiente no que tange ao mundo físico e biológico e a relação com a fé em algo ou alguém além do humano. Já a relação pessoal se mostrou maior em pessoas mais novas, enquanto nos domínios ambiental e transcendental as pessoas com idade entre 25 e 55 anos apresentaram o menor score médio.

TABELA 19 – Score médio por faixa etária

Faixa etária	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
25 a 55 anos	3,94	3,86	3,52	4,15
56 a 60 anos	3,53	3,82	3,67	4,27
61 a 69 anos	3,85	4,07	4,15	4,62
A partir de 70 anos	3,29	3,89	3,80	4,37
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

Com relação à quantidade de filhos, as três mulheres entrevistadas que disseram não ter filhos apresentam o maior score médio nos domínios pessoal e comunitário. Enquanto nos demais domínios, esse grupo apresentou o menor score médio. Já mulheres com 1 ou 2 filhos apresentaram maior sensibilidade do domínio transcendental, e mulheres com 3 ou mais filhos a maior sensibilidade no domínio ambiental e menores scores médios ou sensibilidade nos domínios pessoal e comunitário, conforme Tabela 20 e gráfico representado na Figura 23.

TABELA 20 – Score médio por quantidade de filhos

Quantidade de filhos	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
0	4,07	4,07	3,67	3,93
1 OU 2	3,85	3,93	3,75	4,40
3 OU MAIS	2,80	3,77	3,93	4,27
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

A mulher com diagnóstico de câncer que informou não seguir nenhuma religião apresentou a menor sensibilidade em todos os domínios. As mulheres que seguem a religião espírita apresentam maior score médio nas relações pessoais consigo ou com outras pessoas. As mulheres evangélicas apresentaram maior relação com Deus e a fé.

TABELA 21 – Score médio por religião

Religião	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
CATOLICA	3,53	3,87	3,99	4,30
ESPIRITA	4,47	4,20	3,80	4,20
EVANGELICA	3,85	3,95	3,52	4,48
NENHUMA	3,00	3,60	3,00	3,80
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

Na Tabela 22 e Figura 24 tem-se a mesma observação da respondente sem religião. As mulheres que se identificaram como praticantes de sua religião apresentaram maior score médio nas relações interpessoais e com Deus. Já as mulheres que informaram não serem praticantes apresentaram a maior sensibilidade nos domínios pessoal e ambiental.

TABELA 22 – Score médio por prática religião

Praticante religião	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
NAO	3,78	3,83	3,98	4,20
SIM	3,72	3,95	3,75	4,40
SEM RELIGIAO	3,00	3,60	3,00	3,80
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

Na Tabela 23 e Figura 25 tem-se a mesma observação da respondente sem religião. As mulheres que frequentam semanalmente eventos de sua religião apresentam maior sensibilidade quanto à sua relação com sua fé. Já as mulheres que informaram frequentar mensalmente têm maior sensibilidade com a natureza.

TABELA 23 – Score médio por frequência religião

Frequência religião	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
MENSAL	3,57	3,83	4,00	4,29
NAO INFORMADO	4,15	4,00	3,75	4,05
POUCAS VEZES	3,35	3,88	3,73	4,15
SEMANAL	3,85	3,96	3,76	4,53
SEM RELIGIAO	3,00	3,60	3,00	3,80
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

Na Tabela 24 é possível observar que as mulheres evangélicas e que frequentam semanalmente apresentam a maior sensibilidade (score médio) no domínio transcendental, sendo o score médio 4,5% superior das mulheres católicas e que também visitam semanalmente. Já as evangélicas que frequentam poucas vezes apresentam o menor score médio no mesmo domínio, assim como no domínio ambiental e pessoal, dentre as mulheres que informaram ter uma religião. As mulheres espíritas apresentaram o maior score médio no domínio pessoal e comunitário, independente da frequência de participação.

TABELA 24 – Score médio por religião e frequência das visitas

Religião	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
CATOLICA	3,53	3,87	3,99	4,30
MENSAL	3,50	3,80	4,07	4,33
NAO INFORMADO	3,80	3,90	3,70	3,90
POUCAS VEZES	3,20	3,80	3,87	4,27
SEMANAL	3,77	3,97	4,11	4,40
ESPIRITA	4,47	4,20	3,80	4,20
NAO INFORMADO	4,50	4,10	3,80	4,20
POUCAS VEZES	4,40	4,40	3,80	4,20
EVANGELICA	3,85	3,95	3,52	4,48
MENSAL	4,00	4,00	3,60	4,00
POUCAS VEZES	3,20	3,80	2,80	3,40
SEMANAL	3,89	3,95	3,57	4,60
NENHUMA	3,00	3,60	3,00	3,80
SEM RELIGIAO	3,00	3,60	3,00	3,80
Total Geral	3,71	3,92	3,78	4,35

FONTE: elaboração da autora.

5.2.2 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO

Para avaliar se existe associação entre os componentes do questionário, foi realizada a análise de correlação de Pearson.

Para essa análise, foram consideradas apenas as relações moderadas e fortes, com r a partir de 0,4. Além disso, como regra, considera-se somente as relações com p -valor abaixo do nível de significância de 5% (0,05), concluindo que os componentes estão correlacionados significativamente.

Em todas as correlações, sejam moderadas ou fortes e com nível de significância abaixo de 5%, houve relação positiva entre os componentes. Ou seja, a medida que um componente aumenta sua percepção/avaliação, o outro sempre aumentará.

Apresentaram correlação moderada: desenvolvendo amor pelos outros com desenvolvendo relação pessoal com Deus, desenvolvendo a autoconsciência (autoconhecimento), desenvolvendo alegria na vida, desenvolvendo uma vida de meditação e/ou oração, desenvolvendo paz interior e sentido na vida. A correlação entre desenvolver amor pelos outros e os componentes citados é positiva, que mostra que quanto maior for o desenvolvimento de amor pelos outros, maior será o desenvolvimento dos itens correlacionados.

O desenvolvimento da relação pessoal com Deus está correlacionado moderadamente com o desenvolvimento da ligação com a natureza, desenvolvimento da união com a natureza, desenvolvimento da união com Deus. Já com o desenvolvimento de uma vida em meditação ou oração há correlação **forte**.

Desenvolver ligação com a natureza apresentou correlação moderada positiva com união com a natureza, desenvolver uma vida de meditação e oração e a magia na natureza.

Desenvolver identidade pessoal apresentou correlação positiva moderada com desenvolver a alegria na vida e sentido na vida.

Desenvolver admiração pela criação apresentou correlação positiva moderada com desenvolver a admiração pela paisagem, união com Deus, paz com Deus e generosidade com os outros.

Desenvolver admiração pela paisagem apresentou correlação positiva moderada com desenvolver a união com a natureza.

Desenvolver a autoconsciência (autoconhecimento) apresentou correlação positiva e moderada com desenvolvimento da paz interior.

Desenvolver a união com a natureza apresentou correlação positiva e moderada com desenvolvimento da união com Deus.

Desenvolver a união com Deus apresentou correlação positiva e forte com desenvolvimento da paz com Deus e positiva moderada com desenvolvimento de uma vida de meditação e oração.

O desenvolvimento da paz com Deus está correlacionado moderadamente e positivamente com o desenvolvimento de uma vida de meditação e oração, desenvolvimento da paz interior, desenvolvimento do respeito pelos outros e a generosidade com os outros.

O desenvolvimento a alegria com a vida está correlacionado moderadamente e positivamente com o desenvolvimento da paz interior e correlacionado de forma **forte** e positivamente com o desenvolvimento do sentido na vida.

O desenvolvimento uma vida de meditação e/ou oração está correlacionado moderadamente e positivamente com o desenvolvimento da paz interior e sentido na vida.

O desenvolvimento da paz interior está correlacionado moderadamente e positivamente com o desenvolvimento do sentido na vida.

O desenvolvimento respeito pelos outros está correlacionado moderadamente e positivamente com o desenvolvimento da generosidade com os outros.

Desenvolver bondade e perdão para com os outros, desenvolver a confiança nos outros e desenvolver a harmonia com o ambiente não apresentaram correlação significativa com outros componentes do questionário.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

6.1 CATEGORIA 1 – Impactos percebidos no diagnóstico de câncer de mama: enfrentamento centrado na emoção

Essa categoria revela os impactos ao receber o diagnóstico de câncer de mama, o choque da descoberta e o espanto com uma notícia tão confrontadora. Revela também as repercussões emocionais mais profundas, que vêm como consequência de todo o impacto emocional negativo, denotando o enfrentamento centrado na emoção. Desta forma, o diagnóstico de câncer de mama se constitui como uma complexa vivência feminina com sérias implicações no bem-estar emocional, que ocasiona um alto índice de sofrimento e ansiedade, com tratamentos que geram muitos questionamentos e incertezas por serem considerados dolorosos, difíceis de serem enfrentados e muitas vezes ineficazes. Muitas mulheres se sentiram assustadas e tristes, até mesmo desesperadas e angustiadas. Os impactos percebidos no diagnóstico de câncer de mama foi relatado pelas depoentes como momento extremamente doloroso, difícil e de desespero emocional (ver Figura 16).

6.1.1 O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

No que se refere ao impacto que o diagnóstico provoca, tem-se o choque com a notícia nem sempre esperada, a angústia de estar vivendo essa realidade difícil de acreditar no primeiro momento, e até mesmo o espanto por se sentir vitimizada por uma fatalidade. Neste momento os sentimentos ambíguos se misturam aos questionamentos pessoais e uma avalanche de pensamentos negativos pode estar encontrando lugar na mente da mulher recém-diagnosticada. Uma pesquisa (DRAGESET et al., 2011) descreve como as mulheres ficaram impactadas com a notícia. Asseguraram que nem parecia ser real para a maioria das mulheres entrevistadas, pois se sentiam em crise com a mudança drástica, tão rápida e dramática, de uma aparência saudável para uma doença tão grave e incontrolável. Afirmaram que o diagnóstico as amedrontou e tiveram dificuldades para entender e aceitar, e que ainda tiveram uma verdadeira crise psicológica, identificada claramente pelas reações emocionais desencadeadas ao tomarem conhecimento do fato.

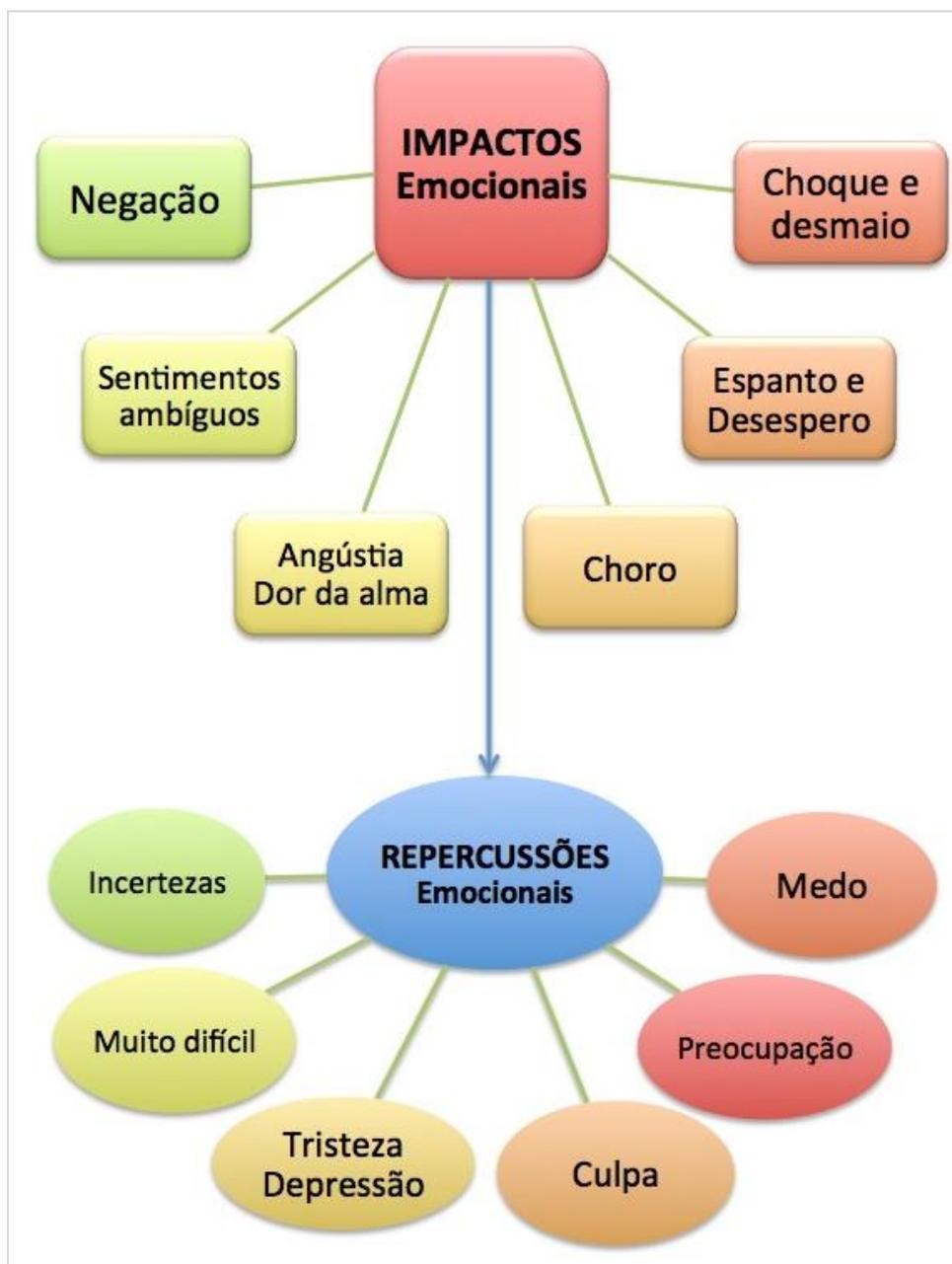


FIGURA 16 – Esquema compreensivo dos impactos e repercussões emocionais no enfrentamento centrado na emoção
 FONTE: elaboração da autora (2020).

No momento da descoberta do câncer de mama, muitas mulheres descreveram como sendo um “**choque**”, um “baque”, inclusive ocasionando **desmaio**, e com isso demonstraram a angústia de receber o diagnóstico. A palavra “choque” se relaciona com “susto” ou “espanto” por não terem noção da gravidade do sinal ou sintoma na fase da descoberta. O ficar abalada e levar um susto com a dureza de um diagnóstico de uma doença tão forte é muito frequente nas mulheres, ao confirmarem a suspeita do diagnóstico. Nas falas citadas é possível notar claramente essa apreensão:

Tá sendo difícil. O médico falou que ia fazer a cirurgia, eu ia tomar o remédio que vai cair o cabelo. Aí eu levei um choque. (E29)

Outro dia eu estava no banho e senti esse carocinho e pensei” ai meu Deus, isso não é uma coisa boa!” [...] Fui fazer a consulta e ele [médico] me deu a notícia e a minha ficha não caiu. Fui pra casa e chorei bastante, fiquei em choque. (E13)

Eu desmaiei quando eu saí da sala do médico, eu fui andando assim e me deu um... foi horrível, [...] eu me senti assim “caramba, por que eu?”, aquela pergunta que todo mundo faz. (E8)

Algumas falas das participantes desta pesquisa mostram que ficaram nervosas com a notícia, e algumas usaram o termo “a ficha não caiu” para se referirem à percepção de que nem parece ser verdade. É um impacto considerável que leva a mulher a uma crise psicológica por não ver a saída nem como ter controle da situação. Inclusive para a maioria delas, é algo com pouco incômodo, uma vez que pode ser indolor, mas que traz um peso de angústia e desespero muito grande. Para a maioria das mulheres pesquisadas por Meiser et al. (2016) e que tinham histórico familiar negativo para câncer de mama foi um grande choque, pois se sentiam como tendo descoberto por acidente a doença, o que fazia com que elas ficassem sem acreditar no diagnóstico tão grave recebido.

O choque no período do diagnóstico é frequente. Em estudo específico, Torres, Dixon e Richman (2016) identificaram que algumas mulheres receberam seu diagnóstico de câncer de mama de uma maneira indevida, sem um maior preparo, isso fez com que o choque inicial, que vem com a notícia do diagnóstico, fosse maior para elas e também desencadeou um profundo sofrimento emocional.

Toda fala tem um sentido próprio. Merleau Ponty descreve a percepção diante dos significados da palavra dita. E que as significações precisam ser trazidas de outro lugar por um verdadeiro ato de interpretação, ou seja, a palavra traz significações que torna a essência concreta. “É visível que em cada fase do reconhecimento a linguagem intervém fornecendo significações possíveis para aquilo que é efetivamente visto, e que o reconhecimento progride seguindo as conexões da linguagem, [...]” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 184).

Desta forma, as mulheres quando receberam o diagnóstico do câncer de mama fizeram associações a estigmas reconhecidos por elas e que não necessariamente precisavam dessa interpretação. Confirma-se, então, que a linguagem é cheia de significados, que gera um impacto importante para quem vivencia a ocasião. A maneira como ela é dita nem sempre corresponde à sua compreensão.

Na descoberta do câncer, muitas mulheres, em seus depoimentos, demonstraram sentimentos relacionados à perplexidade, sentimentos negativos provocados pelo impacto do

diagnóstico, uma vez que o sofrimento estava no seu início e não havia como preverem o que aconteceria a partir desse fato. Nas fala das depoentes, pode-se observar a percepção de espanto e desespero com a notícia, especialmente nas mulheres que possuíam uma vida aparentemente saudável, parecendo não haver motivo para ter a doença:

Eu fiquei desesperada, mais outro atraso na minha vida! Mas só que, graças a Deus, ela [médica] conversou com o outro doutor e que semana que vem vão tirar os dois [nódulos]. (E30)

O início para mim, pensei que fosse mais fácil, fiquei espantada. (E21)

[...] quando a gente vê o diagnóstico leva um susto. (E18)

Se sentir frágil e até indagar o porquê de uma doença que gera tamanho desespero é um mecanismo natural do ser mulher diante do enorme desafio do câncer de mama De acordo com a pesquisa qualitativa de Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019), ao serem diagnosticadas com neoplasia mamária, muitas mulheres sentiram emoções negativas como medo, raiva, espanto, impaciência, por acharem que não mereciam e por manterem um estilo de vida saudável, o que não seria a razão da doença.

Foi captado no relato das participantes, chorar frente ao diagnóstico, denotando um escape para lidar com o fenômeno, em vários momentos confrontadores. Ao receber a notícia que está com câncer, como as entrevistadas E11, E27 e E5; mas também quando foram noticiar à família, ao conversar sobre o assunto com amigos e conhecidos, como as depoentes E25, E 26, respectivamente.

Eu vi que tinha algo anormal, ele falou do que estava suspeitando e aí eu chorei. [...] Mas eu estou confiante, o negócio é resolver, pra tudo Deus tem um propósito. (E27)

Eu chorei muito, ainda choro de vez em quando [...] eu não consigo é falar [...] Mas eu fico tranquila, não fico pensando, rezo, peço a Deus. (E26)

É o momento de chorar. Não sei qual foi o mais difícil, o de falar ou quando eu recebi a notícia. (E25)

Eu chorei quando recebi a notícia, porque é uma notícia que, por mais que você seja forte e tenha fé em Deus, mexe, porque nós somos seres humanos; então, mexeu um pouco comigo. (E11)

Tenho chorado muito. É essa angústia no peito. (E5)

Várias podem ser as maneiras de demonstrar seus sentimentos negativos, mas o choro é uma maneira muito presente na forma de a mulher expressar seus sentimentos negativos, profundos e devastadores. O choro faz parte das expressões de sentimentos e da consternação diante da surpresa negativa, do sentimento de incapacidade diante de um desafio imensurável. Ramos et al. (2012) ao pesquisarem qualitativamente mulheres com câncer de mama brasileiras e os sentimento vivenciados, afirmaram que as pacientes se reportaram a sentimentos negativos após receberem o diagnóstico de câncer, relatando tristeza, profunda agonia e choro.

A presença do choro nas entrevistadas por Almeida et al. (2015) foi frequente. Segundo os autores, as mulheres jovens com câncer de mama passam por sentimentos profundos de decepção, desespero e temor, que se evidencia por tristeza e choro. Afirmaram que é possível compreender as consequências advindas desta vivência, bem como os possíveis conflitos existenciais enfrentados no seu cotidiano. Ressaltam ainda que, até então, aquela mulher que não acreditava ser vítima de patologia alguma, é surpreendida com a confirmação do diagnóstico maligno do câncer de mama.

Pode-se notar, nos depoimentos, a presença de “angústia” e “dor da alma”, especialmente relatada pela entrevistada E5, vem confirmar o relato de outras acerca do desespero, da incerteza, da variedade de pensamentos e anseios confrontadores, do ‘aperto no peito’, que juntamente com a dor emocional acometem a mulher que recebe um diagnóstico tão assustador.

A angústia é aquela coisa que a gente fica assim, uma coisa prendendo. Já a ansiedade é diferente. Ansiedade e angústia é o que eu estou sentindo. (E35)

Aí fico pensando de morrer, e das coisas que a gente ainda quer fazer, tantos planos. Fica aquele fantasma ali do lado. Sinto muita angústia. (E30)

Eu fiquei preocupada, com uma angústia, aí todo dia acordava “ai gente, eu estou com câncer!”, Mas, graças a Deus, eu não estou sentindo dor forte, nada me incomodando. (E14)

Tenho chorado muito. É essa angústia no peito. Eu só vou ficar boa da dor da alma quando eu souber tudo que já tá bom [...] Mas isso, só Deus; é confiar nele. (E5)

Algumas pesquisas confirmaram que as mulheres com câncer de mama lutaram com o desespero e os desafios emocionais do diagnóstico de câncer de mama e seu subsequente tratamento. Se sentiram perdidas em si mesmas, e com dificuldades de enfrentar a dor emocional com todos suas consequências (TORRES; DIXON; RICHMAN, 2016).

O momento da descoberta do câncer, foi enfatizado como um momento doloroso pois “a pessoa se vê obrigada a conviver com o estigma social do câncer enquanto doença, cujas possibilidades de cura são remotas” (MENDONÇA, 2019, p. 156). O estigma social da gravidade do câncer de mama em muito altera a mulher recém-diagnosticada, por ser algo que ela não consegue nem mesmo dimensionar suas consequências, visando somente à dor do medo de morrer e a consequente perda da família, das conquistas, do futuro, dos sonhos imaginados.

Em um estudo longitudinal de 10 anos, Geyer, Koch-Giesselmann e Noeres (2015) encontraram que o desespero e o desamparo foram sentimentos importantes no enfrentamento inicial do diagnóstico do câncer de mama numa amostra de 254 mulheres. Foram realizadas entrevistas e questionários. A variabilidade do comportamento de enfrentamento foi confirmado pelo desafio que a mulher encara no momento do diagnóstico e a dificuldade de vivenciar as mudanças que a doença impõe.

Por conseguinte, pode-se perceber que Vieira e Aquino (2007) enfatizam a importância da dor emocional e sua intersecção com a dor física no processo do diagnóstico, quando diz que as experiências emocionais vividas influenciam todo o processo da doença, desde a aceitação do diagnóstico até o início do tratamento, como também a qualidade e intensidade da dor emocional causada por esse fato. O mesmo autor acrescenta que os aspectos emocionais envolvidos em todo o processo, desde o primeiro diagnóstico até a decisão e realização dos tratamentos são muito importantes, pois afetam a compreensão do que está realmente acontecendo fisicamente.

Com respeito às correlações entre enfrentamento e percepção da doença, o estudo de McCorry (2012) com 72 mulheres com câncer de mama na Irlanda do Norte, com duas semanas em seguida ao diagnóstico e seis meses após, enfocou que quanto mais negativa essa avaliação, menos a mulher utilizava estratégias de enfrentamento instrumental ou focado no problema, sendo menor o uso da distração como forma de lidar com o momento. As mulheres com ansiedade mais elevada e representações internas mais angustiantes da doença a tinham como mais negativa e, com isso, apresentavam mais percepções emocionais negativas.

Groarke, Curtis e Kerin (2013), em seus resultados de pesquisa, afirmam que os níveis de estresse global e específico do câncer de mama em 241 mulheres na fase diagnóstica, estão altamente relacionados a depressão, ansiedade, angústia, desesperança, sentimentos negativos e ao efeito negativo do enfrentamento passivo. A avaliação do estresse revelou mais impacto negativo na adaptação ao câncer do que o estágio da doença nas mulheres na fase de diagnóstico, o que confirma a importância da fase diagnóstica diante de

todo o enfrentamento que se inicia. A angústia do isolamento, por não ter suas necessidades emocionais e sociais preenchidas, foi identificada por muitas das entrevistadas por Meiser et al. (2016), o que gerou grande descontentamento e desencorajamento em relação aos desafios do diagnóstico e tratamento, por ser um momento muito difícil de ser entendido e vivenciado.

De acordo com Peuker et al. (2016), os fatores atribuídos pelas mulheres como de causa psicológica para o câncer de mama, impactaram negativamente a qualidade de vida, causando um decréscimo importante no ajustamento psicossocial e aumentando muito a angústia. Almeida et al. (2015) ressaltam que o vivido do momento da descoberta até o início do tratamento é frequentemente permeado por sentimentos de desconfiança, angústia, temor e, incerteza. A preocupação com o futuro e a angústia frente à possibilidade de morte foram enfatizadas.

Algumas mulheres demonstram enfrentar sentimentos ambíguos ao longo de seus depoimentos, revelando a duplicidade de pensamentos, a facilidade em mudar de humor, em experimentar os medos e angústias, dificultando até sua capacidade de raciocínio lógico, devido ao nível elevado de estresse que esse momento impõe. A angústia e o choque inicial podem perdurar e confundir os sentimentos, pensamentos e apresentar uma grande variedade no humor devido ao desespero e não resolução fácil da situação imposta. Acerca dessa vivência do diagnóstico de câncer de mama, destacam-se os seguintes recortes das entrevistas:

Eu recebi com naturalidade. A notícia eu recebi quando fiz a biópsia. O médico até achou que eu ia quebrar alguma coisa, que eu fiquei nervosa. (E34)

Eu não me assustei muito não, porque eu já esperava [...] isso me deu um susto porque ninguém estava esperando. (E31)

Agora já está mais tranquila. A gente não aceita, mas vai fazer o quê? Precisa correr atrás e cuidar. Eu estou bem, tenho a cabeça aberta. Mas sobre isso, não consigo tocar no assunto. (E26)

Em concordância com os achados da presente investigação, outros estudos revelaram que as pacientes pesquisadas lutaram com sentimentos ambíguos não somente em relação ao impacto do diagnóstico, mas também em relação às decisões do tipo de cirurgia, por causa de serem muito sequenciais e fundamentais em suas implicações no restante da vida (MEISER et al., 2016). Rosa (2012), em sua pesquisa qualitativa, acrescenta que a ambiguidade é parte do processo de transição entre a negação e a aceitação parcial da doença. Pode ser parte do comportamento de enfrentamento, e envolve os significados que a mulher atribui a suas experiências pessoais.

Merleau-Ponty se refere à questão da ambiguidade do saber do corpo doente, e até mesmo do corpo mutilado; ou seja, aquele que na sua existência comporta “duas camadas distintas, a do corpo habitual e a do corpo atual. Assim, no conjunto de meu corpo se delimitam regiões de silêncio. Portanto, o doente sabe de sua perda justamente enquanto a ignora, e ele a ignora justamente enquanto a conhece” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 122).

De acordo com Ramos et al. (2012), alguns sentimentos vividos podem despertar atitudes diversas. Os sentimentos negativos como tristeza e angústia são frequentes, pois a própria mulher, frente ao diagnóstico, sente-se emocionalmente abalada e isso suscita dois tipos de pensamento: um de não ser nada grave, outro de ser um câncer em estágio avançado. O autor ainda afirma que normalmente elas pensam no pior diagnóstico, entretanto, algumas não imaginavam que se tratasse de algo tão sério. Em concordância, outro autor confirma, quando refere que as mulheres com câncer de mama entrevistadas passaram a ter sentimentos ambíguos após o diagnóstico. A mulher convive com sentimentos intensos e contraditórios, nos quais incerteza do futuro, temor, raiva, negação e, até mesmo, a aceitação passam a fazer parte do seu habitual (ALMEIDA et al., 2015).

Merleau-Ponty (1999, p. 244) afirma que “toda linguagem se ensina por si mesma e introduz seu sentido no espírito do ouvinte”. Observa-se que a linguagem utilizada ao se comunicar a doença transmite também seu sentido e, além disso, a maneira como está estigmatizada na sociedade onde a mulher está inserida interfere na sua compreensão.

Ribeiro, Campos e Anjos (2019), em sua pesquisa qualitativa sobre o câncer de mama, confirmam ter identificado ambiguidade nos relatos das mulheres ao expressarem seus sentimentos: inicialmente positivos, mas demonstraram também sentimentos de tristeza e insegurança.

Nos depoimentos, pode-se notar a presença de uma reação de negação e evitação como parte das respostas comportamentais da mulher no impacto do diagnóstico de câncer de mama. No seu íntimo, a mulher não quer a doença e não aceita estar passando por isso. Muitas ainda estão aparentemente saudáveis, afirmando que se cuidavam preventivamente. Algumas perceberam sem querer, sem ser intencional. Aqui é possível delinear o que algumas depoentes declararam a esse respeito, não acreditando que era verdade o que estavam vivenciando:

Eu encarei como se nada daquilo estivesse acontecendo. Eu peguei o resultado na semana do Natal e falei que não ia mostrar para ninguém. O médico me deu o resultado, eu sempre coloco Deus na frente de tudo, e foi o que eu fiz. [...] O médico disse que ia me encaminhar para cá e aí eu vi a mão de Deus na minha vida. (E39)

Eu não acredito que eu tenho isso assim. Não é por eu não acreditar, é que eu não quero ter esse problema. Eu não quero me fixar nessa doença, eu quero viver normal, entendeu? Isso que está acontecendo, eu não coloquei isso na minha cabeça ainda. (E36)

A gente fica assim e não acredita! ... comigo não, como pode? (E30)

Eu não consigo acreditar e assimilar que meu corpo tá doente, tá dando defeito. Então para mim é normal, é como se eu realmente não tivesse nada. [...] é como se nada tivesse mudado. Está sendo difícil, mas depois que eu entreguei para Deus não tem sido tanto, hoje foi mais doloroso porque ele apertou aqui. (E28)

Eu nunca imaginei que fosse ter essa doença, que fosse acontecer comigo. sempre me cuidei e como é que eu posso ter isso? (E9)

A negação da doença foi parte do processo de enfrentamento, ou seja, a maneira de se proteger da dor e do sofrimento iminente. Diante do resultado encontrado nesta pesquisa, nas falas das depoentes, foi confirmado por alguns autores pois algumas mulheres afirmaram ter descoberto seu câncer por palpação de um nódulo na própria mama, ou que alguém muito próximo encontrou o nódulo. Com isso, não acreditaram que poderia ser câncer, afirmando para si mesmas que não era, demorando em buscar assistência clínica, o que as levou a um estágio mais avançado da doença. Outras, ao confirmarem o diagnóstico, não acreditaram que tal fato podia estar acontecendo com elas, por estarem procurando levar uma vida saudável e fazendo exames e consultas com a regularidade recomendada. Diferente pesquisa realizada em mulheres com o mesmo diagnóstico afirmou ser importante que se enfatize que tanto o medo quanto os sentimentos de negação da doença e/ou descrença são muito experimentados antes e durante a confirmação do diagnóstico (TORRES; DIXON; RICHMAN, 2016; ROSA, 2012; RAMOS et al., 2012).

Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019) indicaram que as mulheres procuravam se manter ocupadas todo o dia para evitar a lembrança de que estavam doentes. O trabalho, ou mesmo outras tarefas como o cuidado com a casa e os filhos, as mantinham ocupadas, e com isso tinham menos tempo para as preocupações. Contrariamente aos outros autores, os autores aludiram esse comportamento somente como enfrentamento desadaptativo da doença e reforçou seu efeito negativo.

Contudo, outros autores chamam a atenção para o fato de a negação ser parte do enfrentamento quando é uma fase temporária, sendo substituída pela aceitação parcial, quando a mulher oscila entre falar sobre a realidade, e de repente, negá-la completamente. O enfrentamento de negação e evitação está fortemente enraizado no estigma social e nas

percepções negativas que o sofrimento emocional causa nas mulheres acometidas (ALMEIDA, 2015 et al.; BENSON et al., 2020).

A resposta emocional imediata da mulher pode ser subestimada em razão dos sentimentos de negação e evitação desenvolvida como reação a uma revelação chocante. Drageset et al. (2011) acrescentam que afeta a capacidade cognitiva da paciente e, temporariamente, a compreensão de informações tão diferenciadas da sua rotina, até então, fator que dificulta principalmente a tomada de decisões do tratamento a ser adotado. Corroborando esses achados, Veit e Castro (2013) confirmam que algumas mulheres apresentaram a negação da doença como estratégia de enfrentamento.

6.1.2 REPERCUSSÕES: CONVIVENDO COM O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – MEDO, PREOCUPAÇÃO E CULPA

Em relação às repercussões emocionais pode-se perceber que houve muitas mulheres pesquisadas que se referiram ao medo, ao “ficar apavorada”, com frequência. As causas do medo, a partir do diagnóstico confirmado, foram diversificados pois o câncer traz consigo todo um processo assustador e sem possibilidade de ser controlado. Os sintomas da doença, seu estigma de malignidade, os tratamentos difíceis e com efeitos colaterais complexos, a dor, as cirurgias possíveis, as metástases e consequentemente a morte subsequente ou rápida. Os relatos abaixo revela um pouco da vivência do medo e do pavor que as mulheres enfrentam:

Você fica com aquele medo de morrer, você só pensa nisso, só tem pensamento ruim, numa metástase. (E30)

Não é fácil, não é bom, eu tenho procurado levar meus dias sem pensar nisso, sem ficar sofrendo. Acho que é mais o medo do tratamento e de descobrir o quão grave que está a doença. (E18)

Fui nessa ginecologista, quando ela olhou meu peito ela disse “olha, não estou vendo coisa boa aí não. Nada pode ser descartado porque pode ser um câncer”, aí eu fiquei apavorada. (E14)

Então eu estou levando minha vida como sempre foi, eu tenho medo, é um medo horróroso, a gente acha que vai morrer... mas vamos cuidar, vamos ver. [...] Depois, eu não sei o que aconteceu, que eu falei “Se Deus acha que tem que ser assim, eu vou encarar, vou me cuidar, vou me tratar e seja o que Deus quiser”. (E13)

Aí quando eu fui botar a mão, senti, me apavorei por ver uma coisa muito ruim. (E8)

O principal conceito relatado foi o medo, que transcendeu transversalmente todos os outros temas. Esse sentimento foi descrito pela mulheres como presente em quase todos os momentos. Incluíram vários tipos de medo, como o de buscar ajuda clínica nas que perceberam a presença do nódulo (e assim receberem a confirmação do diagnóstico). A palavra câncer, quando ouvida, significava uma sentença de morte. Havia o medo do estigma de ser uma portadora do câncer de mama e todos os seus significados sociais. Medo e até mesmo pavor do tratamento, com suas difíceis escolhas e efeitos colaterais, e o medo de como conviver com a interrupção do papel de provedora de cuidado na família. Além disso, havia também o forte medo da recorrência e do conseqüente agravamento do câncer. Também relataram medo de aspectos importantes para a autoimagem como a perda do cabelo, e, com isso, todos os seus significados, dada a relação com a possível perda do controle da própria vida, o que foi confirmado no estudo de Torres, Dixon e Richman (2016).

Na pesquisa de Drageset et al. (2011) foram muito citados o medo quanto à demora da cirurgia, ao tratamento subsequente e sua relação com a morte, bem como em relação a não ter a situação sob controle e as incertezas quanto à metástase. Algumas relataram serem assustadoras a possível perda de uma das mamas e do cabelo, as náuseas e as questões como a ansiedade e o medo de morrer rapidamente, sem tempo de ver os filhos e netos crescerem. O objetivo maior de todas era se livrar do câncer.

Ando (2011), em seu estudo longitudinal e prospectivo com 133 mulheres no Japão, das quais 38 com câncer de mama e 95 com problemas benignos nas mamas, encontrou que o medo era o principal relato quando se tratava de câncer de mama e seu diagnóstico. As mulheres com maior ansiedade vivenciaram maior sofrimento emocional. Em uma pesquisa qualitativa com mulheres desde os sintomas ao tratamento do câncer de mama, Rosa (2012) identificou o medo do enfrentamento da doença como sempre presente, mas afirmou ainda que era relacionado também ao tratamento e seus efeitos colaterais, às mudanças no cotidiano, ao prognóstico e principalmente, ao medo de morrer.

A preocupação que o diagnóstico de câncer de mama produz foi relatada no presente estudo. Pode-se observar, também, como traz uma carga emocional de desequilíbrio em todo o processo de vida da mulher até então. Ocorre alteração e medo de perdas do convívio na família e, conseqüentemente, na sociedade e no trabalho. As depoentes reafirmam essa frequente preocupação, principalmente com o acontecimento do diagnóstico e de como conviver com a doença tão grave e desconhecida:

Quando eu recebi esse exame eu fiquei preocupada com os resultados, pesquisei tudo na internet, mas não falei com ninguém. (E 39)

Eu me preocupei muito, assim porque eu sempre fui muito saudável e apareceu isso. Eu estou respondendo tudo [...] eu peço a Deus, mas também é normal eu me emocionar, falar, porque eu quero viver muito. (E 35)

Estou preocupada, é algo desconhecido, não sei o que eu vou passar. Mas tenho buscado “Senhor [Deus] me sustenta, se o Senhor me trouxe até aqui é porque eu aguento”. (E25)

Eu estou mais preocupada com a minha cura. Isso aí de tirar a mama, nem sei como vai ser. O mais importante pra mim é que eu fique boa, isso que me preocupa mais. (E14)

Me encaminhou para aqui. Foi aí que melhorou. Mas eu não estou sentindo bem não. Depois desse peito meu não. Estou muito preocupada. (E5)

Estudos destacam que o medo está voltado principalmente a como o câncer de mama poderia afetar o futuro, provocando sentimentos de incerteza, medo, preocupação e até de exaustão, por pensar em todas as possibilidades. O tratamento, a real gravidade, os efeitos colaterais, o medo da recorrência e a qualidade de vida nesse novo momento, entre outros. Preocupações e incertezas estavam conectadas também com o período pós-cirúrgico e a recuperação (DRAGESET et al., 2011; CASTILLO; MENDIOLLA; TIEMENSMA, 2019; RIBEIRO, 2019; BORGI, 2020).

Alguns autores especificaram que, no que se refere às preocupações e ansiedade com o tratamento e cirurgia, a presença de angústia em relação aos efeitos colaterais, medo do sofrimento no pós-operatório, sentimento de incerteza e perda de controle com os acontecimentos, indicaram menor ajustamento emocional das mulheres com câncer de mama na fase diagnóstica (SHERMAN et al., 2012; THUNÉ-BOYLE et al., 2013). Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019) mencionaram que algumas das entrevistadas expressaram medo e preocupação, principalmente relacionados à sua família, em como o seu câncer de mama afetaria sua família, a como eles sofreriam ao vê-las sofrerem.

O presente estudo mostra, de modo relevante, que a culpa foi um dos sentimentos negativos vivenciados pelas mulheres com câncer de mama entrevistadas, que relatam o que estavam vivenciando:

Mas eu deixei acontecer. Até pelo tempo que levei para procurar o médico, acho que até isso. Eu acredito em Deus e só. (E38)

Eu tenho retração de mamilo desde 2009, mas nunca deu nada, eu estou me sentindo culpada. Eu procurei sofrimento pra mim e pra minha família. Eles não mereciam isso, nem eu. (E19)

A gente deixa Deus um pouquinho de lado por causa das coisas da vida, mas é aí que a gente vê a mão de Deus na nossa vida. Eu estou mais emocionada porque Deus tem uma obra muito grande comigo, eu tenho pedido a Deus muito perdão. (E10)

A doença me atingiu, talvez eu não tenha corrido logo atrás, assim que apareceu, achando que não era nada, então, que eu tinha cuidado menos de mim. Depois fiquei procurando um serviço público e daí a demora'. (E2)

Conforme o relato de E19, pode-se identificar a culpa por ter causado uma turbulência emocional enorme para sua família e para si mesma, como que tendo 'procurado sofrimento'. Por ser vista como uma doença destruidora, muitas vezes, diante do diagnóstico, a mulher se sente como sendo punida por algo que tenha ou não realizado. Numa pesquisa qualitativa com mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama, foi identificada a culpa como resultado dos pensamentos negativos e como parte das atribuições de significados àquilo que está acontecendo na descoberta do câncer de mama (ALMEIDA et al., 2015). A culpa foi muito mencionada, principalmente referenciada pelas mulheres que não tinham histórico familiar de câncer que as justificasse (MEISER et al., 2016; VIEIRA; AQUINO, 2007; ALMEIDA et al., 2001).

A culpa também foi presente desde o início do diagnóstico, porém relacionada ao fato de se tratar de uma doença crônica diferenciada com grande impacto nas emoções, pelas situações de sofrimento onde elas não tinham controle e não podiam mais reagir (RAMOS et al., 2012; PEUKER et al., 2016). As pacientes com diagnósticos mais avançados da doença a percebiam como mais aflitiva e, com isso, apresentavam mais emoções negativas. No enfrentamento negativo, a culpa foi encontrada como um importante preditor de altos índices de humor depressivo (CASTRO et al., 2016).

A tristeza e sentimentos depressivos constituem duas importantes apreensões vivenciadas pela insegurança que a mulher experimenta na repercussão do diagnóstico de câncer de mama. Algumas das pesquisadas relataram claramente essas repercussões emocionais. Entre as falas, pode-se destacar os seguintes recortes:

Então, essa espera depois do diagnóstico me deixou muito deprimida. Mais tempo esperando. (E23)

Muito triste, vivendo um dia após o outro, sabendo que uma hora pode não dar mais tempo de eu fazer a cirurgia, de ele ter sido invasivo. (E21)

Ah, foi muito ruim, entrei em depressão. Eu nem sei explicar. Acho que entrei em depressão e eu continuo ainda. Eu não tenho vontade de sair, de fazer as coisas, passear, só tenho vontade de ficar em casa. (E12)

Eu fiquei um pouco triste... assim uns dias eu só queria chorar, não conseguia dormir, achando que eu ia morrer e toda hora olhava tudo... isso as vezes acontece comigo. Tem horas que eu tenho que lutar porque eu me pego me despedindo das coisas, é horrível. (E8)

Algumas das expressões emocionais mais comuns no câncer de mama são medo, preocupação e depressão. Nas falas citadas, percebe-se a tristeza e a depressão muito presentes no impacto do diagnóstico, conforme E12 e E8 afirmam nas suas falas. A intensidade é quase que inexplicável, ao olhar para sua vida com um futuro incerto, vendo a proximidade da morte e avaliando esse momento como uma perda para si mesma.

Logo após o primeiro contato com o diagnóstico e o processo de negação da doença, as mulheres passaram a se ver como alguém que perdeu suas características femininas, o que vem acompanhado de baixa autoestima, medo, angústia e isolamento. Ferreira e Lemos (2016), em seu estudo qualitativo, constataram que o câncer de mama ainda é um representante de morte para as pessoas acometidas, pois se sentem inseguras em relação à possibilidade de cura. Estudos destacam que mulheres que experimentaram tristeza e sentimentos depressivos, e que fizeram a avaliação do câncer como uma perda para si mesmas, experimentaram maior sofrimento emocional no momento do diagnóstico (GALL; BILODEAU, 2017; PAREDES; PEREIRA, 2018; HOANG et al., 2020). O enfrentamento das mulheres pesquisadas com câncer de mama por Geyer, Koch-Giesselmann e Noeres (2015) era altamente específico de acordo com as situações, ou seja, geralmente elas reagiram de maneira flexível, sendo o momento do diagnóstico o mais terrível. A partir desse momento, seus comportamentos de enfrentamento correspondiam às preocupações percebidas em cada uma das situações ao vivenciarem o dia a dia da enfermidade, seu tratamento e gravidade.

No seu depoimento, E23 relata como causa da sua depressão o tempo de espera entre o diagnóstico e tratamento. Em estudos feitos em mulheres de origem latina, Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019) e Lee et al. (2018) encontraram uma alta prevalência de depressão e tristeza na fase de espera pelo início do tratamento. Em um estudo desenvolvido com 131 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, foi pontuado o desconforto emocional, através de sintomas de ansiedade e depressão como, por exemplo, sentimentos de tensão, medo, perda de interesse e de alegria nas atividades, pela falta de informação e comunicação adequada ofertada pela equipe médica sobre a doença, tratamento, efeitos

colaterais e prognóstico, podendo levar um pior manejo psicológico dessas mulheres (PINTADO, 2017).

Ando et al. (2011), em seu estudo longitudinal, prospectivo e comparativo entre 38 mulheres com câncer de mama e 95 mulheres com problemas benignos de mama, encontraram que mulheres com maior ansiedade pré-existente viveram um maior impacto com sofrimento psíquico e depressão após a confirmação do diagnóstico. Os autores ponderam que o diagnóstico de câncer de mama é um evento esmagadoramente estressante que pode obscurecer outros eventos menos estressantes, causando sofrimento psicológico.

Gil et al. (2012), em seu estudo quantitativo e correlacional logo após o diagnóstico e de duas a quatro semanas após terminar o tratamento, observou que a maioria tinha câncer de mama, e a ansiedade e a depressão foram os principais achados. Vale ressaltar que as pacientes demonstraram mais a ansiedade do que a depressão durante o diagnóstico até o início do tratamento, mas que o sofrimento emocional atingiu índices muito elevados na vivência do impacto do diagnóstico.

Em seus depoimentos, as mulheres com câncer de mama o descrevem como uma vivência muito difícil de assimilar, que se percebe em todo o tempo, pois se torna muito complexa. A transição e o enfrentamento após o diagnóstico é um processo muito cruel, como ressaltado pelas depoentes:

Isso me deu um susto porque ninguém estava esperando. Isso é uma covardia muito grande, é muita mulher com câncer de mama. (E31)

Ainda paro e penso, mas é verdade. Você olha, e não vê nada mas sabe que está lá dentro. É muito difícil, tem hora que a gente pensa que é mentira, porque você olha assim e você está boa, você está perfeita. (E30)

Foi muito difícil. A minha filha brincando falou “mãe, tem um carocinho no seu peito”, porque ela cheira meu peito pra dormir. (E28)

É um diagnóstico cruel, difícil demais de ser recebido. Não foi fácil. E eu sou bastante equilibrada. (E25)

Com as palavras ‘muito difícil’, essas depoentes conseguiram se expressar diante do diagnóstico que estava mudando completamente suas vidas, afetando em diversificados aspectos. A paciente E30 se refere à negação inicial, por não parecer ser verdade diante de tamanha gravidade. Cebeci, Yangin e Tekeli (2012), em sua pesquisa, afirmam que o câncer afeta a saúde da mulher em múltiplas dimensões, o que se estabelece como difícil demais de ser aceito, por ser percebido como ligado à morte e fonte de significativo estresse.

No livro *Fenomenologia da Percepção*, Merleau-Ponty (1999) afirma que o campo fenomenal se dá na percepção interior, retornando ao mundo vivido, pois na linguagem é que se compreende tanto o direito quanto os limites do mundo objetivo, conforme as mulheres que vivenciaram esse difícil momento do diagnóstico do câncer de mama tentaram descrever. Sobre isso, o autor afirma: “Ela [a linguagem] era muito mais radical, já que a interioridade, definida pela impressão, por princípio escapava a qualquer tentativa de expressão” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 90).

Outra questão abordada aqui, e reforçada por E31, foi o susto do diagnóstico, por não ser uma doença facilmente detectada. Para muitas delas foi uma grande surpresa negativa e, com isso, o início de um processo de enfrentamento frequentemente doloroso. Drageset et al. (2011) destacam a complicada tarefa das mulheres de aceitarem o diagnóstico e sequencialmente experimentarem uma rápida transição do estado de saúde aparente para um estado de adoecimento grave, o que causa reações emocionais intensas. Conforme Jassim e Whitford (2014), os estágios iniciais foram identificados como sendo de turbulência emocional, por conta da forte associação que ainda existe do câncer com a morte, além do desejo de viverem uma vida normal enquanto experimentavam as mudanças decorrentes dessa fase crítica.

Rosa (2012) afirma que o período desde a investigação do diagnóstico até o tratamento foi relatado pelas mulheres entrevistadas como muito difícil de ser vivenciado. O período de diagnóstico é considerado como período de estresse e de morbidade psicológica, tanto para as mulheres quanto para seus familiares. De acordo com as pacientes com histórico familiar negativo, o impacto da notícia do câncer de mama e seus significados as levou a ter mais dificuldades para tomar decisões quanto ao tratamento e cirurgia, por requerer um tempo considerado como terapêutico, para o mecanismo de enfrentamento na fase diagnóstica (MEISER et al., 2016).

Observa-se que ocorre a percepção de incertezas acerca do desconhecido, com sonhos e planos completamente modificados, e na sua maioria cancelados. Desfechos que as mulheres deverão enfrentar, as etapas dentro da própria fase diagnóstica e as subsequentes, como decisões do tratamento, possibilidades reais no tratamento, entre outras, geraram um grande sofrimento emocional que pode levar ao agravamento do quadro clínico, conforme relataram as entrevistadas:

Fico preocupada se vai aparecer em outra parte, sei lá, não sei. (E29)

É algo desconhecido, não sei o que eu vou passar. (E25)

Se Deus não me curar, pela demora eu não sei o que pode acontecer'. Não sei quanto tempo demora para fazer uma radioterapia. (E21)

Como viver eu não sei. Eu nem sei o que vai acontecer daqui para frente. Eu quero ficar forte mas não está dando. (E9)

As incertezas que são geradas pela falta de controle da própria vida, o desafio diante do diagnóstico, o caráter desconhecido da doença, como afirma E25, fez com que elas se sentissem vulneráveis, com a ansiedade muito elevada. Fischer et al. (2013), em uma pesquisa longitudinal, confirmaram que o que mais gera sofrimento e incerteza nas pacientes é o fato de a doença ser imprevisível, de natureza mutável e incontrolável. A percepção da doença e a consequência do diagnóstico é desafiador tanto para encarar o tratamento quanto para a convivência com a doença e seu controle. Markovitz et al. (2015), em seu estudo, confirmam quando dizem que o câncer de mama tem um impacto profundo principalmente por suas incertezas, dados os altos índices de ansiedade, depressão, sentimentos negativos e a falta de muitos sentimentos considerados positivos. Pesquisas revelaram que em decorrência das muitas incertezas, as pacientes afirmaram ansiedade elevada, emoção negativa, menor alegria e, principalmente, medo e sofrimento enquanto esperavam o tratamento (DRAGESET et al., 2011; GROARKE; KURTIS; KERIN, 2013; THUNÉ-BOYLE et al., 2013; BENSON et al., 2020; BORGI, 2020).

A dimensão espiritual é percebida nessa categoria através dos depoimentos, e pode-se perceber a referência da fé em Deus, da confiança demonstrada pela busca de forças para encarar o desafio do impacto da doença e suas grandes repercussões emocionais. As mulheres demonstraram que mesmo no desespero do confronto com o diagnóstico, a sua espiritualidade foi fonte de fortalecimento e encorajamento, descortinando novas perspectivas para si mesma.

6.2 CATEGORIA 2 – Vivências no mundo da vida com câncer: enfrentamento centrado no problema

Nesta categoria, pode-se perceber o quanto é cheia de significados a convivência da mulher com uma doença tão devastadora como o câncer de mama, onde sentimentos e pensamentos envolvem a perda do controle da própria vida, sobrevivendo a sensação de desespero extremo diante do forte impacto que esse diagnóstico traz. A avaliação do fator

estressor, a percepção da doença e seus questionamentos acerca dos porquês confirmam que a busca por respostas pessoais e significados, que não são coisas fáceis de serem vivenciadas no enfrentamento do diagnóstico podem levar a um enfrentamento mais objetivo e parecido com a resolução real do problema causador do estresse psicológico (Figura 17).

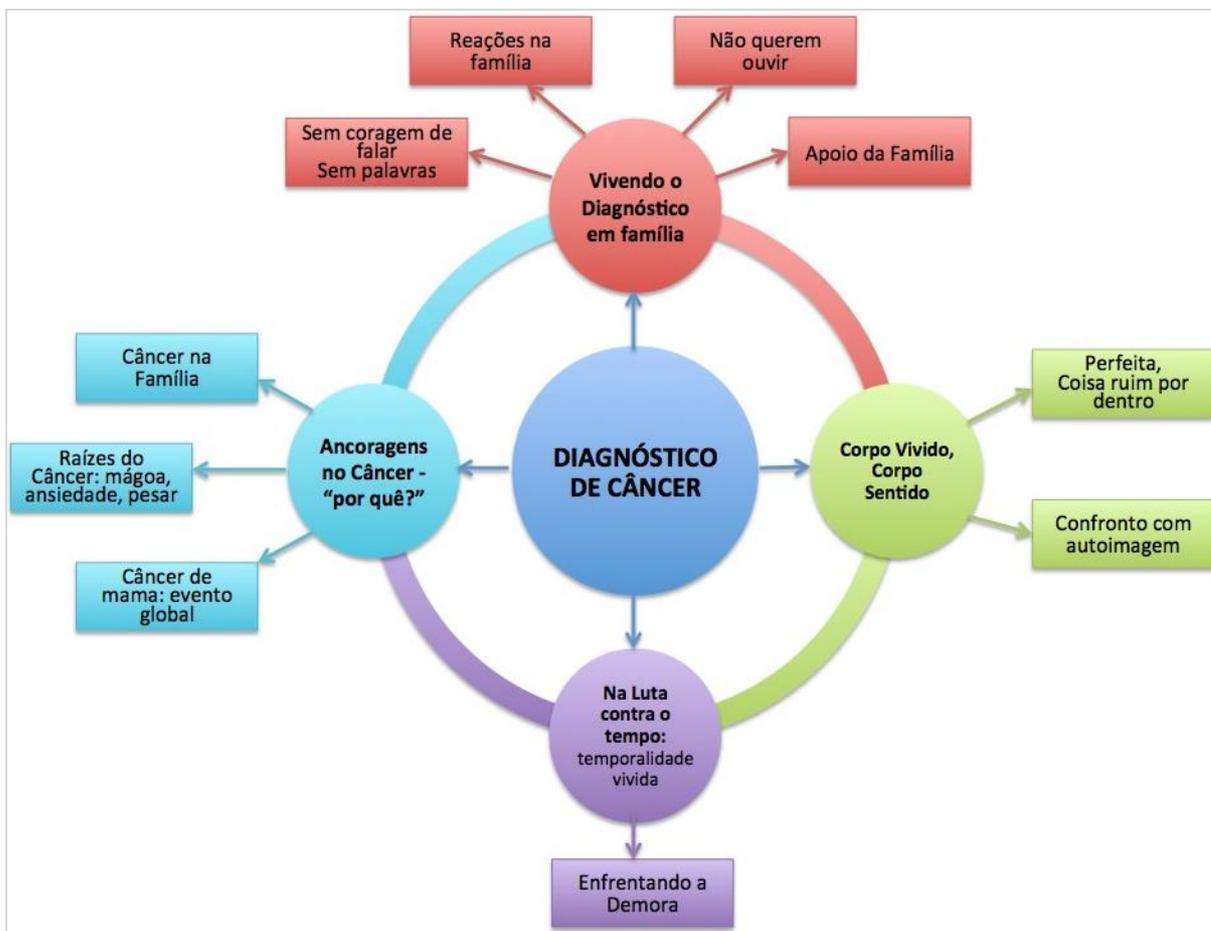


FIGURA 17 – Esquema compreensivo das vivências no mundo da vida da mulher no enfrentamento centrado no problema

FONTE: elaboração da autora (2020).

6.2.1 Vivendo o diagnóstico em família

Quando ocorre o confronto das mulheres com o diagnóstico, elas se preocupam em como relatar à sua família e como será a influência no convívio familiar. Essas mulheres, por vezes, encontram-se sem coragem de falar, sem palavras para contar a nova realidade que todos enfrentarão juntamente com ela. Nos depoimentos a seguir, as depoentes assim se expressaram:

Sempre me perguntaram se tinha saído o resultado e eu falava que não tinha saído não. Foi muito ruim, fiquei sem palavras, mas coloquei no meu coração que eu não iria preocupar ninguém. Falava para todo mundo que não tinha saído o resultado ainda. (E39)

Foi muito ruim dar a notícia para minha família. Fiquei abafada. Sem palavras. Eles também. [...] Eu fico preocupada, mas não tem outro jeito, agora é pedir a Deus que corra tudo bem. (E29)

Ainda não parei pra conversar com ninguém, a minha família não sabe, eu quero operar primeiro e depois contar pra eles, porque eu acho que eles não vão ficar bem. (E13)

Foi o como falar, porque o pessoal se desespera! “Ai meu Deus do céu! Mas e agora! Meu Deus! Você tão nova! Com 24 anos!” É o que eu escuto. E eu falo: “gente, doença para dar agora tem idade? Tem idade para dar? Não tem!” Então o mais complicado foi isso, passar para a família! (E1)

Por ser um momento desafiador para a mulher o impacto do diagnóstico, algumas ficam sem saber o que falar e como relatar para a família. Começam a pensar nas reações e principalmente focam nas emoções negativas, com medo do sofrimento que inicia para ela e para os demais. Nos depoimentos de E39, E29, E13 e E1, percebe-se claramente essa dificuldade. A angústia de envolver a família num assunto tão doloroso aumenta a sensação de vulnerabilidade e insegurança.

As mulheres pesquisadas por Drageset et al. (2011) tiveram uma grande dificuldade em informar as pessoas mais próximas sobre o diagnóstico. Elas lutaram com questões como o que dizer e o medo de o diagnóstico afastar amigos e parentes; além do efeito negativo nos objetivos e metas pessoais de cada familiar. Todas falaram da preocupação de se mostrar forte ao contar para os familiares e amigos. O estudo ressaltou que a maneira como as mulheres recém-diagnosticadas contaram a notícia interferiu na reação de toda a família. As entrevistadas procuraram dar o suporte necessário principalmente para os filhos. Isso fez diferença. Algumas tiveram que dar elas mesmas encorajamento e consolo para os familiares ao falar com eles sobre a doença. Isso foi confirmado pelas pacientes estudadas por Meiser et al. (2016). Para elas, compartilhar os resultados com familiares próximos, distantes e amigos foi algo muito difícil; para todas foi um momento de hesitação e medo das repercussões negativas que essa notícia iria causar. As que tinham histórico familiar negativo pareceram ter maior dificuldade de falar.

Em concordância, um estudo brasileiro identificou que as entrevistadas tiveram dificuldade em contar a família por ser um momento difícil e de forte impacto emocional tanto para ela quanto para a família, com sentimentos de vulnerabilidade, ansiedade, angústia,

impotência diante do desafio, desamparo, medo, raiva e frustração. Tais sentimentos permitiam que fossem elaboradas estratégias para o enfrentamento das mudanças físicas e emocionais que fazem parte do adoecimento (CONDE et al., 2016). No entanto, segundo Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019), as mulheres com câncer de origem hispânica que viviam nos Estados Unidos da América reprimiam as emoções negativas em relação à doença no relacionamento familiar, evitando conversar e expressar seus reais sentimentos para evitar que seus familiares sofressem.

Os depoimentos revelaram a percepção das mulheres acerca das reações na família ao ser noticiado o diagnóstico da doença, preocupando-se e por vezes aumentando sua própria angústia ao refletirem que estavam impondo esse estresse aos outros. Alguns recortes trazem essa apreensão:

A gente chora. Minha filha teve uma crise de tremedeira, meu filho uma crise de choro e eu também. A gente fica assim e não acredita! (E30)

Aí não falei nada com eles não, achei que não era nada de mais, mas aí eu vi que não sumia. Depois eu falei com minha filha que ficou nervosa. (E11)

A minha mãe que tá muito desesperada, eu estou com medo dela, entendeu? Dela me ver sem cabelo... dela me ver debilitada. (E8)

Minha filha é que parecia nervosa. A doutora foi fazer exame, ela foi e sentou, eu pensei que ela fosse cair, ela é nervosa demais, até para uma notícia dessas. (E7)

Em relação à vivência do diagnóstico em família e os sentimentos e preocupações, foi identificado que o conhecimento do diagnóstico do câncer de mama despertou sentimentos de angústia, preocupação e angústia na família. Ainda, os familiares se demonstraram ansiosos ao desvelarem o medo do desconhecido e as consequências nas mulheres acometidas (CONDE et al., 2016).

Em um estudo qualitativo, Rosa (2012) retrata que as pesquisadas demonstraram preocupação com a família, e que a maioria das mulheres identificou esse período de diagnóstico de câncer de mama como difícil demais de ser vivenciado por elas e seus familiares, conforme relatado a seguir, pois procuram amenizar os sofrimentos de seus familiares, preparando-os para todas as possibilidades. Isso as leva a buscarem saídas de ordem prática e o preparo psicológico das possíveis dores e perdas. Essa mulher tem uma percepção pessoal, mesmo que parcialmente falando, das consequências da doença em si mesma e em seus familiares.

Drageset et al. (2011) confirmam, em sua pesquisa, que a maioria das mulheres deu prioridade às necessidades emocionais da família ao invés das suas próprias, procurando o melhor momento, as melhores palavras. Consequentemente, a família se mostrou controlada, segurando as lágrimas e contendo a emoção diante de uma notícia tão aflitiva.

Em contrapartida, algumas mulheres se referiram à dificuldade da família com a notícia, por eles não quererem ouvir e haver o confronto com a necessidade da própria mulher de se reelaborar, conversar sobre o câncer, como parte da vivência do diagnóstico e seu enfrentamento no compartilhamento em família. Essa circunstância gerou desespero e, em algumas, percebeu-se um desamparo, por terem outra expectativa, conforme descrevem algumas falas:

Eu falei com minha filha e ela já começou chorando. “Não chora não! Deus está aqui com a gente”, falei. “Não, não é para chorar”. Não queria nem me ouvir conversar sobre isso. E 40

Eu queria falar algumas coisas para eles se eu não voltar da cirurgia. Mas eles não querem nem ouvir.[...] Eu queria falar tanta coisa e não dá. (E30)

Pouca coisa mudou, pelo tipo de personalidade que minha mãe tem, eu já sabia que ela não ia se importar. Nem quer ouvir. (E17)

Autores como Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019), que estudaram mulheres latinas, e Li et al. (2016), que estudaram mulheres chinesas que sobreviveram ao câncer de mama, mencionam as emoções negativas reprimidas como relacionadas ao aumento do risco de sintomas depressivos durante o diagnóstico e tratamento. Conde et al.(2016) destacam o processo de enfrentamento tanto para a família quanto para as pacientes e evidenciaram que em alguns momentos o diagnóstico de câncer de mama foi mais difícil de ser enfrentado pela família do que pela própria paciente. As mulheres, muitas vezes, deram apoio para os filhos e maridos aceitarem o câncer.

Entretanto, num outro enfoque, muitas entrevistadas ressaltaram o apoio da família e a sua aceitação como muito importante nessa etapa diagnóstica. Elas reafirmaram o carinho, a calma, o suporte, o encorajamento, a esperança e o incentivo como fonte de fortalecimento, e assim expressam nas falas aqui descritas:

Foi normal falar com a família, todo mundo aceitou assim, todo mundo viu como uma coisa que acontece, ninguém ficou “ai meu Deus, não sei o quê, vai morrer”, nada disso, normal.. (E36)

Meus filhos têm conversado muito comigo, falam que Deus está no controle. Meus filhos falam palavras de incentivo, de força, e é nisso que eu me apego, em Deus. (E24)

O apoio da minha família eu sinto, lógico, eu me sinto bem, porque eles me deixam mais calma. (E20)

A família é muito importante, meu marido e meus filhos me dão todo o carinho e apoio, é muito importante a família, eu agradeço a Deus pela minha família. (E19)

Eu tenho minha família, meus amigos, meus irmãos que estão me apoiando e me dando forças. (E14)

É, agora eu já estou leve. Me preocupei com minha família, que eu fiquei um pouco com medo de como eles ficariam. Mas reagiram muito bem, que todos nós fazemos parte da mesma religião, aí fica mais fácil de controlar. Ninguém questionou, ninguém se aborreceu e amém. (E6).

Pode-se perceber que as mulheres recém-diagnosticadas, em especial a E19 e a E6, importaram-se com a repercussão na família. O convívio familiar sofre influência, a rotina muda e a estrutura familiar e seus valores são provados diante de um diagnóstico tão confrontador. Por conseguinte, vale reafirmar que a família e sua valorização na cultura brasileira são fundamentais. Alguns autores confirmam esse fato em diferentes culturas. Cebeci, Yangin e Tekeli (2012), em seu estudo, entrevistaram mulheres turcas com câncer de mama e enfatizaram a importância do apoio da família, tanto fisicamente quanto emocionalmente e socialmente. A grande maioria das mulheres com câncer de mama entrevistadas por Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019) tiveram na sua família a principal fonte de apoio durante o diagnóstico e tratamento subsequente. Marido, filhos e inclusive parentes mais distantes. As mensagens recebidas de familiares também foram fonte de fortalecimento.

O tipo de resultado e escolha do tratamento, foi, de acordo com Meiser et al. (2016), um fator importante para uma melhor aceitação e alívio na família das mulheres que tinham histórico familiar de câncer de mama, o que favoreceu o tempo para a escolha do tratamento. Quanto à aceitação e o apoio da família, destaca-se que é essencial na superação de conflitos como medo, ansiedade e depressão, e que pode propiciar à mulher formas opcionais de viver, mesmo com limitações. Além disso, o afeto familiar ajuda a lutar contra a doença (ALMEIDA et al., 2015).

Ao se referirem ao apoio e aceitação da família, Conde et al. (2016) afirmam o que foi encontrado no presente estudo, e indicam que a presença e ajuda da família foi de vital importância, contribuindo positivamente. A segurança e conforto foram importantes nesse

momento. Algumas enfatizaram que suas famílias aceitaram com naturalidade. Para outras entretanto, a superação foi um processo difícil tanto para as pacientes recém-diagnosticadas quanto para seus familiares. Ferreira e Lemos (2006), ao estudarem a imagem corporal da mulher com câncer de mama, relataram que o apoio e a aceitação da família favoreceu de forma significativa o enfrentamento do diagnóstico e o subsequente tratamento, uma vez que a família possui grande influência no desenvolvimento psíquico do sujeito.

Pode-se destacar a necessidade evidenciada no depoimento das mulheres. Essa apreensão foi também constatada nos estudos de Kyranou et al. (2014) com mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama, mostrando que o suporte psicossocial surgiu como uma das maiores necessidades, em especial, a participação em um grupo de apoio. Além disso, afirma que o apoio que as enfermeiras podem dar as pacientes que vivem sozinhas ou não têm um suporte social e familiar efetivo é fundamental. Esse cuidado pode acontecer através de acompanhamento por chamadas telefônicas e visitas domiciliares. Essa ampliação do cuidado da enfermeira é sugerida como capaz de reduzir o sofrimento psicológico nessas mulheres e diminuir a angústia espiritual e o isolamento.

6.2.2 CORPO VIVIDO, CORPO SENTIDO

Nessa vivência com o ‘corpo estranho’ que se mostrou como razão do diagnóstico de câncer ocasiona transtornos emocionais que se voltam para a percepção de ser perfeita mas com uma coisa ruim por dentro. Alguns relatos assim confirmam:

Tem algo que não me pertence, mas que tem que ser tirado porque é ruim. (E37)

Porque eu me olho assim e eu estou boa, eu estou perfeita. Não sinto dor, não sinto nada, mas sei que tem uma coisa ruim. Muito difícil! [...] Eu não sei. Me olho, e não vejo nada mas sei que está lá dentro. (E30)

Eu estou ansiosa, eu quero que isso saia logo de mim para depois a gente ver o que vai acontecer, para ver depois os tratamentos. (E13)

Eu fico pensando como é, a gente nasce perfeita, e depois tem que mexer em alguma coisa no nosso corpo. Por ter alguma coisa ruim por dentro. Eu fico pensando como é que vai ficar depois da cirurgia. (E11)

Quando eu fui tirar o biquini para tomar banho, eu olhei no espelho e achei a mama estranha, o bico estava meio virado, porque é bem aqui nesse canto. Aí quando eu fui botar a mão, senti, me apavorei por ver uma coisa muito ruim. (E8)

É importante destacar que essa etapa diagnóstica pode ser relacionada à presença de algo estranho dentro do seu corpo, muitas vezes visível e palpável, gerando um malefício profundo na sua essência feminina. Conforme identificados nos relatos acima, as mulheres descreveram o que vivenciaram.

O corpo se entrelaça com o mundo e produz sentido. “Considero meu corpo que é meu ponto de vista sobre o mundo [...]”, afirma Merleau-Ponty (1999, p. 108). No entanto, diante do diagnóstico, o encontro do sujeito com o mundo, nessa perspectiva, fica alterado. As pacientes aqui entrevistadas afirmaram que se sentiam com dificuldades extremas de conviver com o diagnóstico recém-recebido. Denotaram não se sentirem doentes, mas estavam convivendo com uma realidade extremamente dolorosa ao verem seu corpo perfeito, mas somente por fora, o que compromete sua autoimagem e autoestima.

Acerca da percepção do mundo e das pessoas que estão à sua volta, Alvim (2011), com base na perspectiva fenomenológica, enfatiza que:

É fundamental sublinhar que Merleau-Ponty não está interessado na realidade corpórea em si, mas no corpo como experiência, modo de ser-no-mundo. O corpo está colocado em sua obra como um existencial, compreendido como matriz, lugar de onde os dois elementos opostos (sujeito e objeto) emergem. O corpo é sede do encontro sujeito-mundo. (ALVIM, 2011, p.229)

Assim, quando usa a linguagem para se expressar, o faz desvelando o significado da experiência vivida e a essência do seu mundo da vida. “Ser corpo é estar atado a um certo mundo, e nosso corpo não está primeiramente no espaço: ele é no espaço” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 205). O corpo se dirige intencionalmente ao mundo, um eu engajado que se estende para o mundo (ALVIM, 2011).

Em relação à percepção e consciência no mundo objetivo, Merleau-Ponty se refere ao fenômeno da mutilação de um membro, como importante no engajamento do ser-no-mundo. A vontade de ter um corpo são ou a recusa do corpo doente não são formuladas pelos próprios clientes. A mulher, quando pensa na doença, já a relaciona a cirurgias mutiladoras, fenômeno que causa uma reviravolta na sua existência.

Ramos, et al. (2012) descreve que mulheres entrevistadas se referiram à percepção de nódulo palpável e indolor como principal sintoma, e que os sinais mais indicativos de câncer de mama são reconhecidos quando elas detectam algo aparentemente estranho em suas mamas e experimentam um turbilhão de sentimentos, questionamentos e dúvidas. Vale reforçar que inicia uma trajetória onde são forçadas a se adaptarem a uma situação nova e muito assustadora.

A fraqueza emocional vivenciada pelas mulheres entrevistadas em um estudo foram evidenciadas não somente pelo medo da morte, mas também pelo início de convivência com o diagnóstico de uma doença marcada por estigmas, como o câncer de mama e as possibilidades de tratamento, que envolve as questões do corpo e da sua condição de ser mulher, principalmente por se tratar do câncer de mama, provocando alterações na imagem corporal e também pelo medo diante da possibilidade da finitude da vida (ALMEIDA et al., 2015).

Lee et al. (2019), em seu estudo correlacional com 321 participantes sobre percepção da doença e bem-estar, dizem sobre a expectativa da mulher quanto às consequências negativas ao perceber o câncer de mama no seu corpo e o medo da recorrência, que foram associados ao baixo índice de bem-estar. Outros autores ainda enfatizam que a mama é muito relacionada à identidade feminina e ao seu corpo perfeito, independentemente da idade. As modificações corporais são sentidas, porque é identificado algo estranho dentro de seu corpo, que não deve permanecer, mesmo que ela não passe pelo processo de mastectomia, a princípio (VIEIRA AQUINO, 2007; ROSA, 2012).

O confronto com a autoimagem corporal é penoso para a mulher que se encontra diante de um tamanho desafio. A sua autoimagem é muito importante quando se pensa no convívio familiar e social. Assim nos revelam as depoentes em relação a possibilidade da perda dos cabelos e das mamas:

A médica perguntou sobre o problema de o cabelo cair, aí eu disse que tinha medo. (E39)

O médico falou que ia fazer a cirurgia, eu ia tomar o remédio que vai cair o cabelo. Aí eu levei um choque. (E29)

tenho medo de perder o cabelo, de perder a mama, tudo isso eu estou vivenciando. (E19)

Eu não gosto de olhar [mama], estou preocupada com essa coisa do cabelo, mas eu sei que vai acontecer'. [...] 'eu estou com medo dela [mãe] me ver sem cabelo... dela me ver debilitada'. (E8)

Mas eu não estou sentindo bem não. Depois desse peito meu não. Estou muito preocupada. (E5)

A relação que a mulher tem com seu próprio corpo é essencial à sua individualidade. Quando a doença ameaça alterar essa relação, principalmente em relação à mama, com sua variedade de simbolismos, com graves alterações na imagem corporal, gera um intenso sofrimento. As mulheres aqui entrevistadas relataram uma parte do sofrimento diante desse

tão grande desafio. E19 e E39 falaram do medo que estavam vivenciando. E29 levou um choque quando tomou conhecimento do efeito das etapas do tratamento. Pode-se perceber que se constituiu na elaboração do enfrentamento centrado no problema, ou seja, diante do fator estressante, houve uma reavaliação de seus significados durante todo o tempo.

O sofrimento emocional é também físico, em decorrência da alteração na autoimagem, da ameaça à integridade corporal, da forma de enxergar o corpo doente. Acrescido a isso está o fato de ter um tumor que suscita diversos sentimentos como medo, vergonha, impotência, angústia, entre outros. Os autores Ferreira e Lemos, (2016) enfatizam que as representações do câncer remetem a uma doença cruel, corrosiva, estigmatizada e degradante, que consome a mulher aos poucos. Ainda são mais específicos ao relatarem que acaba por adoecer também a mulher assistida em sua imagem corporal. Porém, vale ressaltar que seu impacto pode variar conforme o tratamento utilizado, seja ele cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico. Todos terminam por afetar sua autoestima, ao relacionar as possibilidades com o real do corpo que está sendo tocado com cirurgias e tratamentos, que refletiram em perdas diretamente relacionadas às características femininas – mama, cabelo e fertilidade – que aqui afirmam a singularidade, como na afirmação que se pode designar como perda do ideal feminino, que remete ao movimento da castração feminina: “passar a ter” ou “não ter mais”.

A simbologia das mamas e dos cabelos é reforçada quando se diz que são símbolos da beleza, da sensualidade, e ainda quando se identifica como de importância fundamental para a própria imagem (ALMEIDA et al., 2015). As alterações corporais fizeram parte dos temas principais relatados pelas mulheres em um estudo científico (TORRES; DIXON; RICHMAN, 2016), influenciando o bem-estar psicossocial e qualidade de vida desde o diagnóstico por causar medo e insegurança.

6.2.3 NA LUTA CONTRA O TEMPO: TEMPORALIDADE VIVIDA

As depoentes relataram sobre as percepções que vivenciavam enfrentando a demora, o longo tempo percorrido desde que foi identificado o nódulo até a confirmação diagnóstica e possível início do tratamento. As entrevistadas destacaram nas suas falas diversas questões, conforme alguns relatos:

No meu caso eu já estou quase um ano. Muita demora. Eu pensava que eu tinha um e agora já são dois, talvez se tivesse sido rápido teria sido só um. (E30)

Então a cada dia que passa o meu psicológico vai piorando e fico angustiada porque eu não vejo solução. Aí eu penso assim, quando eu conseguir não vai dar mais tempo! [...] ‘Desde então, estou nessa espera de vir aqui, demorou muito até essa consulta de hoje. (E21)

A minha saúde física sempre foi boa. Demorei um pouquinho mais para fazer a mamografia e a ultra. Eu confesso que quando fiz os exames na mamografia não acusou, mas na ultra sim. (E18)

Deve ter uns seis meses a oito meses que estou assim. Eu fiquei andando para lá e para cá, vendo as coisas, tem coisas que demoram. A ressonância eu fiz ontem no particular. Tem um outro exame para ver os ossos que não faz em nenhum lugar. (E15)

Só que como estava demorando muito, em setembro eu senti alguma coisa. Ai foi que eu despertei! Mas, ao mesmo tempo fiquei procurando um serviço público e daí a demora. (E2)

Angústia, incômodo com o tumor ou outro sintoma da neoplasia, ansiedade, a perda da esperança de cura, o medo de morrer e não terminar o tratamento, ou seja, um misto de emoções negativas com grande desconforto psicológico enquanto se espera resultados, consultas, encaminhamentos, novos exames, entre outros detalhes na assistência profissional específica. A mulher, com o novo diagnóstico, procurou, por meio do enfrentamento centralizado no problema, incluir comportamentos para minimizar o fator estressor, gerando reavaliações cognitivas que se alternavam com as emoções de vivenciar o fenômeno.

Por conseguinte, ao se relacionar diretamente o vivido de cada mulher, pois cada ‘presente’ tem um significado único para ela, pensa-se na temporalidade, bem identificada por Merleau-Ponty. As percepções das mulheres na luta contra o tempo podem ser desta forma relacionada, quando o mesmo autor assim trata:

Só existe tempo para mim porque estou situado nele, quer dizer, porque me descubro já envolvido nele, porque todo ser não me é dado em pessoa, e enfim porque um setor do ser me é tão próximo, que ele nem mesmo se expõe diante de mim e não posso *vê-lo*, assim como não posso ver meu rosto. Existe tempo para mim porque tenho um presente. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 568)

É relevante ressaltar o que foi colocado pela entrevistada E15 acerca de procurar um serviço particular para ter seus exames realizados mais rapidamente do que os do serviço público. O longo tempo que se aguarda nessa fase pode ser extremamente traumático. Isso confirma também o que é ressaltado em outras pesquisas, de que existe uma grande demora no agendamento de consultas, na realização de exames e no consequente início do tratamento. A expectativa dos resultados foi confirmada como sendo extremamente difícil de ser

enfrentada, bem como a demora dos serviços de saúde com a grande demanda de pacientes. Em todas as etapas na atenção em saúde relacionada ao câncer de mama se encontra barreiras que estão presentes em contextos diversos pelo mundo (MEISER et al., 2016; GONÇALVES, 2013).

O tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento, principalmente o cirúrgico, foi relatado por Drageset et al. (2011) como um momento de grande ansiedade em relação à morte. Muitas afirmaram ter ficado sem esperança, percebendo esse tempo de espera como longo e muito difícil de ser enfrentado. Algumas tiveram graves crises de ansiedade e muitas outras relataram que as emoções variavam como ondas, e que não tinham controle sobre suas emoções, com insônia e medo de o câncer se espalhar ou crescer muito.

Em algumas falas das entrevistadas no presente estudo, como as de E2 e E18, observa-se terem demorado a buscar assistência médica ou mesmo a realização de exames comprobatórios desde que perceberam que havia um sintoma físico, o que pareceu ser preocupante. O que foi confirmado por Medeiros (2019), que também ressalta o intervalo entre a decisão de que a doença requer cuidado clínico, de que é preciso buscar assistência médica e o início real dessa busca. Além disso, foi identificado que a demora em buscar atenção médica era associada a fatores emocionais como o medo de ser câncer de mama e seu estigma social. A subestimação da severidade da doença e a esperança de que ela iria desaparecer foram citadas como as principais razões para a demora.

Outro intervalo importante é o relacionado a fatores da própria assistência à saúde, ou seja, a demora dos serviços de saúde, desde a marcação da primeira consulta até os encaminhamentos e os detalhes da própria assistência profissional (MEDEIROS, 2019).

Almeida et al. (2015) delinea o momento da nova realidade das mulheres entrevistadas com câncer de mama, pois, em seguida ao diagnóstico, vislumbram um longo caminho na luta pelo tratamento contra o câncer por excessivas burocracias e, com isso, muitas dificuldades encontradas no atendimento nos serviços de saúde, além da demanda que se apresenta frequentemente maior do que o sistema público de saúde pode comportar.

Acerca dessa temática, Rosa, (2012) assegura que a demora na fase de investigação diagnóstica e início do tratamento revela que as entrevistadas confirmaram que um espaço de tempo curto para o início do tratamento colaboraria em muito para redução da ansiedade, angústia e outros estressores pois representaria uma alternativa imediata para o controle da progressão da doença.

6.2.4 ANCORAGENS NO CÂNCER: O “POR QUÊ?”

Mulheres que tiveram experiências de câncer na família relataram essa experiência como dolorosa, mas entenderam melhor o processo do enfrentamento desde o diagnóstico até o tratamento. Uma pesquisa afirma que apesar de algumas serem surpreendidas no momento do diagnóstico, muitas relataram que foi como se em sua estrutura emocional elas já viviam esse tipo de prognóstico, como parte de uma conexão maior com as experiências vivenciadas em família. Para algumas mulheres, causou mais medo; para outras, deu maior esperança de sobreviverem à doença (MEISER et al., 2016).

Vários pensamentos e angústias assolam a mulher que já conviveu com experiências de câncer na família. Inúmeras reações ficaram percebidas no processo de enfrentamento do seu próprio câncer de mama. Sem dúvida, o sofrimento emocional é também vivenciado conforme as falas a seguir:

Meu pai teve no pescoço, meu irmão teve na cabeça e minha irmã teve na mama. Foi difícil porque foi muito cruel. (E32)

Meu pai ficou 7 anos com câncer de próstata e depois minha cunhada, depois meu irmão com câncer também, e quando eu pensei que estava descansando, aconteceu comigo. Porque você ajuda as pessoas. Eu não tenho mãe, não tenho mais irmão e pensei “agora quem vai cuidar de mim? (E27)

Eu sofri muito por causa das minhas irmãs, por causa do câncer delas e eu nunca imaginei que fosse ter essa doença, que fosse acontecer comigo. (E9)

Eu sempre estive atenta justamente por esse histórico familiar. Aconteceu com a minha irmã. Aí eu me deparei com esse caroço diferente do que os outros. (E4)

Em uma pesquisa realizada em mulheres com risco, mas sem câncer de mama, foi identificado que a tristeza e a dor da perda de um familiar foram muito elevadas nas mulheres que vivenciaram o sofrimento do câncer de mama na sua própria família. Isso levou essas mulheres a terem uma angústia elevada e superestimarem seu risco de câncer de mama (ESPLEN, 2018).

Em seu estudo longitudinal em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, Jannot et al. (2017) acrescentaram que as mulheres com histórico familiar de câncer de mama ou de ovário tiveram uma detecção precoce e, com isso, ocorreram diferenças no manejo e tratamento, uma vez que isso favoreceu haver uma qualidade maior no cuidado. Em outra pesquisa, afirmou-se que a busca pela causa pode levar a mulher a ter uma explicação pessoal, o que não significa necessariamente a realidade. Muitas das atribuições de causas do câncer

de mama são relacionadas a uma grande angústia ou aflição, especialmente se por tempo prolongado. Isso ocorre pela busca do sentido na adaptação à doença. Mas o processo de enfrentamento é complexo e pode ser relacionado negativamente, aumentando os níveis de ansiedade e depressão, em especial quando se culpa alguém de ter provocado o estresse e a doença subsequente (CARR; STEEL, 2013; GALL; BILODEAU, 2020a).

Meiser et al. (2016) afirmam em sua pesquisa que algumas mulheres se sentiram apoiadas e ajudadas por terem amigos, familiares ou pessoas próximas que também estavam enfrentando o diagnóstico, ou mesmo em fase de tratamento e recuperação, não só quanto ao câncer de mama, mas em relação a qualquer tipo de câncer.

Nos relatos, pode-se apreender que as mulheres apontam ser as raízes do câncer: mágoa, ansiedade, pesar. As depoentes revelam que os acontecimentos passados, que tinham causado sofrimento e angústia e que não podiam ser mais modificados, mas que poderiam permanecer sem perdão, acarretaram uma percepção da causa da doença. Com certeza isso pode ter gerado consequências negativas na qualidade de vida da mulher, na família e nos relacionamentos conforme relatam a seguir:

Que ela [doença] vem de desgostos, tristezas, muitos problemas mal resolvidos. Eu acredito nisso, não passei a acreditar agora, sempre acreditei. Pelo que ele [médico] disse, isso já deve estar aqui há uns 7 anos. Quer dizer, não foi há 7 anos, foi há muito mais, mas eu acredito sim, isso apareceu. (E37)

Ele [marido] já me decepcionou mais de uma vez, eu tentei perdoar, mas não corri atrás. Teve o problema e ele se afastou, eu deixei e fui viver minha vida. Eu não quis ficar com ninguém. Essa decepção me abalou muito, será que o carço não veio disso? Será que todas sofreram essa decepção? (E23)

Eu nunca pensei que fosse passar por isso, porque na minha família não tem ninguém que tenha tido câncer; não sei, mas acho que foi por causa da tristeza. A ferida que nunca vai fechar. (E11)

Essa coisa do câncer vem mesmo de uma coisa de mágoa, de ressentimento, de um trauma... Tive um divórcio. Bem, na verdade tive um casamento difícil de 17 anos que eu não era feliz, então acho que isso vai minando alguma coisa na gente, não sei. E o divórcio foi bem traumatizante, aquele de briga no tribunal, naquelas mesquinhas todas que você já deve imaginar, então eu acredito que isso tenha ajudado a florescer isso, né? (E8)

Mas eu acredito que, assim, se eu estivesse com uma pessoa do meu lado, é... me dando força pra eu não ter que carregar tanto pesar, tanto ressentimento quanto eu carreguei, talvez, talvez não tivesse tido essa doença. (E2)

É interessante perceber que muitas mulheres atribuíram diretamente como causas do câncer fatores psicológicos e emocionais como mágoa, ressentimento, trauma, falta de perdão,

estresse prolongado, decepção, como relataram E37, E23, E8 e E2. Quanto a E11 foi mais específica ao dizer 'A ferida que nunca vai fechar'. O sofrimento emocional aqui descrito em parte pelas depoentes foi bem específico e, desta forma, muito relevante.

Li et al. (2016), ao estudarem fatores etiológicos e seu impacto, encontraram que fatores emocionais relacionados ao estresse e a depressão prejudicam a função imune, que por sua vez pode predispor ao câncer de mama. Em sua pesquisa com mulheres com câncer de mama e um grupo controle com doenças benignas de mama, encontraram que depressões constantes, experiências emocionais negativas e eventos negativos de vida provocam estresse de longo prazo, favorecendo desequilíbrios como os hormonais. Ainda afirmam que esses fatores relacionados à família podem ter um importante papel no desenvolvimento do câncer de mama, o que ficou evidenciado em sua pesquisa com mulheres jovens, com menos de 40 anos. Dentre os fatores negativos, os mais elevados foram divórcio/separação, morte do marido e o luto subsequente, e ainda a desarmonia conjugal, que na sua maioria levam a emoções negativas de raiva, angústia, medo, culpa, emoções reprimidas, tristeza e pessimismo.

Interessante identificar que Peuker et al. (2016), nos resultados de sua pesquisa quantitativa com mulheres em tratamento para o câncer de mama no Brasil, encontraram que o principal motivo que as mulheres entrevistadas deram ao seu câncer de mama foram fatores psicológicos e emocionais, entre eles, estresse e preocupações, principalmente estresse e preocupações nos relacionamentos familiares. Em geral, elas procuraram uma causa externa como sendo um fator que causava a doença.

Algumas depoentes consideraram o câncer como um acontecimento global, um evento de proporções mundiais. Algumas mulheres relataram sua percepção a partir da sua própria vivência:

Isso é uma covardia muito grande, é muita mulher com câncer de mama, não é só de família não, alguma coisa tá acontecendo, com os hormônios, dieta, alimentação, você está me entendendo? (E31)

Pra mim foi normal, todo mundo passa por isso, quase todo mundo, não é? Toda mulher passa por isso. É uma doença comum no mundo todo. (E20)

É uma coisa que tanta gente tem e no mundo todo que, eu acho que pelo menos para mim, tá sendo uma coisa normal ou então eu ainda não levei a sério o problema, entendeu? (E36)

Dados epidemiológicos destacam que de 30 a 50% dos casos de câncer pelo mundo são evitáveis, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019).

Especificamente com relação ao câncer de mama, a prevenção e o diagnóstico precoce são fundamentais. Na pesquisa de Li et al. (2016), confirmou-se que há uma grande incidência de fatores ambientais e comportamentais que muitas vezes não são percebidos pelas mulheres com câncer de mama como causadores, mas que chamam a atenção como fatores de risco. Assim, juntamente aos fatores como histórico familiar e fatores emocionais, precisam ser considerados, como a busca de um estilo de vida saudável que possa prevenir doenças graves como as neoplasias mamárias.

Nessa categoria observa-se que o enfrentamento centrado no problema, incluiu comportamentos para minimizarem o fator estressor, gerando reavaliações cognitivas alternadas com emoções vivenciadas. As mulheres com câncer de mama buscaram na espiritualidade uma ancora para sua alma na vivência do diagnóstico. A espiritualidade se fez sempre presente, facilitando o estabelecimento de novas prioridades, desafios e nutrindo objetivos possíveis de serem alcançados

6.3 **CATEGORIA 3** – Espiritualidade na vivência do bem-estar e do sentido da vida: enfrentamento centrado no sentido

Esta categoria temática é fundamental quando se pensa na dimensão espiritual do ser humano, que é corpo-alma-espírito. A espiritualidade é a dimensão que proporciona conforto e paz interior, e como experiência universal, ao mesmo tempo é única e dinâmica. Ela mostra a busca pelo sagrado, podendo revelar aspectos culturais (CALDEIRA, 2017; MENDONÇA, 2019; ROCHA, 2018).

As necessidades mais profundas das mulheres, como transcender o sofrimento e a busca por um sentido da doença e pelo sentido da vida, ficaram claramente registradas aqui. A espiritualidade e a religiosidade foram usadas como estratégias muito importante na vida das mulheres com câncer de mama. Ficou revelado que o sentido da fé e da confiança, da presença de Deus, da oração como um diálogo com Deus transcendente, e ainda, a entrega pessoal, crendo na cura em conjunto com a força para o enfrentamento do tratamento, permearam os depoimentos das entrevistadas (Figura 18).



FIGURA 18 – Esquema compreensivo da Espiritualidade na vivência da mulher no diagnóstico de câncer no enfrentamento centrado no sentido

FONTE: elaboração da autora (2020).

6.3.1 SIGNIFICADOS DA ESPIRITUALIDADE NO CONFRONTO COM A EXPERIÊNCIA DO CÂNCER

A categoria em análise revelou que a espiritualidade é extremamente relevante e está presente em todo o percurso da vivência da mulher, especialmente a partir do diagnóstico do câncer de mama, quando ela inicia de uma forma mais direta o processo de enfrentamento, e atribui importantes significados:

Eu confio em Deus. Eu sei que é tanta coisa boa, eu vejo pelas coisas boas que Deus está sempre presente. (E40)

Assim, espiritualidade para mim é você estar com Deus, é claro, você tem que acreditar em alguma coisa. Eu já fui de várias religiões. (E36)

Acho que Deus é todo poderoso. Eu tenho a fé em Deus. (E32)

O meu maior tesouro é Jesus, porque se eu não tivesse Ele eu não teria essa base aqui pra conversar, eu ia me desesperar “vou morrer, e agora?”. (E27)

É um Deus vivo que pode fazer todas as coisas, que pode fazer milagre. (E24)

A fé, a salvação. A carne é apenas um instrumento para a gente se alimentar, falar, mas nossa alma não, nossa alma pertence a Deus. Então eu tento andar dentro dos mandamentos de Deus porque o dia que eu for eu quero ir em paz, entende?(E21)

A espiritualidade que eu penso, é você não negar sua fé. A minha espiritualidade é eu crer que Deus está comigo. (E10)

Eu achei que Ele [Deus] tinha me abandonado, aí eu entrei em pânico. Agora estou melhor, é porque eu vi que tudo tem uma hora. Ele me ajuda sim! (E12)

Ah... para mim é tudo! A diferença é você falar com Deus, acreditar em Deus, você obedecer a vontade de Deus. (E6)

Se eu não tivesse conhecido da forma que eu conheci o Senhor, [...] eu estivesse praticando o que eu praticava eu acho que hoje essa doença teria me derrubado! Antes de tratar, acho que eu já seria sido vencida, né? Então com esse aprendizado, com esse o caminho; com a fé, com a ligação, com os conhecimentos e ensinamentos que a Bíblia nos traz, tem sido fonte de vida em mim. Espiritualidade, assim, fonte de vida! (E1)

Na busca por esse sentido mais profundo diante de um diagnóstico tão confrontador e ameaçador, as mulheres entrevistadas relataram significados da sua própria espiritualidade. Declararam sua fé em Deus, seu relacionamento íntimo com Deus e, principalmente, o entendimento de que a espiritualidade é o que tem maior relevância diante desse enfrentamento da doença. A espiritualidade leva a atitudes positivas de enfrentamento, e principalmente a fé, a confiança, e a esperança no transcendente, o que permite a elas uma busca por novos propósitos de vida, deixando-as mais fortes e seguras nas decisões.

Mostra-se interessante ressaltar que o bem-estar e a qualidade de vida de pacientes com câncer são possíveis a partir da espiritualidade, ou seja, a fé e a entrega ativa a Deus foi confirmada como provedora de um grande bem-estar físico, funcional e emocional. Várias pesquisas confirmam essa ligação entre o enfrentamento espiritual e o bem-estar em pacientes com câncer (PEREZ, 2015; THUNÉ-BOYLE, 2011; GALL; CHARBONNEAU; FLORACK, 2011; CALDEIRA et al., 2017).

Frankl (2012), fazendo uso da fenomenologia existencial e dialogando com vários autores, afirma que a dimensão espiritual é uma característica singular da dimensão humana. O mundo se relaciona intrinsecamente e constantemente com o ser espiritual, ambos se

constituindo e se afetando reciprocamente. Ainda de acordo com esses conceitos, pode-se ver as mulheres respondendo o mundo nessa premissa de que o espírito é sempre um “estar-junto-a”, existindo necessariamente em relação concreta e direta com o mundo. Essa perspectiva se justifica quando se identifica a mulher confrontando e vivenciando os significados e seus fundamentos, pois o que é espiritual não pode ser objetivado, determinado, manipulado (LIMA NETO, 2013).

É interessante observar como a espiritualidade foi relacionada pelas entrevistadas nesta pesquisa como uma estratégia de bem-estar, de respostas, de apoio e de encontro de si mesma com possibilidades que tornam esse momento de diagnóstico menos angustiante. A partir de suas experiências nessa essência, observa-se que a espiritualidade, quando naturalmente vivenciada pela mulher, comumente é usada como uma estratégia de enfrentamento positivo, pois permanece relacionada à reação da paciente ao câncer de mama desde a sua descoberta, o que especificamente foi confirmado em várias pesquisas (DANHAUER et al., 2013; THUNÉ-BOYLE, 2013; GALL; BILODEAU, 2020a).

Veit e Castro (2013) afirmam que as mulheres entrevistadas em dois grupos focais, em um estudo realizado no Brasil, foram questionadas sobre o lugar que a espiritualidade ocupa na sua vida. Elas apresentaram uma imagem positiva de Deus e relataram sobre o poder superior de Deus, capaz de controlar os acontecimentos, o tempo deles, e realizar coisas além da capacidade humana de compreensão, assim como de proporcionar situações para que as pessoas decidam mudar a partir da percepção de como estão agindo.

Ao refletir em sua pesquisa qualitativa sobre a espiritualidade, Swinton et al. (2011) afirmam que as mulheres colocaram as causas do câncer como sendo materiais e emocionais, e não espirituais. Culpavam os seres humanos e se incluíam, sentindo-se culpadas por certos comportamentos vivenciados. Importa observar como complementa o autor quando especifica que existe uma tensão interessante, pois, por um lado, Deus é percebido como estando no controle de todas as coisas e tendo um plano para todos; por outro lado, a mulher se convence de que o câncer não foi causado diretamente por Deus.

Lee et al. (2018), ao estudarem mulheres de origem latina com câncer nos Estados Unidos da América, encontraram em seu estudo longitudinal que quanto maior o bem-estar espiritual, particularmente no aspecto sentido/paz, menor era o sofrimento emocional, em especial a ansiedade e depressão. Vale ressaltar que dessas mulheres pesquisadas com câncer, 80% tinham câncer de mama. Outra pesquisa, no mesmo país, com mulheres com câncer de mama na fase inicial e 10 anos depois, revelou que essas mulheres enfrentaram muitos desafios, incluindo o de lidar com o diagnóstico. Porém, o que foi encontrado nos seus

resultados sugere que as experiências espirituais diárias estão associadas positivamente à valorização da vida, a qualidade de vida, à felicidade e outros enfrentamentos positivos em relação à doença (RUDAZ; LEDERMANN; GRZYWACZ, 2019).

Nos depoimentos, há relevante destaque da espiritualidade como fonte de força espiritual fundamental para o enfrentamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama, conforme mostram os recortes:

Parece que Deus está me dando uma força tão grande que parece que eu não estou com nada. Foi impressionante pra mim, é **Deus mesmo que está me dando essa força**. (E40, grifo nosso)

Eu acho que o que me daria mais forças agora é me apegar mais ainda a Deus. Eu sinto que Ele está me sustentando, eu venho tranquilamente. (E39)

Parece que eu já fui preparada para isso, parecia que Deus estava do meu lado me dando força. Acabei de receber o diagnóstico, fui pra casa, tomei banho, coloquei meu uniforme e fui trabalhar. (E34)

A gente fica meio preocupada, mas eu não chorei, pedi forças a Jesus. (E33)

Pra mim significa tudo. A força, a paz, a tranquilidade de Deus. Eu, pelo que estou passando eu nem sei como eu estou em pé. (E27)

De qualquer forma eu estou confiando nele [Deus]. Eu agradeço a Deus por ser comigo, Ele está cuidando de mim, renovando minhas forças o tempo todo. (E28)

Eu oro, peço a Deus que me dê forças para lidar com tudo isso, e peço a Nossa Senhora, oro, ajoelho, peço forças. (E14)

A minha espiritualidade é busca para eu não ficar fraca, porque eu penso e creio que quando eu me dediquei mais a orar, Ele me fortaleceu. Em momento nenhum eu fiquei triste, agora eu chorei de alegria porque creio que há um Deus na minha vida [...] Minha vida espiritual me dando forças porque se eu não tiver eu não vou chegar a lugar nenhum. Ele continuar me dando forças, porque o Senhor é a minha força! (E10)

Pode-se perceber, nos depoimentos das participantes, que a espiritualidade se destaca como fonte de força espiritual, emocional e até mesmo funcional para manter as atividades diárias. A grande maioria das mulheres entrevistadas se descobriram fortes ao utilizarem estratégias de enfrentamento positivas, como a fé em Deus e a esperança. Vale ressaltar que Almeida et al. (2015), em sua pesquisa fenomenológica, encontraram que as entrevistadas declararam que na sua espiritualidade e na convivência religiosa tiveram uma importante base de apoio. Afirmam ainda que a fé e a crença religiosa proporcionam às mulheres com câncer de mama um sentimento de paz mesmo na sua condição, e desta forma conseguem viver com

maior otimismo. A espiritualidade influenciou positivamente e de forma significativa a vida da mulher, impulsionando-a a enfrentar as barreiras e viver com mais tranquilidade e força de vontade.

Portanto, acerca da fonte de fortalecimento durante o enfrentamento do câncer de mama, observa-se o que foi relatado aqui por muitas mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama, como foi mencionado pela E40: “*é Deus mesmo que está me dando esta força*”. Essa importante declaração é semelhante à indicada no estudo realizado por Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019, p.100), quando descrevem que as “fontes de fortaleza eram a família e a espiritualidade. Por exemplo, quando as mulheres falavam de sua religiosidade/espiritualidade, foi mencionado frequentemente como uma fonte de fortaleza”. Isso foi corroborado por Swinton et al. (2011), quando afirmam que para as mulheres entrevistadas com câncer de mama no Reino Unido, Deus se tornou um poderoso parceiro de diálogo e de fortalecimento, para quem elas se voltavam em tempos de necessidade. Igualmente, Ramos et al. (2012) destacam em seu estudo a força em Deus como um dos principais motivos para o enfrentamento positivo da doença.

Ao se posicionar em sua pesquisa qualitativa, Ribeiro, Campos e Anjos (2019) afirmam que a espiritualidade sempre foi fundamental no enfrentamento da doença. Pode-se ainda acrescentar que está relacionada à força, à tranquilidade e à confiança, uma significativa diferença que leva ao enfrentamento centrado no sentido por lidar com as situações vividas, buscando a cura, a melhora das reações adversas e, principalmente, o bem-estar espiritual.

Ferreira e Lemos (2016) apontam a questão da força e apoio da religião como marcante no discurso das mulheres entrevistadas, desde o desafio do diagnóstico, o tratamento e até mesmo na aceitação da doença, como parte de um propósito maior de vida.

6.3.2 BEM-ESTAR NA RELAÇÃO COM DEUS

A espiritualidade é um recurso para mulheres que lidam com o enfrentamento do câncer de mama de forma positiva. Buscam um apoio, conforto e esperança que transcende as fronteiras do usual e das explicações comuns e as leva para uma nova visão de futuro. Uma relação pessoal com Deus sustenta, e as leva a crer e confiar que tudo pode mudar para uma maneira melhor.

As mulheres entrevistadas revelaram uma sensação de bem-estar através de sua relação com o divino, na qual se apegam a Deus nesse momento confrontador. Em especial,

buscam em oração resposta para suas necessidades, anseios e medos, ativando princípios de fé, abordando em sua vida os desejos de viver, conforme apontam nos seguintes depoimentos:

Eu faço muita oração, não vou mais na igreja, faço oração de manhã, de tarde, vou para sala, faço oração. (E37)

Tem os propósitos que eu faço com Deus. Eles dão o envelope e escrevemos tudo ali, o pedido de oração. Eu oro, eles mandam orar em casa. Ganhei uma Bíblia lá. Sempre agradeço a Deus antes de dormir. (E33)

Por enquanto é só comigo. Eu converso com Deus. Eu oro normal, converso com Ele, peço para Ele me curar, tirar essa doença do meu corpo, para Ele cuidar da minha filha. (E28)

A oração, eu conversando com Deus constantemente e crendo que Ele pode virar esse quadro. (E24)

Porque quando eu vou orar eu falo “Deus quando eu estiver naquela sala de cirurgia o Senhor esteja comigo, que em cima da mão do médico esteja a sua, dando mais sabedoria a ele”. Eu peço assim a Deus nas minhas orações. (E11)

A minha oração sempre foi essa “Senhor, eu não quero ir cedo porque eu quero ver meus filhos crescer, se formar, meus filhos casar, ver os netos dos filhos e se for possível os filhos dos meus netos, mas que eu fique aqui com saúde”, minha oração sempre foi essa. (E6)

Porque eu já vinha me dedicando nas minhas orações, então por isso que eu recebi a notícia e não me abateu. (E3)

A busca por comunhão com Deus como o transcendente e o seu encontro através da oração fizeram com que as mulheres entrevistadas se sentissem mais fortalecidas espiritualmente e, conseqüentemente, com suas necessidades espirituais e emocionais supridas. Fez com que um novo sentido fosse dado à situação, numa visão mais completa de propósitos e esperança. A paz, a fé e essa conexão pessoal com o Divino se mostram fundamentais para que ela creia que as circunstâncias podem ser influenciadas positivamente por aquele a quem ela se dirige em oração, e creia também que este possa vir a intervir de uma maneira sobrenatural. É o que se pode perceber na narrativa de E11: “*Quando eu vou orar eu falo ‘Deus quando eu estiver naquela sala de cirurgia o Senhor esteja comigo, que em cima da mão do médico esteja a sua, dando mais sabedoria a ele’*”.

Numa percepção positiva do relacionamento com Deus, observa-se que o uso frequente da oração pelas mulheres com câncer de mama promove a vinculação com o divino, com o sagrado e com isso elas elaboram melhor a doença desde o diagnóstico. Veit e Castro (2013) enfatizam em seu estudo o diálogo com Deus através de orações, principalmente com

petições pelo sucesso da cirurgia, com gratidão e entrega ativa. Ribeiro, Campos e Anjos (2019) descrevem ainda que a prática de orações em casa e na igreja foi relatada como principal recurso para a obtenção de forças e auxílio de Deus no enfrentamento do câncer de mama. É uma fonte estável de segurança e conforto para as mulheres durante o enfrentamento do diagnóstico (GALL; BILODEAU, 2020b).

A maioria das mulheres pesquisadas por Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019) relataram que confiavam na espiritualidade/religiosidade como uma ajuda no enfrentamento da doença. Elas afirmaram buscar com afinco práticas religiosas específicas, como ler a Bíblia e orar, para ajudá-las no princípio de emoções negativas, como ansiedade, raiva e depressão. Isso é descrito por Swinton et al. (2011) com outra ênfase. Os autores destacam que, para as mulheres, o principal significado do termo ‘espiritualidade’ é o relacionamento pessoal que elas tinham com Deus e as várias consequências desse relacionamento. Descrevem também que Deus estava sempre disponível para essas mulheres através da oração delas mesmas e através das orações realizadas por outros.

O presente estudo mostra que grande parte das mulheres apontam a fé e confiança em Deus presentes e muito constante na trajetória de enfrentamento do diagnóstico do câncer de mama. Esse tipo de pensamento e expressões pode ser notado nas falas, onde se percebe como a fonte de encorajamento e fortalecimento. Além disso se observa que elas definem a fé e a confiança em Deus como o alicerce seguro para enfrentar e procurar vencer, olhando a doença como um grande desafio. Isso se encontra bem delineado nos seguintes depoimentos:

Eu tenho fé comigo mesma e eu vou superar isso se Deus quiser, eu vou superar. [...] Eu confio em Deus. Ele sempre me ajudou. Nunca caí em desespero, nunca fiquei para baixo, estou sempre alegre. (E40)

Sinceramente, isso pra mim por causa da fé que eu tenho, pra mim eu estou curada. Mas eu vou fazer tudo o que tem que fazer, seguindo a risca, eu vou fazer tudo direitinho. [...] É a fé que eu tenho em Deus. Eu creio. (E35)

Os primeiros dias foram mais difíceis, mas agora eu tenho confiado mais. Acho que a fé, mesmo eu não seguindo nenhuma religião hoje, eu sei que Deus tá acalmando meu coração. (E28)

Eu oro em casa, eu vou na igreja, eu busco muito esse Deus. A minha fé é muito importante, eu vou para igreja com meu marido[...] Tenho que buscar mais a Deus. A minha confiança está nele. Eu não posso confiar na minha família, a minha cura não vai vir deles e nem dos médicos. Vai vir de Deus que é ilimitado. (E19)

É confiar em Deus, um ser superior, eu acredito que ele não dá um fardo que a gente não consegue suportar. Então isso para mim é assim. Buscar forças para passar por essa doença. (E14)

Não fiquei preocupada porque tenho Deus na minha vida, confio em Deus. Eu sonhei até que estava fazendo a cirurgia, que Deus ficava do meu lado, segurando a minha mão, e eu ficava boazinha depois. (E11)

Mas eu sei que só Deus. Tenho que confiar nele. Eu penso muito, quase o dia todo. Na hora que estou comendo, na hora que eu vou dormir, na hora que eu levanto. A minha fé vai me ajudar sim. A superar tudo, se Deus quiser, e ele quer! (E5)

A mulher que confia em Deus e coloca sua fé principalmente no Ser supremo e transcendente nutre a esperança de superar a doença e ser curada, e caminha para que nesse momento do enfrentamento do câncer de mama, ela seja capaz de uma avaliação mais positiva do que negativa, conseqüente dessa entrega ativa nessa comunhão com o sagrado. Algumas conseguem ver somente como um grande desafio a ser vencido. Com isso, tornam menos estressante o difícil diagnóstico recebido e as incertezas do tratamento.

Como parte dessa experiência de enfrentamento do câncer de mama, vale ressaltar que se identifica a fé em Deus e a própria crença religiosa, como uma questão que cada mulher a vivencia de maneira diferenciada. Em variadas culturas se tem procurado dar uma valorização maior à religião e à espiritualidade como estratégia positiva de enfrentamento. Complementar a isso, pode-se afirmar que foram os detalhes da fé pessoal e do estilo cognitivo individual que fizeram a diferença para as mulheres no enfrentamento da doença (RAMOS et al., 2012; SWINTON et al., 2011). Muitas buscam auxílio e depositam sua fé e confiança em Deus, e juntamente com seus familiares entendem que as práticas religiosas como orações, rituais, preces, são fundamentais para encontrar o bem-estar espiritual, assim como para encontrar a cura, a melhora dos sintomas e o melhor enfrentamento do tratamento (RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019).

A fé e a confiança em Deus ficaram confirmadas como inabaláveis mesmo diante de uma ameaça tão séria à própria vida das mulheres como o câncer de mama (GALL; BILODEAU, 2020b). Isso ficou evidenciado também na pesquisa de Conde (2019), quando as entrevistadas se referiram que elas mesmas e seus familiares se apegaram à fé desde o diagnóstico como algo que gerava força e ajudava a superar seus medos e inseguranças, além de proporcionar conforto em momentos de angústia, assim como esperança e ajuda para enfrentar as dificuldades impostas pelo desenvolvimento da doença, além de auxiliar a vivenciarem o processo de adoecimento sem que pensamentos negativos fossem mais fortes que a esperança da reabilitação.

Após receberem o diagnóstico de câncer de mama, a fé e a confiança em Deus foi a principal alternativa que as mulheres buscaram para enfrentarem o tratamento, sendo que a espiritualidade sempre aparece nos depoimentos (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Ficou confirmado em outra pesquisa que as mulheres com câncer de mama que confiam mais, têm mais fé no poder de Deus e na vontade de Deus na fase inicial da doença, com valores espirituais positivos, conseguem vivenciar esperança durante os momentos de maior incerteza e ansiedade, como aguardar confirmação do diagnóstico ou cirurgia (GALL; BILODEAU, 2017).

Para Veit e Castro (2013), em seus achados de pesquisa, as pacientes asseguraram que a fé foi um mecanismo de enfrentamento ao câncer de mama muito eficaz. Ainda acrescentam que as participantes apresentaram uma postura ativa em relação à busca pelo tratamento de sua doença, fortalecidas pela fé em Deus. Especificando o enfrentamento centrado no sentido, a partir da espiritualidade descrevem que é possível encontrar a presença do *coping* religioso/espiritual colaborativo, cuja característica assenta na parceria do indivíduo com Deus.

6.3.3 BEM-ESTAR NO CONVÍVIO RELIGIOSO

Quando a mulher é diagnosticada com câncer, o amor da família, do círculo socio afetivo e de grupos de comunidades religiosas ficam evidenciados pelo apoio, pela presença verdadeira, pelas palavras de ânimo, pelo encorajamento e pelas orações. Os vínculos dos relacionamentos se mostram mais fortes na comunhão das igrejas e revelaram a necessidade de ter alguém mais orando por elas, encorajando, dando conforto e suporte emocional. A paz e a oportunidade de se sentir parte dessa comunhão desenvolve um senso diferente de pertencer. As participantes relataram a sua percepção de acolhimento e conforto espiritual e de quanto são valorosos esses relacionamentos de pessoas com as quais vivem conexões espirituais, conforme algumas demonstraram em seus relatos:

Mas isso é normal. Eu não fiquei muito triste, aceitei numa boa, é também porque eu já sou da igreja. Tem um acompanhamento na igreja. Na igreja ninguém sabe, estou ali orando todo dia, ouvindo as palavras. Então isso me confortou e me fez agir totalmente normal, quando eu fui receber a notícia, nem liguei muito. (E36)

Essa semana eu fui na igreja com minha filha e ficamos lá pedindo. Ela também quis ir e aí ficamos juntas lá pedindo. É normal ir na igreja, eu me sinto bem. Volto mais tranquila para casa. Me faz bem. (E29)

A comunhão com os irmãos é muito importante. Saber que todos estão orando, a gente chega lá e conversa, aí me sinto bem confortada. (E24)

Eu me dou muito bem com as pessoas, eles são muito carinhosos, é um orando pelo outro, as irmãs são muito carinhosas. Vou duas vezes por semana, não gosto de perder um culto. Eles sabem que eu estou com câncer, me ungem, oram por mim, falam que Deus vai abrir a porta, para eu ter paciência, que o tempo é de Deus. Mas sempre ajudamos uns aos outros. (E21)

Eu participo do grupo de oração. Eu sou do grupo de senhoras da Igreja. (E6)

Ah, é algo que me fortalece, que me mantém crédula na vida, porque eu tenho essa sensação de acolhimento espiritual que é algo forte para mim. (E4)

Essas afirmações demonstram que algumas das pacientes entrevistadas nesta pesquisa estavam envolvidas em relacionamentos profundamente curativos, tanto espiritualmente quanto emocionalmente. Esses achados são corroborados por um estudo fenomenológico que também ressaltou o acolhimento das comunidades, igrejas e grupos de intercessão, que oravam por elas, davam palavras de apoio e incentivo. Assim, perceberam a importância das conexões espirituais com outros da mesma fé e prática religiosa, como líderes espirituais, e que com isso desenvolviam um senso de significado e fortalecimento (SWINTON et al., 2011). Outro autor comprova que as mulheres com câncer de mama procuravam apoio nos líderes e membros de grupos religiosos, pedindo oração com mais frequência no período do diagnóstico até a cirurgia do que em outros momentos durante o pós-operatório (THUNÉ-BOYLE, 2011).

Algumas realmente entenderam mais profundamente o seu relacionamento com Deus através das igrejas, do contato com grupos religiosos, em momentos nos quais vivenciaram uma comunhão com o sagrado, ou seja, uma experiência profunda em conjunto com outros momentos sagrados, quando as janelas para o transcendente são mais claras (PARGAMENT, 2007).

O apoio espiritual pode crescer a partir de outras fontes também: oração e meditação, relações com líderes espirituais ou membros da congregação, prática de rituais, envolvimento em cultos de adoração, que promovam a fé, o estudo da literatura sagrada, música, natureza, arte, e assim por diante. A experiência de apoio espiritual pode reduzir o desconforto físico. Crenças na vida após a morte também podem ajudar as pessoas a se agarrar ao sentido de que quem eles são continuará depois que morrerem. O enfrentamento espiritual também tem sido significativamente associado com medidas de saúde e bem-estar. (PARGAMENT, 2007 p. 284).

As orações uns pelos outros, ou seja, intercessórias, a atenção, o encorajamento e amor aos outros, assim como a ajuda prática, a compaixão e comportamentos de apoio e união são frequentes em igrejas, comunidades e grupos religiosos, em sua maioria. Koenig (2012)

acrescenta que os comportamentos desses grupos religiosos estimulam o paciente a tirar o foco de si mesmo e ajudar os outros. São envolvidos em atividades e propósitos que não somente ocupam o tempo, mas principalmente os ajudam a desenvolver emoções positivas e a se importar com os outros, além de se sentirem conectados com aqueles com quem interagem.

Veit e Castro (2013) também relatam como importante o apoio da família e das comunidades religiosas como ferramenta de enfrentamento positivo, dadas as boas relações, orações e incentivo que as mulheres com câncer de mama recebiam, sentindo-se amadas e valorizadas. As pacientes pesquisadas por Ribeiro, Campos e Anjos (2019) referiram que encontraram fortalecimento, conforto e apoio em reuniões religiosas, consideradas por elas importantes nos tempos de desespero com o diagnóstico.

Contudo, existem momentos de solidão, de desconforto, de sofrimento emocional e psicológico, nos quais a mulher não consegue compartilhar com outros, sendo esse o momento em que ela procura a ajuda sobrenatural, numa experiência espiritual e única, que proporcione conforto e paz no meio do turbilhão de emoções. Para Swinton et al. (2011), em sua pesquisa hermenêutica fenomenológica com 14 mulheres no Reino Unido, o diagnóstico de câncer era visto como algo que a paciente tinha que encarar sozinha, com coragem, entendendo que era algo único, diferenciado e individualizado, que redefinía sua própria vida. Desse modo, ela se voltava para a espiritualidade de uma maneira mais substancial.

6.3.4 SENTIDO DA VIDA: A BUSCA DO PROPÓSITO E BEM-ESTAR EXISTENCIAL

Os depoimentos das mulheres ressaltam como seus principais valores de vida: Deus, família e saúde, dão sentido e bem-estar em suas vivências no presente estudo, conforme se pode notar nos seguintes trechos:

Acho que é Deus mesmo, só Ele mesmo, não tem mais ninguém. Hoje em dia você não pode mais confiar em ninguém, só em Deus mesmo. (E40)

Abaixo de Deus, os meus filhos. Eu sempre vi eles como uma força para continuar, isso desde que eles eram bebês. (E39)

É o que falei, a minha própria existência, os filhos, netos, família, até mesmo as pessoas. É maravilhoso a pessoa tem que ter uma cabeça muito boa em qualquer situação, porque isso ajuda muito. (E35)

Mas isso eu gostaria de fazer, morar perto da minha filha e ter mais contato com as minhas crianças, meus netos. Eles são muito importantes para mim. (E34)

Hoje são os filhos mesmo. Querer ver meus filhos bem. Me dá vontade de ficar viva e acompanhar tudo. (E30)

Meu filho, a minha família que abaixo de Deus é a minha base. Da mesma forma que eu preciso de Deus, eu preciso também da minha família. (E27)

Ter saúde, paz, o bem maior é a nossa saúde. (E14)

Ele, meu esposo, que está sempre ali do meu lado, me ajudando, me dando força, minha filha também. Então, primeiro lugar, Deus e depois nossa família que tá sempre ali nos ajudando e nos dando força pra gente continuar a viver e a buscar pela saúde. (E11)

Essa minha vontade de viver. Gosto de acampar, gosto de aprender coisas novas. Minha família e amigos são muito importantes. (E4)

Todas as mulheres afirmaram seus valores de vida. Diante desses depoimentos, pode-se ressaltar que crer em Deus como Força Suprema, considerar a família como admiravelmente importante e almejar o retorno da saúde são vistos como as fontes principais de sentido, quando elas agora buscam uma qualidade de vida diferenciada a partir do diagnóstico. Quando a mulher percebe a importância de valores fundamentais à vida, ela pode ver o mundo através de outras lentes, que não a da dor e sofrimento por si só. Parece que as mulheres, em sua habilidade natural e perceptiva, buscam por sentido e propósito na doença a cada dia, ao conviverem com essa nova e difícil realidade.

De acordo com Pargament (2007), ver a vida através das lentes da espiritualidade transforma o que seria comum em algo especial. A vida passa a ser uma experiência com o divino, com o próprio Deus, e a presença dele pode ser sentida em tudo nas suas vidas. Mesmo as experiências dolorosas e incontestavelmente difíceis de serem vivenciadas podem ser percebidas nessa mais profunda dimensão, num propósito maior e mais completo.

Os valores, costumes, princípios morais e institucionais de fé e espiritualidade trazem um fundamento importante; todavia, a relação vivencial com o Ser supremo, o sagrado, é o que realmente orienta e direciona a mulher frente ao desafio singular do câncer de mama. Frankl (2007), em seu estudo “A Presença Ignorada de Deus” (*The Unconscious God*), afirma que a religiosidade verdadeira, para que seja existencial, é quando a pessoa se decide por si própria, muito embora a espiritualidade se caracterize como consciência e responsabilidade na relação da pessoa com o Eterno. Desta forma, para muitas entrevistadas, pode-se observar nas suas falas o que Frankl (2007) assegura como valores vivenciais tanto absolutos quanto particulares, que passam a se mostrar claramente delineados a partir do confronto com uma situação inevitável de intenso sofrimento. Os principais aspectos, bem mencionados por elas –

Deus, a família e a vida com saúde – se coadunam com uma pesquisa, onde é afirmado: “a idéia de Frankl de buscar um sentido próximo começa a vir à tona. Em face do trauma e incerteza do diagnóstico de câncer de mama esta mulher descobre uma meta a cumprir e uma conquista a ser alcançada, neste caso, cuidando bem de sua família” (SWINTON et al., 2011, p. 644).

Da mesma forma, em outro estudo, as mulheres mencionaram que a família era uma fonte de fortaleza, através do marido ou dos filhos. ‘O mais que pude superar, honestamente, foi por causa da minha filha’. E ‘meu marido me deu muita fortaleza’. No geral, mencionaram família e sua espiritualidade como fonte de fortaleza: ‘oro e leio a bíblia, chego perto do que me dá força’(CASTILLO; MENDIOLLA; TIEMENSMA, 2019, p.99).

Procurando por sentido em geral, as participantes tentaram manter as fontes de sentido da vida iguais às antes do diagnóstico, mas em sua maioria se sentiram forçadas a procurar outras fontes de sentido. Nesse processo que relataram sobre a busca de um sentido para a vida, referiram-se à família – ver os netos crescerem, ver as conquistas dos filhos – e a sonhos pessoais de realização tanto pessoal quanto profissional. Referiram-se também a Deus, no intuito de crer a partir da fé positiva.

Eu tenho muita vontade de viver, assim como todos nós temos. (E36)

Ah, tudo, meu Deus primeiramente, minha família, e eu fazer tudo direitinho que os médicos mandarem. (E35)

Meu filho e meu neto, amigos. Eu mereço viver, eu quero viver, eu preciso viver. Jesus falou que nada seria fácil, Ele falou que seria difícil. Mas a vida é maravilhosa, ninguém quer morrer. (E31)

Deus e o amor do meu marido, o amor da minha irmã, o amor de alguns conhecidos. (E21)

Meus filhos e a minha neta, mas a força só vem de Deus. Continuar com meu esposo, idealizamos muitas coisas, a gente sonha realizar. (E19)

Eles, minha família. Eu ainda quero trabalhar, eu acho que isso aí é o que me dá essa vontade de continuar e de viver. (E18)

Minha neta, e acima de tudo meu Deus. (E15)

Meu filho, com certeza, ele em primeiro lugar. Eu gosto muito de viver, acho a vida maravilhosa, acho que sou muito nova pra pensar nas coisas não darem certo, tenho muita coisa pra viver, muita coisa pela frente. (E13)

Pela família, que eu sou muito apegado aos meus irmãos, nós somos muito apegados, no final de ano a gente sempre se reúne, perdemos minha mãe mas sempre se reunimos, a gente se diverte. (E7)

Vou ver ainda o que vai ser. O que vão fazer comigo. (E5)

O verdadeiro sentido da vida, ou seja, esse sentido último, incondicional, ultrapassa a lógica humana. Frankl (2013) considera que o sofrimento precisa ter um novo sentido para que possa ser enfrentado e visto com novas perspectivas. Pode ser, inclusive, na utilização dos recursos espirituais próprios para entender propósitos divinos. Entretanto, pode acontecer quando se unem momentos vividos e então se escolhe a responsabilidade de se enfrentar ativamente os fatos e a riqueza de ter vivido cada um deles, o que gera profundas experiências. Essa riqueza poderá trazer uma nova perspectiva para o sofrimento atual, por abrir a visão das possibilidades e da plenitude da vida. O mesmo autor ainda afirma, mais especificamente, que o sentido da vida é o que cada pessoa dá àquele momento. O sentido extremo está relacionado ao relacionamento com Deus ou sua fé em algo além dos limites metafísicos normais. O sentido mais próximo está relacionado a algo que alguém decide fazer num nível temporal; um objetivo a cumprir, alcançar algo para uma causa ou pessoa específica, para cuidar da família, dos amigos e assim por diante (FRANKL, 2013).

As mulheres aqui pesquisadas demonstraram que buscaram viver sua própria experiência de enfrentamento e fazer sentido no vivenciar o diagnóstico de câncer de mama, dando um novo significado à sua existência a partir da etapa diagnóstica. Elas procuraram de ter seu espaço de reflexão, a buscar como percebem o mundo e se reelaboraram, incluindo sua espiritualidade e religiosidade. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Swinton et al. (2011). A reflexão existencial, suas questões relacionadas à morte e suas implicações no propósito da vida podem levar as pacientes a manterem necessidades espirituais não supridas (CALDEIRA, 2017). A espiritualidade favorece e acrescenta sentido à vida quando as mulheres aceitam as lutas e incertezas como parte de um sistema estruturado de fé, numa influência positiva que gera bem-estar emocional mesmo durante o sofrimento (PAREDES; PEREIRA, 2018).

Em todos os momentos da vida, mesmo nas condições mais adversas e contrárias, as pessoas se empenham na busca por um sentido, ou seja, por coisas que tragam sentido à vida, ou que façam sentido na vida. Para muitas pessoas, o sagrado é o principal ponto de seus esforços por sentido, e o que torna coerente todos os outros propósitos (PARGAMENT, 2007). A criação de sentido para a doença e para a vida a partir do diagnóstico foram muito importantes e se mantiveram ao longo do tempo, remetendo a questões existenciais pessoais

mais profundas. “Algumas pessoas experimentaram sentimentos de desesperança por causa das incertezas sobre o futuro. Eles tiveram dificuldades em estabelecer metas e planejar atividades com sentido para o futuro” (VAN DER SPEK et al., 2013, p. 4).

Nessa categoria, percebe-se que as mulheres conseguiram buscar um significado diferente na situação aparentemente aflitiva, quando elas procuram valores mais profundos como a vontade de viver, reduzindo o impacto do fator estressor, dando novos sentidos para o sofrimento e neles encontrando motivos para não se deixar levar por emoções negativas.

A vontade de viver com saúde é imensa, minha vontade de viver é tudo na minha vida, me cuidar e ter saúde. Eu amo a vida independente de ter filho e neto, eu amo. (E35)

Eu quero ver minha filha crescer, ter as conquistas dela, eu ainda quero ter as minhas também, eu sou muito nova. Se puder quero ter mais filhos. Mas hoje o principal é o futuro da minha filha. É o que me mantém mais. (E28)

Eu gostaria de passear, viajar se eu pudesse. Se minha vida continuar como está, se meu companheiro puder me ajudar como ele tem feito de vir nas consultas comigo, ele acha que eu vou ficar curada. (E23)

O meu sonho sempre foi de servir a Deus com tempo. Porque eu nunca tive esse tempo e agora que eu estou tendo tempo pra servir a Ele apareceu esse câncer. [...] o que eu queria é morar num lugar mais tranquilo e estar com uma vida um pouco mais saudável. Poder sentar na praia, conversar com o mar. (E21)

Se eu falar que não tenho sonhos não é verdade. Eu já estou com 54 anos. O que eu quero é viver a minha vida, não tenho os mesmos sonhos de quando eu era mais nova, eu quero é viver. Só quero mesmo a minha saúde, passar por isso bem, a saúde é mais importante do que o dinheiro, o dinheiro é muito bom, mas não é tudo. (E14)

Tem tantas coisas, eu tenho projetos com meu marido, temos projetos bacanas, dentro do nosso trabalho. Eu quero ver meu filho crescer, quero ser avó, quero ver meu filho com a família dele. Eu tenho muitos sonhos e muitos projetos, quero ver as coisas que eu quero realizar. (E13)

Bom se eu tivesse oportunidade eu queria é estudar. Mas não teve jeito. Eu sempre gostei de estudar. Sonhar é sempre bom. (E7)

Poder continuar ficar fazendo minhas coisas. Que eu ainda não pulei de paraquedas e nem aprendi a surfar, falta isso. Já pulei de asa-delta, já viajei para alguns lugares legais, mas eu ainda quero fazer algumas coisas. (E4)

A vontade de viver, os sonhos e os projetos fazem parte desse enfrentamento e procura por sentido maiores e mais profundos. Ao avaliarem as questões relacionadas à importância de estarem vivas e buscarem sentido para isso, muitas mulheres se importavam com as questões relacionadas à vontade de viver e à qualidade de vida como motivo de buscar

se cuidar melhor. Jannot et al. (2017), em sua pesquisa, confirmam esse fato positivo, e ainda destacam que essa foi a razão de muitas mulheres se importarem com a qualidade do cuidado recebido (em todos os níveis), sendo esse, no geral, o fator mais importante no diagnóstico e tratamento das mulheres acometidas de câncer de mama pesquisadas.

Pargament (2007) afirma que frente a uma doença grave, ou uma grande perda, as pessoas podem ser impelidas a enfrentar a finitude e precariedade de suas vidas, e, assim, serem direcionadas a olhar para além de seus mundos imediatos. Desta forma, podem então perceber e avaliar a profundidade da dimensão da espiritualidade em sua visão mais completa.

Percebe-se, então, que a vontade de viver faz parte dessa busca por sentido, por explorar as questões existenciais, numa valorização da realidade espiritual como algo que torna a vida mais completa, ainda que diante do imenso desafio. Nesse momento confrontador de diagnóstico, a fragilidade humana é então experimentada, pois mesmo diante da vivência do câncer de mama, a realidade e a esperança de futuro se mesclam na valorização da vida, na apreciação de cada oportunidade de ressignificar as conquistas de sua existência.

A mudança criativa de prioridades, ao vivenciarem a situação que as faz sofrer, foi presente nas afirmações das entrevistadas. A vontade de viver com novos propósitos – ou ressignificando e fortalecendo os propósitos existentes – gera novas atitudes, pois sempre a mulher vai poder escolher qual atitude terá diante do intenso desafio do câncer de mama, tendo a oportunidade de experimentar conforto e esperança.

É interessante ressaltar que a emoção positiva mais frequentemente mencionada na pesquisa de Castillo, Mendiolla e Tiemensma (2019), em seu estudo qualitativo com mulheres de origem hispânica, foi gratidão. Muitas das mulheres, em sua pesquisa, relataram estarem gratas pela chance de apreciarem a vida, valorizarem a família e se sentirem perto de Deus.

6.3.5 ESPIRITUALIDADE: ALICERCE DO SENTIDO E BEM-ESTAR

Há uma ênfase aqui no fato de que a espiritualidade torna a mulher mais resiliente diante das situações estressantes da vida, incluindo as mais graves e ameaçadoras. As mulheres mantiveram os seus níveis espirituais e religiosos durante o período de enfrentamento do diagnóstico do câncer de mama, sentiram-se mais perto de Deus, consideraram-se mais fortes na sua fé e mais integradas nos seus relacionamentos religiosos. Um verdadeiro alicerce que tem como resultado maior bem-estar e sentido da vida.

Percebe-se, então, que as mulheres procuram, em muitos casos, usufruir do fundamento que elas têm experimentado na sua espiritualidade, mantendo a calma e equilíbrio para o seu bem-estar desde o início do diagnóstico, o que pode trazer como consequência seguir uma vida normal. A atitude otimista está sempre ligada a esperança e fé, favorecendo o enfrentamento do câncer de mama. Algumas depoentes assim se posicionaram:

Eu fico tranquila, penso “será que vai ter que tirar os seios, será?”, porque se fosse eu preferiria que tirasse tudo. Mas eu estou bem graças a Deus, comigo mesma. [...] o diagnóstico, não me abalou de ficar preocupada não, estou muito tranquila comigo mesma. Eu acho que eu vou superar. (E40)

O meu Deus é maior do que qualquer coisinha, eu tenho fé que vou passar por todas as barreiras. Eu saio muito, vou no mercado, eu tenho uma vida normal. (E35)

Minha vida não mudou em nada, eu não deixo de fazer isso ou aquilo porque estou com isso aqui [...] Eu saio dali [consultório médico] na calma, na paz, eu não estou nem aí para nada. (E34)

Pensei que fosse ficar até nervosa. Fiquei tão calma. Até me admirei comigo mesma, sou tão nervosa. (E20)

Assim, continuo levando minha vida normal e pretendo continuar a levar da melhor maneira possível. Eu estou esperançosa de que vou estar bem forte. (E18)

Eu vou dormir tranquila e acordo tranquila porque tenho o Senhor que cuida de mim. Eu coloco o meu médico e agora vocês nas mãos de Deus. [...] Foi tranquilo, meu marido sempre do meu lado, sempre. (E16)

Então eu estou tranquila, eu confio, porque lá na frente Ele [Deus] sabe por que estou passando por isso. Então eu não tenho que questionar, porque Ele sabe todas as coisas [...] Estou muito tranquila que lá na frente eu vou ver que Ele é Deus mesmo. [...] Então eu estou bem tranquila. Estou confiando no Senhor. (E10)

Eu estou tranquila, a gente tem que aceitar as coisas, eu confio muito em Deus. Porque o que tem que acontecer comigo não vai acontecer com a outra pessoa, eu sou um tipo de pessoa que eu aceito as coisas, entendeu? (E7)

Porque a gente vem para a Terra com um propósito. Assim, a gente veio crescer, frutificar e no final a gente sabe que vai partir [...] Eu falei com as meninas que estavam aqui que a gente tem que aceitar o sim de Deus e o não. Independente, porque os planos dele [Deus] são maiores que os nossos. Então a gente tem que se alegrar até nas nossas dificuldades. (E1)

As mulheres que mantiveram a calma e o equilíbrio diante do diagnóstico se posicionaram relacionando a espiritualidade, o seu relacionamento com Deus, como ponto de partida para esse bem-estar. Realmente, a percepção do sagrado ganha uma dimensão diferenciada durante o enfrentamento da doença. Apesar do período de desafios, elas

demonstraram nas suas falas que é possível criar um caminho positivo de fé, de esperança, de calma, que impacta e altera profundamente tudo em sua vida, desde os pensamentos até os relacionamentos e experiências diárias, dando sentido e bem-estar. Pargament (2007) assegura que o enfrentamento espiritual ajuda as pessoas nos seus desafios e ameaças a criarem um percurso, uma maneira que transforme seu ser espiritualmente, psicologicamente, socialmente e fisicamente.

De acordo com Fischer et al. (2013), as pacientes que reagiram com uma maior aceitação e mantiveram a calma no início do enfrentamento do câncer de mama asseguraram ter experimentado menos angústia emocional na etapa diagnóstica desde o seu início até o fim do primeiro ano. Segundo Pato et al. (2018), o espírito de luta foi relacionado a uma atitude otimista em relação ao câncer de mama, a uma avaliação realista acerca da doença e à preservação da esperança de poder controlá-la. Essas atitudes trazem bem-estar psicológico nas mulheres durante o enfrentamento da doença.

Em uma pesquisa sobre a percepção da doença nas mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama, encontrou-se que as mulheres têm níveis mais baixos de estresse quando acreditam que sua doença não vai durar por muito tempo, não terá retorno, quando creem que seu tratamento será efetivo, e que as consequências em sua vida diária não serão graves. Ainda incluem nesse perfil de percepção positiva as mulheres que afirmam não ter certeza do que pode ser a causa do seu câncer (MCCORRY, 2012).

Por conseguinte, Markovitz (2015), em um estudo comparativo, evidenciou que as mulheres com maior nível de resiliência mantinham a calma e equilíbrio, e conseqüentemente tinham um maior ajustamento emocional, por serem menos propensas a sintomas depressivos ou ansiedade. Ele ainda afirma que pacientes com alto índice de resiliência tinham também emoções mais positivas, o que foi considerado como fator protetor de efeitos patológicos do sofrimento emocional.

Em outro estudo (JOAQUÍN-MINGORANCE et al., 2019) foi encontrado que dentre as estratégias de enfrentamento utilizadas, as que mais se correlacionavam com a autoestima foram as mais ativas e adaptativas. As mulheres utilizaram ações que reduziam o impacto do fator estressor, buscando crescimento pessoal com a situação e ainda aceitando com tranquilidade os fatos que não podiam mudar, num enfrentamento positivo e ativo, com apoio social, uso de suporte emocional, busca por reformulação positiva, humor e tranquilidade ao expressar suas emoções, além da aceitação.

O otimismo foi associado substancialmente com baixos índices de ansiedade e humor depressivo (THUNÉ-BOYLE, 2013). As estratégias de enfrentamento ativas e adaptativas

permitiram alívio da angústia emocional, encorajando a revelação de si mesmas e a busca de apoio. Foi relatado que as pacientes se tornaram mais flexíveis, pacientes e amorosas, como resultado de profundas reflexões sobre a vida. O crescimento pós-traumático aumentou ao longo do primeiro ano de diagnóstico, significando que algumas mulheres perceberam mudanças positivas durante e após seu tratamento, por serem desafiadas ao crescimento e à mudança (DANHAUER et al., 2013; SILVA, 2012).

Ramos et al. (2012) afirmam que a atitude positiva frente à doença esteve presente nas mulheres entrevistadas, com afirmações acerca da coragem no enfrentamento centrado no sentido, o fortalecimento e a calma para vivenciar cada etapa. São diversas as alegações que as mulheres encontram nos filhos e em Deus. Desta forma, em sua própria coragem encontram forças suficientes para serem guerreiras e irem em busca do tratamento. Centram-se no problema e parecem estar mais seguras de suas decisões.

Quando a mulher se visualiza no confronto da doença, ela tem a oportunidade de redirecionar o foco e ganhar uma oportunidade de alívio do sofrimento. Como consequência, ela pode perceber uma capacidade de redirecionar sua vida e seus propósitos positivamente, conforme demonstram algumas falas:

Eu não quero me fixar nessa doença, eu quero viver normal, entendeu? [...] Eu não quero fixar minha ideia nisso, porque se eu parar para ver os exames e ficar pensando, eu acho que não vou nem me mexer, não vou fazer nada que eu faço. (E36)

Nada, para mim não mudou nada não, ele (câncer) fica quietinho aqui e não dói, de vez em quando eu passo aqui a mão “deixa ele quieto aqui”. (E7)

Eu não penso muito na doença, não. Não penso na doença, eu estou vivendo a vida normal. (E6)

Sabe que eu nem penso nisso? Nem penso, faço tudo normal, tá entendendo? Eu não tenho restrições de nada. Eu saio, passeio, viajo. Então... não me abalou em nada. Em nada mesmo! (E3)

Para algumas mulheres, redirecionar o foco as ajudou no enfrentamento da doença por alimentar a esperança, a reavaliação e o redirecionamento do sofrimento, conservando uma visão positiva. Assim, deram um tempo para si mesmas reelaborarem a situação, suas vidas e para que a perspectiva espiritual faça mais sentido, de uma forma mais resiliente.

É fundamental valorizar a transitoriedade da vida, entendendo que cada mulher dará o sentido que na sua percepção é o melhor. Isso faz com que sejam estimuladas e desafiadas a fazerem o melhor uso possível de cada momento (FRANKL, 2013).

Merleau-Ponty (1999) analisa que a temporalidade abre espaço para uma nova noção de sentido, que pode também ser identificado aqui como alicerce do bem-estar da mulher. A estrutura única de ser ‘presença’ se torna o sentido primeiro na relação entre corpo e alma no movimento de temporalização. Por conseguinte, o referido autor a denomina temporalidade de um ‘ato espiritual’:

[...] então o problema redonda em saber como um ser que é por vir e passado também tem um presente; quer dizer, o problema se suprime, já que o porvir, o passado e o presente estão ligados no movimento de temporalização. É-me tão essencial ter um corpo quanto é essencial ao porvir ser porvir de um certo presente, de forma que a tematização científica e o pensamento objetivo não poderão encontrar uma só função corporal que seja rigorosamente independente das estruturas da existência, e reciprocamente um só ato “espiritual” que não repouse em uma infra-estrutura corporal. Mais, não me é essencial apenas ter um corpo, mas até mesmo ter este corpo aqui”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 577)

Uma das maneiras identificadas de lidar com o estresse foi o evitar pensar e falar sobre o problema, concentrando-se no presente para reduzir as incertezas. Isso nem sempre foi relacionado ao enfrentamento negativo, por ser momentâneo e aliviar a ansiedade e o medo (DRAGESET et al. , 2011; WANG et al., 2012). Por sua importância, os fatores psicológicos do enfrentamento explicam melhor o ajustamento emocional das mulheres do que as variáveis clínicas do estadiamento da doença e do tipo de cirurgia (GROARKE, 2013; WANG et al., 2012).

Patoo et al. (2018), em um estudo sobre qualidade de vida realizado com mulheres com câncer de mama, afirmam que não pensar sobre o problema, durante o enfrentamento do diagnóstico, pode ser positivo desde que a mulher o viva somente como uma oportunidade de escapar da pressão da situação. Essa estratégia como forma ativa de distração tem uma relação positiva com o espírito de luta contra a doença.

Como força motivadora para que a mulher possa seguir em frente, a espiritualidade a sustenta na sua vivência conflituosa com o diagnóstico de câncer. A forma particular de interpretar os acontecimentos desafiam sempre a sua fé e seus valores. Muitas procuraram desenvolver sua força interior evidenciando o prosseguir, crendo e confiando com esperança, por estarem reafirmando seus princípios. Isso foi revelado em alguns depoimentos:

Então eu creio que a minha espiritualidade me sustenta, entendeu? (E39)

Mas o meu Deus é maior que tudo e eu vou ficar curada. Tudo que eu vou fazer, eu já estou curada, nada vai abalar a minha fé. [...] Mas eu vou ter oportunidade, eu vou ter. Penso que eu me cuidar e ficar boa, como eu vejo muitas colegas minhas que se cuidaram e tiveram fé em Deus. (E35)

Eu acho que sem Deus eu não tenho ajuda, o Espírito Santo é que pode ajudar a gente, não tem médico, não tem remédio, não tem nada. Se eu estou aqui é porque Ele permitiu. No dia em que eu for para cirurgia eu vou me entregar totalmente a Deus. (E31)

Fé eu sempre tive, eu sempre acreditei em Deus, a gente tem que pensar mais no bem do que no mal. Hoje eu aceito mais. Tem que fazer a cirurgia vamos fazer, tem que fazer a quimio, vamos fazer, eu não posso é desistir. (E26)

Me sinto bem, me sinto acolhida, só Deus nessas horas. Tem a família, mas só com Ele [Deus]eu falo, choro. Mesmo eu tendo meu Deus eu não estou livre da doença, mas creio que Ele pode me curar. Se eu tiver que ser curada vou ser, senão eu vou estar na eternidade. (E24)

É viver mesmo, agarrar com força as oportunidades que Deus me der, viver com bastante fé, alegria nas coisas, participar bastante. (E20)

Então o meu sentimento não é de perda, não é de tristeza, não é de angústia, não é desespero, é sentimento de crer, crer e confiar. (E10)

Eu acho que é isso que Ele [Deus] está querendo me mostrar, que eu sou capaz e que eu posso passar força para outras pessoas, de que não é o fim do mundo. (E8)

Eu continuo vivendo, continuo andando, continuo crendo que o milagre é contínuo! (E1)

O efeito de gerar conforto, calma e esperança pode ser reforçado por outras estratégias de enfrentamento centradas na emoção em pacientes com câncer, e é apropriado para remanejar o foco, diminuindo a preocupação com a doença e colocando o foco na fé. E assim, crendo e realizando outras tarefas e atividades, favorecendo o manejo tanto da incerteza em tempo difíceis quanto de expectativas conflitantes diante do grande desafio (FOLKMAN apud CARR; STEEL, 2013).

Em seu livro “Psicoterapia Espiritualmente Integrada” (*Spiritually Integrated Psychotherapy*), Pargament, (2007) descreve que a reavaliação de eventos negativos ajuda as pessoas a encontrarem esperança, sentido e conforto diante das situações mais estressantes da vida, assim como as ajuda a preservarem sua fé no Deus amoroso e compassivo, e a manterem sua relação positiva com o sagrado.

O enfrentamento religioso positivo e ativo ficou evidente em muitas mulheres com câncer de mama quando viam a doença como parte do plano de Deus, ou afirmavam que faziam o seu melhor e entregavam a situação a Deus (THUNÉ-BOYLE, 2011). Em contraste, os próprios autores chamam a atenção de que algumas mulheres enfrentaram uma situação de luta espiritual, onde se sentiam culpadas, tinham dúvidas e se sentiam abandonadas por Deus. Essas situações se relacionaram às estratégias desadaptativas em longo prazo. Gall e Bilodeau

(2020b) enfatizaram que se apoiar em Deus como fonte de segurança tem grandes implicações para o bem-estar emocional das mulheres diante de uma tão grande ameaça. Essa forte ligação com Deus ficou evidenciada como uma fonte adicional de apoio em tempos de sofrimento emocional em decorrência do diagnóstico de câncer de mama.

Em um estudo qualitativo, Swinton et al. (2011) constataram que muitas mulheres foram desafiadas com a chance de não deixar o diagnóstico de câncer de mama levá-las ao desespero e à solidão da sombra da morte; em vez disso, buscaram a possibilidade de crerem e prosseguirem, explorando outras opções, para assim progredirem. Os autores ainda afirmam que: “Mesmo a experiência negativa do câncer de mama pode ser entendida como relacionada a um plano Divino mais amplo”. Isso trouxe conforto e esperança mesmo diante dos terríveis sentimentos vivenciados. “Dessa maneira, as mulheres pareciam capazes de ganhar um controle da situação e encontrar uma sensação de significado e esperança” (SWINTON et al., 2011, p. 648).

A percepção contida nos depoimentos mostram com frequência que o “estar tranquila” não pode ser considerado como uma minimização do problema. Ainda não se utilizou a estratégia de enfrentamento que trará a reformulação positiva, mas isso aparece como fator momentâneo de redução do impacto do fator estressor. Pode também significar que as entrevistadas ainda estão no processo de avaliação e reelaboração da situação que gera o estresse para si mesmas, para a família, dentro do contexto social e de sua percepção cultural. Algumas mulheres entrevistadas nesta pesquisa afirmaram manter uma vida normal, com suas atividades pessoais, familiares e trabalho conforme depoimentos acima. Essa estratégia de enfrentamento adaptativo também foi relatada por muitas participantes do estudo de Torres, Dixon e Richman (2016), que sentiram ser importante procurar manter a vida o mais normal possível na busca por uma qualidade de vida desde que receberam o diagnóstico do câncer de mama. Algumas procuraram manter as atividades o máximo que conseguiram. Vivenciaram o tratamento como algo a ser incorporado nas suas vidas, sem deixar que o câncer consumisse suas vidas por inteiro, inclusive sendo gratas a Deus a cada dia vencido nesse processo.

Em estudo longitudinal com 396 pacientes, Kyranou et al. (2014) concluíram que para melhorar as habilidades de enfrentamento do câncer de mama e ocorrer uma diminuição da ansiedade, muitas mulheres mantiveram atividades espirituais desde o diagnóstico até depois da cirurgia de câncer de mama. As que tinham atividades espirituais como menos importantes na sua vida demonstraram um aumento constante nos níveis de ansiedade, bem como dificuldades de adaptação na fase mais longa do tratamento.

Nesse sentido, Raja Lexshimi et al. (2014) enfatizam que os efeitos de crenças verdadeiras e positivas são fundamentais na luta contra o câncer de mama, melhorando o resultado em longo prazo. Revelam uma associação com o sentido que cada mulher dá a vida e seus valores pessoais diante de uma ameaça tão grave.

Veit e Castro (2013) destacam o papel positivo da espiritualidade e da religiosidade no processo de enfrentamento (*coping*), e que a crença no ser Supremo (normalmente denominado de Deus) possibilita sentimentos de conforto e esperança frente ao sofrimento, com a perspectiva de que Deus tem um plano para cada ser humano e que tudo acontece com um propósito.

6.4 Aportes complementares a partir do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ)

Com base na correlação de Pearson dos resultados entre as variáveis do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ), houve relação positiva entre os componentes. Vale ressaltar o desenvolvimento da relação pessoal com Deus, que está correlacionado fortemente com o desenvolvimento de uma vida em meditação ou oração. Desenvolver a união com Deus apresentou correlação positiva e forte com desenvolvimento da paz com Deus. O desenvolvimento da alegria com a vida está correlacionado de forma forte e positiva com o desenvolvimento do sentido na vida, o que confirmou os relatos das depoentes e as menções expressadas aqui de forma tão contundente. Apesar de serem apontadas aqui somente as correlações positivas e fortes, destacou-se para esta pesquisadora o fato de uma das mulheres com diagnóstico de câncer, a que informou não seguir nenhuma religião, apresentar a menor sensibilidade em todos os domínios. Entretanto, é de grande relevância referir-se que a relação pessoal com Deus é confirmada como relacionada à vida de oração e de paz com Deus, sendo a essência da dimensão espiritual para a grande maioria das mulheres entrevistadas. A busca pelo sentido da vida, a partir desse enfrentamento do diagnóstico, está afirmada aqui claramente como integrante desse momento de vida das pesquisadas, e relacionada de uma forma muito interessante com a alegria com a vida, demonstrando que o valor da vida é maior do que o sofrimento do diagnóstico.

A partir dos significados e entendimentos da amplitude do bem-estar espiritual, pode-se delinear o caminho para que a mulher com câncer de mama tenha o aporte para o enfrentamento do diagnóstico. Há uma procura de sentido e propósito no caminhar dessa vivência consigo mesma, com os outros, com a natureza e o sagrado. Desta forma, torna-se

importante o entendimento mais amplo desse enfrentamento, integrando ideias que se unem para formar um conceito global de bem-estar, pode-se entender que o bem-estar reflete sentimentos e comportamentos positivos, que proporcionam à mulher um senso de identidade, satisfação consigo mesma, totalidade, alegria, paz interior, satisfação, amor e perdão, admiração e harmonia consigo mesma e com o ambiente, respeito pelos outros e por si mesma, propósitos e direção na vida.

Nessa direção, encontra-se que o Questionário de Bem-estar espiritual (*Spiritual Well-Being Questionnaire – SWBQ*) vem reforçar e integrar o princípio de um estado dinâmico, pois se baseia numa conceituação mais ampla e profunda de bem-estar, em comparação com outras medidas de bem-estar espiritual. Todos os itens são formulados positivamente, e o resultado é obtido pela média das respostas atribuídas aos itens de cada domínio ou subescala. Reflete qualidade nas relações consigo mesmo, com os outros, com o ambiente e com o transcendente (GOMEZ; FISHER, 2005; GOUVEIA; MARQUES; PAIS-RIBEIRO, 2009; GOUVEIA; PAIS-RIBEIRO, 2012).

Vale ressaltar, no presente estudo, que na análise do bem-estar espiritual da mulher através do Questionário SWBQ foi evidenciada uma tendência a um menor sentido e propósito na vida, menor alegria, percepção de si mesma, senso de identidade e de paz interior, ou seja, a tendência ao sofrimento no enfrentamento do diagnóstico. Entretanto, é importante reafirmar que a relação com o transcendente – na qual se inclui a fé, a esperança, a comunhão e paz com Deus e a vida de oração – foi confirmada como uma importante questão, com a melhor avaliação média.

Esse aporte fornecido mostra que o bem-estar espiritual, a espiritualidade e o enfrentamento centrado no sentido são uma ancoragem para a mulher em todos os momentos, incluindo a etapa diagnóstica de tão grandes desafios e turbulência emocional, alimentando atitudes positivas. Esses achados corroboram com o estudo de Caldeira (2017), que enfatizou que essa escala pode ser a mais adequada para avaliação do bem-estar espiritual e sofrimento espiritual nos pacientes com câncer.

O bem-estar positivo, ou seja, o resultado do enfrentamento centrado no sentido, é aquele que pode ser encontrado mesmo nas mais difíceis circunstâncias da vida. Ele mantém e alimenta atitudes positivas frente a ameaça ou dano, e transforma pela avaliação das prioridades e pela redefinição dos desafios, para que objetivos novos sejam alcançados (FOLKMAN; GREER, 2000).

Dessa forma, quando se estuda a complexidade desse momento que a mulher vivencia, a espiritualidade fica ainda mais afirmada como a base que a sustenta, em especial

quando se relaciona o comportamento de enfrentamento no seu dinâmico processo, gerando mudança nos significados e reavaliações do que é ser mulher e vivenciar o diagnóstico de câncer de mama, com necessidade de uma integração dos valores e de buscar vontade de viver e novos propósitos.

7 ESPIRITUALIDADE COMO ESTRUTURA FUNDANTE DO BEM-ESTAR E DO SENTIDO NO ENFRENTAMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

Diante de toda a reflexão até este ponto promovida, este estudo confirma a tese de que a vivência perceptiva da mulher no enfrentamento do diagnóstico do câncer de mama é dinâmica, reflexiva e reavaliativa em torno do fenômeno que se mostra em seu cotidiano. Nessa complexa vivência do fenômeno, a espiritualidade constitui um forte sustentáculo da mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer, concedendo um alicerce vital para que possa ressignificar sua experiência vivenciada a partir do impacto desencadeado pelo diagnóstico da doença. A espiritualidade possibilita à mulher transcender os enfrentamentos da doença e a mobiliza para uma busca pelo sentido da vida e seu bem-estar existencial, possibilitando um modo de lidar mais positivo, calcado num enfrentamento baseado no sentido de sua existência (Figura 19).

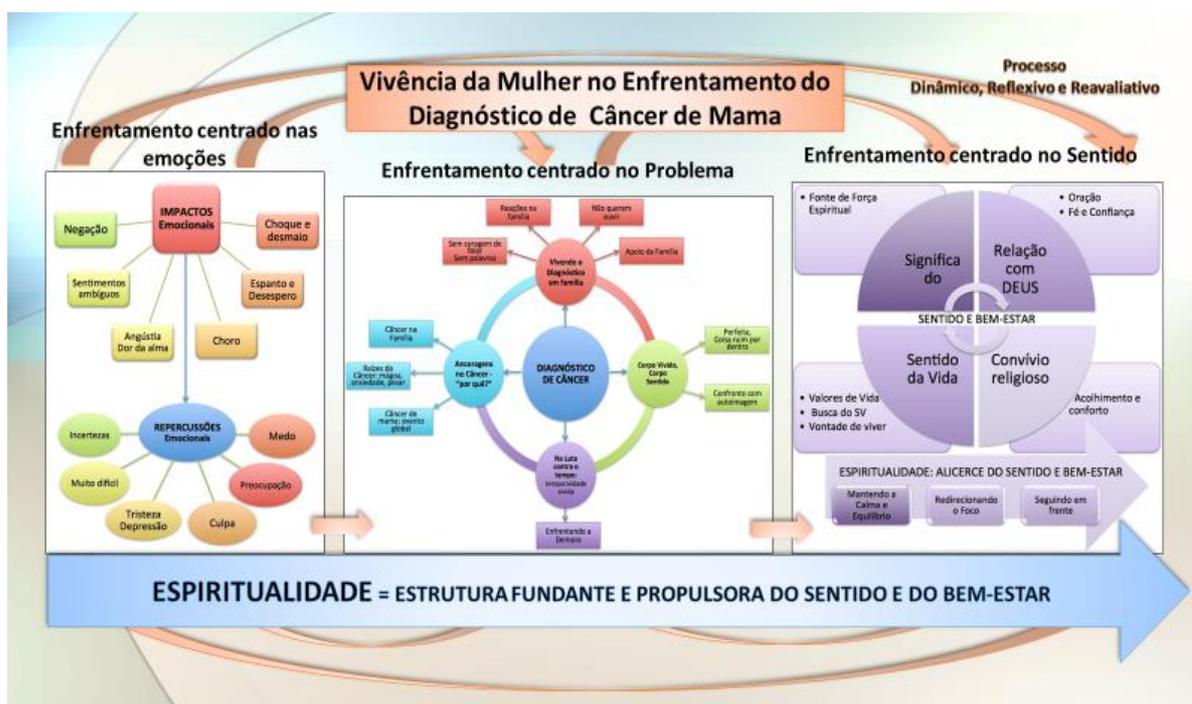


FIGURA 19 – Esquema Compreensivo da Espiritualidade como estrutura fundante e propulsora do sentido e do bem-estar espiritual

FONTE: elaboração da autora (2020).

Este estudo aponta que o comportamento de enfrentamento perpassa todas as fases da vivência da mulher, sendo um processo dinâmico e bem presente diante do desafio do câncer de mama e da individualidade de cada mulher com sua história de vida, com seus

valores, sua percepção da doença, sua estrutura emocional, suas crenças, suas perspectivas pessoais, familiares e sociais, bem como as esperanças de futuro. Pode-se perceber, então, uma variedade de respostas comportamentais dadas por cada uma da entrevistada para minimizar os conflitos vivenciados a partir do diagnóstico.

Na busca por compreender e ouvir a mulher nesse momento, algumas perguntas foram feitas para direcionamento da entrevista, mas cabe ressaltar que as estratégias de enfrentamento relacionadas aqui emergiram das falas das participantes da pesquisa e foram consideradas nas unidades de significado, subcategorias e categorias.

Na descoberta do câncer de mama, a mulher se sente desamparada e em pânico. Muitas delas, em seus depoimentos, revelaram o impacto emocional negativo na confrontação com o fator estressor e, conseqüentemente, no encontro com seu eu, no processo do enfrentamento centrado nas emoções. Além disso, revelaram um alto índice de sofrimento, ansiedade e sentimentos ambíguos, com sérias implicações no bem-estar emocional.

O enfrentamento centrado na emoção aqui demonstrado comprovou as repercussões emocionais de medo, tristeza, preocupações e angústias, que geraram um maior peso emocional, maiores perdas e distanciamento nos relacionamentos, com muitas repercussões negativas. Vale ressaltar que na avaliação do fator estressor e suas condições de enfrentar a doença, a mulher pode atribuir significados relacionados a um prognóstico difícil e cheio de incertezas.

No enfrentamento centrado no problema, a mulher busca uma reelaboração da doença. Como parte dessa vivência, percebeu-se como fundamental o compartilhamento do diagnóstico em família, onde ela buscou carinho, aceitação e apoio. Nessa reelaboração, também se incluiu as opções direcionadas ao seu próprio corpo, nesse confronto com a autoimagem corporal, sua individualidade, procurando gerenciar o fator estressor através da luta contra o tempo e da busca por respostas objetivas nas atribuições do câncer de mama.

Na vivência do fenômeno, novas considerações emergiram nos depoimentos das entrevistadas, que mesmo no período imediatamente após o impacto do diagnóstico, suas reavaliações passaram a ser importantes nesse entendimento e busca por sentido. Dessa forma, a espiritualidade se fez presente nesse caminhar, levando a mulher a uma visão mais positiva que negativa, ou seja, descortinando novas perspectivas e possibilidades. A essência da mulher, no seu mais íntimo, sempre procurou encontrar um sentido que não seja passageiro, mas que seja fundamentalmente duradouro para sua própria existência. O sentido da vida é fenomenalmente uma força motivadora para a vida com propósitos renováveis e maiores. A busca por esse sentido profundo a leva a acreditar que pode alcançar algo que não

seja somente um prazer temporário. Quando a mulher com câncer de mama conseguiu encontrar um conteúdo significativo para a existência, isso aconteceu através da realização de valores intrínsecos e de esperança de futuro. Eles podem ser considerados valores criativos, vivenciais, atitudinais e espirituais.

A espiritualidade estabelece, portanto, um fundamento de bem-estar para a mulher no vivenciar de cada momento desde o impacto do diagnóstico com seus conflitos, desespero e repercussões emocionais, nas transformações no corpo e repercussões na autoimagem, nas buscas das raízes do câncer, tudo isso perpassando pela individualidade e pela experiência diferenciada de cada mulher. A espiritualidade constitui, portanto, uma estrutura propulsora e de manutenção da força espiritual, da calma e do equilíbrio, pilar da fé positiva, do acolhimento e conforto no convívio religioso e familiar. Com isso, denota viver a esperança renovada para seguir em frente, com propósitos redirecionando o foco de vida e de visão de mundo.

Repensar a prática clínica, nessa perspectiva, é olhar para a mulher nesse momento de fragilidade não apenas como um corpo doente, mas como uma pessoa completa, com suas sensibilidades específicas no enfrentamento do diagnóstico. Percebê-la como um corpo vivo, com espírito, alma e corpo.

7.1 Perspectivas de cuidado à mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama

Nas interfaces com o cuidado, para Thuné-Boyle et al. (2011), a abordagem das necessidades espirituais dos pacientes deve ser considerada relevante na prática clínica para encaminhamentos e abordagens adequadas. Os autores sugerem que a compreensão das estratégias de enfrentamento positivas e negativas precisa ser valorizada para promover e encorajar uma melhor adaptação do paciente.

Swinton et al. (2011) indicam que é importante ser sensível à espiritualidade nas formas religiosas e não religiosas para compreender os significados que as mulheres dão aos eventos e à essência da dimensão espiritual. Thuné-Boyle et al. (2013) propõem que o atendimento às necessidades específicas dos pacientes deve ocorrer no início da doença, após a consideração das implicações potenciais, e que é apropriada a avaliação contínua das necessidades espirituais das mulheres com câncer de mama.

Gall, Charbonneau e Florack (2011) salientam que na prática clínica é necessário que se preste mais atenção às expressões negativas da espiritualidade das mulheres com câncer

desde o início do enfrentamento do diagnóstico, estando atento às experiências que podem desencadear um processo de luta espiritual que impliquem negativamente no tratamento e no cuidado. Thuné-Boyle et al. (2013) explicam que perguntar sobre enfrentamento religioso negativo ou lutas espirituais da paciente pode ser benéfico no estágio inicial, quando é confirmado o câncer. A disponibilidade para o contato entre os profissionais de saúde e a paciente, especialmente por parte dos primeiros, no sentido de conversar sobre as necessidades espirituais, pode ser um importante auxílio para que as referências apropriadas ocorram e para que aconteça o ajuste necessário ao tratamento do câncer de mama.

É importante que o profissional de saúde esteja ciente dos diferentes mecanismos de enfrentamento utilizados pelas mulheres quando recebem um diagnóstico de câncer de mama. Wang et al. (2012) argumentam que a integração de uma estratégia de enfrentamento positiva para enfrentar o regime de tratamento é um marco importante na assistência. McCorry et al. (2013) recomendam que as pacientes sejam incentivadas a adotar estratégias positivas de enfrentamento, promovendo níveis mais baixos de sofrimento, e sugerem uma intervenção baseada na percepção da doença, com a promoção da cognição positiva para aliviar o sofrimento psicológico em pacientes com câncer de mama.

Ando et al. (2011) propõem que o apoio psicossocial e psicológico devem ser fornecidos às pacientes que vivenciam sofrimento psíquico significativo, como medo e ansiedade, especialmente quando recebem o diagnóstico de câncer de mama. Cebeci, Yangin e Tekeli (2012) enfatizam que a enfermeira deve fornecer serviços de aconselhamento adequados para as mulheres e suas famílias na fase de diagnóstico do câncer de mama.

Cebeci, Yangin e Tekeli (2012) destacam que os profissionais de saúde devem ser sensíveis às concepções culturais e crenças individuais. Jassim e Whitford (2014) acrescentam que é preciso compreender as questões culturais, a fé e as atitudes das mulheres, assim como planejar intervenções que atendam suas necessidades. Sugere-se a aplicabilidade transcultural do conceito de senso de coerência como um preditor de mudanças na qualidade de vida relacionadas à saúde (ROHANI et al., 2015).

Danhauer et al. (2013) sugerem formas encorajadoras de enfrentamento com foco no significado e na paz como intervenção à mulher com diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Para Drageset et al. (2011), os profissionais devem considerar as experiências existenciais individuais das mulheres e oferecer oportunidades para que elas falem sobre suas emoções e pensamentos enquanto aguardam a cirurgia de câncer de mama. Da mesma forma, devem apoiá-las e encorajá-las a contar a outras pessoas sobre o diagnóstico. Nesse sentido, Markovitz et al. (2015) propõem o aprimoramento das intervenções a partir da identificação

da resiliência como fator de proteção para o desenvolvimento de psicopatologias em mulheres com câncer de mama.

Deve-se encorajar a melhoria da percepção das mulheres com câncer de mama, buscando compreender suas dimensões espiritual, emocional e física para promover o bem-estar integral, conforme advertem Ribeiro, Campos e Anjos (2019). Gall e Bilodeau (2017) recomendam indagar a cada paciente sobre a importância da espiritualidade na fase diagnóstica e sobre como o diagnóstico interfere em sua situação atual de saúde. Sugerem também que sejam feitos encaminhamentos para capelães e terapeutas qualificados, devido à importância da espiritualidade, especialmente se a mulher precisar resolver conflitos espirituais. Os referidos autores destacam que é preciso se atentar para a importância do enfrentamento religioso/espiritual nas fases iniciais do diagnóstico do câncer de mama, apoiando e ajudando as pacientes a desenvolverem clareza na construção de significado sobre a sua doença (GALL; BILODEAU, 2020a).

Groarke, Kurtis e Kerin (2013) recomendam a identificação de estratégias de enfrentamento que contribuam para um efeito positivo (foco na tarefa e espírito de luta) ou depressão (fraco espírito de luta e desamparo/desesperança). Sugerem claramente que o estresse pode ser gerenciado e que o enfrentamento pode ser ensinado. Pato et al. (2018) indicam a avaliação de estilos de enfrentamento e intervenções urgentes para melhorar o enfrentamento da doença em mulheres com câncer de mama e para reduzir sentimentos de desamparo/desesperança e ansiedade, o que trará melhoras à qualidade de vida relacionada à saúde. Kyranou, et al. (2014) afirmam que sintomas depressivos, sentimentos de incerteza e dificuldades no enfrentamento da doença, entre outros, são importantes para a avaliação dos altos níveis de ansiedade e estresse (e do alto risco consequente) durante o diagnóstico e a fase pré-cirúrgica. Os profissionais cuidadores precisam estar atentos a esses sintomas subjetivos e buscar as intervenções necessárias.

Silva, Moreira e Canavarro (2012) propõem que os profissionais ajudem as mulheres a encontrar sentido e benefício na experiência do câncer, pois essa estratégia parece ser um importante recurso psicológico para o ajustamento, por meio do incentivo a uma reavaliação mais positiva da situação e do alívio de sentimentos e medos íntimos. Destacam que o uso de *coping* religioso desempenha um papel importante no modo como as experiências com risco de vida são compreendidas, gerenciadas e resolvidas.

Conforme ressaltado por Sherman et al. (2012), a fase inicial do câncer de mama é uma oportunidade para a enfermeira fornecer informações sobre as mudanças físicas, emocionais, sociais e suporte emocional para adaptação à doença. Sugerem que a avaliação

inicial do bem-estar psicológico pode identificar mulheres com alto risco de sofrimento emocional. Recomenda-se o uso de intervenções de vídeo psicoeducacionais e aconselhamento por telefone, para melhor adaptação de mulheres com câncer de mama em estágio inicial.

Swinton et al. (2011) propõem que os profissionais de saúde devem iniciar conversas claras com foco no impacto do diagnóstico, porque a fase de diagnóstico é um momento de reavaliação, reflexão e reconstrução de si mesmo, o que constitui uma etapa clínica eficaz que pode curar a ansiedade e prevenir a progressão para a depressão ou evitação. Os autores sugerem o apoio e o encorajamento dos relacionamentos, e que se reconheça pacientes que estão em relacionamentos vulneráveis. Pintado (2017) indica a promoção de ferramentas para a gestão da informação e o aprimoramento das habilidades de comunicação terapêutica que levem a grandes benefícios à qualidade de vida das mulheres com câncer de mama.

Landmark et al. (2008) afirmam que as enfermeiras e os profissionais de saúde precisam ter uma compreensão mais profunda dos desafios relacionados ao câncer de mama desde seu diagnóstico. Raja Lexshimi (2014) acrescenta que a mulher com câncer deve ser vista holisticamente, ao invés de se tratar somente a doença.

7.2 Limitações do estudo

Como limitações do estudo, pode-se considerar o número de 40 depoentes, uma vez que sugerem-se estudos com amostras maiores para novas inferências. Quanto às mulheres sem crenças religiosas, parece que estão sub-representadas na amostra utilizada, embora não se saiba até que ponto, pois a distribuição das crenças religiosas dessa população não é conhecida.

Outra limitação a ser destacada é que a pesquisa foi realizada em apenas uma instituição, embora seja abrangente em uma importante e diversificada área populacional, como mostrou o perfil das participantes. Foi possível representar adequadamente a diversidade em relação à maioria das variáveis sociodemográficas. Contudo, sugere-se que novas investigações em diferentes instituições sejam realizadas para possibilitar estudos comparativos.

8 CONCLUSÃO

Ao se compreender a espiritualidade e suas implicações diante do diagnóstico de câncer de mama e, com isso, toda a experiência do enfrentamento que a mulher experimenta a partir daí, entende-se que a percepção de cada mulher é fundamental, e inclui sua relação com seu corpo e a avaliação primária do sua vida. Diante disso, pode-se reconhecer as necessidades espirituais e emocionais e como com seus recursos próprios e comportamentos de enfrentamento – utiliza a espiritualidade para promover a emoção positiva. Ademais, foi possível, avaliar o bem-estar espiritual da mulher em sua vivência do diagnóstico por meio do questionário de Bem-Estar Espiritual (*Spiritual Well Being Questionnaire - SWBQ*), confirmando os depoimentos encontrados na análise de dados.

O presente estudo alcançou seus objetivos, confirmado pelas categorias aqui referenciadas. No processo de captura dos dados, pode-se considerar que a própria entrevista consistiu em momento de escuta sensível, na medida em que as mulheres aprofundavam suas falas. Foi estabelecida uma relação empática entre pesquisadora e pacientes, com toque terapêutico e apoio emocional quando se fez necessário.

Na vivência da mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama, conforme a primeira categoria, o estudo demonstrou que os impactos vivenciados por elas foram fortes e causaram repercussões muito profundas nas emoções, gerando todo um comportamento de enfrentamento centrado na emoção como resposta reguladora do sofrimento. O choro fez parte das expressões de sentimentos e da consternação ante a surpresa negativa, do sentimento de incapacidade diante de um desafio imensurável, com uma grave intimidação à própria vivência feminina. O sentimento de desamparo, a angústia, a negação da doença e o enfrentamento de evitação foram claramente expressados pelo elevado índice de estresse por causa do desafio que elas estavam experienciando. O medo teve sua importância, em grande parte devido à sua natureza multifatorial.

Na segunda categoria, o estudo ressaltou a vivência no mundo da vida da mulher no enfrentamento centrado no problema. Nessa busca por respostas pessoais, elas vivenciaram o diagnóstico em família, lutando para gerenciar o que realmente se passa em seus corpos, o que ficou evidenciado na busca dos porquês, na vivência da temporalidade e ainda no confronto com a autoimagem. Foram opções enquanto buscavam gerenciar o fator estressor, ou seja, procuravam reelaborar os significados de toda uma vida, diante de muitas incertezas geradas pelo câncer de mama.

Por fim, o estudo evidencia o enfrentamento centrado no sentido, da espiritualidade na vivência do bem-estar e do sentido da vida, ficou demonstrado que a espiritualidade é a fonte de força espiritual e significado, de relação com Deus, pela oração, fé e confiança, de convívio religioso com acolhimento e conforto, sem deixar de enfatizar os valores de vida, a busca pelo sentido da vida e a vontade de viver.

A fé e a confiança em Deus ficaram confirmadas como inabaláveis mesmo diante de uma ameaça tão séria à própria vida das mulheres aqui entrevistadas. A espiritualidade foi relacionada em todo o tempo como alicerce do bem-estar positivo e sentido para manter a calma e o equilíbrio mesmo diante de tão difícil diagnóstico, redirecionando o foco e seguindo em frente. Dessa forma, a espiritualidade se fez presente, levando a mulher a uma visão mais positiva que negativa, com novas perspectivas e possibilidades.

A dimensão emocional e espiritual do enfrentamento adotado pela mulher com câncer de mama, principalmente na fase diagnóstica, ainda é uma temática pouco valorizada. Ainda se sabe pouco sobre a relação entre as emoções, a espiritualidade e o enfrentamento dessa doença. Cabe a enfermeira valorizar a relação interpessoal, empatia, e a comunicação, toque terapêutico, como intervenções importantes valorizando a visão integral da mulher. A atuação efetiva da enfermeira na amenização do sofrimento e no estímulo ao enfrentamento adaptativo positivo pode ser um grande diferencial, especialmente ante diagnósticos de enfermagem relacionados ao enfrentamento negativo, como ocorre com a angústia espiritual. Assim, na prática clínica, considerando o modo peculiar e individualizado da paciente, deve-se buscar estratégias conjuntas para se enfrentar a doença. Para isso, ressalta-se a importância de utilizar os recursos da dimensão espiritual no desenvolvimento de suas potencialidades e capacidades, de maneira que possam, mediante a doença, encontrar sentido em suas vidas e revitalizar os momentos importantes da existência.

9 CONCLUSIÓN

Cuando se comprende la espiritualidad y sus implicaciones en el diagnóstico de cáncer de mama, y con eso toda la experiencia del afrontamiento que la mujer experimenta desde entonces, se entiende que la percepción de cada mujer es fundamental e incluye su relación con su cuerpo y la evaluación primaria de su vida. Ante ello, se pueden reconocer las necesidades espirituales y emocionales y como con sus propios recursos y conductas de afrontamientos utiliza la espiritualidad para desarrollar la emoción positiva. Además fue posible evaluar el bienestar espiritual de la mujer en su vivencia del diagnóstico con el Cuestionario del Bienestar Espiritual (*Spiritual Well Being Questionnaire - SWBQ*), confirmando las declaraciones encontradas en el análisis de datos.

Así, el estudio alcanzó sus objetivos, confirmado por las categorías aquí referenciadas. En el proceso de recogida de datos, se consideró que la propia entrevista consistió en un momento de escucha sensible, a medida que las mujeres profundizaban sus declaraciones, porque se produjo el establecimiento de una relación empática entre la investigadora y las pacientes, con toque terapéutico y apoyo emocional, cuando se hizo necesario.

En cuanto a la vivencia del afrontamiento del diagnóstico de cáncer de mama, según la primera categoría, el estudio demostró que los impactos vivenciados por ellas fueron fuertes y causaron repercusiones muy profundas en las emociones, generando todo un comportamiento de afrontamiento centrado en la emoción como respuesta reguladora del sufrimiento. El llanto hizo parte de las expresiones de sentimientos y de la consternación ante la sorpresa negativa, de la sensación de incapacidad ante un desafío inmensurable, con una grave intimidación a la propia vivencia femenina. El sentimiento de desamparo, la angustia, la negación de la enfermedad y el afrontamiento de la evitación fueron claramente expresados por el elevado índice de estrés a causa del desafío que estaban experimentando. El miedo tuvo su importancia, en gran parte debido a su naturaleza multifactorial.

En la segunda categoría, el estudio resaltó la vivencia en el mundo de la vida de la mujer, esto es, el afrontamiento centrado en el problema. En esa búsqueda de respuestas personales, ellas vivenciaron el diagnóstico en familia, luchando para administrar lo que realmente se pasa en su cuerpo, lo que fue evidenciado en la búsqueda de los porqués, en la vivencia de la temporalidad y aún en la confrontación con su propia imagen. Fueron opciones

que surgieron mientras buscaban administrar el factor estresor, o sea, buscaban reelaborar los significados de toda una vida, ante muchas incertidumbres generadas por el cáncer de mama.

Finalmente, el estudio evidencia el afrontamiento centrado en el sentido, por la espiritualidad, por la vivencia del bienestar y por el sentido de la vida. Se demostró que la espiritualidad es la fuente de fuerza espiritual y significado, de relación con Dios, por medio de la oración, fe y confianza, de convivio religioso con hospitalidad y confortación, sin dejar de enfatizar los valores de vida, la búsqueda por el sentido de la vida y ganas de vivir. La fe y la confianza en Dios se confirmaron como inquebrantables, ante una amenaza tan seria a la propia vida de las mujeres aquí entrevistadas. La espiritualidad se experimentó todo el tiempo como base del bienestar positivo y sentido para mantener la calma y el equilibrio a pesar de tan difícil diagnóstico, redireccionando el foco y siguiendo adelante. De ese modo, la espiritualidad se hizo presente, llevando la mujer a una visión más positiva que negativa, con nuevas perspectivas y posibilidades.

La dimensión emocional y espiritual del afrontamiento adoptado por la mujer con cáncer de mama, principalmente en la fase diagnóstica, todavía es un tema poco valorado. Aún se sabe poco sobre la relación entre las emociones, la espiritualidad y el afrontamiento de esa enfermedad. Cabe a la enfermera valorar la relación interpersonal, la empatía, la comunicación y el toque terapéutico como intervenciones importantes, considerando la visión integral de la mujer. La actuación activa de la enfermera en la atenuación del sufrimiento y en el estímulo del afrontamiento adaptativo positivo puede significar una gran diferencia, especialmente ante diagnósticos de enfermería relacionados con el afrontamiento negativo, como ocurre con la angustia espiritual. Por lo tanto, en la práctica clínica se debe, considerando el modo peculiar e individualizado de la paciente, enfrentar la enfermedad, especialmente con los recursos de la dimensión espiritual en el desarrollo de sus potencialidades y capacidades, de modo que pueda mediante la enfermedad encontrar sentido a su vida y revitalizar momentos importantes de su existencia.

REFERÊNCIAS

- ABU-SAAD HUIJER, H.; ABBOUD, S. Health-related quality of life among breast cancer patients in Lebanon. *European Journal of Oncology Nursing*, v. 16, n. 5, p. 491- 497, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22257429>>. Acesso em: 01 maio 2016.
- ACKLEY, B. J. et al. *Nurses Diagnosis Handbook: an evidence-based plan to planning care*. 12 ed. Mosby/Elsevier, 2019.
- ALMEIDA, A. M. et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 63-69, set. 2001. Disponível em DOI 10.1590/S0104-11692001000500010. Acesso em: 21 jul. 2020.
- ALMEIDA, T. G. et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 432-438, 2015. Disponível em DOI 10.5935/1414-8145.20150057. Acesso em: 21 jul. 2020.
- ALVIM, M. B. O lugar do corpo em Gestalt-Terapia: dialogando com Merleau- Ponty. *Revista IGT na Rede*, v. 8, n. 15, p. 227-237, 2011. ISSN 1807-2526. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/>>. Acesso em: 01 maio 2016.
- ANDO, N. et al. Predictors of psychological distress after diagnosis in breast. *Psychosomatics*, v. 52, n. 1, p. 56-64, 2011. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.psych.2010.11.012>>. Acesso em: 15 maio 2016.
- ANDRADE, N. H. S. *A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty*. 2008. 106 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- ANGERAMI, V. A.; GASPAR, K. C. *O câncer diante da psicologia: uma visão interdisciplinar*. S. Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.
- APÓSTOLO, J. L. A. Summary of evidence in the context of science translation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, v. 13, n. 3, p. 154-162, 2015. Disponível em: DOI 10.1155/2012/792519. Acesso em: 21 jul. 2020.
- ARKSEY, H; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: DOI 10.1080/1364557032000119616. Acesso em: 21 jul. 2020.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. The meaning of spirituality in the transience of life. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170012>>. Acesso em: 21 jul. 2020.
- AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1067-1070, dez. 2010. Disponível em: DOI 10.1590/S0034-71672010000600031. Acesso em: 21 jul. 2020.

BAKEWELL, J. Remembering Florence Nightingale. *British Journal of Nursing*, v. 20, n. 11, 2011. Disponível em DOI 10.1097/00004045-200205000-00003. Acesso em: 21 jul. 2020.

BENSON, R. B. et al. Challenges, Coping Strategies, and Social Support among Breast Cancer Patients in Ghana. *Advances in Public Health*, fev. 2020, 11 p. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/aph/2020/4817932/>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

BORGES, M. D.; SANTOS, M. B.; PINHEIRO, T. G. Social representations about religion and spirituality. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 68, n. 4, p. 609-616, ago. 2015. Disponível em: DOI 10.1590/0034-7167.2015680406i. Acesso em: 21 jul. 2020.

BORGES, M. L. *A utilização do coping religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama*. 2015. 87f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

BRAGA, P. P. et al. Utilização de *software* em análises de dados qualitativos: contribuições para resultados consistentes em investigações nas ciências da saúde. Atas CIAIQ2019. *Investigação Qualitativa em Saúde*, v. 2, p. 950-955, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Nota técnica: política nacional de atenção oncológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil* / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Tipos de câncer: mama*. Versão para profissional de saúde. 2019b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Tipos de câncer: mama*. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

- CAETANO, E. A.; GRADIM, C.V.C.; SANTOS, L.E.S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-61, abr./jun. 2009.
- CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 28-34, 2014.
- CALDEIRA, S. et al. Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis. *Journal of Religion and Health*, v. 56, n. 4, p. 1489-1502, 2017.
- CAPALBO, C. *A filosofia de Maurice Merleau-Ponty historicidade e ontologia*. Londrina: Ed. Humanidades, 2004.
- CAPALBO, C. A. A subjetividade e a experiência do outro: Maurice Merleau-Ponty e Edmund Husserl. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. XIII, n. 1, p. 25-50, jan./jun. 2007.
- CARVALHO, A. S. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991.
- CARR, B. I., STEEL, J. P. *Psychological Aspects of Cancer: A guide to emotions and psychological consequences, their causes and their management*. New York: Ed. Springer, 2013.
- CASTILLO, A.; MENDIOLLA, J.; TIEMENSMA, J. Emotions and Coping Strategies During Breast Cancer in Latina Women: A Focus Group Study. *Hispanic Health Care International*, v. 17, n. 3, p. 96-102. Disponível em: DOI 10.1177/1540415319837680. Acesso em: 13 jun. 2020.
- CASTRO, E. K. K. et al. Percepção da Doença e Enfrentamento em Mulheres com Câncer de Mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. 3, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-3772e32324>>. Acesso em: 23 mar. 2020.
- CEBECI, F.; YANGIN, H. B.; TEKELI, A. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, v. 16, n. 4, p. 406-412, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.09.003>>. Acesso em: 23 mar. 2020.
- CHANG, H. J. et al. Delay in seeking medical evaluations and predictors of self-efficacy among women with newly diagnosed breast cancer: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, v. 51, n. 7, p. 1036–1047, jul. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.024>>. Acesso em: 02 maio 2016.
- COELHO A. et al. Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, v. 15, n. 7, p. 1867-1904, 2017.
- CONDE, C. R. et al. A repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. *Revista Uningá*, v. 47, p.95-100, jan./mar. 2016.

COPPENS, C. M. B. S. F; KOOLHAAS, J. M. Coping styles and behavioral flexibility: towards underlying mechanism. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, n. 365, p. 4021-4028, 2010. Disponível em: DOI 10.1098/rstb.2010.0217. Acesso em: 20 mar. 2020.

DARTIGUES, A. *O que é a fenomenologia?* 10. ed. São Paulo: Centauro, 2008.

DANHAUER, S. C. et al. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, v. 22, n. 12, p. 2676-2683, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/pon.3298>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

DRAGESET, S. et al. Being in suspense: Women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, v. 67, n. 9, p. 1941-1951, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x>>. Acesso em: 14 maio 2016.

FERREIRA, S. M. A. et al. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 835-42, 2013.

FISHER, J. W. Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*, v. 4, n. 1, p. 29-49, 1999.

FISCHER, M. J. et al. From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, v. 18, p. 526-545, 2013.

FOLKMAN, S. Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, v. 19, p. 901-908, 2010. Disponível em DOI 10.1002/pon.1836. Acesso em: 20 mar. 2020.

FOLKMAN, S; GREER, S. Promoting Psychological Well-Being in the Face of Serious Illness: When Theory, Research and Practice Inform Each Other. *Psycho-Oncology*, v. 9, n. 1, p. 11-19, 2000.

FRAGUELL C.; LIMONERO, J. T., GIL, F. Psychological aspects of meaning-centered group psychotherapy: Spanish experience. *Palliative and Supportive Care*, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2018. Disponível em: DOI 10.1017/S1478951517000293. Acesso em: 20 mar. 2020.

FRANKL, V. E. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Avaliense. 34. ed. rev. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2013.

GALL, T. L.; CHARBONNEAU, C.; FLORACK, P. The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer. *Psychology & Health*, v. 26, n. 3, p. 287-305, mar. 2011.

GALL, T. L.; BILODEAU, C. "Why me?" women's use of spiritual causal attributions in making sense of breast cancer. *Psychology & Health*, v. 32, n. 6, p. 709-27, 2017. Disponível em: DOI 10.1080/08870446.2017.1293270. Acesso em: 20 mar. 2020.

GALL, T. L.; BILODEAU, C. The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer: A longitudinal study. *Journal of Psychosocial Oncology*, v. 38, n. 1, p. 103-117, 2020a. Disponível em: DOI 10.1080/07347332.2019.1641581. Acesso em: 20 jun. 2021.

- GALL, T. L.; BILODEAU, C. Attachment to God and coping with the diagnosis and treatment of breast cancer: a longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, n. 28, p. 2779-2788, 2020b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00520-019-05149-6>>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- GASTON-JOHANSSON, F. et al. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, v. 40, n. 2, p. 120-131, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1188/13.ONF.120-131>>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- GEYER, S.; KOCH-GIESSELMANN, H.; NOERES, D. Coping with breast cancer and relapse: Stability of coping and long-term outcomes in an observational study over 10 years. *Social Science & Medicine*, n. 135, p. 92-98, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.027>>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- GIL, F. et al. First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress and Health*, v. 28, n. 5, p. 362-367, 2012.
- GIORGI, A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, v. 28, n. 2, p. 235-260, 1997.
- GOUVEIA, M. J.; MARQUES, M.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 10, n. 2, p. 285-293, 2009.
- GOUVEIA, M. J.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Study of the factorial invariance of the spiritual well-being questionnaire (SWBQ) in physical activity practitioners' of oriental inspiration. *Psychology, Community and Health*, v. 1, n. 2, p. 140-150, 2012.
- GOMEZ, R.; FISHER, J. W. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, v. 35, p. 1975-1991, 2003.
- GOMEZ, R.; FISHER, J. W. The spiritual well-being questionnaire: testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. *Personality and Individual Differences*, v. 39, p. 1383-1393, 2005. Disponível em: DOI 10.1016/j.paid.2005.03.023. Acesso em: 20 mar. 2020.
- GONÇALVES, L. L. C. *Trajetória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e sintomas ao tratamento*. 2013. 142 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
- GONÇALVES, R. *Vivenciando o climatério: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia*. 2005. 244 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures, and Measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, p. 105-112, 2004. Disponível em DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001. Acesso em: 20 mar. 2020.

GREGG, G. I'm a Jesus girl: coping stories of Black American women diagnosed with breast cancer. *Journal of Religion and Health*, v. 50, n. 4, p. 1040-1053, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20953712>>. Acesso em: 02 maio 2016.

GROARKE, A.; CURTIS, R.; KERIN, M. Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, v. 22, n. 1, p. 177-185, 2013.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y.S. Competing Paradigms in Qualitative Research. In: DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. (Eds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA, USA, 1994. p. 105-117.

HADDAD, N. C.; CARVALHO, A. C. A.; NOVAES, C. O. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)*, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, ago. 2015.

HAWTHORNE, D.; YOUNGBLUT, J. M.; BROOTEN, D. Psychometric evaluation of the Spanish and English versions of the spiritual coping strategies scale. *Journal of Nursing Measurement*, v. 19, n. 1, p. 46-54, 2011.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURI, S. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020*. [recurso eletrônico] / [NANDA International]. Tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros et al. Porto Alegre: Artmed, 2020.

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, v. 58, n. 1, p. 64-74. 2003. Disponível em: DOI 10.1037/0003-066X.58.1.64. Acesso em: 13 jun. 2020.

HOANG, T. M. et al. Coping with breast cancer among immigrant chinese americans. *Asian American Journal of Psychology*, v. 11, n. 2, p. 108-116, 2020. ISSN: 1948-1985. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/aap0000175>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

JAFARI, N. et al. Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Support Care Cancer*, v. 21, n. 5, p. 1219-1225, maio 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23138932>>. Acesso em: 03 maio 2016.

JANNOT, A. S. et al. Breast cancer family history leads to early breast cancer detection and optimal management. *Cancer Causes Control*, n. 28, p. 921-928, 2017.

JASSIM, G. A.; WHITFORD, D. L. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, v. 107, p. 189-195, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.031>>. Acesso em: 02 maio 2016.

JOAQUÍN-MINGORANCE, M. et al. Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Anales de Psicología/ Annals of Psychology*, v. 35, n. 2, p.188-194. 2019. ISSN 1695-229.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, v. 97, n. 12, dez. 2004. Disponível em: DOI 10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE. Acesso em: 20 mar. 2020.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012; 2012:278730. Disponível em: DOI 10.5402/2012/278730. Acesso em: 20 mar. 2020.

KYRANOU, M. et al. Predictors of initial levels and trajectories of anxiety in women before and for 6 months after breast cancer surgery. *Cancer Nursing*, v. 37, n. 6, p. 406-417, nov./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24633334>>. Acesso em: 03 maio 2016.

LADWIG, G. B.; ACKLEY, B. J. *Mosby: guia de diagnóstico de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LANDMARK, B. T. et al. Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a healthcare context. *Journal of Clinical Nursing*, v. 17, n.7B, p. 192-200, 2008.

LAZARUS, R. S. Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, v. 55, 1993.

LAZARUS, R. S. *Fifth years of research and theory of R S Lazarus: an analyses of historical and perennial issues*. (Reedited by the author) Psychology Press, 2013. 450 p.

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

LEÃO, D. C. M. R. et al. The importance of spirituality for women facing breast cancer diagnosis: a qualitative study. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 12, p. 6415, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph18126415>>. Acesso em: 19 jun. 2021.

LEE, M. S. et al. Anxiety and depression in spanish-speaking latina cancer patients prior to starting chemotherapy. *Psycho-Oncology*, v. 27, p. 333-338, 2018. Disponível em: DOI 10.1002/pon.4462. Acesso em: 13 jun. 2020.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, v. 5, n. 69, 2010.

LIMA-NETO, V. B. A espiritualidade em logoterapia e análise existencial: o espírito em uma perspectiva fenomenológica e existencial. *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. 19, n. 2, p. 220-229, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2020.

LUCCHETTI, G. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education*, v. 12, n. 78, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/78>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

MANGAOIL, R. A.; CLEVERLEY, K.; PETER, E. Immediate staff debriefing following seclusion or restraint use in inpatient mental health settings: a scoping review. *Clinical*

Nursing Research, v. 9, n. 7, p. 479-495, 2018. Disponível em: DOI 10.1177/1054773818791085. Acesso em: 13 jun. 2020.

MARKOVITZ, S. E. et al. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, v. 24, n. 12, p. 1639-1645, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.3834>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MARTINS, A. R. B.; OURO, T. A.; NERI, M. Compartilhando vivências: contribuição de um grupo de Apoio para mulheres com câncer de mama. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH)*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 131-151, jul. 2015.

MATTHEWS, E. *Compreender Merleau- Ponty*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

MCCORRY, N. K. et al. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post-diagnosis with breast cancer at 6 months post-diagnosis. *Psycho-Oncology*, v. 22, n. 3, p. 692-698, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.3054>>. Acesso em: 12 maio 2020.

MEISER, B. et al. When knowledge of a heritable gene mutation comes out of the blue: treatment-focused genetic testing in women newly diagnosed with breast cancer. *European Journal of Human Genetics*, v. 24, p. 1517-1523, 2016. DOI: 10.1038/ejhg.2016.69

MELLO-FILHO, J. BURD, M. *Psicossomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENDES, J. M. G. *A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de enfermagem*. 2012. 258f. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal, 2012.

MENDONÇA, A. B. *O sofrimento de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico: Sistematização da assistência de enfermagem na dimensão espiritual*. 2019.386f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro: 2019.

MERLEAU- PONTY, M. *A prosa do mundo*. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

MERLEAU- PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. Trad. Carlos Alberto R. de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MESQUITA, A. C. et al. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 539-545, abr. 2013.

MOREIRA, D. A. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MÜLLER, M. J. *Merleau-Ponty: acerca da expressão*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

NEVES, M. et al. Validação da versão portuguesa de Spiritual Well-Being Questionnaire em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2018, v. 4, n. 1, p. 34-42. Disponível em: DOI 10.7342/ismt.rpics.2018.4.1.70. Acesso em: 20 jun. 2020.

- NUNES, S. A. N. et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the lived experience component of the Spiritual Health and Life-Orientation Measure (SHALOM). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 31, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s41155-018-0083-2>>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- PAREDES, A. C.; PEREIRA, M. G. Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Journal of Religion and Health*, v. 57, n. 5, p. 1606-1617, 2018. Disponível em: DOI 10.1007/s10943-017-0452-7. Acesso em: 13 jun. 2020.
- PARGAMENT, K. I. *Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Publications, 2001. (Reedição de 1997).
- PARGAMENT, K. I. *Spiritually Integrated Psychoteraphy: understanding and addressing the sacred*. New York: The Guilford Press, 2007.
- PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000.
- PATEL-KERAI, G. et al. Black and South Asian women's experiences of breast cancer. *Diversity and Equality in Health and Care*, v. 11, p. 135-49, 2014.
- PATOO, M. et al. Studying the Relation between Mental Adjustment to Cancer and Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients. *International Journal of Cancer Management*, v. 11, n. 7, e8407, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5812/ijcm.8407>>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- PAULA, C. C. et al. Modo de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 67, n. 3, p. 468-472, jun. 2014. ISSN 0034-7167. Acesso em: 13 jun. 2020.
- PEDERSEN, B. et al. "The ambiguous transforming body" – A phenomenological study of the meaning of weight changes among women treated for breast cancer. *International Journal of Nursing Studies*, v. 55, p. 15-24, 2016. Disponível em: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.011. Acesso em: 13 jun. 2020.
- PENHA, R. M. *A Espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: análise de conceito*. 2012. 224 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
- PEREIRA, I. S. Mundo e sentido na obra de Viktor Frankl. *PSICO*, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 159-165, abr./jun. 2008.
- PEREIRA, S. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 6, p. 791-795, dez. 2006. DOI: 10.1590/S0034-71672006000600013. Acesso em: 13 jun. 2020.
- PÉREZ, J. E.; SMITH, A. R. Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 38, p. 183-193, 2015. DOI: 10.1007/s10865-014-9593-2. Acesso em: 13 jun. 2020.

PETERS, M. D. et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, v. 13, n. 3, p. 141-146, 2015. DOI: 10.1097/XEB.000000000000050. Acesso em: 13 jun. 2020.

PEUKER, A. C. W. B. et al. Causal attribution among women with breast cancer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 29, n. 4, 2016. Disponível em: DOI: 10.1186/s41155-016-0007-y. Acesso em: 13 jun. 2020.

PINTADO, S. Información médica sobre el cáncer de mama y repercusiones psicológicas en pacientes oncológicos provenientes de España durante el año 2011. *Revista Médicas UIS*, v. 30, n. 3, p. 13-20, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.18273/revmed.v30n3-2017001>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

PINTO, K. K. O.; SPIRI, W. C. A percepção de enfermeiros sobre o cuidar de pacientes com problemas físicos que interferem na auto-imagem: uma abordagem fenomenológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 16, n. 3, mai./jun. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300012>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2011.

RAJA-LEXSHIMI, R. G. Spirituality and mental adjustment as coping strategies among women with breast cancer. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2014. Disponível em: <[https://ukm.pure.elsevier.com/ms/publications/spirituality-and-mental-adjustment-as-coping-strategies-among-women-with-breast-cancer\(7745e464-89c8-42c7-9e0a-b6eeedd64e5b\).html](https://ukm.pure.elsevier.com/ms/publications/spirituality-and-mental-adjustment-as-coping-strategies-among-women-with-breast-cancer(7745e464-89c8-42c7-9e0a-b6eeedd64e5b).html)>. Acesso em: 03 maio 2016.

REINERT, K. G.; KOENIG, H. G. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, v. 69, n. 12, p. 2622-2634, 2013.

RIBEIRO, G. S.; CAMPOS, C. S.; ANJOS, A. C. Y. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v. 11, n. 4, p. 849-856, 2019. Disponível em: DOI 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.849-856. Acesso em: 13 jun. 2020.

ROCHA, R. et al. Spiritual needs experienced by the patient's family caregiver under Oncology palliative care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, suppl. 6, p. 2635-2642, 2018. Disponível em: DOI 10.1590/0034-7167-2017-0873. Acesso em: 13 jun. 2020.

ROHANI, C. et al. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes*, v. 13, n. 40, 2015. Disponível em: DOI 10.1186/s12955-015-0229-1. Acesso em: 13 jun. 2020.

RUDAZ, M.; LEDERMANN, T.; GRZYWACZ, J. G. The influence of daily spiritual experiences and gender on subjective well-being over time in cancer survivors. *Archive for the Psychology of Religion*, v. 41, n. 2, p. 159-171, 2019. Disponível em: DOI 10.1177/0084672419839800. Acesso em: 13 jun. 2020.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na Enfermagem Brasileira: retrospectiva histórica. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 225-237, abr./jun. 2007.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. *Metodología de la investigación*. 5 ed. México: McGraw-Hill/Interamericana, 2010

SENA, E. L. S. *A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão Merleau-Pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer*. 2006. 284 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2006.

SHERMAN, D. W. et al. The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, V. 25, n. 1, p. 3-16, 2012. Disponível em: DOI 10.1016/j.apnr.2009.10.003. Acesso em: 13 jun. 2020.

SHONTZ, F. C. Adaptation to Chronic Illness and Disability. In: MILLON, T., GREEN, C. J., MEAGHER, R. B. (Eds.) *Handbook of Clinical Health Psychology*. Boston, MA: Springer, 1982.

SILVA, S. M.; MOREIRA, H. C.; CANAVARRO, M. C. Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*, v. 21, n. 4, p. 409-418, 2012.

SOUZA, J.; SEIDL, E. M. F. *Distress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia*. *Brasília Médica*, v. 50, n. 3, p. 242-252, 2014. Disponível em: DOI 10.14242/2236-5117.2014v50n3a96p252. Acesso em: 13 jun. 2020.

SWINTON, J.; BAIN, V.; INGRAM, S.; HEYS, S. D. Moving inwards, moving outwards, moving upwards: The role of spirituality during the early stages of breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, v. 20, n. 5, p. 640-652, 2011. Disponível em: DOI 10.1111/j.1365-2354.2011.01260.x. Acesso em: 13 jun. 2020.

TERRA, M. G. et al. Fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como referencial teórico-filosófico numa pesquisa de ensino em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 547-51, set. 2009.

TEIXEIRA, E. R. et al. *Psicossomática no cuidado em saúde: atitude transdisciplinar*. Rio de Janeiro: Yendis, 2009.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2015.

THUNÉ-BOYLE, I. C. The impact of a breast cancer diagnosis on religious/spiritual beliefs and practices in the UK. *Journal of Religion and Health*, v. 50, n. 2, p. 203-218, jun. 2011. Disponível em: DOI 10.1007/s10943-010-9322-2. Acesso em: 13 jun. 2020.

THUNÉ-BOYLE, I. C. et al. Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, v. 20, n. 7, p. 771-782, 2011. Disponível em: DOI 10.1002/pon.1784. Acesso em: 13 jun. 2020.

THUNÉ-BOYLE, I. C. et al. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, v. 22, n. 3, p. 646-658, 2013.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TORRES, E.; DIXON, C.; RICHMAN, A. R. Understanding the Breast Cancer Experience of Survivors: a Qualitative Study of African American Women in Rural Eastern North Carolina. *Journal of Cancer Education*, v. 31, p. 198-206, 2016.

TRASMONTANO, P. S. *Percepções acerca da espiritualidade articulada à biblioterapia enquanto experiência vivenciada no cuidado integral aos pacientes com HIV e AIDS: uma perspectiva fenomenológica*. 2015. 218 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Niterói/ RJ, 2015.

VAN DER SPEK, N. et al. Meaning Making in Cancer Survivors: A Focus Group Study. *PLOS ONE Collection*, v. 8, n. 9, e76089, 2015. Disponível em: DOI 10.1371/journal.pone.0076089. Acesso em: 13 jun. 2020.

VEIT, C. M.; CASTRO, E. K. *Coping religioso/espiritual positivo em mulheres com câncer de mama: um estudo qualitativo*. *PSICO*, v. 44, n. 3, p. 331-341, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/15820/10408>>. Acesso em: 03 maio 2016.

VIEIRA, D. C. R.; AQUINO, T. A. A. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 2, p. 483-494, 2016. Disponível em: DOI: 10.9788/tp2016.2-05pt. Acesso em: 13 jun. 2020.

WANG, X. et al. Interaction of Coping Styles and Psychological Stress on Anxious and Depressive Symptoms in Chinese Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, v. 13, n. 4, p. 1645-1649, 2012. Disponível em: DOI 10.7314/apjcp.2012.13.4.1645. Acesso em: 13 jun. 2020.

WATKINS, C. et al. Differences in coping among african American women with breast cancer and triple-negative breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, v. 44, n. 6, p. 689-702, 2017. DOI: 10.1188/17.ONF.689-702. Acesso em: 13 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Executive Board, 101. *Review of the Constitution of the World Health Organization: report of the Executive Board special group*. Geneva, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/79503>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and information systems. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. The Structure of the WHOQOL-100. Domains and facets incorporated within domains. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Topics. Cancer. *Breast cancer*. Early diagnosis and screening. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

(RESOLUÇÃO Nº 466/12 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)

TÍTULO DO PROJETO: A vivência da mulher com diagnóstico de câncer de mama e implicações da espiritualidade no cuidado: um estudo fenomenológico

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Doutoranda Diva Cristina Morett Romano Leão

INSTITUIÇÃO PERTENCENTE O PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; Universidade Federal Fluminense

TELEFONE PARA CONTATO DO PESQUISADOR: (21)2629-9484; 2629-9456

NOME DA VOLUNTÁRIA:

_____.

IDADE: _____ RG: _____.

A Sr^a está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa acerca da vivência da mulher com diagnóstico de câncer de mama e implicações da espiritualidade de responsabilidade da pesquisadora professora doutoranda Diva Cristina Morett Romano Leão.

A pesquisa tem como objetivo geral: Compreender a percepção vivenciada pela mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama e as implicações em sua espiritualidade. Com objetivos específicos descrever a percepção da mulher diagnosticada com câncer de mama acerca de seu corpo e seu mundo da vida, reconhecer as necessidades espirituais e emocionais da mulher com câncer de mama, discutir as perspectivas do cuidado espiritual e emocional para as mulheres com câncer de mama.

A sua participação consistirá em responder a um formulário de identificação e em seguida as perguntas que serão realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada em aparelho digital, mediante sua autorização, e depois transcrita na íntegra. As observações da pesquisadora anotadas em folha específica.

Os desconfortos ou riscos associados à sua participação na pesquisa são constrangimento e desconforto com o tema. Para tanto, a pesquisadora concederá acolhimento e escuta sensível como apoio emocional. Além disso a entrevista será realizada em ambiente reservado tendo seu nome preservado.

O estudo traz como benefício trazer novas possibilidades no cuidado emocional e espiritual em saúde e principalmente da enfermeira, contribuindo para a qualidade da assistência. Os benefícios diretos serão a escuta sensível e o toque terapêutico como apoio emocional. Você receberá outras orientações acerca do tema. As informações que prestar durante a entrevista além de muito importantes para que a pesquisadora possa compreender e analisar o seu conteúdo, serão utilizadas de uma maneira confidencial e seu anonimato será garantido em qualquer fase do estudo, pois seu nome e identidade permanecerão em segredo.

Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória, e a qualquer momento você pode recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Isso não trará nenhum prejuízo em seu tratamento ou em sua relação com a pesquisadora ou instituição onde está sendo realizada esta pesquisa.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área do cuidado em saúde da mulher, da enfermagem, com foco no câncer de mama.

As participantes da pesquisa, e a comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: e-mail: etica@vm.uff.br – tel/fax: (21) 26299189.

Você receberá esse termo original com assinatura das pesquisadoras envolvidas, onde constam os respectivos nomes, e-mails e telefones, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Profª Dnda. Diva Cristina Morett Romano Leão
Tel. (21) [REDACTED] -mail: divaleao@yahoo.com.br

Profª Dra. Eliane Ramos Pereira
Tel. (21) [REDACTED] -mail: elianeramos.uff@gmail.com

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa
acima descrito.

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista fenomenológica

TÍTULO DO PROJETO: A vivência da mulher com diagnóstico de câncer de mama e implicações da espiritualidade no cuidado: um estudo fenomenológico.

PERCEPÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

1. Como foi para você receber o diagnóstico de câncer de mama?
2. Como foi para você vivenciar esses momentos?
3. Quais os seus sentimentos em relação ao seu corpo a partir desse diagnóstico?

ACERCA DA DIMENSÃO ESPIRITUAL

1. Para você o que significa a espiritualidade?
2. O que você pensa da sua espiritualidade?
3. O diagnóstico da doença influenciou sua vida espiritual?
4. Como você expressa sua fé e suas necessidades espirituais?
5. Suas crenças pessoais influenciam sua vontade de viver?

APÊNDICE 3 – Formulário de caracterização

TÍTULO DO PROJETO: A vivência da mulher com diagnóstico de câncer de mama e implicações da espiritualidade no cuidado: um estudo fenomenológico

1- Identificação:

Iniciais: _____.

Idade: _____. Data de nascimento: _____.

Cidade onde reside: _____.

Raça/ Cor: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena ().

Estado Civil: Solteira () Casada () Viúva () Divorciada () União estável ().

Número de filhos: _____.

2- Nível Educacional:

Não sabe ler e escrever: ()

Ensino Fundamental/ Primário: Completo () Incompleto ().

Ensino Médio/ Secundário: Completo () Incompleto ().

Ensino Superior: Completo () Incompleto () Pós-graduação: () Tipo: _____.

3 – Renda Familiar:

1 a 2 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos () Acima de 6 salários mínimos ().

4 – Ocupação:

Descrever: _____.

5 – Tipo de moradia:

Descrever:

_____.

6 – Com quem vive:

Sozinha () Com marido/companheiro () Com filhos () Com mãe () Com pais () Com outros familiares () Com amiga () Outra opção: _____.

7 – Qual é a sua religião ou culto?

_____. É praticante? _____.

Frequenta reuniões: () semanais () mensais () poucas vezes.

8 - Observações do pesquisador:

_____.

DATA: _____.

APÊNDICE 4 – Questionário do Bem-Estar Espiritual (SWBQ)

MARQUE A OPÇÃO NUMÉRICA QUE MELHOR DESCREVE COMO VOCÊ SE SENTE NA SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL ATUAL: (NÃO PRECISA DEMORAR EM CADA UM DOS ITENS)

1- Desenvolvendo amor pelos outros:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

2- Desenvolvendo relação pessoal com Deus:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

3- Desenvolvendo bondade (e perdão) para com os outros:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

4- Desenvolvendo ligação com a natureza:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

5- Desenvolvendo sua identidade pessoal:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

6- Desenvolvendo admiração pela criação:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

7- Desenvolvendo admiração pela paisagem:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

8- Desenvolvendo confiança nos outros:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

9- Desenvolvendo a autoconsciência (autoconhecimento):

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

10- Desenvolvendo união com a natureza:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

11-Desenvolvendo união com Deus:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

12-Desenvolvendo harmonia com o ambiente:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

13-Desenvolvendo paz com Deus:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

14-Desenvolvendo alegria na vida:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

15-Desenvolvendo uma vida de meditação e/ou oração:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

16-Desenvolvendo paz interior:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

17-Desenvolvendo respeito pelos outros:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

18-Desenvolvendo sentido na vida:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

19-Desenvolvendo generosidade com os outros:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

20-Desenvolvendo magia na natureza:

1 (muito pouco) 2 (pouco) 3 (moderadamente) 4 (muito) 5 (muitíssimo)

APÊNDICE 5 – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIVÊNCIA DA MULHER COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA E IMPLICAÇÕES DA ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Pesquisador: DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64110617.2.0000.5243

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.465.340

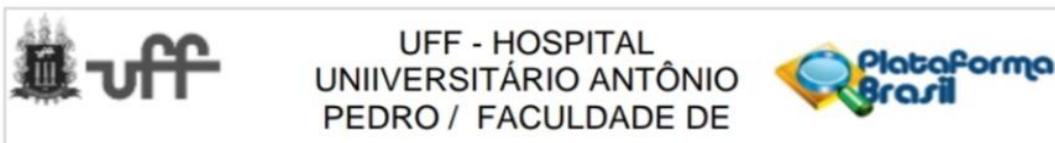
Apresentação do Projeto:

Projeto de Tese de Doutorado - Programa de Pós-graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

O estudo é descritivo, de abordagem qualitativa tendo como base a perspectiva teórico-metodológica da Fenomenologia de Merleau-Ponty Como cenário o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP)/UFF.

Serão entrevistadas mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama sendo utilizado um roteiro de entrevista, em que a palavra será essencial na descrição do mundo vivido por essas mulheres e a observação de campo e será utilizado um formulário que constará uma pequena coleção de questões elaboradas e preenchidas pelo entrevistador, para caracterização das participantes da pesquisa. As entrevistas serão gravadas em arquivo eletrônico, com o consentimento das participantes, para obter e garantir melhor precisão e riqueza de detalhes nas informações a serem coletadas. Algumas informações serão anotadas pela pesquisadora com a finalidade de aprofundá-las conforme as mulheres relatarem. Visando garantir a confidencialidade as entrevistas serão transferidas para um arquivo confidencial no computador e impressas para interpretação. Serão garantidos a confidencialidade dos dados e o atendimento as normas da Resolução 466/12. Essas gravações e os respectivos textos serão armazenados por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora, e após esse prazo, excluídos.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.465.340

O cenário da pesquisa será o setor ambulatorial de Ginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, UFF onde as mulheres com câncer de mama são atendidas após o diagnóstico realizado nas Unidades Básicas de Saúde.

Os critérios de inclusão serão mulheres que vivenciem o câncer de mama, maiores de 18 anos de idade, que já tenham confirmado o diagnóstico de câncer de mama, que estejam na sua segunda consulta ou posteriores na unidade, já que na primeira consulta no Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) é que se realiza toda a anamnese e confirmação de diagnóstico clínico, além da solicitação do histopatológico da nova biópsia. Não haverá restrições quanto a etnia, religião, aspectos político econômicos e socioculturais. Serão incluídas somente as que desejarem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os critérios de exclusão serão as mulheres que estejam com outros tipos de neoplasias malignas, mesmo que seja metástase, ou alguma outra patologia concomitante que inviabilize ou dificulte a coleta de dados e que não queiram participar de pesquisa.

Tamanho da Amostra no Brasil: 20

Objetivo da Pesquisa:

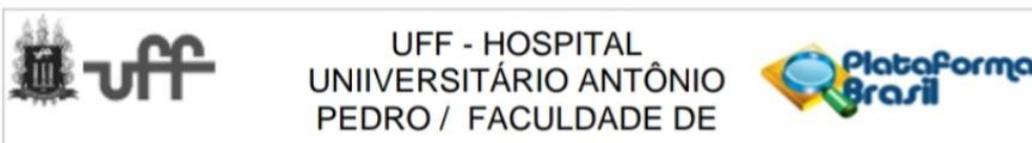
Objetivo Primário: Compreender a experiência vivenciada pela mulher no enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama e as implicações em sua espiritualidade.

Objetivo Secundário: Desvelar a percepção da mulher diagnosticada com câncer de mama acerca de seu corpo e seu mundo da vida. Reconhecer a espiritualidade e as necessidades espirituais e emocionais da mulher com câncer de mama. Discutir as perspectivas do cuidado espiritual e emocional para as mulheres com câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os desconfortos ou riscos associados à participação das entrevistadas serão mínimos por conta de possível constrangimento, desconforto com a temática, e reações emocionais, como tristeza e choro. A pesquisadora se compromete a oferecer apoio emocional e também interromper a entrevista caso necessário, resguardando a integridade física, psíquica e emocional das participantes sempre que necessário. As participantes poderão declinar da pesquisa a qualquer momento que desejarem ou se recusar a responder qualquer pergunta sem prejuízo na relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.465.340

O estudo traz como benefício a possibilidade de trazer novas perspectivas no cuidado emocional e espiritual em saúde, contribuindo para a qualidade da assistência a essas mulheres com câncer. Vale ressaltar, que como benefícios diretos haverá a escuta sensível e o toque terapêutico como parte de um possível cuidado imediato realizado pela pesquisadora

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa interessante, bem estruturada, com referencial teórico-filosófico bem consistente, com abordagem qualitativa, notando-se o cuidado na preservação do sujeito da pesquisa. Tinha ficado em pendência para revisão/adequação do TCLE e pela falta do roteiro de entrevistas e do formulário a ser aplicado, no que foi atendido pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos revistos e adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. Protocolo aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_854130.pdf	21/11/2017 20:24:16		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_854130.pdf	21/11/2017 19:34:31		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	21/11/2017 18:49:47	DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEAO	Aceito
Outros	Formulario.pdf	21/11/2017 18:48:00	DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEAO	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevista.pdf	21/11/2017 18:45:32	DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigidoDIVA.pdf	21/11/2017 18:43:25	DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEAO	Aceito
Outros	CartaRespostaParecer.pdf	21/11/2017 18:40:33	DIVA CRISTINA MORETT ROMANO	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
 Bairro: Centro CEP: 24.030-210
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.465.340

Outros	CartaRespostaParecer.pdf	21/11/2017 18:40:33	LEAO	Aceito
Folha de Rosto	FolhsdeRostoParaPesquisaEnvolvendo SeresHumanos.pdf	17/01/2017 15:37:32	DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEAO	Aceito
Outros	Declaracaodeautorizacaoparapesquisa.pdf	17/01/2017 14:36:23	DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DIVAPROJETOTESECEP.docx	17/01/2017 13:38:16	DIVA CRISTINA MORETT ROMANO LEAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 11 de Janeiro de 2018

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

APÊNDICE 6 – Declaração de Autorização para a Pesquisa



Universidade Federal Fluminense

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA

Declaro tomar ciência e autorizar, como Diretor Acadêmico do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), a coleta de dados da pesquisa intitulada: "A vivência da mulher com diagnóstico de câncer de mama e implicações da espiritualidade no cuidado: um estudo fenomenológico". Esta pesquisa deverá trazer contribuições científicas, acadêmicas e sociais para os sujeitos pesquisados e para os pacientes, sendo o(a) pesquisador(a) Diva Cristina Morett Romano Leão, ciente de suas responsabilidades; bem como o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Niterói, 16 de novembro de 2016.

PROF. RUBENS ANTUNES DA CRUZ FILHO Gerente de Ensino e Pesquisa HUAP/EBSERH

Hospital Universitário Antonio Pedro
Rua Marquês do Paraná 303 - Centro - Niterói - RJ - CEP: 24033-900
Tels: 2629-9408/9409/9421 Fax : 2629-9418 e-mail:
rubensacfilho@huap.uff.br

APÊNDICE 7 – Apresentação sintética da análise e categorização dos dados das entrevistas

CATEGORIA 1 – Impactos e repercussões emocionais percebidos no diagnóstico de câncer de mama: enfrentamento centrado na emoção

DEPOIMENTOS	UNIDADES DE SIGNIFICADO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<i>E2, E8, E9, E12, E13, E26, E29, E30, E39</i>	Choque e desmaio	1ª Subcategoria – Impacto do Diagnóstico	CATEGORIA 1 IMPACTOS E REPERCUSSÕES EMOCIONAIS PERCEBIDOS NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA: ENFRENTAMENTO CENTRADO NA EMOÇÃO
<i>E6, E18, E21, E30</i>	Espanto e Desespero		
<i>E5, E11, E14, E15, E21, E30, E35, E37</i>	Angústia e Dor da alma		
<i>E5, E8, E11, E13, E19, E24, E25, E26, E27, E28, E35, E36, E38</i>	Choro		
<i>E3, E9, E14, E15, E22, E24, E25, E28, E30, E36</i>	Negação e Evitação		
<i>E22, E23, E26, E27, E30, E31, E34, E36, E39</i>	Sentimentos ambíguos		
<i>E5, E8, E9, E13, E14, E17, E18, E19, E22, E29, E30, E39</i>	Medo	2ª Subcategoria – Repercussões: medo, preocupação, incertezas, culpa... Muito difícil	
<i>E4, E5, E6, E9, E13, E14, E17, E25, E29, E35, E37, E39, E40</i>	Preocupação		
<i>E1, E2, E5, E9, E11, E12, E21, E25, E26, E29, E30, E36</i>	Incertezas sobre o futuro		
<i>E2, E10, E19, E38</i>	Sentindo-se culpada		
<i>E8, E12, E21, E23, E33, E34, E35, E39</i>	Tristeza e Depressão		
<i>E22, E25, E28, E29, E30, E31, E32, E35</i>	Um diagnóstico cruel: muito difícil		

CATEGORIA 2 - Vivências no mundo da vida com o diagnóstico de câncer: enfrentamento centrado no problema

DEPOIMENTOS	UNIDADES DE SIGNIFICADO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
E1, E9, E13, E19, E25, E27, E29, E32, E38, E39	Sem coragem, Sem palavras	1ª Subcategoria – Vivendo o diagnóstico em família	CATEGORIA 2 VIVÊNCIAS NO MUNDO DA VIDA COM O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: ENFRENTAMENTO CENTRADO NO PROBLEMA
E1, E3, E7, E8, E11, E13, E30, E40	Percebendo as Reações na família		
<i>E17, E30, E34, E37, E40</i>	Não querem ouvir		
<i>E6, E14, E16, E19, E20, E24, E33, E36, E40</i>	Sentindo-se apoiada pela Família		
E2, E4, E5, E7, E8, E9, E11, E13, E15, E23, E24, E26, E28, E30, E36, E37, E38, E39, E40	Perfeita por fora, coisa ruim por dentro - Corpo corroendo	2ª Subcategoria – Corpo vivido, corpo sentido	
<i>E8, E5, E8, E11, E13, E14, E17, E19, E29, E30, E39</i>	No confronto com a Autoimagem		
E2, E4, E7, E8, E12, E13, E15, E18, E21, E22, E23, E30, E38	Enfrentando a demora	3ª Subcategoria – Na luta contra o tempo: a temporalidade vivida	
E1, E2, E4, E5, E7, E9, E10, E13, E25, E27, E29, E31, E32, E39	Experiências de câncer na família	4ª Subcategoria – Ancoragens no câncer – a busca do ‘porquê’	
E2, E5, E8, E11, E17, E21, E23, E25, E37, E39	As Raízes do Câncer: mágoas, ansiedades, desgostos, pesar		
E20, E21, E31, E34, E36, E38	Percebendo o câncer de mama como acontecimento global		

CATEGORIA 3: Espiritualidade na vivência do sentido da vida e bem-estar - enfrentamento centrado no sentido

DEPOIMENTOS	UNIDADES DE SIGNIFICADO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
<i>E1, E2, E3, E8, E10, E13, E15, E16, E21, E24, E25, E27, E30, E31, E32, E34, E36, E37, E38, E39, E40</i>	Significados	1ª Subcategoria – Significados da Espiritualidade no confronto com a experiência do câncer	CATEGORIA 3 ESPIRITUALIDADE NA VIVÊNCIA DO SENTIDO DA VIDA E BEM-ESTAR - ENFRENTAMENTO CENTRADO NO SENTIDO
<i>E1, E2, E7, E9, E10, E11, E14, E19, E20, E23, E25, E27, E28, E32, E33, E34, E35, E37, E39, E40</i>	Fonte de Força espiritual		
<i>E3, E4, E5, E6, E7, E11, E14, E15, E16, E18, E19, E20, E21, E24, E28, E29, E32, E33, E36, E37</i>	Buscando em Oração	2ª Subcategoria – Bem-Estar na Relação com Deus	
<i>E1, E2, E3, E5, E6, E7, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E27, E28, E29, E30, E31, E33, E34, E35, E36, E37, E39, E40</i>	Fé e confiança		
<i>E4, E6, E15, E19, E21, E22, E24, E27, E29, E34, E36</i>	Acolhimento e conforto espiritual	3ª Subcategoria – Bem-estar no Convívio Religioso	
<i>E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E30, E31, E32, E33, E34, E35, E36, E37, E38, E39, E40</i>	Valores de Vida: Deus Família Saúde	4ª Subcategoria – Sentido da Vida: a busca do propósito e bem-estar existencial	
<i>E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E30, E31, E32, E33, E34, E35, E36, E37, E38, E40</i>	A procura do sentido para a vida		
<i>E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E30, E31, E32, E33, E34, E35, E36, E37, E38, E39, E40</i>	Vontade de viver		
<i>E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11, E14, E16, E17, E18, E20, E22, E23, E25, E27, E31, E33, E34, E35, E37, E38, E40</i>	Mantendo a calma e o Equilíbrio		
<i>E3, E6, E7, E13, E24, E26, E36</i>	Redirecionando o Foco		
<i>E1, E2, E3, E4, E5, E8, E10, E13, E15, E16, E17, E20, E23, E24, E25, E26, E28, E29, E31, E32, E35, E36, E39</i>	Seguindo em frente: a espiritualidade me sustenta		



Article

The Importance of Spirituality for Women Facing Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study

Diva Cristina Morett Romano Leão ^{1,2,*}, Eliane Ramos Pereira ¹, María Nieves Pérez-Marfil ³,
 Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva ¹, Angelo Braga Mendonça ⁴, Renata Carla Nencetti Pereira
 Rocha ¹ and María Paz García-Caro ²

¹ Faculty of Nursing, Fluminense Federal University, Niterói, Rio de Janeiro 24020091, Brazil; elianeramos.uff@gmail.com (E.R.P.); roserosa.uff@gmail.com (R.M.C.R.A.S.); mncetti@yahoo.com.br (R.C.N.P.R.)

² Department of Nursing, Mind Brain and Behavior Research Center (CIMCYC), University of Granada, 18071 Granada, Spain; mpazgc@ugr.es

³ Department of Personality, Evaluation, and Psychological Treatment, Mind, Brain and Behavior Research Center, University of Granada, 18071 Granada, Spain; nperez@ugr.es

⁴ National Cancer Institute, Rio de Janeiro 20230130, Brazil; angeloprimax@gmail.com * Correspondence: divaleao@yahoo.com.br

Abstract: Breast cancer remains significantly distressing and produces profound changes in women's lives. Spirituality is an important resource at the time of diagnosis and treatment decisions. This qualitative study aimed to explore the spiritual experience of women diagnosed with breast cancer and the considerations of spirituality in health care using the existential phenomenology approach. The sampling procedure was intentional, based on the study's exclusion and inclusion criteria. Forty women participated in individual interviews. The research was conducted in the outpatient clinic of a reference federal university hospital in South-Eastern Brazil. Throughout the research process, ethical principles were carefully followed. Five themes were identified: (1) meaning of spirituality—source of spiritual strength, (2) well-being in the relationship with God, (3) well-being in religious fellowship, (4) values and purpose of life—meaning in life, and (5) spirituality as a foundation to continue. Respect for patient's spiritual values was recognised as a fundamental principle in health care. Spirituality was revealed as a source of support during the complex process of being diagnosed with breast cancer. Thus, health care professionals that value and encourage spirituality are needed, favouring better patient response to the diagnosis.

Keywords: breast cancer; spirituality; diagnosis; health; nursing; meaning in life; qualitative research

Citation: Leão, D.C.M.R.; Pereira, E.R.; Pérez-Marfil, M.N.; Silva, R.M.C.R.A.; Mendonça, A.B.; Rocha, R.C.N.P.; García-Caro, M.P. The Importance of Spirituality for Women Facing Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 6415. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126415>

Academic Editors: Jitse P. van Dijk and Klára Malináčková

Received: 14 May 2021

Accepted: 4 June 2021

Published: 13 June 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

The diagnosis of breast cancer has proven to be challenging for all affected women, causing different levels of emotional distress [1–4]. The stigma associated with breast cancer requires patients to comprehend new concepts while experiencing helplessness, anxiety, depression, and meaninglessness, all in the face of suffering and uncertainty about the life that the disease and its treatment have created for them [5–7]. Despite improvements in diagnosis and treatment, breast cancer remains a significantly stressful event, producing psychological distress that can remain elevated for up to a year post-diagnosis. These effects should be recognised because they significantly impact women's lives negatively [8–12].

In recent decades, scientific contributions to the spiritual dimensions of health have been increasing [1,8,13–15]. Spirituality is now seen as an important dimension of health and well-being, and, alongside religious faith, many individuals from diverse cultures may rely on it when confronted with severe illnesses such as cancer [8,16,17]. Spirituality refers to a set of emotions and non-material convictions [18] and must be understood as a search for connection with oneself, achieving a state of wholeness, a connection with

others and the environment, and a personal connection with the sacred in an experience with the transcendent [19,20]. Moreover, spirituality promotes healing; incorporates values, attitudes, and perspectives to life; and leads to awareness of the meaning and purpose of life. Spirituality is connected to religious faith, but it is broader than this. Religiosity is an expression of spirituality, that in turn is deeply inserted into organised systems of religion or faith, including beliefs, practices, and religious rituals for a substantial experience. The spiritual dimension, which is focused on the integration of the physical, emotional, and spiritual, is valued as unique [15,20,21]. For instance, in women's confrontations with breast cancer, they begin to explore existential questions such as those related to the search for meaning in life and transcendence. This can result in a greater will to live and can offer them comfort and hope in the face of distress and fear of finitude. [14,21].

There is sufficient support for the notion that spiritual factors can operate as a resource for individuals facing a cancer diagnosis and treatment decisions. Typically, women with breast cancer engage in positive coping strategies (which can be used to provide security and peace, obtain comfort, will to live, hope, and promote well-being), but it is worth mentioning that negative spiritual coping exists (e.g., feeling abandoned by God, distress, and negative emotions like high anxiety and acute fear) [5,8,14,21–23]. In the last decade, research on spirituality at the end of life, cancer, and palliative care have increased. Likewise, research has focused on women diagnosed with breast cancer, their specific treatments, the impact of mutilating surgeries, and the emotional and spiritual factors during and after their treatment, all with well-differentiated themes and objectives. Therefore, the present study sought to give a voice to women coping with the diagnosis while valuing their spiritual needs as part of an integral (spiritual, emotional, and physical) vision and recognising that they are facing various conflicts without much time to deliberate on the decisions that should be made.

Edlund et al. [24] assert that in human beings, inner ethical dignity is found in the spiritual dimension and gives expression to the experience of dignity. It emerges from everyday life and values prevalent in a particular culture. Fundamental human rights and women's dignity are international principles that should guide health practice in all cultural contexts [25] for an environment of dignity. Ethical principles, such as duties, rights, and responsibilities, must be respected by health professionals, who must also be conscious of integrity, honesty, and justice [26] to create an ethical environment. Active listening can also be incorporated as it is essential for supportive attention to patients' needs [27].

Currently, health care providers who care about patients' spiritual needs are vital in cases of breast cancer, a life-changing diagnosis that leads patients to re-evaluate their beliefs and practices and encourages them to search for transcendence [23]. Overall, holistic health care should be based on a shared understanding of spirituality in a multidisciplinary approach, with more attention paid to the person instead of the health problem, during the assessment and treatment of their emotional and spiritual distress [1,28]. However, despite patients' right to receive treatment that considers their physical, spiritual, and emotional needs, health professionals often experience difficulties in recognising and addressing those needs [1,17]. This leads to challenges to provide more qualified and integral care.

The aforementioned literature reveals the importance of providing integral care that addresses the spiritual needs of women diagnosed with breast cancer. Therefore, the present study aimed to explore the spiritual experience of women diagnosed with breast cancer and the consideration of spirituality in health care.

2. Methods

2.1. Design

This is a qualitative study guided by Merleau-Ponty's [29] existential phenomenology approach, which focuses on the individuals' lifeworld. Accordingly, it is possible to comprehend individuals' perceptive experiences by conducting phenomenological interviews. In the analysis of the qualitative data, we sought to identify patterns of common experiences shared by the participants using Amedeo Giorgi's [30] phenomenological analysis method.

2.2. Setting

This study was conducted in the outpatient mastology sector of a Brazilian university hospital in the state of Rio de Janeiro, to which women with breast cancer were referred immediately after diagnosis to confirm and begin treatment. It is a high-quality, metropolitan centre in the region that attends up to 15 new cases of breast cancer per month.

2.3. Participants

The sampling procedure followed was intentionally based on the following inclusion criteria: women over 18 years with histopathological diagnosis of breast cancer, who had not started any kind of treatment and freely agreed to participate. Exclusion criteria included patients diagnosed with other types of neoplasms or metastasis, with more than one year of a confirmed diagnosis, or some other concomitant pathology that would make verbal communication impossible. There were no restrictions on ethnicity, religion, or economic and sociocultural political aspects.

After the breast cancer diagnosis was confirmed, participants were recruited by the researcher following a medical consultation. The recruitment took place between August 2018 and February 2019. As a preliminary step, the researcher immersed in the field of study and observed the dynamics of the sector in the setting where the study was developed. Women were observed through the breast cancer diagnosis process, including during the first medical consultation, the clinical session in which treatment decisions were made, and the follow-up nursing consultations in the pre-and post-operative periods of breast cancer.

2.4. Data Collection

The interviews were conducted face-to-face with the researcher in a private room for an average duration of 40 min. The characterisation form, composed of identification and sociodemographic data, was filed by the researcher (Table 1).

A flexible and open interview script was used to promote women's description of the world as experienced by them. The interview started spontaneously, creating a favourable environment that allowed participants to express their own experiences, feelings, and spiritual issues freely since receiving a breast cancer diagnosis. The researcher aimed to provide sensitive listening and emotional support during the session.

Each interview opened with the questions 'what does spirituality mean to you? how do you express your faith and spiritual needs'? As the interview progressed, the themes became more profound (e.g., 'has the diagnosis of the disease influenced your spiritual life?' and 'do your personal beliefs influence your will to live?') and participants were asked to elaborate and provide details. None of the participants withdrew from the study. Data collection was completed using the data saturation criterion through the repetition of information in the statements, totalling 40 interviews.

2.5. Ethical Considerations

This study was performed in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Approval was granted by the University Research Ethics Committee (no. 64110617.20000.5243). Only those who agreed to participate in the study were included and signed an informed consent form. All study participants were given verbal and written information related to the study aims and their involvement. It was made clear that they could withdraw from the study at any time. Anonymity and confidentiality were ensured by safeguarding the data and the participants' names.

2.6. Analysis and Rigour

Data analysis was supported by the MAXQDA[®] 2018 software as an instrumental part of the analysis strategy. To accomplish transparency, the researchers discussed the study's challenges and difficulties [27]. All interviews were audio recorded and transcribed verbatim. The data were analysed and grouped into themes to enhance comprehension of the phenomenon by three researchers.

Table 1. Distribution of the sociodemographic and religious variables of the participants.

Variable	n	%
Age Group		
24–55	13	32.5
56–60	9	22.5
61–69	11	27.5
70 or more	7	17.5
Education		
Illiterate	3	7.5
Elementary (incomplete)	5	12.5
Elementary	7	17.5
Secondary	10	25
Secondary (incomplete)	3	7.5
Higher education	5	12.5
Higher education (incomplete)	6	15
Postgraduate	1	2.5
Religion		
Catholic	21	52.5
Evangelical	15	37.5
Kardecist spiritist	3	7.5
No religion	1	2.5
Has Income		
Yes	35	87.5
No	5	12.5
Marital Status		
Single	9	22.5
Married	18	45
Divorced	9	22.5
Widow	4	10
Race		
Brown	14	35
White	14	35
Black	12	30
Number of children		
0	3	7.5
1–2	31	77.5
3 or more	6	15

Giorgi's [30] phenomenological analysis method was used in a four-step procedure. First, the complete interviews were read to gain a sense of the overall meaning. Second, interviews were reread to evaluate the discrimination of meaning units, as evidenced, and to discover, articulate, and explain their psychological value and significance, with a focus on the experienced phenomenon from a health care perspective. Third, the meaning units were examined and transformed into descriptive language with an emphasis on the individual characteristics of the phenomenon. Fourth, the meaning units were synthesised to capture the essence of the experience under investigation [31,32].

To ensure the reliability of the study, our procedure followed the guidelines proposed by Graneheim and Lundman [33] and Guba and Lincoln [34]. First, the research experience was accredited in the object of the study and the qualitative methodology of the authors. Second, the researchers paid attention to their own values and beliefs, reflecting on how they could influence the different stages of the study. Third, the recruitment process with a broad selection criteria and no restrictions based on beliefs, ethnicities, ages, or other sociodemographic variables guaranteed the maximum degree of diversity in the analysed group. Fourth, data were collected through interviews conducted by the same researcher, unknown to the participants as they did not interact until that moment. Fifth, during the data analysis, the units of meaning, themes, and subthemes were differentiated, and the theoretical saturation of the main topics was verified. Lastly, we used the qualitative

Table 2. Themes and statements of the participants.

Themes	Units of Significance	Statements
Meaning of spirituality—source of spiritual strength	Meaning of spirituality	‘My greatest treasure is Jesus because if I didn’t have Him, I would be going to die, and I don’t want to die.’ ‘It seems that God is giving me such strength and that I had a lot of strength giving me this strength.’
	Spiritual strength	‘I think what would give me strength now is to get even more strength. I come calm.’ ‘It seems that I was already prepared for this, it seemed that I was already diagnosed, went home, showered, put on my clothes.’
Well-being in the relationship with God	Prayer	‘For now, it’s just me, I talk to God. I pray normally, I talk to Him normally. I pray to Him to take care of me.’ ‘Prayer, I constantly talk to God and believe in Him.’
	Believing and continuing Faith and confidence	‘It is trusting in God, a superior being, I believe that He does not let me down through this diagnosis.’ ‘I have faith in myself and I will get over it if God wants, I will get over it into despair, I never got down.’
Well-being in religious fellowship	Spiritual comfort	‘Being there in the church is something that strengthens me, that gives me spiritual reception that is something that I need.’ ‘Communion with the brothers and sisters is very important. Knowing that I feel good, comfortable.’
Values and purpose of life—meaning in life	Values: God, family, and will to live a healthy life	‘My son, my family, who below me, I want to live and seek happiness.’ ‘So, first of all, God and then our family who are always there for me.’
		‘I have many dreams and many projects; I want to live a healthy life.’ ‘My children and my granddaughter, but the strength comes from them. Things, we dream of.’ ‘The desire to live healthily is huge, my will to live is everything.’
Spirituality as a foundation to continue	Spiritual fortitude Courage and confidence	‘My God is bigger than anything, I have faith in Him.’ ‘I am calm, we have to accept what is.’ ‘So, I believe that my spirituality is a foundation.’ ‘I have always had faith; I have always believed in God.’ ‘I believe in God, I have a lot of faith, I ask for wisdom, I ask for strength.’

analysis software that allows the accreditation and documentation of the analysis as well as codification of the process. Moreover, two external researchers confirmed this analysis, according to the researcher triangulation strategy.

3. Results

3.1. Participants' Characteristics and Identified Themes

Table 1 shows participants' sociodemographic characteristics. The majority of women professed a religious belief (97.5%) and identified as Black, White, or Brown, with similar proportions across races. Almost half were married (45%) and had one to two children (77.5%) or more (15%).

During the analysis of the interviews, five themes were identified, which emerged from the essential meaning of this phenomenon: (1) meaning of spirituality—source of spiritual strength; (2) well-being in the relationship with God; (3) well-being in religious fellowship; (4) values and purpose of life—meaning in life; and (5) spirituality as a foundation to continue (Table 2).

These principles were revealed as being essential from the perspective of the spiritual dimension of being human. The deepest needs of the participants and how to transcend distress were recorded.

3.2. Meaning of Spirituality—Source of Spiritual Strength

During the interviews, the meaning of spirituality was brought up. For women diagnosed with breast cancer, spirituality was a source of support and well-being that allowed them to find themselves and make their diagnosis less distressing. Although several women reported experiencing negative feelings due to their breast cancer diagnosis, most expressed that, when facing the diagnosis, what they believed in became their source of strength. In this regard, they experienced feeling particularly closer to God and hopeful, which resulted in fewer negative feelings (e.g., anguish, hopelessness, despair). For instance, E40 mentioned, 'it is God who is giving me this strength'. All interviewed women chose to seek spirituality as a source of strength, at a time of numerous conflicts and important treatment decisions.

3.3. Well-Being in the Relationship with God

Interestingly, participants reported that spirituality was a positive coping strategy, providing support, comfort, and hope that transcended common boundaries as well as a new vision of the future.

The search for communion with God, the transcendent and encounters through prayers made most of the women feel more spiritually supported at the moment of diagnosis, and consequently, more emotionally strengthened. As E14 revealed, she was believing and continuing because in God she '[sought] strength to get through this disease'. In other words, spirituality gave a new meaning to the situation and a more complete view of faith, confidence, purpose, and hope.

3.4. Well-Being in Religious Fellowship

Numerous participants reported that their relationships with their church community became stronger. They also revealed their need for someone to be praying, encouraging, and giving them comfort and support. Moreover, peace and the opportunity to feel part of the church fellowship created a different sense of significance for them: E24 described that 'communion with brothers and sisters is very important. Knowing that everyone is praying, [. . .] then I feel good, comforted'. In addition, the women diagnosed with breast cancer had the opportunity to be authentic and feel accepted despite their health issues by living positively with spiritual connections.

3.5. Values and Purpose in Life—Meaning in Life

Regarding searching for meaning in general, the participants tried to keep their sources of meaning in life the same as before the diagnosis, but most of them felt forced to look for other sources. They mentioned family (e.g., seeing their grandchildren grow, their children's achievements), personal achievements (both personal and professional), and seeking new perspectives. In general, patients referred to God, family, and a strong will to live a healthy life as the main values guiding them. Moreover, many women, when assessing issues related to the importance of being alive, cared about their will to live, well-being, and quality of life as reasons to seek better care for themselves, including cancer treatment and healthy attitudes.

3.6. Spirituality as a Foundation to Continue

In many cases, women sought to take advantage of the foundation that they had experienced in their spirituality. This allowed them to keep calm and balanced for their own well-being from the time of their diagnosis onwards, which may result in living a somewhat normal life. As they mentioned, spiritual fortitude was a consequence of dynamic faith, redirecting the focus of their real lives, moving on, and 'overcoming all barriers' (E35). Also, an optimistic attitude was linked to hope and faith and was deemed favourable at the difficult moment of the diagnosis of breast cancer.

In confronting the disease, some women redirected their focus to spirituality, realising their capacity to positively reformulate their life purpose and maintain equilibrium with courage and confidence. Spirituality became evident as a foundation and motivating force for women to move forward, sustaining their conflictive experience with the diagnosis of cancer; as E39 said, 'my spirituality sustains me'. Additionally, most women sought to develop their inner strength by showing faith and trust, reaffirming their life principles.

4. Discussion

Spirituality was found to be an important resource for women with breast cancer. Broadly speaking, spirituality has been the dimension that provides comfort and inner peace for women with breast cancer, as a universal experience, but it is also unique to the individual and has a dynamic subjective character [14,35]. Furthermore, Swinton et al. [14] revealed that spirituality encouraged hope and a new vision of the future. For most women, a relationship with God sustained the belief that everything can be changed for the better.

The reformulation of a new positive perspective proved to be very important for the participants in finding new meaning in the face of their disease, focusing on the transcendental aspect, or trying to see their best, and raising the level of spiritual well-being, as confirmed by Bovero et al. [13]. The well-being and quality of life of cancer patients are possibly based on their spirituality. In the present study, faith and trust in God appeared as providers of physical, functional, spiritual, and emotional well-being. Several studies have confirmed this important connection [1,17,23,36,37].

In the present study, there was a predominance of women with breast cancer who have religious beliefs, which was also evidenced by Gall et al. [8] and Thuné-Boyle et al. [23]. Dis-tress caused by facing cancer may promote a search for spirituality as a path to greater spir-itual well-being. Lee et al. [7], in their study of 198 Latin women in the pre-chemotherapy phase, concluded that patients with greater spiritual well-being had less anxiety and de-pression. Castillo et al. [12] pointed out that most of the women in their research reported trusted spirituality/religiosity as an aid when the disease was diagnosed. The women in their study described 'relying on religious practices, such as reading the Bible and praying, to help them when they experience the onset of negative emotions' such as anxiety, anger, and depression. Women need to live their own experiences, have space for reflection about how they perceive the world, and recalibrate themselves, including their spirituality and religiosity [4,14,38].

In the relationship with groups of religious communities, some of the women lived their relationship with God more deeply. In this way, they lived moments in which commu-

nion with the sacred is experienced together with others, 'sacred moments when the windows to the transcendent are clearer' [39]. In a phenomenological study, Swinton et al. [14] pointed out that several interviewed breast cancer patients who were involved in relationships and were developing a sense of meaning reported improved interpersonal relations. Koenig [19] adds that these religious groups encourage patients to take the focus off them-selves and help others. With this, they develop positive emotions and feel connected to those with whom they interact.

The participants highlighted how their values and purpose in life—meaning in life— were unveiled as worthy of being reconsidered. This resembles the fact that women using their natural and perceptual ability, search for meaning and purpose during the disease, each day that they remain in this difficult situation, appreciating their health in a profound way. Giving meaning to the disease and its existence by reframing the diagnosis was especially important when faced with the possibility of the finitude of life. Several women sought new perspectives as a way to give significance to the disease. According to Pargament [39], seeing life through the lens of spirituality transforms what would be common into something special. Even painful and unquestionably difficult experiences can be perceived in this deeper dimension, with a greater and more complete purpose.

The experience of values and moral and institutional principles related to spirituality provided an important foundation for the women interviewed. Frankl [40] states that in order to constitute an existential dimension, the person must opt for religiosity and experience it. The experiential values, both absolute and particular, are clearly outlined from the confrontation with an inevitable situation of intense suffering.

The importance of values is emphasised when considering the cultural and religious diversity in a globalised world where the dignity, human rights, and reality of each patient must be respected for an environment of dignity. Ethical, moral, and social principles must be carefully observed in clinical practice. Davoodvand et al. [26] emphasised the ethical aspects of care and respect for the patient's moral, social, and spiritual values. Clinical care has the potential to use methods to promote reflections giving meaning to events and evoking positive experiences in the face of distress [17].

One of the aspects mentioned often by the patients in this study is the importance of family, which was also confirmed by Swinton et al. [14], who stated, 'In the face of the trauma and uncertainty of the diagnosis of breast cancer, this woman discovers a goal to fulfil and an achievement to be achieved, in this case, taking good care of her family'. Frankl [41] states that meaning in life can be found when the person does something toward others during their lifetime. The closest meaning is related to something that someone decides to do on a temporal level, a goal to fulfil, such as taking care of family, friends, and so on. Castillo et al. [12] agree with their research referring to the family as a source of fortitude for the participants.

Some of the participants stated that redirecting their focus was what helped them cope with the disease by nourishing hope in a more resilient way. Numerous participants in this study sought to maintain their normal lives. The study by Torres et al. [42] confirms that the women did not allow cancer to consume their daily lives and were grateful to God for each day won in this process.

Although the patients desire to discuss their spirituality, many professionals are still reluctant to include it in their care [43]. A study that investigated the ethical aspects of spiritual care pointed out several conditions that provide the desire to engage in a conversation about spirituality. The authors in that study highlighted the possibility of imminent death, the prolonged duration of a serious illness, and the recent reception of the diagnosis [44]. In some cultures, neglecting the effects of religious beliefs has been seriously implicated in the decision to stop cancer treatment prematurely [45].

In the context of confrontation with the diagnosis of cancer, communication between patients and health professionals is challenging. Being attentive to the real inner purpose in the patient's words through sensitivity and relationships and establishing a personal attitude as part of their professional role, is required of health care professionals [27]. As a

form of care for women coping with breast cancer, initiatives such as improving therapeutic communication, offering counselling, encouraging existential experiences, and enhancing faith can be highlighted. It is worth mentioning the importance of promoting hope, support, and the roles of culture and beliefs [46].

5. Study Limitations

This study has limitations that must be considered. First, although the strategy of intentionally selecting participants is fully congruent with qualitative research, this might result in non-representative samples. In the present study, it was possible to suitably represent diversity with respect to most sociodemographic variables except for religion, specifically due to the small number of women without religious beliefs. Thus, such women are underrepresented in our sample, although we do not know to what extent because the distribution of the religious beliefs of this population is not known. Another limitation is that the research was conducted in one institution only, although the present field of research covers an important and diverse population area, as shown by the profile of the participants. Further investigations should be carried out to enable comparative studies to enhance the major supportive procedures for clinical care. In this sense, future studies might complement this type of research with an objective measure of spirituality, larger samples, and different scales/questionnaires. Specifically, a mixed-methods approach could yield novel and original findings to better understand the needs and challenges of women recently diagnosed with breast cancer.

6. Conclusions

The different themes unveiled in this study demonstrate a broad spectrum of meanings that make up spirituality; for certain patients, the spiritual dimension presented itself not only as a new purpose in life but also as a way to find it; for others, it was intrinsically linked to the religious context. In these cases, believing in God was revealed as a source of hope, resignation, adoration, and gratitude for life.

The will to live is part of this search for meaning, of valuing spiritual reality as something that makes life more complete, even in the face of immense challenges. In this confrontational moment of diagnosis, human fragility is experienced, because even in the face of breast cancer, reality and hope for the future are merged in the appreciation of life and of every opportunity to reframe the achievements of one's existence.

Spirituality is the foundation that supports the complex process of illness caused by breast cancer, which generates changes in the meanings and re-evaluations of patients' experience, highlighting the need for the integration of values, the will to live, and the purpose of life. What is required is the awareness and reflection of the role of health professionals, including nurses, and their commitment to care for and be close to the patient, from a respectful and dignifying perspective, creating an environment of empathy. The findings contribute to existing literature in this field due to their depth and uniqueness, and they can encourage the promotion and maintenance of holistic and ethical approaches to health for the individual and society. Additionally, they propose to improve current professional practice by considering the ethical, cultural, and spiritual dimensions that involve health care.

Author Contributions: Conceptualization, D.C.M.R.L., E.R.P., M.N.P.-M., R.M.C.R.A.S., and M.P.G.-C.; methodology, D.C.M.R.L., E.R.P., R.M.C.R.A.S., and M.P.G.-C.; software, D.C.M.R.L., A.B.M., R.C.N.P.R.; validation, D.C.M.R.L., E.R.P., M.P.G.-C., R.M.C.R.A.S., A.B.M., R.C.N.P.R., and M.N.P.-M.; formal analysis, D.C.M.R.L., E.R.P., and M.P.G.-C.; investigation, D.C.M.R.L.; data curation, D.C.M.R.L., E.R.P., and M.P.G.-C.; writing—original draft preparation, D.C.M.R.L., E.R.P., M.N.P.-M., A.B.M., R.C.N.P.R., and M.P.G.-C.; writing—review and editing, D.C.M.R.L., E.R.P., M.N.P.-M., R.M.C.R.A.S., A.B.M., R.C.N.P.R., and M.P.G.-C.; visualization, D.C.M.R.L., E.R.P., M.P.G.-C., R.M.C.R.A.S., A.B.M., R.C.N.P.R., and M.N.P.-M.; supervision, E.R.P. and M.P.G.-C.; project administration, D.C.M.R.L., E.R.P., and M.P.G.-C. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: This study was performed in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Approval was granted by the University Research Ethics Committee (no. 64110617.20000.5243).

Informed Consent Statement: Only those who agreed to participate in the study were included and signed an informed consent form. All study participants were given verbal and written information related to the study aims and their involvement.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on reasonable request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy restrictions.

Acknowledgments: The authors would like to thank the following programs: Academic Doctoral Program in Health Care Sciences at the Fluminense Federal University, Niteroi, Rio de Janeiro, Brazil, and the Doctoral Program in Clinical Medicine and Public Health at the University of Granada, Spain, by the agreement signed in the thesis defence in international joint supervision entitled: 'The experience of women coping with breast cancer diagnosis and implications of spirituality in care: a phenomenological study', from which the present study originated.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

- Caldeira, S.; Timmins, F.; Carvalho, E.C.; Vieira, M. Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis. *J. Relig. Health* **2017**, *56*, 1489–1502. [[CrossRef](#)]
- Borges, M.D.; Santos, M.B.; Pinheiro, T.G. Social Representations about Religion and Spirituality. *Rev. Bras. Enferm.* **2015**, *68*, 609–616. [[CrossRef](#)]
- Pedersen, B.; Gronkjær, M.; Falkmer, U.; Mark, E.; Delmar, C.; Information, P.E.K.F.C. "The Ambiguous Transforming Body"—A Phenomenological Study of the Meaning of Weight Changes Among Women Treated for Breast Cancer. *Int. J. Nurs. Stud.* **2016**, *55*, 15–25. [[CrossRef](#)]
- Paredes, A.C.; Pereira, M.G. Spirituality, Distress, and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients. *J. Relig. Health* **2018**, *57*, 1606–1617. [[CrossRef](#)]
- de Castro, E.K.K.; Lawrenz, P.; Romeiro, F.; De Lima, N.B.; Haas, S.A. Illness Perception and Coping in Women with Breast Cancer. *Psicol. Teor. Pesqui.* **2016**, *32*, 1–6. [[CrossRef](#)]
- Cheng, Q.; Liu, X.; Li, X.; Wang, Y.; Mao, T.; Chen, Y. Improving Spiritual Well-Being Among Cancer Patients: Implications for Clinical Care. *Support. Care Cancer* **2019**, *27*, 3403–3409. [[CrossRef](#)]
- Lee, M.S.; Tyson, D.M.; Gonzalez, B.D.; Small, B.J.; Lechner, S.C.; Antoni, M.H.; Vinard, A.; Krause, M.; Meade, C.; Jacobsen, P.B. Anxiety and Depression in Spanish-Speaking Latina Cancer Patients Prior to Starting Chemotherapy. *Psychooncology* **2018**, *27*, 333–338. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Gall, T.L.; Bilodeau, C. The Role of Positive and Negative Religious/Spiritual Coping in Women's Adjustment to Breast Cancer: A Longitudinal Study. *J. Psychosoc. Oncol.* **2020**, *38*, 103–117. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Geyer, S.; Koch-Giesselmann, H.; Noeres, D. Coping with Breast Cancer and Relapse: Stability of Coping and Long-Term Outcomes in an Observational Study Over 10 Years. *Soc. Sci. Med.* **2015**, *135*, 92–98. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Groarke, A.; Curtis, R.; Kerin, M. Global Stress Predicts Both Positive and Negative Emotional Adjustment at Diagnosis and Post-Surgery in Women with Breast Cancer. *Psychooncology* **2013**, *22*, 177–185. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- McCorry, N.K.; Dempster, M.; Quinn, J.; Hogg, A.; Newell, J.; Moore, M.; Kelly, S.; Kirk, S.J. Illness Perception Clusters at Diagnosis Predict Psychological Distress among Women with Breast Cancer at 6 Months Post Diagnosis. *Psychooncology* **2013**, *22*, 692–698. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Castillo, A.; Mendiola, J.; Tiemensma, J. Emotions and Coping Strategies During Breast Cancer in Latina Women: A Focus Group Study. *Hisp. Health Care Int.* **2019**, *17*, 96–102. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Bovero, A.; Tosi, C.; Botto, R.; Opezzo, M.; Giono-Calvetto, F.; Torta, R. The Spirituality in End-Of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study. *J. Relig. Health* **2019**, *58*, 2144–2160. [[CrossRef](#)]
- Swinton, J.; Bain, V.; Ingram, S.; Heys, S. Moving Inwards, Moving Outwards, Moving Upwards: The Role of Spirituality During the Early Stages of Breast Cancer. *Eur. J. Cancer Care* **2011**, *20*, 640–652. [[CrossRef](#)]
- Reinert, K.G.; Koenig, H.G. Re-examining Definitions of Spirituality in Nursing Research. *J. Adv. Nurs.* **2013**, *69*, 2622–2634. [[CrossRef](#)]
- Patoo, M.; Allahyari, A.A.; Moradi, A.R.; Payandeh, M.; Hassani, L. Studying the Relation between Mental Adjustment to Cancer and Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Int. J. Cancer Manag.* **2018**, *11*, e8407:1–e8407:6. [[CrossRef](#)]
- Mendonça, A.B.; Pereira, E.R.; Magnago, C.; Silva, R.M.C.R.A.; Martins, A.D.O.; Leão, D.C.M.R. Suffering among Patients with Cancer Undergoing Neurotoxic Chemotherapy: A Phenomenological Approach. *Texto Contexto Enferm.* **2020**, *29*, e20190285. [[CrossRef](#)]

18. World Health Organization (WHO), Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). 1998. Available online: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70897> (accessed on 17 June 2020).
19. Koenig, H.G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiat.* **2012**, *2012*, 278730:1–278730:33. [[CrossRef](#)]
20. Hawthorne, D.; Youngblut, J.M.; Brooten, D. Psychometric Evaluation of the Spanish and English Versions of the Spiritual Coping Strategies Scale. *J. Nurs. Meas.* **2011**, *19*, 46–54. [[CrossRef](#)]
21. Leão, D.C.M.R.; Pereira, E.R.; García-Caro, M.P.; Silva, R.M.C.R.A.; Cruz-Quintana, F.; Rocha, R.C.N.P. Spiritual and Emotional Experience with a Diagnosis of Breast Cancer. *Cancer Nurs.* **2021**. [[CrossRef](#)]
22. Gall, T.L.; Bilodeau, C. “Why me?” Women’s Use of Spiritual Causal Attributions in Making Sense of Breast Cancer. *Psychol. Health* **2017**, *32*, 709–727. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
23. Thuné-Boyle, I.C.; Stygall, J.; Keshtgar, M.R.; Davidson, T.I.; Newman, S. Religious Coping Strategies in Patients Diagnosed with Breast Cancer in the UK. *Psychooncology* **2011**, *20*, 771–782. [[CrossRef](#)]
24. Edlund, M.; Lindwall, L.; von Post, I.; Lindström, U. Concept Determination of Human Dignity. *Nurs. Ethics.* **2013**, *20*, 851–860. [[CrossRef](#)]
25. McHale, J.V. Ethical, Cultural, and Spiritual Dimensions of Healthcare Practice. *Nurs. Ethics.* **2013**, *20*, 365. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
26. Davoovand, S.; Abbaszadeh, A.; Ahmadi, F. Spiritual Development in Iranian Nurses. *Nurs. Ethics.* **2017**, *24*, 936–949. [[CrossRef](#)]
27. Melis, P.; Galletta, M.; Aviles Gonzalez, C.I.; Contu, P.; Herrera, M.F.J. Ethical Perspectives in Communication in Cancer Care: An Interpretative Phenomenological Study. *Nurs. Ethics.* **2020**, *27*, 1418–1435. [[CrossRef](#)]
28. Torskenæs, K.B.; Baldacchino, D.R.; Kalfoss, M.; Baldacchino, T.; Borg, J.; Falzon, M.; Grima, K.; Torskenæs, K.B. Nurses’ and Caregivers’ Definition of Spirituality from the Christian Perspective: A Comparative Study Between Malta and Norway. *J. Nurs. Manag.* **2015**, *23*, 39–53. [[CrossRef](#)]
29. Merleau-Ponty, M. *The World of Perception*; Routledge: New York, NY, USA, 2004; pp. 224–577.
30. Giorgi, A. The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *J. Phenomenol. Psychol.* **1997**, *28*, 235–260. [[CrossRef](#)]
31. Giorgi, A. The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *J. Phenomenol. Psychol.* **2012**, *43*, 3–12. [[CrossRef](#)]
32. Zahavi, D.; Martiny, K.M.M. Phenomenology in Nursing Studies: New Perspectives. *Int. J. Nurs. Stud.* **2019**, *93*, 155–162. [[CrossRef](#)]
33. Graneheim, U.H.; Lundman, B. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures, and Measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ. Today* **2004**, *24*, 105–112. [[CrossRef](#)]
34. Guba, E.G.; Lincoln, Y.S. Competing Paradigms in Qualitative Research. In *Handbook of Qualitative Research*; Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., Eds.; Sage: Thousand Oaks, CA, USA, 1994; pp. 105–117.
35. Rocha, R.C.N.P.; Pereira, E.R.; Silva, R.M.C.R.A.; De Medeiros, A.Y.B.B.V.; Refrande, S.M.; Refrande, N.A. Spiritual Needs Experienced by the Patient’s Family Caregiver Under Oncology Palliative Care. *Rev. Bras. Enferm.* **2018**, *71*, 2635–2642. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Pérez, J.E.; Smith, A.R. Intrinsic Religiousness and Well-Being Among Cancer Patients: The Mediating Role of Control-Related Religious Coping and Self-Efficacy for Coping with Cancer. *J. Behav. Med.* **2015**, *38*, 183–193. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Caetano, E.A.; Gradim, C.V.C.; Santos, L.E.S. Breast Cancer: Coping with it upon Diagnosis Delivery. *Rev. Enferm. UERJ* **2009**, *17*, 257–261.
38. Rudaz, M.; Ledermann, T.; Grzywacz, J.G. The Influence of Daily Spiritual Experiences and Gender on Subjective Well-Being Over Time in Cancer Survivors. *Arch. Psychol. Relig.* **2019**, *41*, 159–171. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
39. Pargament, K.I. *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*; The Guilford Press: New York, NY, USA, 2007; pp. 12, 49, 345.
40. Frankl, V.E. *The Unconscious God: Psychotherapy and Theology*; Simon & Schuster: New York, NY, USA, 1975; p. 69.
41. Frankl, V.E. *Man’s Search For. Meaning*; Rider Books: London, UK, 2020; pp. 63–66.
42. Torres, E.; Dixon, C.; Richman, A.R. Understanding the Breast Cancer Experience of Survivors: A Qualitative Study of African American Women in Rural Eastern North Carolina. *J. Cancer Educ.* **2016**, *31*, 198–206. [[CrossRef](#)]
43. Andersen, A.H.; Assing Hvidt, E.; Hvidt, N.C.; Roessler, K.K. Doctor–patient Communication About Existential, Spiritual, and Religious Needs in Chronic Pain: A Systematic Review. *Arch. Psychol. Relig.* **2019**, *41*, 277–299. [[CrossRef](#)]
44. McCord, G.; Gilchrist, V.J.; Grossman, S.D.; King, B.D.; McCormick, K.; Oprandi, A.M.; Schrop, S.L.; Selius, B.A.; Smucker, D.O.W.D.; Weldy, D.L.; et al. Discussing Spirituality with Patients: A Rational and Ethical Approach. *Ann. Fam. Med.* **2004**, *2*, 356–361. [[CrossRef](#)]
45. Lourens, M. An Exploration of Xhosa Speaking Patients’ Understanding of Cancer Treatment and its Influence on Their Treatment Experience. *J. Psychosoc. Oncol.* **2013**, *31*, 103–121. [[CrossRef](#)]
46. Ackley, B.J.; Ladwig, G.B.; Makic, M.B. *Nurses Diagnosis Handbook: An Evidenced-Based Plan to Planning Care*; MOSBY/Elsevier: Missouri, MO, USA, 2019.

ANEXO 1 – ÍNDICES DE QUALIDADE (SSCI / SCIE -IJERPH)

InCites Journal Citation Reports

<https://journalprofile.clarivate.com/jti/home/?journal=INT J ENV RES>**InCites Journal Citation Reports**

Page 1 of 19

2019 Journal Performance Data for: International Journal of Environmental Research and Public Health

ISSN: 1661-7827
eISSN: 1660-4601
MDPI
ST ALBAN-ANLAGE 66, CH-4052 BASEL, SWITZERLAND
SWITZERLAND

TITLES

ISO: Int. J. Environ. Res. Public Health
JCR Abbrev: INT J ENV RES PUB HE

LANGUAGES

English

CATEGORIES

PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH -- SSCI

PUBLICATION FREQUENCY

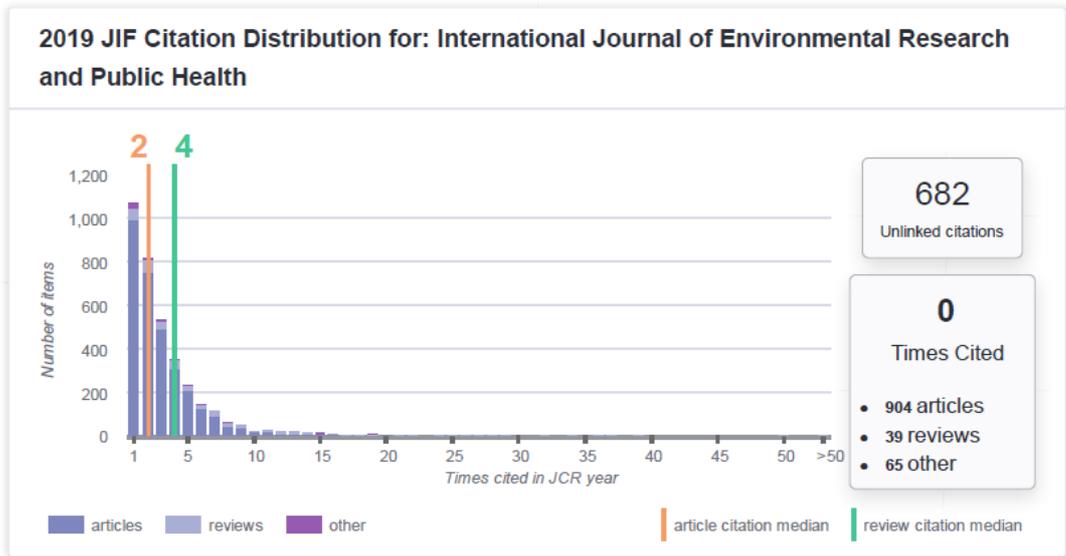
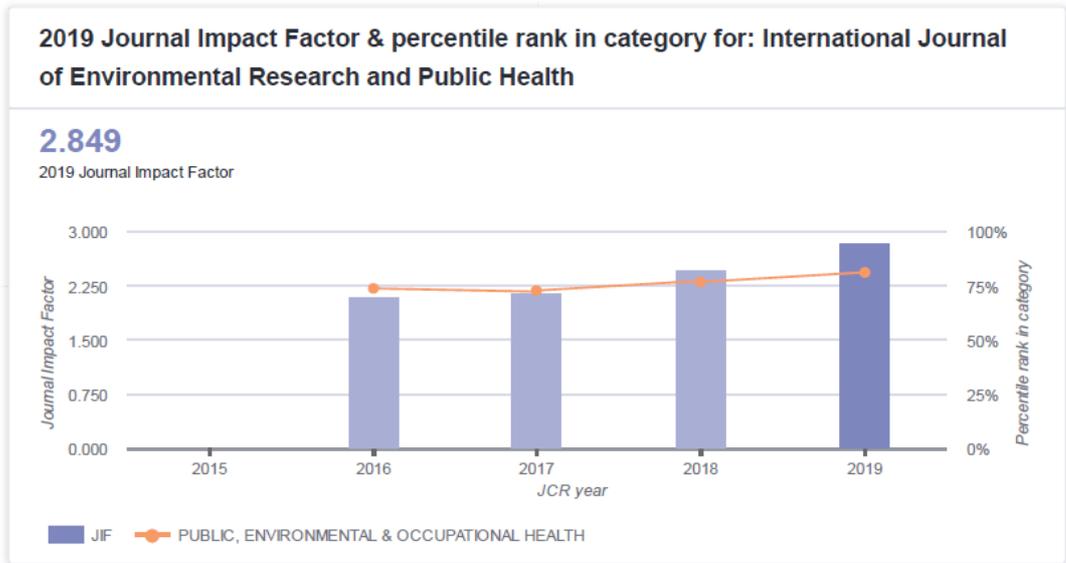
24 issues/year

Open Access from 2004

InCites Journal Citation Reports

Page 2 of 19

The data in the two graphs below and in the Journal Impact Factor calculation panels represent citation activity in 2019 to items published in the journal in the prior two years. They detail the components of the Journal Impact Factor. Use the "All Years" tab to access key metrics and additional data for the current year and all prior years for this journal.



InCites Journal Citation Reports

Page 3 of 19

Journal Impact Factor Calculation

$$\text{2019 Journal Impact Factor} = \frac{12,565}{4,411} = 2.849$$

How is Journal Impact Factor Calculated?

$$\text{JIF} = \frac{\text{Citations in 2019 to items published in 2017 (5,794) + 2018 (6,771)}{12,565}{\text{Number of citable items in 2017 (1,568) + 2018 (2,843)}{4,411}}$$

InCites Journal Citation Reports

Page 8 of 19

Rank

Rank

JCR Impact Factor

JCR Year	PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH		
	Rank	Quartile	JIF Percentile
2019	32/171	Q1	81.579
2018	38/164	Q1	77.134
2017	43/157	Q2	72.930
2016	41/157	Q2	74.204

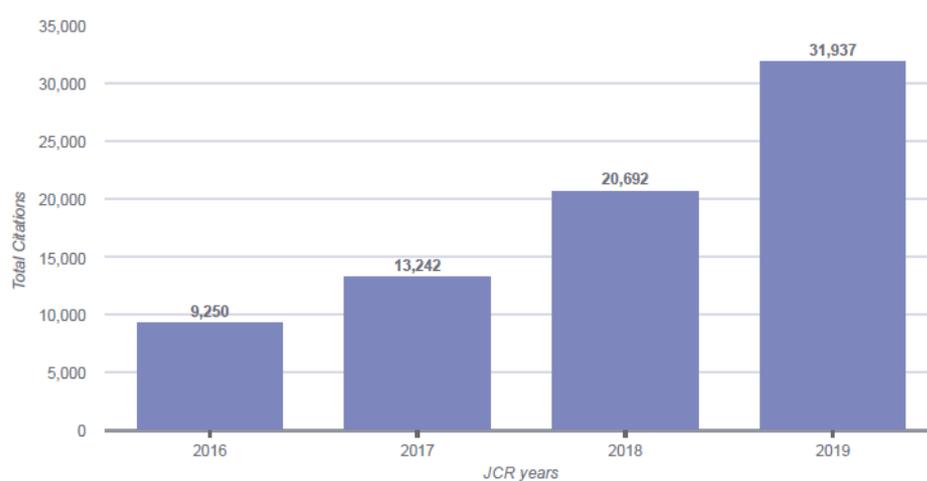
InCites Journal Citation Reports

Page 9 of 19 

ESI Total Citations

Rank

JCR Year	ENVIRONMENT/ECOLOGY
2019	22/380-Q1
2018	33/370-Q1
2017	48/361-Q1
2016	55/341-Q1

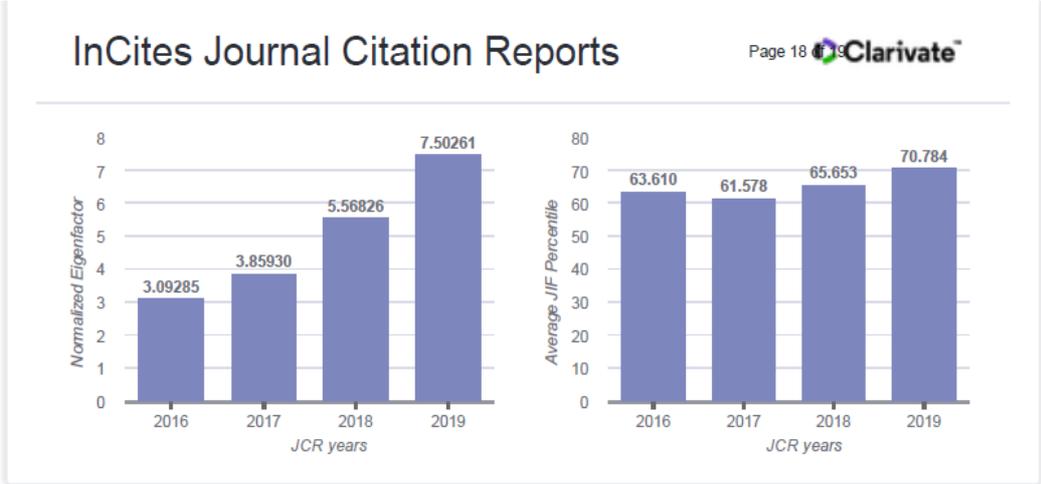


InCites Journal Citation Reports

Page 15 of 19

Key Indicators 2019

IMPACT METRICS		INFLUENCE METRICS		SOURCE METRICS	
Total Cites	31,937	Eigenfactor Score	0.06156	Citable Items	5,093
Journal Impact Factor	2.849	Article Influence Score	0.659	% Articles in Citable Items	92.28
5 Year Impact Factor	3.127	Normalized Eigenfactor	7.50261	Average JIF Percentile	70.784
Immediacy Index	0.499			Cited Half-Life	3.2
Impact Factor without Journal Self Cites	2.341			Citing Half-Life	7.2



InCites Journal Citation Reports

Page 1 of 19

2019 Journal Performance Data for: International Journal of Environmental Research and Public Health

ISSN: 1661-7827
eISSN: 1660-4601
MDPI
ST ALBAN-ANLAGE 66, CH-4052 BASEL, SWITZERLAND
SWITZERLAND

TITLES

ISO: Int. J. Environ. Res. Public Health
JCR Abbrev: INT J ENV RES PUB HE

LANGUAGES

English

CATEGORIES

PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH -- SCIE

ENVIRONMENTAL SCIENCES -- SCIE

PUBLICATION FREQUENCY

24 issues/year

Open Access from 2004

InCites Journal Citation Reports

Page 2 of 19

The data in the two graphs below and in the Journal Impact Factor calculation panels represent citation activity in 2019 to items published in the journal in the prior two years. They detail the components of the Journal Impact Factor. Use the "All Years" tab to access key metrics and additional data for the current year and all prior years for this journal.

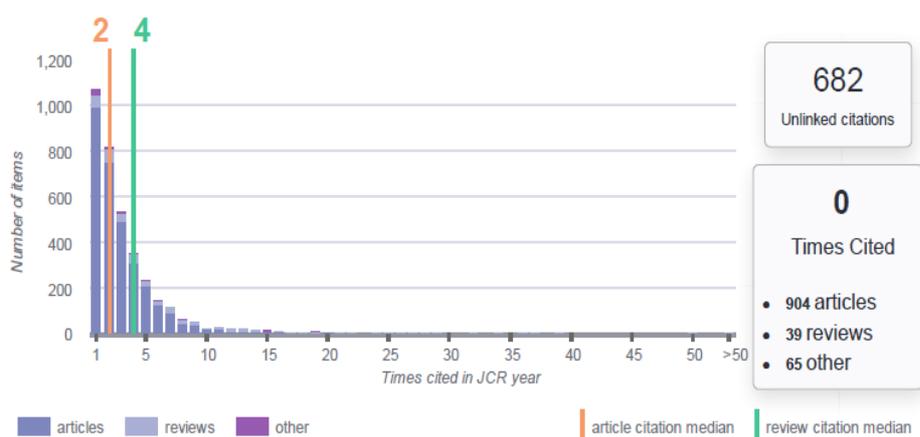
2019 Journal Impact Factor & percentile rank in category for: International Journal of Environmental Research and Public Health

2.849

2019 Journal Impact Factor



2019 JIF Citation Distribution for: International Journal of Environmental Research and Public Health



InCites Journal Citation Reports

Page 3 of 19

Journal Impact Factor Calculation

$$2019 \text{ Journal Impact Factor} = \frac{12,565}{4,411} = 2.849$$

How is Journal Impact Factor Calculated?

$$\text{JIF} = \frac{\text{Citations in 2019 to items published in 2017 (5,794) + 2018 (6,771)}{12,565}{\text{Number of citable items in 2017 (1,568) + 2018 (2,843)}{4,411}} = \frac{12,565}{4,411}$$

InCites Journal Citation Reports

Page 6 of 19

Source data

Journal source data 2019

	Articles	Reviews	Combined(C)	Other(O)	Percentage(C/(C+O))
Number in JCR Year 2019 (A)	4,700	393	5,093	71	99%
Number of References (B)	224,636	33,851	258,487	1,687	99%
Ratio (B/A)	47.8	86.1	50.8	23.8	

InCites Journal Citation Reports

Page 8 of 19

Rank

Rank

JCR Impact Factor

JCR Year	ENVIRONMENTAL SCIENCES			PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH		
	Rank	Quartile	JIF Percentile	Rank	Quartile	JIF Percentile
2019	105/265	Q2	60.566	58/193	Q2	70.207
2018	112/251	Q2	55.578	67/186	Q2	64.247
2017	117/242	Q2	51.860	73/181	Q2	59.945
2016	101/229	Q2	56.114	70/176	Q2	60.511
2015	101/225	Q2	55.333	n/a	n/a	n/a
2014	96/223	Q2	57.175	n/a	n/a	n/a
2013	90/216	Q2	58.565	n/a	n/a	n/a
2012	91/210	Q2	56.905	n/a	n/a	n/a
2011	103/205	Q3	50.000	n/a	n/a	n/a

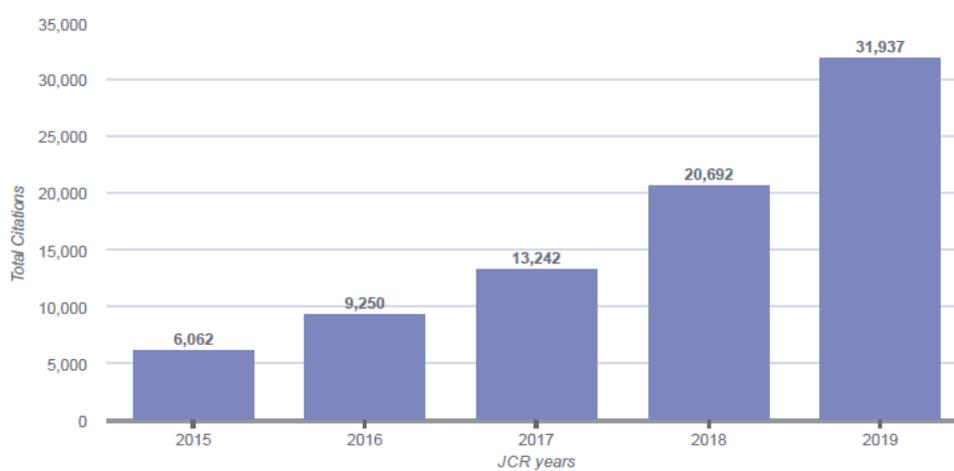
InCites Journal Citation Reports

Page 9 of 19 

ESI Total Citations

Rank

JCR Year	ENVIRONMENT/ECOLOGY
2019	22/380-Q1
2018	33/370-Q1
2017	48/361-Q1
2016	55/341-Q1
2015	71/338-Q1
2014	82/324-Q1
2013	100/312-Q2



InCites Journal Citation Reports

Page 15 of 19

Key Indicators 2019

IMPACT METRICS		INFLUENCE METRICS		SOURCE METRICS	
Total Cites	31,937	Eigenfactor Score	0.06156	Citable Items	5,093
Journal Impact Factor	2.849	Article Influence Score	0.659	% Articles in Citable Items	92.28
5 Year Impact Factor	3.127	Normalized Eigenfactor	7.50261	Average JIF Percentile	70.784
Immediacy Index	0.499			Cited Half-Life	3.2
Impact Factor without Journal Self Cites	2.341			Citing Half-Life	7.2