

Diana da Costa Norte Barros

O papel Mediador da Esperança e da Fusão Cognitiva na Relação da
Espiritualidade e Saúde Geral



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

Diana da Costa Norte Barros

O papel Mediador da Esperança e da Fusão Cognitiva na Relação da
Espiritualidade e Saúde Geral

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Doutor Jean Christophe Giger



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

O papel Mediador da Esperança e da Fusão Cognitiva na Relação da Espiritualidade e Saúde Geral

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados encontram-se devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

(Diana da Costa Norte Barros)

Copyright © Diana da Costa Norte Barros

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Chegou o fim de uma etapa muito esperada, uma etapa longa com muitos obstáculos, mas que acabou por ser superada e por isso não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para o seu sucesso.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais e à minha família, por me apoiarem incondicionalmente e por acreditarem mais em mim do que eu, obrigada por todos os bons e maus momentos ao longo destes anos, obrigada por toda a vossa ajuda, por toda a vossa motivação e por todo o vosso amor.

À Débora, por todo o companheirismo de uma vida, e por nunca me deixar desistir. Por vezes uma nova perspetiva sobre o assunto é tudo o que precisamos para seguir em frente com mais força e confiança.

Ao Carlos, por me lembrar das minhas capacidades e me dar motivação e força quando eu achava que já a tinha perdido. Obrigada por estares sempre presente, por todo o teu apoio e por todo o teu amor.

Um sincero agradecimento ao meu orientador, o Professor Doutor Jean-Christophe Giger, por ter aceite o convite para realizar este projeto comigo, por toda a simpatia e ajuda ao longo deste processo.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os amigos, colegas, professores, mentores que ganhei ao longo destes anos de universitária e que tanto me ensinaram, tanto me fizeram crescer e tanto contribuíram para a pessoa e profissional que sou hoje.

Um grande obrigada a todos vocês!

Resumo

A doença oncológica é descrita como uma das maiores causas de morte a nível global, sendo que o seu diagnóstico desencadeia um conjunto de desestruturações a vários níveis. A espiritualidade, apesar de ser um tema controverso no seio da comunidade científica, tem vindo a ganhar importância no enfrentamento da doença por parte dos pacientes, que relatam ser um aspeto fundamental no seu processo de enfermidade. A presente investigação procurou compreender o papel da esperança e da fusão cognitiva na relação entre espiritualidade e saúde geral numa amostra constituída por doentes oncológicos. A amostra foi composta por 82 participantes do sexo feminino que vivenciaram no presente ou no passado uma situação de doença oncológica. Recorreu-se à aplicação da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), *Herth Hope Index*, Questionário de Fusão Cognitiva (*CFQ – Cognitive Fusion Questionnaire*) e o Questionário de Saúde Geral (*GHQ-28*).

Foi possível observar que todos os construtos se encontram associados e que a espiritualidade tem um papel fulcral no enfrentamento da doença oncológica. A fusão cognitiva traduz-se como o principal mediador da relação entre espiritualidade e saúde geral, o que enfatiza a importância da espiritualidade no cuidado prestado a estes doentes com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e saúde mental.

Palavras-Chave: Espiritualidade, doença oncológica, esperança, fusão cognitiva, saúde, estudo correlacional

Abstract

Cancer is described as one of the major causes of death globally, and its diagnosis triggers a set of disruptions on several levels. Spirituality, despite being a controversial topic within the scientific community, has gained importance in patients' coping with the disease, who report that it is a fundamental aspect in their disease process.

The present study aimed to understand the role of hope and cognitive fusion in the relationship between spirituality and general health in a sample of cancer patients. The sample consisted of 82 female participants who experienced, present or past, a situation of oncological disease. The Spiritual Well-Being Scale (SBE), Herth Hope Index, Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) and the General Health Questionnaire (GHQ-28) were applied.

It was possible to note that all constructs are associated and that spirituality plays a key role in coping with cancer. Cognitive fusion emerged as the main mediator of the relationship between spirituality and general health, which emphasizes the importance of spirituality in the care provided to these patients with the aim of improving their quality of life and mental health.

Keywords: Spirituality, cancer disease, hope, cognitive fusion, health, correlational study

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Enquadramento Teórico | 3 |
| 2.1 Doença oncológica | 3 |
| 2.2. Espiritualidade..... | 4 |
| 2.2.1. Definição clássica da espiritualidade | 4 |
| 2.2.2. Definição psicológica da espiritualidade | 7 |
| 2.3. Religião | 8 |
| 2.4. Relação entre espiritualidade e saúde | 10 |
| 2.4.1. Relação entre espiritualidade e doença oncológica..... | 13 |
| 2.5. A esperança como mediador da relação espiritualidade/saúde | 20 |
| 2.6. A fusão cognitiva como mediador da relação espiritualidade/saúde | 25 |
| 3. Objetivos | 27 |
| 4. Método | 28 |
| 4.1. Desenho do estudo | 28 |
| 4.2. Participantes | 28 |
| 4.2.1. Técnica de amostragem..... | 28 |
| 4.2.2. Caracterização dos participantes | 28 |
| 4.3. Instrumentos | 31 |
| 4.3.1. Questionário de Saúde Mental Geral (GHQ-28) (Pais Ribeiro et al., 2015)..... | 31 |
| 4.3.2. Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE) (Marques et al., 2009) | 31 |
| 4.3.3. Herth Hope Index (Viana, 2010)..... | 32 |
| 4.3.4. Questionário de Fusão Cognitiva (Lucena-Santos et al., 2017)..... | 33 |
| 4.4. Procedimento de Recolha de Dados..... | 33 |

| | |
|--|----|
| 4.5. Procedimento de Tratamento e Análise de Dados | 33 |
| 5. Resultados | 35 |
| 5.1. Análise preliminar..... | 35 |
| 5.2. Diferenças em função do estado oncológico | 35 |
| 5.3. Análise correlacional | 37 |
| 5.4. Teste do modelo de mediação..... | 39 |
| 6. Discussão..... | 43 |
| 7. Aplicações Práticas | 45 |
| 8. Limitações | 46 |
| 9. Investigações Futuras | 46 |
| 10. Conclusão | 46 |
| 11. Referências Bibliográficas | 48 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Análise preliminar | 35 |
| Tabela 2. Diferença de médias em função do estado oncológico | 36 |
| Tabela 3. Diferença de médias em função do estado metastático..... | 37 |
| Tabela 4. Tabela de correlações | 39 |
| Tabela 5. Teste do modelo de mediação: BEE -> FC - ESP -> GHQ | 40 |
| Tabela 6. Teste do modelo de mediação: BER -> FC - ESP -> GHQ | 41 |

Índice de Figuras

| | |
|------------------------------------|----|
| Figura 1 - Modelo conceptual | 27 |
|------------------------------------|----|

Lista de Siglas

ACT - *Acceptance and Commitment Therapy* (Terapia de Aceitação e Compromisso)

AI – Ansiedade e Insónia

BEE – Bem-estar espiritual

BER – Bem-estar religioso

CFQ - *Cognitive Fusion Questionnaire* (Questionário de Fusão Cognitiva)

DG – Depressão Grave

DS – Disfunção Social

EBE - Escala de Bem-Estar Espiritual

EO – Estado Oncológico

ESPH – Esperança

FC – Fusão Cognitiva

GHQ-28 - Questionário de Saúde Mental Geral

LMC – Leucemia Mielóide Crónica

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SS – Sintomas Somáticos

1. Introdução

O termo cancro é utilizado para descrever mais de 100 doenças em que as células do corpo se multiplicam e espalham de forma descontrolada, alterando a fisiologia saudável do organismo. Existem poucas doenças que causam tanta ansiedade e apreensão como o cancro, pois o seu impacto fisiológico e psicológico causa profundas alterações nas vidas dos pacientes e das suas famílias (Erickson & Field, 2007).

Ao longo do tempo, os tratamentos e os exames diagnósticos aprimoraram, tornando mais possível a sobrevivência e qualidade de vida dos doentes oncológicos, tornando-se uma doença crónica, ao invés de uma doença terminal. No entanto, um diagnóstico de cancro é muitas vezes sentido como uma “sentença de morte” (Erickson & Field, 2007; D. A. da Silva, 2020).

Em grande parte dos casos, os indivíduos portadores de doença oncológica recebem tratamento numa fase inicial, no entanto após o tratamento mais de metade das pessoas sobrevive e vive com a mesma de uma forma controlada. Em Portugal, é possível prever que um em cada três portugueses desenvolverá cancro ao longo da sua vida (Simões, 2016).

Sendo uma doença sentida como ameaçadora, responsável por elevados níveis de ansiedade e *stress*, desperta também questões existenciais, relacionadas com o propósito e o significado da vida. As incertezas e a panóplia de decisões que têm de ser tomadas a nível de tratamento, cirurgia, adaptações do quotidiano, contribuem para o levantamento de questões espirituais. Adicionalmente, os pacientes referem que uma das estratégias que os ajudou no processo saúde-doença foi o recurso à espiritualidade, sendo que alguns referem também a meditação, que sentiram que os ajudou a enfrentar o processo de doença de forma mais positiva e a encontrar esperança, paz e qualidade de vida (C M Puchalski, 2012).

Face ao exposto, a principal finalidade deste estudo é entender se a espiritualidade contribui efetivamente para a melhoria do bem-estar e saúde mental dos pacientes oncológicos e compreender a dinâmica dos conceitos de espiritualidade, esperança e saúde no contexto de doença oncológica.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte é referente ao enquadramento teórico, onde são explicados os conceitos abordados, nomeadamente a sua conceptualização, revisões da literatura sobre espiritualidade,

religião, esperança e fusão cognitiva, bem como um levantamento de estudos sobre a relação entre espiritualidade e saúde, espiritualidade e doença oncológica.

A segunda parte diz respeito ao estudo empírico, com recurso à colaboração de adultos maiores de 18 anos, que vivenciam atualmente ou no passado uma situação de doença oncológica. Primeiramente será apresentada a metodologia, com a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos utilizados e a explicação dos procedimentos de recolha e tratamento dos dados. De seguida, serão apresentados os resultados obtidos. Por último, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos, bem como as conclusões gerais, as limitações do presente estudo, aplicações práticas e recomendações para estudos futuros.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Doença oncológica

A doença oncológica, ou cancro, caracteriza-se pelo crescimento anormal de células, devido a uma série de mutações genéticas ou ambientais, resultando na incapacidade das mesmas de responder de forma normativa a sinais intra ou extracelulares (que controlam o crescimento, diferenciação e morte celular), o que resulta numa invasão e destruição de tecidos adjacentes (Erickson & Field, 2007; World Health Organization, 2021), podendo mesmo alastrar-se para diferentes partes do corpo humano, sendo que a este processo se dá o nome de metástase. Enquanto os tumores benignos são autolimitados no seu crescimento e não invadem tecidos adjacentes, o cancro não. A doença pode afetar indivíduos de todas as idades, no entanto indivíduos mais velhos apresentam um maior risco de incidência de doença oncológica (Erickson & Field, 2007; World Health Organization, 2021).

A doença oncológica é uma das doenças com mais incidência a nível global, e uma das que se prevê que futuramente venha a aumentar a sua prevalência, tornando-se por isso pertinente investigar os diagnósticos e meios de tratamento mais eficazes, mas também os processos psicológicos que potenciam uma adaptação mais ajustada à doença (Cassul, 2012).

As causas do cancro podem ser genéticas (e.g., mutações herdadas ou relacionadas com o metabolismo), imuno-endócrinas (e.g., organismos infecciosos, hormonas, vírus) ou ambientais (e.g., consumo de tabaco, produtos químicos, exposição solar e radiação). A maioria dos cancros evolui através de múltiplas alterações combinadas de factores hereditários e ambientais (American Cancer Society, 2021; Erickson & Field, 2007).

Atualmente, através dos avanços científicos no âmbito de diagnósticos e tratamentos precoces e mais eficazes, o cancro transformou-se numa doença crónica, com evolução prolongada, assinalada por períodos de remissão parcial ou total, sendo que anteriormente um diagnóstico de cancro implicava um resultado quase sempre fatal e era sentido como uma sentença de morte. Na atualidade, existem várias formas de tratamento da doença oncológica, nomeadamente cirurgia, radioterapia, terapia

hormonal, imunoterapia, procedimentos combinados (como o transplante de medula óssea e radioterapia intraoperativa) e quimioterapia (Erickson & Field, 2007).

Presentemente, existem cada vez mais doentes a viver um maior período de tempo com a doença ou em completa remissão, podendo desfrutar de uma vida normal. Não obstante, um diagnóstico de cancro acarreta sempre um turbilhão de emoções e processos de ajustamento psicossocial, para o doente e para a sua família, que são necessários considerar (Cassul, 2012; Street, 2003).

De acordo com a revisão integrativa de Silva (2020), o diagnóstico de doença oncológica provoca um conjunto de desestruturas, sendo a principal a emocional, acompanhada de sentimentos como medo, angústia, perplexidade, choque e tristeza, seguida de desestruturação espiritual, física e social. Durante o tratamento, os participantes relataram preocupação com a aparência física e também o recurso à fé como promotora de alívio na presença do sofrimento associado à doença, sendo que a espiritualidade demonstrou ser um factor fulcral no enfrentamento do cancro, resultando em força, amparo e esperança para os pacientes. Os autores procuraram compreender quais as atividades espirituais que proporcionavam alívio do sofrimento e atribuíam significado às experiências de vida, sendo que a mais citada foi a oração, em que o diálogo com Deus revelou ser um importante meio para os pacientes obterem forças para o enfrentamento da doença e alívio de sentimentos relacionados com a sua condição de saúde.

A adaptação à doença oncológica envolve capacidade de reorganização e reintegração da pessoa, como a aceitação do seu diagnóstico e estado de saúde, aceitação e reconhecimento de si próprio, busca de novos significados e valores de vida, bem como de objetivos pessoais, profissionais, familiares, e/ou sociais (Livneh & Antonak, 2005).

2.2. Espiritualidade

2.2.1. Definição clássica da espiritualidade

No Latim, a palavra “espiritual” tem origem na palavra “*spiritus*”, que significa soprar ou respirar, e passou a significar “aquilo que dá vida à alma” e está relacionada com a prática individual e intrínseca, como a oração (Cook, 2004; Geronasso & Coelho, 2012). Barber (2019) descreve a espiritualidade como uma viagem e procura da verdade. No entanto, existem palavras que têm sido associadas ao presente conceito

como significado pessoal, propósito, valores, crenças e conexão (Cook, 2004; McEwan, 2004; Vachon *et al.*, 2009; Lavorato Neto *et al.*, 2018;; Paul Victor & Treschuk, 2019). Já o conceito de religião tem origem no Latim “*religare*”, que significa ligação, união (Mueller *et al.*, 2001) e está relacionada com crenças e rituais praticados por um grupo de indivíduos no âmbito de uma igreja ou instituição religiosa (Gomes *et al.*, 2014).

A espiritualidade caracteriza-se como um construto multidimensional, capaz de incorporar a dimensão religiosa e a existencial, sendo que tem sido associado a indicadores de bem-estar, como a auto-estima, a assertividade e o sentido para a vida (Cotton *et al.*, 1999; Pestana *et al.*, 2007).

Segundo Lavorato Neto *et al.*, (2018), espiritualidade é a conexão da consciência transcendental com o Eu profundo, poderes superiores e divindades, bem como com o mundo. Influencia o humor, a socialização, as concepções culturais e as condições de saúde, no entanto este conceito tem sido mais explorado na teoria do que na prática (Lavorato Neto *et al.*, 2018).

Segundo Bolander (1998), a espiritualidade é um princípio vital, podendo ser definida como o processo de consciência do transcendente, o que ultrapassa a ligação com Deus e inclui a relação com os outros ou com a natureza, podendo ser definida como tudo o que existe, ultrapassando o concreto e o material (Bolander, 1998; Koenig, 2000; S. Pinto, 2011).

A espiritualidade proporciona bem-estar, paz interior e elucidação sobre o significado e importância das relações interpessoais, sendo intrínseco à condição humana, manifestando-se na sua personalidade e comportamento (Caldeira, 2009; Caldeira *et al.*, 2011), sendo também universal, individual e dinâmica, influenciada pela cultura e vivências dos indivíduos (McSherry & Cash, 2004; Vachon *et al.*, 2009).

Por outro lado, a espiritualidade pode ser definida como uma procura individual de significado e propósito de vida, podendo a mesma estar associada à prática religiosa ou não. O conceito envolve uma conexão com escolhas pessoais ou crenças religiosas, valores e prática que atribuem significado à experiência de vida, o que incentiva e motiva os indivíduos a alcançar um estado de bem-estar, sendo que a conexão proporciona fé, paz, esperança e *empowerment*, que resulta em alegria, perdão de si e dos outros, consciência e aceitação do sofrimento e da mortalidade, elevada sensação de bem-estar físico e emocional, e a habilidade de ultrapassar as debilidades (Tanyi, 2002).

De acordo com vários autores, a espiritualidade possui duas vertentes, uma horizontal, que envolve as relações interpessoais, com o ambiente e consigo mesmo, e

uma vertical que inclui a relação do indivíduo com um poder superior ou Deus. Esta conexão pode manifestar-se através da oração, da presença ou toque físico (Golberg, 1998; Tanyi, 2002; Volcan *et al.*, 2003). Já os autores Anandarajah e Hight (2001) preconizam três dimensões do conceito de espiritualidade, que consistem na dimensão cognitiva (associada à busca de sentido e propósito de vida), dimensão emocional (caracterizada por sentimentos de apoio, conforto, esperança e paz interior) e dimensão comportamental (manifestação das crenças individuais).

Algumas das características do conceito de espiritualidade mencionadas na literatura são conexão com os outros, com o ambiente e com Deus, ou um Ser Superior (Bay *et al.*, 2010; Burkhart & Hogan, 2008; Lavorato Neto *et al.*, 2018; White *et al.*, 2011). A dimensão espiritual é também frequentemente associada a emoções como o amor, esperança, paz, confiança, inspiração e fé (Paul Victor & Treschuk, 2019).

No entanto, o conceito de espiritualidade é frequentemente mal compreendido pela sua associação com o conceito de religiosidade (Mueller *et al.*, 2001; Paul Victor & Treschuk, 2019), e por este motivo os profissionais de saúde evitam abordar o tema junto dos doentes pela falta de clareza na definição dos dois conceitos (Paul Victor & Treschuk, 2019), sendo por isso necessário esclarecer o mesmo para com os pacientes e os profissionais de saúde, de modo a estimular a comunicação, prática e pesquisa científica (Greenstreet, 2006; Tanyi, 2002).

Para Mueller *et al.* (2001), a espiritualidade não está obrigatoriamente associada à religião, mas sim a uma relação transcendental da alma com a divindade, resultando numa atitude de ampliação de consciência, um contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores, bem como o fortalecimento e amadurecimento pessoal que esse contacto proporciona ao indivíduo (Elkins *et al.*, 1988; Pestana *et al.*, 2007; Tanyi, 2002). Para além de que um ateu (pessoa que não crê em Deus) ou um agnóstico (pessoa que não tem a certeza se Deus existe) pode basear a sua espiritualidade nas relações significativas com os que o rodeiam bem como em objetivos e valores pessoais, tanto que a literatura comprova e enumera os vários componentes do conceito de espiritualidade como: o significado e propósito de vida, força interior, autotranscendência (conceber uma perspetiva diferente, mais ampla sobre as situações e poder atribuir significado à experiência vivida), fé/crenças e paz (Tanyi, 2002).

As anteriores definições de espiritualidade fornecem um contexto onde os indivíduos atribuem significado às suas vidas e podem sentir-se preenchidos, com esperanças e em paz, mesmo em momentos difíceis da sua vida, como é o caso da

doença oncológica. Atribuir significado à vida evidenciou-se como o recurso de resistência para lidar com as dificuldades, visto que fornece a motivação para continuar e para utilizar outras estratégias de *coping* (Greenstreet, 2006).

Perante o anteriormente exposto, podemos concluir que não existe uma definição universal do conceito de espiritualidade (McSherry & Cash, 2004), no entanto todas apresentam dois pontos comuns, sendo estes a procura de um propósito e significado de vida (Hermann, 2007; S. Pinto, 2011), e a relação consigo, com o outro, com a natureza e com o transcendente (Hermann, 2007; Christina M Puchalski, 2002).

A maior dificuldade no que diz respeito ao conceito é a sua subjetividade, por se caracterizar por uma interconexão exterior ao indivíduo e que se conecta internamente (Lavorato Neto *et al.*, 2018; Paul Victor & Treschuk, 2019). As pessoas experienciam e interpretam a espiritualidade através da prática de determinada religião (Paul Victor & Treschuk, 2019), ou fora dos sistemas religiosos (Lavorato Neto *et al.*, 2018; Paul Victor & Treschuk, 2019; White *et al.*, 2011). Por exemplo, um estudo revelou que os índios nativos americanos expressam a sua espiritualidade através de cinco atributos: relação, unidade, honra, equilíbrio e cura. Os atributos espirituais da relação incluem tocar, aprender e recorrer a tradições culturais (Paul Victor & Treschuk, 2019).

2.2.2. Definição psicológica da espiritualidade

Um conceito que surge associado ao de espiritualidade, é o bem-estar espiritual, caracterizado pela sensação de bem-estar quando encontramos um significado e propósito de vida (Ellison, 1983), sendo acompanhado por um sentimento de completude e satisfação com a vida, paz consigo e com o mundo, comunhão com Deus ou com uma força superior, divina, ou com a natureza (Pedrão & Beresin, 2010). É considerado uma dimensão vertical da espiritualidade pela sua referência a Deus (Marques *et al.*, 2009).

Segundo Carpenito (1995), o bem-estar espiritual caracteriza-se pela capacidade de resposta de um indivíduo no desenvolvimento das suas potencialidades, recorrendo a recursos fisiológicos, psicológicos, espirituais, sociais, ambientais e culturais. Pode também ser definido como um autoconhecimento, com determinadas particularidades, proporcionando bem-estar, equilíbrio e conforto (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005), e que se manifestam na vontade de conviver com outras pessoas bem como na sensação de relaxamento e satisfação (Oliveira, 2018).

Já Teri-Ann (1995) defende que o bem-estar espiritual relaciona-se com a necessidade de estabelecer relações com um ser superior, paz interior e capacidade de admiração da natureza.

O conceito de bem-estar espiritual abrange várias dimensões: 1. Pessoal, que diz respeito ao significado da vida e valores do indivíduo, e que engloba a consciência de si próprio, a autoestima e o seu sentido de identidade; 2. Comunitária, que envolve sentimentos de amor, esperança, justiça e fé e inclui o sentido moral, os costumes e a religião; 3. Ambiental, manifesta-se na admiração e vinculação com a natureza; 4. Transcendental, refere-se às relações entre o indivíduo e algo superior (Deus, Universo, Natureza), e que se manifesta nas crenças (Oliveira, 2018).

Bem-estar espiritual, por sua vez, caracteriza-se pelo desenvolvimento individual, sendo um processo que inclui o transcendente e incentiva o indivíduo a aprofundar o sentido da vida (McEwen, 2005). O presente conceito também é definido por uma crença numa entidade superior, motivada por uma procura de relações significativas e bons sistemas de suporte, paz interior, habilidade de contemplar a natureza, conexão com os outros e com o universo (Teri-Ann, 1995).

2.3. Religião

A religião é atribuída a práticas e valores tradicionais de determinados grupos religiosos, e portanto mais institucionalizada (Paul Victor & Treschuk, 2019; Tzeng, 2008), sendo associada a uma crença específica, a Deus, escrituras sagradas e valores (Paul Victor & Treschuk, 2019). Ao contrário da espiritualidade, a religião é norteada pela tradição, regras e cultura (Taliaferro, 2008; Tzeng, 2008).

A religião é mais restrita que a espiritualidade, sendo normalmente associada a oração, atividades religiosas e procura de orientação espiritual (Paul Victor & Treschuk, 2019; Tzeng, 2008; White *et al.*, 2011). No entanto, estes dois conceitos são distintos, pois a espiritualidade envolve uma experiência pessoal e transformações a nível profundo, envolvendo reflexões sobre o significado e propósito de vida, recorrendo a conceitos que transcendem o material, como uma conexão com algo superior a si mesmo (Guimarães & Avezum, 2007; Pedrão & Beresin, 2010; Saad *et al.*, 2001), enquanto a religião envolve a codificação e conceptualização desses processos e os seus membros são impelidos a cumprir determinadas regras (Tomass, 2012) devido à sistematização de culto (Saad *et al.*, 2001). A religião pode ser considerada uma forma

de expressão da espiritualidade. As religiões organizadas fornecem um sentido de comunidade e pertença com crenças comuns aos seus membros (Elkins *et al.*, 1988; Paul Victor & Treschuk, 2019).

Geralmente, a religião é vivida de maneira mais superficial, sendo muitas vezes transmitida pela família ou pela cultura, o que leva à vivência da religião de forma mais extrínseca (Duarte & da Silva Wanderley, 2011). A religião pode funcionar como um fator de adaptação e de motivação (quando promove um ambiente de entreajuda e a sensação de pertença a um grupo ou comunidade), ou como um fator desestabilizador (quando gera questões e dúvidas perturbadoras ou quando prejudica a autonomia do indivíduo e leva ao foco excessivo na fé e em condutas incutidas pelas instituições religiosas) (de Oliveira & Junges, 2012; Oliveira, 2018).

Um exemplo onde é possível verificar que os dois conceitos são distintos, é no estudo desenvolvido por Hermann (2007), sobre as necessidades espirituais dos doentes em fase terminal, onde os resultados revelaram que, inicialmente, a espiritualidade era referida como sinónimo de religião ou de relação com Deus, mas depois de aprofundar o tema, concluiu-se que independentemente da crença, a espiritualidade encontrava-se presente na vida destes doentes.

Desta forma, a espiritualidade pode evidenciar-se por via da religião ou através das relações interpessoais, da criatividade e auto-expressão, como a arte, e através da força interior e valores individuais orientados para a busca de um sentido e propósito de vida (Caldeira, 2009; McSherry & Cash, 2004; S. Pinto, 2011).

Não obstante, o estudo científico da espiritualidade continua a ser controverso, visto que a investigação científica baseia-se no estudo do material e do visível, e a espiritualidade caracteriza-se por ser imaterial e invisível, sendo que o estudo da mesma também é condicionado pelas crenças e preconceitos do próprio investigador. Por outro lado, outro desafio que tem sido considerado pela comunidade científica é a dificuldade de operacionalização do conceito de espiritualidade (Brady *et al.*, 1999).

Os estudos empíricos sobre o tema têm aumentado e sugerem que a espiritualidade pode ter efeitos diretos e indiretos na vivência da doença oncológica (Pestana *et al.*, 2007), nomeadamente o reconhecimento da importância da espiritualidade na qualidade de vida (Miller & Thoresen, 2003; Pestana *et al.*, 2007), o que aliado ao reconhecimento da influência de fatores ambientais no desenvolvimento da doença oncológica, permitiu alcançar uma visão mais holística da saúde e modificar

a forma como pensamos sobre a mesma. Esta visão holística permite compreender que não é possível tratar a doença isoladamente sem considerar o meio sociocultural que envolve o paciente, as suas emoções e cognições pessoais sobre a saúde e a doença (Goleman, 1995).

2.4. Relação entre espiritualidade e saúde

Depois de apresentadas as definições presentes na literatura dos conceitos de espiritualidade e religião, segue-se um levantamento dos estudos que sugerem e comprovam a relação entre espiritualidade e saúde, porque apesar de a espiritualidade ser inerente à condição humana, apenas nos últimos vinte anos se começou a reconhecer o seu poder terapêutico e a sua consequente importância (Bovero *et al.*, 2019).

A literatura científica tem vindo a comprovar que a espiritualidade está associada a efeitos positivos no estado de saúde do indivíduo, atuando por intermédio de uma ação neurotransmissora, a nível cardiovascular e nos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, visto que causa diminuição da frequência cardíaca, da pressão arterial e dos níveis de cortisol (principal hormona geradora de *stress*), o que resulta na ativação de funções de defesa e diminuição dos níveis de ansiedade (Koenig *et al.*, 1998; S. Pinto, 2011; Seybold, 2007).

Segundo vários autores, a espiritualidade proporciona força interior, conforto, paz, bem-estar, completude e enfrentamento das situações de forma adaptativa, que são resultado da interação das práticas espirituais que geram autoestima, esperança e conexão com o *self*, com os outros e com Deus (Lavorato Neto *et al.*, 2018; I. Thompson, 2002; Tuck *et al.*, 2001). Adicionalmente, a espiritualidade provoca também níveis baixos de: *stress*, ansiedade, sintomas depressivos e risco de suicídio (Lavorato Neto *et al.*, 2018; Mohr, 2006). Para além disso, fornece um sentimento de pertença ao universo e às comunidades onde as práticas espirituais têm lugar, o que funciona como fonte e estrutura de suporte e conforto que alimenta a fé e através do qual o indivíduo constrói a sua identidade (Lavorato Neto *et al.*, 2018; Schuhow, 2007; I. Thompson, 2002). Esta experiência capacita o indivíduo e permite o desenvolvimento de valores como benevolência, compaixão, perdão e amor pela vida (Greasley *et al.*, 2001; Lavorato Neto *et al.*, 2018; I. Thompson, 2002). Dentro do presente contexto, as crises e enfermidades podem ser vistas como oportunidades de crescimento e transformação espiritual (Kilmer & Lane-Tillerson, 2013).

Complementarmente, estudos fenomenológicos revelam que a espiritualidade proporciona qualidade de vida, força interior e significado de vida, sendo o significado um resultado da dimensão espiritual pessoal (Creel & Tillman, 2008; Delaney *et al.*, 2011; Tanyi & Werner, 2008). A espiritualidade evolui à medida que os indivíduos procuram por direção, significado, verdade, poder, harmonia, equilíbrio, devoção, crença e propósito (Victor & Treschuk, 2019). As crenças espirituais e as práticas espirituais são parte integrante da crença individual de cada um e influenciam o conhecimento e atitudes relativamente a saúde, doença e processo de recuperação, proporcionando assim uma fonte de conforto e força perante as crises ou transições da vida (Graham, 2003; Paul Victor & Treschuk, 2019).

Por ser um sistema de crenças onde estão incluídos elementos imateriais como a vitalidade e significado de vida, pode promover sentimentos positivos e contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos. Os conceitos de espiritualidade e saúde estão associados, visto que a saúde é determinada por fatores físicos, mentais, sociais e espirituais (Moreira *et al.*, 2016; Salomé *et al.*, 2015).

De acordo com os autores Ellison, (1991) e Marques *et al.* (2009), a religiosidade/espiritualidade influenciam o bem-estar subjetivo, favorecendo a integração e o suporte social, o estabelecimento de relações com o divino, desenvolvimento de significado e coerência na existência humana, e pode ainda contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis, que influenciam os processos de saúde-doença (Ellison, 1991; Marques *et al.*, 2009), sendo que a espiritualidade promove paz e conexão com os outros, unidade com o universo e com o *Self*, atribui significado à vida e possibilita a capacidade de resiliência para lidar com a culpa, raiva e ansiedade, e conseqüentemente melhora a qualidade de vida (Moreira *et al.*, 2016; Saad *et al.*, 2001), podendo inferir-se que possui uma função terapêutica, ajudando na recuperação e no aumento do bem-estar e reduzindo o impacto das situações negativas na vida do paciente (Taha *et al.*, 2011).

Segundo Navas e Villegas (2006), a espiritualidade pode funcionar como uma fonte de força, promovendo a qualidade de vida e a adaptação à doença, capacita a pessoa para a realização de ajustes positivos no seu estilo de vida (capacidades de autocuidado) e a tomar consciência de como as suas crenças e atitudes influenciam a sua saúde. Para além disso, permite ao indivíduo superar as situações de forma mais tranquila e diminuir os níveis de *stress* e ansiedade (Fornazari & Ferreira, 2010) e

atribuir um significado à doença e à vivência da mesma, proporcionando conforto e suporte (Oliveira, 2018).

As práticas associadas à espiritualidade/religião, como a oração e a meditação induzem uma sensação de alívio das tensões sentidas, na medida em que permitem que a mente se focalize num determinado tema e se liberte de pensamentos negativos e das preocupações do quotidiano (Oliveira, 2018).

Na área da saúde, a espiritualidade é considerada um fator de proteção no desenvolvimento de certas doenças e também como minimizador do número de óbitos em doentes portadores de determinadas enfermidades (Guimarães & Avezum, 2007).

Segundo um estudo realizado por Koenig e Larson (2001) sobre a relação entre espiritualidade, *coping* e dor, os investigadores chegaram à conclusão que o *coping* religioso pode ser adaptativo ou mal-adaptativo, uma vez que experiências religiosas positivas auxiliam no relaxamento e distração da dor e experiências religiosas negativas tendem a aumentar a dor, principalmente aquelas que perspetivam a doença como um sinal de punição ou castigo divino.

De acordo com Romero *et al.* (2006) e Kandasamy *et al.* (2011), o *coping* espiritual-religioso associa-se a um melhor estado de saúde, maior bem-estar psicológico e melhor qualidade de vida, visto que a espiritualidade e as crenças religiosas promovem a autoestima, o otimismo e a esperança (Ebright & Lyon, 2002; Gall *et al.*, 2009).

Um estudo de Woods e Ironson (1999) com 60 pacientes revelou que as crenças e conexões dos mesmos promoviam sentimentos de *empowerment* e esperança, bem como um estado de relaxamento e sensação de bem-estar que, conseqüentemente, influenciava a sua recuperação.

O estudo de Bovero *et al.* (2019) sugere que a presença da fé e de significado de vida correlaciona-se negativamente com a depressão, ou seja, quanto mais forte for a presença destes componentes da espiritualidade, menos deprimido o indivíduo se sentirá. Estes resultados sugerem que o bem-estar espiritual, nomeadamente sentir que a vida tem um sentido e um significado, pode ser útil para lidar com a depressão. De salientar ainda que os pacientes que encaram a doença de uma perspetiva diferente, por exemplo, uma perspetiva transcendental, tentando atribuir um significado ao desafio experienciado, tendem a obter bem-estar espiritual. Os resultados da investigação de Bovero *et al.* (2019) revelaram ainda que as mulheres relatam encontrar mais conforto

nas suas crenças religiosas, realizando atividades religiosas ou espirituais, recorrendo à espiritualidade para as auxiliar no enfrentamento das adversidades do que os homens.

2.4.1. Relação entre espiritualidade e doença oncológica

Um diagnóstico de doença oncológica afeta profundamente o indivíduo em vários aspetos da sua vida, tanto físico, como psicológico, social e espiritual, provocando alterações no quotidiano e nos planos para o futuro e a atribuição da doença a “uma sentença de morte” pode conduzir a uma crise espiritual ou a reflexões sobre a vida que podem resultar em questionamentos, reelaboração ou fortalecimento das crenças individuais (Núñez *et al.*, 2011; Pinto & Pais Ribeiro, 2010; Visser *et al.*, 2010). O paciente necessita de redefinir permanentemente os seus objetivos e atribuir novos significados ao que lhe acontece, quer pelas complicações relativas à doença, quer por uma eventual recidiva, sendo a esperança uma emoção fundamental ao processo de adaptação e enfrentamento da doença (Folkman, 2010).

Por essa razão, existem cada vez mais pacientes oncológicos que procuram terapias ou respostas alternativas para a sua cura ou alívio do seu desconforto, sendo a espiritualidade a mais utilizada e procurada (Hsiao *et al.*, 2008; Oliveira, 2018).

A literatura possui vastas evidências de diversos estudos que comprovam a influência da espiritualidade no enfrentamento de crises existenciais de vida, doença, saúde e bem-estar (Victor & Treschuk, 2019), favorecendo a qualidade de vida e o bem-estar, o suporte social e emocional, uma vez que a participação religiosa e a espiritualidade parecem relacionar-se com um melhor estado de saúde, uma expectativa de vida mais prolongada, melhorias na qualidade de vida, bem-estar e conforto, sensação de defesa, crescimento pessoal, manutenção da esperança, menor ansiedade, depressão e suicídio. Pacientes com níveis elevados de espiritualidade possuem mais facilidade nas tomadas de decisão relativamente ao tratamento e são mais susceptíveis a desenvolverem as suas capacidades de autocuidado de enfrentamento positivo de situações muito *stressantes* e indivíduos com baixos níveis de espiritualidade não possuem práticas de autocuidado, enfrentam as situações de forma negativa e apresentam maior risco de depressão e desesperança (Bai *et al.*, 2018; Gudenkauf *et al.*, 2019; Lim & Yi, 2009; Oliveira, 2018; Peteet & Balboni, 2013; Shih *et al.*, 2019; Stanton *et al.*, 2002; Travado *et al.*, 2010; Turke *et al.*, 2020; Vespa *et al.*, 2011; Xing *et al.*, 2018).

A espiritualidade apresenta-se como um forte preditor e promotor de saúde psicológica (Davis, 2005), atua como um produtor de esperança (proporcionando simultaneamente força, melhoria do humor, tranquilidade e confiança), aumenta a resistência face a crises de saúde mental face a um diagnóstico de cancro ou tratamento, diminui a ansiedade e depressão, retardando a evolução da doença, promovendo um estilo de vida saudável e melhorias na qualidade de vida e no ajustamento da doença (Breitbart *et al.*, 2010; Fallah *et al.*, 2011; Gaston-Johansson *et al.*, 2013; Xing *et al.*, 2018).

A espiritualidade permite aos indivíduos transcenderem do seu ambiente envolvente e encararem a situação através de uma perspetiva diferente, mais universal e imparcial, atribuindo significado à doença (Greenstreet, 2006; Guerrero *et al.*, 2011; Jaramillo *et al.*, 2019; Miranda *et al.*, 2015; Moreira *et al.*, 2016; Mueller *et al.*, 2001; Oliveira & Queluz, 2016; L. dos S. Silva *et al.*, 2019).

Uma adaptação positiva, por parte dos pacientes oncológicos em fase inicial, permite um sentimento de confiança relativamente ao prognóstico, a crença de que a doença é controlável o que resulta numa postura ativa por parte do indivíduo no tratamento. No caso de doença oncológica em fases avançadas, uma atitude de esperança e otimismo permite um maior ajustamento emocional (Gudenkauf *et al.*, 2019; Guerrero *et al.*, 2011; Jaramillo *et al.*, 2019; Núñez *et al.*, 2011; O'Brien & Moorey, 2010; D. A. da Silva, 2020; Veit & Castro, 2013).

Adicionalmente, a espiritualidade pode ajudar o doente a ampliar o seu sentido de *Self* e de existência para que os sintomas e as dificuldades possam ser vistos como uma pequena parte do todo (Brady *et al.*, 1999), permite aos indivíduos transcenderem do seu ambiente envolvente e encararem a situação através de uma perspetiva diferente, mais universal e imparcial, o que conduz a uma maior e mais profunda compreensão sobre o significado e propósito da vida, ao invés de centrarem o seu pensamento no corpo físico dorido, não funcional ou pouco atrativo, podendo redirecionar a sua fonte de autoestima para outros aspectos do *Self* para além da aparência física ou o estatuto social/profissional (Brady *et al.*, 1999; Guerrero *et al.*, 2011; Miranda *et al.*, 2015; Moreira *et al.*, 2016; P. F. Oliveira & Queluz, 2016; Christina M Puchalski, 2003; L. dos S. Silva *et al.*, 2019). A adoção de uma visão mais holística sobre a saúde e a vida permite diminuir os níveis de *stress* crónico a que estes doentes normalmente estão sujeitos. Ao relaxar-se, o organismo não exerce tanta pressão negativa sobre o sistema

imunológico, permitindo a este recuperar a sua força, contribuindo para a sua própria cura (Pestana *et al.*, 2007).

A espiritualidade pode ajudar as pessoas a manterem a sua autoestima, autovalorizarem-se a si e às suas vidas (Brady *et al.*, 1999), evidenciando-se através da correlação entre espiritualidade e qualidade de vida, bem como a construtos como a atribuição de significado e fé, que não estão incluídas em outras medidas da qualidade de vida. Através do estudo de Brady *et al.* (1999) concluiu-se que indivíduos com altos níveis de espiritualidade são capazes de tolerar sintomas mais fortes (como dor ou fadiga), enquanto mantêm a capacidade de aproveitar a vida, tornando o domínio espiritual uma meta importante para atingir o bem-estar, o que vai ao encontro do estudo de J. W. Yates *et al.* (1981) em que os doentes oncológicos que reportaram menores níveis de intensidade da dor foram os que relataram uma crença num poder superior ao homem, em algum tipo de vida após a morte ou no poder da oração. A incidência de dor foi semelhante nos dois grupos, o que sugere que as crenças podem ter influenciado a experiência subjetiva de dor (Bai *et al.*, 2018).

O diagnóstico e tratamento de doenças crónicas, especialmente o cancro, estão associados a fatores como dor, sofrimento e ameaças a nível físico e mental significativas e as crenças espirituais funcionam como “amortecedores”, proporcionando alívio e conforto para suportar e superar as dificuldades (Al-Natour *et al.*, 2017), sendo que muitos pacientes relatam aspetos benéficos que resultaram da presente experiência, como uma melhoria dos recursos pessoais, um maior sentido de finalidade, uma maior espiritualidade, laços mais fortes com os outros e alterações nas prioridades de vida (Andrykowski & Hunt, 1993; Cordova *et al.*, 2001; Dow *et al.*, 1996; Stanton *et al.*, 2002). Alguns pacientes relatam que a experiência de doença oncológica, no geral, foi uma experiência positiva nas suas vidas, o que pode parecer contraditório, mas que pode ser resultado de uma atribuição de significado à doença, através da consciência sobre a sua vulnerabilidade e criação de sentido para a vida, o que por sua vez pode levar o indivíduo a encontrar benefícios na experiência da doença oncológica, e resultar num preditor do ajustamento adaptativo posterior (Cassul, 2012; Paredes & Pereira, 2018). Esta atribuição de significado é, possivelmente, uma tentativa de estabelecer ordem e organização à experiência caótica que o diagnóstico carrega, que aliada à perceção de crescimento pessoal associada, permite uma assimilação de maior controlo sobre a situação, facilitando assim os processos de adaptação e diminuindo o mal-estar associado à experiência (Cassul, 2012).

Segundo os resultados de um estudo libanês, indivíduos com a espiritualidade mais presente, nomeadamente maior significado de vida, paz e fé possuem maior funcionamento emocional e cognitivo, bem como maior bem-estar espiritual e qualidade de vida. No que toca a sintomatologia: fadiga, dor, dispneia e perda de apetite foram negativamente associados com pacientes com bem-estar espiritual, ou seja, pacientes com baixo bem-estar espiritual apresentavam menores níveis da sintomatologia anteriormente referida, o que reflete como a espiritualidade pode afetar a forma como o paciente lida com a experiência de doença oncológica, atribui significado e paz à mesma e define bem-estar durante o tratamento, podendo ainda ajudar os indivíduos a recuperarem uma sensação de saúde no processo de doença (Chaar *et al.*, 2018).

A espiritualidade assume portanto um significado fundamental na vida dos doentes oncológicos no que se refere ao enfrentamento da doença, na medida que aumenta o sentimento de força, amparo e esperança, é utilizada como prática terapêutica de cura e permite uma visão da doença como uma oportunidade de crescimento espiritual. Adicionalmente, as crenças espirituais estão associadas a maior satisfação, menor conflito e facilidade no processo de tomada de decisão, reduzindo a incerteza e o *stress*, para além de que quanto maior o envolvimento dos indivíduos com as suas crenças, melhor será a qualidade de vida não obstante a adversidade da doença e as suas consequências (D. A. da Silva, 2020).

O estudo de Nejat *et al.* (2017) comprova como os pacientes oncológicos recorrem a crenças espirituais e religiosas para os ajudarem no processo de ajustamento da doença, nomeadamente a fé pessoal, oração individual, relacionamento e diálogo com Deus, frequentar locais de entrega espiritual (por exemplo, igrejas, ambientes naturais, etc.) A amostra do estudo consistia em indivíduos do Irão e da Nova Zelândia, e a religião desempenhou um papel fulcral no enfrentamento do cancro por parte dos participantes iranianos, e para uma proporção menor de participantes da Nova Zelândia, o que pode ser explicado pelo fato de que no Irão as crenças religiosas são consideradas essenciais, mesmo na ausência de diagnóstico de doença oncológica. Os participantes de ambos os países utilizaram a espiritualidade e a religião de forma semelhante em todas as categorias inquiridas.

Todos os participantes iranianos e neozelandeses aceitaram o seu diagnóstico de cancro devido à sua fé em Deus, crença no destino divino e a doença como uma bênção, acreditavam que a restauração do seu estado de saúde estava nas mãos de Deus, o que conduziu a uma ressignificação positiva da doença por parte destes pacientes, sendo que

a atividade religiosa auxiliou no enfrentamento do cancro. Os participantes que possuíam crenças religiosas encontravam conforto através do conceito de vida após a morte, recepção de energia positiva e cura espiritual, e os participantes não religiosos sentiam-se apoiados pelos seus pares, lugares e natureza (Nejat *et al.*, 2017).

De acordo com a investigação realizada por Nejat *et al.* (2017), com o objetivo de compreender o recurso à espiritualidade e religiosidade efetuado por pacientes com cancro colorretal, foi possível verificar que trinta e quatro dos seus quarenta participantes afirmaram recorrer à espiritualidade e religiosidade, e descreveram em três categorias de que forma as suas crenças os auxiliam no processo de aceitação e enfrentamento da doença oncológica: 1) Crença num destino divino, os participantes expressaram a confiança que o seu diagnóstico de cancro fazia parte de um plano divino superior, o que permitiu a aceitação e a gestão do diagnóstico; 2) Fé em Deus, os participantes explicaram que a sua fé proporcionava-lhes esperança, cura e apoio emocional que facilitava viver diariamente com a doença, tendo sido descrita como originadora de força interior; 3) A doença como uma bênção de Deus, um pequeno número de participantes (n=13) referiu que encarava o seu diagnóstico e experiência de cancro como uma bênção de Deus, acreditando que era uma forma de Deus comunicar através da doença e que existia um propósito para o seu sofrimento (Nejat *et al.*, 2017).

Relativamente ao estudo da espiritualidade na população feminina, uma vez que esta dimensão é mais relevante nas mulheres devido a fatores culturais (C. Pinto & Pais Ribeiro, 2010), os resultados corroboram a evidência apresentada anteriormente, uma vez que o bem-estar espiritual e a qualidade de vida estão correlacionados, assim como bem-estar espiritual e determinados tipos de ajustamento psicológico, como por exemplo espírito de luta, segundo Al-Natour *et al.* (2017) e Cotton *et al.* (1999), o que coincide com os resultados do estudo de Gibson e Parker (2003), em que a espiritualidade e a esperança foram as dimensões que mais contribuíam para o bem-estar psicológico das participantes. A religião e espiritualidade fornecem um sentido e propósito para a vida das participantes e auxiliam no processo de ressignificação do diagnóstico, sendo que a oração é uma forma de alcançar conforto e confiança em Deus para cuidar e protegê-las durante o processo de doença, desempenhando um papel fulcral no bem-estar físico e mental, sendo que as pacientes do sexo feminino relatam que pensamentos positivos e uma sensação de tranquilidade, obtida através do recurso à espiritualidade, atenuaram o *stress* e medo associados à doença, o que ajudou no ajustamento às mudanças inerentes da mesma e facilitou uma atitude calma e positiva, o

que, por sua vez, diminuiu o medo do cancro e da sua possível remissão (Toledo *et al.*, 2021; Veit & Castro, 2013).

No que toca à espiritualidade nos adolescentes e crianças, um estudo realizado por Werk *et al.* (2021), os participantes e os seus respetivos familiares referiram que a espiritualidade fomentou um espírito de força e coragem no enfrentamento da doença, impedindo que os pacientes perdessem a esperança ou o seu íntimo fosse alterado. O bem-estar espiritual evidenciou-se em maior quantidade em doentes diagnosticados num período de tempo mais curto, o que sugere que os participantes confiam nas suas convicções espirituais para lidarem com o seu diagnóstico e tratamento, efeitos secundários e incerteza relativamente à remissão da doença.

A espiritualidade e a religião também se revelaram estratégias importantes de *coping* utilizadas por idosos com cancro face ao sofrimento, sentimentos de culpa e pensamentos sobre a morte, sendo que estas estratégias proporcionaram alívio em momentos adversos, força para superarem os impactos emocionais, e auxiliaram no esforço de alcançar bem-estar e atribuir significado e sentido à vida, perante situações inalteráveis (Freitas *et al.*, 2020). Segundo Büssing *et al.* (2007), num estudo realizado com idosos alemães, avaliaram as estratégias que estes recorriam para enfrentar as suas doenças e corroboram os resultados anteriores, uma vez que os pacientes relataram estilos de *coping* adaptativo através de ajuda externa, como confiança no papel dos médicos, procura de ajudas alternativas, confiança na ajuda de Deus e através de recursos internos, como uma vida saudável e consciente, atitudes positivas. Adicionalmente, também foi possível observar que a reavaliação da doença, ou seja, perspetivar a mesma como uma oportunidade, encontrava-se fortemente associada à confiança na ajuda de Deus, especialmente utilizada pelos pacientes oncológicos do sexo feminino. Em comparação com pacientes com outras doenças crónicas, os pacientes oncológicos procuravam significativamente mais suporte, confiavam mais num poder superior a eles mesmos e interpretavam a doença de forma mais positiva, observando-se mais esta associação nos pacientes com cancro da mama do que em pacientes com cancro da próstata.

Os pacientes oncológicos conferem uma importância e confiança acentuada nas suas crenças espirituais, através de uma intensificação da fé no poder de Deus, ou outra entidade semelhante e uma necessidade de cura espiritual nas suas vidas, através do aumento da espiritualidade e reconhecimento e reflexão sobre o Divino (Büssing *et al.*, 2007).

Em contrapartida, os resultados do estudo desenvolvido por Merath *et al.* (2020) demonstraram que 50% dos participantes relataram que a doença e o diagnóstico de cancro não alterou as suas crenças espirituais, alguns nunca as tiveram, outros não sentiram alterações nas mesmas, enquanto os outros 50% dos participantes relataram que o cancro provocou um impacto nas suas crenças espirituais, seja de forma positiva, na medida que serviu de fonte de apoio e conforto no enfrentamento da doença, seja de forma negativa, quando geraram sentimentos de frustração para com Deus ou outra entidade equivalente.

Apesar de o recurso à crença espiritual e confiança no poder de uma entidade superior poder ser uma fonte de paz nas adversidades, como no diagnóstico de cancro, a mesma pode também levar a uma relativa tendência para negligenciar soluções terrenas disponíveis, como tratamentos médicos, por exemplo (Cassul, 2012).

Não obstante, para muitos indivíduos o médico desempenha um papel importante, senão fundamental, no atendimento das necessidades espirituais, e alguns percecionam estes profissionais como recetor de dons de cura divinos, enviados para ajudá-los no processo da doença, e defendem que uma abordagem mais holística da medicina os faria sentir cuidados e valorizados para além da doença física, sendo uma fonte positiva de força, e uma prova disso é que pacientes que receberam menos cuidado espiritual relataram mais sintomas depressivos e redução do significado espiritual e paz (Cipriano-Steffens *et al.*, 2020).

Em alguns indivíduos a espiritualidade produz um efeito positivo, como o desenvolvimento da esperança perante o diagnóstico e os desafios inerentes ao cancro, proporcionando força para enfrentar a doença. Em contrapartida, em alguns indivíduos a espiritualidade produz efeitos negativos, na medida que prevalecem sentimentos de desapontamento e desconexão com as suas crenças. No estudo de Cipriano-Steffens *et al.* (2020), os autores identificaram um tema transversal nos relatos dos seus participantes relativamente às perceções, necessidades e desejos de falar sobre o cancro, sendo que para muitos deles falar e partilhar a sua experiência sobre a doença, em termos de espiritualidade, ajudou-os a expressarem os seus sentimentos, preocupações, medos, esperanças e pensamentos sobre a morte, dialogarem sobre o assunto proporcionou paz e conforto, dando uma sensação de poder sobre a doença.

Perante a informação anteriormente exposta, as intervenções espirituais podem ter um impacto no bem-estar espiritual dos pacientes oncológicos, como comprovou a meta-análise de Xing *et al.* (2018) onde foi possível observar uma diferença

estatisticamente significativa em pacientes que experienciaram intervenções espirituais (e.g., psicoterapia, escuta ativa, esclarecimento de dúvidas, fornecimento de rosários, ficheiros de áudio com orações) em relação ao grupo controlo (que não experienciou a mesma intervenção), sendo que as intervenções melhoraram o bem-estar espiritual dos doentes oncológicos, assim como os resultados apresentados pelo estudos de Musarezaie *et al.* (2015) e de Oh e Kim (2014). A meta-análise de Xing *et al.* (2018) também mostrou que as intervenções espirituais apenas melhoraram o bem-estar espiritual das pacientes com cancro da mama, no entanto estes resultados indicam que estas intervenções podem proporcionar benefícios imediatos no bem-estar espiritual destas pacientes, o que enfatiza a importância de se adotar intervenções adaptadas às necessidades individuais dos pacientes. Adicionalmente, o estudo demonstrou que estas intervenções podem reduzir os níveis de depressão nos doentes oncológicos, assim como o estudo de Oh e Kim (2014) confirmou.

Relativamente aos estudos realizados no âmbito do bem-estar espiritual, o estudo de Lin e Bauer-Wu (2003) realizado com doentes oncológicos, argumenta que para se alcançar o bem-estar espiritual é necessário o estabelecimento de relações significativas com os outros, *empowerment*, capacidade de ultrapassar o *stress*, fé e esperança, significado da existência e consciência de si próprio e do meio envolvente. Já o estudo de Jimenez-Fonseca *et al.* (2018), os resultados evidenciaram que o bem-estar espiritual mostrou uma associação negativa com o sofrimento psíquico e positiva com o ajustamento à doença oncológica, ou seja, à medida que o bem-estar espiritual aumenta, a sintomatologia psicológica e a ansiedade diminuem, dando oportunidade a estratégias de *coping* de serem utilizadas, como espírito de luta, esperança e aceitação. Para além dos resultados anteriores, também foi possível inferir que o bem-estar espiritual revelou ser um mediador parcial entre o sofrimento psíquico e a adaptação ao cancro, ou seja, à medida que este sofrimento aumenta, o bem-estar espiritual diminui, o que conduz a uma pior adaptação à doença, evidenciando assim a importância da espiritualidade na diminuição do sofrimento psíquico e no progresso de adaptação à doença.

2.5. A esperança como mediador da relação espiritualidade/saúde

Segundo a literatura, não existe uma definição universal de esperança, no entanto as várias definições sugeridas devem considerar a sua complexidade, orientação para o futuro, multidisciplinaridade e a sua natureza dinâmica e individual, sendo

universal e inerente à existência humana (McClement & Chochinov, 2008; S. Pinto, 2011; P. Yates, 1993).

Etimologicamente, a palavra “esperança” provém do Latim “*sperantia*”, cuja definição é: “confiança em se conseguir o que se deseja, expectativa” (Porto Editora, 2021), aparentando ser um conceito de natureza individual, com orientação para o futuro, com possibilidade de um resultado positivo (Querido, 2005). Segundo Alberoni (2001), a esperança encontra-se intimamente associada à busca de significado e de sentido da vida. Ainda na mesma linha de pensamento, encontra-se (Frankl, 2017) que confirma a associação entre esperança e procura de sentido para a vida. Este autor sobreviveu aos campos de concentração na época da Segunda Guerra Mundial, e relata que enquanto os prisioneiros possuíam um objetivo e tivessem esperança, ainda que mínima, conseguiam sobreviver, sendo a esperança considerada como um processo de escolha de sentido pessoal na vida. De forma geral, pode afirmar-se que a esperança influencia o bem-estar e está ligada à existência física, emocional e espiritual (Querido, 2005); promove a harmonia entre corpo, mente e espírito (E. A. Thompson *et al.*, 2008; Viana, 2010); caracteriza-se como uma estratégia de *coping* (Berg *et al.*, 2008); facilita e potencia a capacidade de contemplar a vida depois da morte, sem entrar num estado de desespero (Querido, 2005).

Segundo Pires (2006), a esperança divide-se em esperança generalizada e particularizada, sendo que a generalizada constitui-se como uma crença geral no futuro, uma experiência individual que proporciona um sentido de controlo e capacidade de superação, independentemente do estado da doença, como um “guarda-chuva” que protege os indivíduos à medida que projecta um certo “brilho” positivo para a vida (sentido de ocorrência de desenvolvimentos futuros, benéficos mas indeterminados, não estando ligada a qualquer objecto específico) (Jakobsson *et al.*, 1993). Por sua vez, a esperança particularizada restringe-se a um acontecimento específico, podendo modificar-se com o tempo e com a evolução da doença (Pires, 2006), é direccionada para os objetos valorizados e esperados a nível individual, como as expectativas (Jakobsson *et al.*, 1993). Possui ainda seis dimensões: afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual (Querido, 2005).

Outros autores caracterizam a esperança como uma capacidade para manter o otimismo perante uma adversidade, a capacidade de preservar objetivos e planear acções para enfrentar uma situação difícil (Núñez *et al.*, 2011), ou como uma atitude mental positiva de enfrentamento, que requer um objetivo ou propósito de forma a

perdurar no tempo, sendo destacada a sua importância através do termo desesperança, que engloba depressão, perda do desejo de viver, ideação suicida e morte. Adicionalmente, níveis elevados de esperança funcionam como fator protetor no enfrentamento de situações adversas, permitindo um melhor ajustamento emocional, o que conseqüentemente irá providenciar uma maior confiança e esperança no enfrentamento de situações futuras (Folkman, 2010).

Por sua vez, Benzein e Berg (2003) referem que a esperança é uma força que incentiva o indivíduo a transcender a sua situação atual, acompanhada de uma nova consciência e enriquecimento pessoal.

Os autores Morse e Doberneck (1995) descrevem que o processo de desenvolvimento da esperança fornece uma estrutura que permite avaliar e planejar estratégias destinadas a pacientes com doenças crônicas. Estes autores concluíram que após o paciente reconhecer a situação ou ameaça, analisa de forma realista todas as soluções ou saídas possíveis e que é o medo dos possíveis resultados negativos que impulsiona o indivíduo para a ação, tornando a esperança uma força poderosa.

Já para Pinto (2011), a esperança é caracterizada pela crença de que apesar das dificuldades da situação experienciada e dos possíveis obstáculos, a vida continua a ter sentido.

O conceito de esperança possui quatro atributos centrais, sendo estes: 1) processo experiencial, associado logicamente com o conceito de desesperança, em que a esperança é constituída por processos criativos e imaginativos; 2) enquanto processo espiritual ou transcendente, a esperança é sustentada pela fé, podendo a mesma ser em si próprio, nos outros ou em algo superior, como Deus. A esperança promove uma atmosfera mais elevada e mais pura, tornando o indivíduo mais enriquecido a nível espiritual; 3) enquanto processo racional, necessitando de objetivos para manter o indivíduo motivado, devendo os mesmos ser realistas, no entanto dependem do sentido atribuído por cada um e das suas experiências passadas, presentes e de perspectiva de futuro. Implica que o indivíduo se envolva ativamente e invista na consecução de um determinado objetivo, o que, por sua vez, depende dos recursos pessoais disponíveis, a nível físico, emocional ou social, sendo a esperança fortalecida pela percepção de controlo sobre o próprio destino; 4) enquanto processo relacional, evidencia o poder que os indivíduos têm de interferir na esperança dos outros, através da sua presença, comunicação de expectativas positivas ou manifestar confiança nas capacidades do outro (Pires, 2006).

Com o objetivo de preservar e manter a esperança, são apontadas várias premissas, tais como a determinação de metas e objetivos, orientação para o futuro e sentido de direção, capacidade de transcendência, interação social ou existência de relações interpessoais, percepção realista da situação tendo em conta os recursos disponíveis, confiança na vida e em si próprio, capacidade de atribuição de sentido de vida, contexto para ativação da esperança (Pires, 2006; Viana, 2010).

Relativamente a situações de doença crónica, existem quatro estádios ou fases da esperança, sendo estes: 1) esperança de cura; 2) de tratamento; 3) de prolongamento da vida; 4) de uma morte serena. Este é um conceito dinâmico e ao longo das várias fases, o foco vai sofrendo alterações, sendo realinhada e redimensionada (Querido, 2005; Viana, 2010).

O termo desesperança é caracterizado como o oposto da esperança, sendo um estado emocional subjetivo, no qual o indivíduo falha em encontrar alternativas para os seus problemas e adversidades, não sendo capaz de se empenhar no sentido de resolução da situação nem de acreditar que é capaz de resolvê-la, sendo este estado acompanhado por uma apatia profunda que pode expressar-se a nível físico (através de lentidão de resposta, sonolência, falta de energia e perda de apetite), cognitivo (lentificação do pensamento, dificuldades em lidar com o passado e/ou futuro, rigidez de pensamento, inércia para estipular objetivos) e emocional (sentimento de perda, vazio e desamparo, ausência de propósito de vida) (Carpenito, 1995).

A esperança é frequentemente vista como uma perspetiva positiva voltada para o futuro. Atualmente, muitos estudos mostram que a esperança pode aumentar a capacidade geral de lidar com o *stress* e diminuir os efeitos da doença. Também pode ser o princípio para uma atitude positiva de aceitação, enquanto a perda de esperança pode implicar desistir de viver (Hickey, 1986).

A esperança é frequentemente utilizada para descrever estados emocionais, podendo ser uma forma de lidar com as incertezas do futuro relativamente a necessidades, objetivos, sonhos e desejos, sendo uma perspetiva positiva direcionada para o futuro. Atualmente, existem estudos que comprovam que a esperança pode aumentar a capacidade para lidar com o *stress* e atenuar os sintomas da doença (Obayuwana & Carter, 1982).

A esperança promove um senso de competência pessoal, capacidade de lidar com as situações, bem-estar psicológico, propósito e significado na vida (Jakobsson *et al.*, 1993).

A esperança motiva o indivíduo a agir e é uma fonte de força e conforto para as crises da vida, como perdas, solidão e sofrimento (Moreira *et al.*, 2016; Obayuwana & Carter, 1982).

Como já foi possível verificar, a esperança é uma poderosa ferramenta no processo de adaptação à doença oncológica, no entanto quando a esperança se torna irrealista ou enganadora pode tornar-se seriamente nociva, visto que prejudica a tomada de decisões conscientes e informadas por parte do doente. Adicionalmente, quando o doente toma conhecimento da realidade da situação, desilude-se, o que prolonga o seu sofrimento (Ruddick, 1999). Os profissionais de saúde e familiares podem ter a tendência para omitir ou distorcer a informação fornecida ao doente, com o objetivo de o poupar e evitar o seu sofrimento, o que origina um conflito entre a autonomia do doente e os princípios éticos da beneficência e não-maleficência (Garrard & Wrigley, 2009). Pelo anteriormente referido, é indispensável que haja um esforço conjunto com o objetivo de atingir um equilíbrio entre manter a esperança e comunicar a realidade, devendo por isso fomentar-se esperanças realistas que incluam objetivos a curto prazo definidos, preferencialmente, diariamente (Benzein *et al.*, 2001; S. Pinto, 2011; Ruddick, 1999). No entanto, cada indivíduo possui uma forma singular de processar e lidar a informação, sendo por isso necessário ajustar a mesma conforme as necessidades de informação de cada doente, sendo que informação desnecessária pode diminuir a esperança (Rustøen *et al.*, 1998).

Através da literatura, é possível confirmar que a espiritualidade e as crenças religiosas, controlo emocional positivo, suporte social adequado e características pessoais como o humor, auto-estima e aceitação da situação fomentam a esperança. Na mesma linha de pensamento, os inibidores de esperança são constituídos por sentimentos de medo e desespero, desconforto e abandono, dor incontrolável e cuidados de saúde genéricos, ou seja, que não têm em conta as particularidades de cada indivíduo. Adicionalmente, a sensação de ser um fardo para a sua família e informação desnecessária apresentam-se também como inibidores da esperança (Cavaco *et al.*, 2010).

Existem vários estudos que corroboram que a esperança é significativa na adaptação à sua doença, reduz a ansiedade psicológica, aumenta o bem-estar psicossocial e a qualidade de vida (W. Duggleby, 2001; W. D. Duggleby *et al.*, 2007; K. Herth, 1990, 2000; K. A. Herth & Cutcliffe, 2002; McClement & Chochinov, 2008).

2.6. A fusão cognitiva como mediador da relação espiritualidade/saúde

A Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* –ACT) pertence à área das terapias cognitivo-comportamental e explica o comportamento humano através da flexibilidade psicológica dos indivíduos, sendo definida como a capacidade de um indivíduo gerir o seu comportamento mediante os seus valores e crenças (Barbosa & Murta, 2014; Fletcher & Hayes, 2005; Gillanders *et al.*, 2014; S. C. Hayes *et al.*, 2006; Herbert & Forman, 2013; Rector, 2013).

O objetivo desta terapia é alterar a relação que o indivíduo tem com as suas experiências internas, alterar a forma ou o conteúdo dos eventos cognitivos (Fletcher & Hayes, 2005; S. C. Hayes *et al.*, 2006) e auxiliar o indivíduo a tomar consciência dos seus valores e da sua vida e a enfrentar as situações adversas através da atenção presente, valores, compromisso, união do self com o contexto, aceitação e *defusão* (Gillanders *et al.*, 2014; S. C. Hayes *et al.*, 2006, 2013). Cada um destes pilares possui uma característica antagónica, como a atenção rígida, valores indefinidos e vagos, dúvidas, estratégias evasivas e fusão cognitiva (Barbosa & Murta, 2014; S. C. Hayes *et al.*, 2006).

As adversidades podem, por vezes, levar a questionamentos e reavaliações dos valores e princípios dos indivíduos, o que por sua vez promove inflexibilidade psicológica e pode desencadear atribuições negativas às emoções sentidas (Peixoto *et al.*, 2019). Dentro da presente perspetiva, pode surgir a fusão cognitiva, que se entende como um mecanismo em que o indivíduo se funde com os seus pensamentos e os depreende como se fossem fatos reais (Ruiz *et al.*, 2017), apegando-se excessivamente ao conteúdo dos seus pensamentos, regras verbais e crenças (Dionne *et al.*, 2016; Lucena-Santos *et al.*, 2017), não reconhecendo que o seu comportamento é regulado pelos seus pensamentos e não pela realidade, o que o leva a ignorar o contexto onde se encontra e a sua experiência subjetiva (Barbosa & Murta, 2014; Dionne *et al.*, 2016; Lucena-Santos *et al.*, 2017).

No estado de fusão cognitiva, caso o conteúdo dos seus pensamentos e perceções relativamente às situações experienciadas sejam negativas e causem angústia e dor, o indivíduo tende a desenvolver estratégias de coping de evitamento, com o objetivo de minimizar o incómodo sentido (Ruiz *et al.*, 2017).

A fusão cognitiva está associada a menor qualidade de vida uma vez que reforça a rigidez comportamental e causa sofrimento, limita as respostas e a experiência do indivíduo, o que por sua vez reforça ainda mais a fusão cognitiva, tornando-se um ciclo

(Barbosa & Murta, 2014; Gillanders *et al.*, 2014; Peixoto *et al.*, 2019), encontrando-se também associada a depressão, ansiedade (Dinis *et al.*, 2015; Gillanders *et al.*, 2014; Herzberg *et al.*, 2012).

Segundo a literatura científica, as mulheres tendem a experienciar com mais frequência padrões de pensamentos repetitivo, depressão e fusão cognitiva, sendo os sintomas clínicos depressivos associados positivamente à fusão cognitiva (Dinis *et al.*, 2015; Hankin *et al.*, 1998; Romero-Moreno *et al.*, 2014; Simonson *et al.*, 2011). Adicionalmente, os processos de flexibilidade psicológica, o inverso da fusão cognitiva mostraram efeitos na redução dos pensamentos depressivos e sofrimento em doentes oncológicos (Barbosa & Murta, 2014).

3. Objetivos

Existem fatores de proteção que podem minimizar os efeitos negativos da doença na vivência do indivíduo, como é o caso da espiritualidade. O objetivo do presente estudo é investigar o papel da esperança como mediador da relação entre espiritualidade e a saúde geral na doença oncológica.

O objetivo geral traduz-se na compreensão do impacto que a espiritualidade tem na vivência da doença oncológica em termos de saúde geral e o objetivo específico consiste em determinar se a esperança e a fusão cognitiva mediatiza a relação entre a espiritualidade e a saúde geral na doença oncológica (Ver Figura 1).

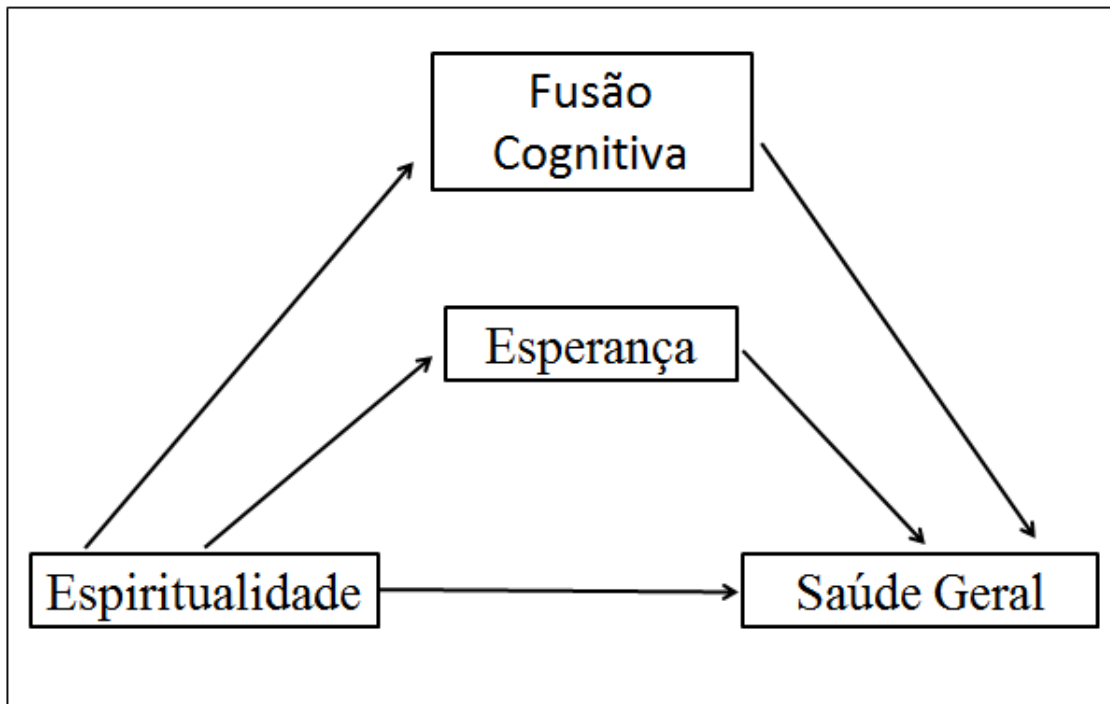


Figura 1 - Modelo conceitual

4. Método

4.1. Desenho do estudo

A presente investigação caracteriza-se por ser um estudo de tipo quantitativo, com um modelo correlacional, uma vez que o objetivo é identificar e relacionar variáveis, procedendo-se também a testar modelos de mediação, na tentativa de apurar se as possíveis relações são mediadas pelas variáveis estudadas. Este tipo de estudo permite observar naturalmente o que se passa no ambiente sem se interferir diretamente com ele (Field, 2015).

4.2. Participantes

4.2.1. Técnica de amostragem

Participaram no estudo 82 mulheres e 3 homens que estão a vivenciar ou experienciaram no passado uma situação de doença oncológica.

O tipo de amostragem utilizado foi de conveniência, sendo que não houve qualquer tipo de restrição relativamente ao tipo de cancro e ao tratamento realizado.

4.2.2. Caracterização dos participantes

4.2.2.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 82 mulheres entre os 30 e os 84 anos de idade, ($M_{idade} = 49,42$ anos; $DP = 9,74$; 7 valores omissos), que vivenciam ou vivenciaram no passado uma situação de doença oncológica, dentro das quais 35 (42.7%) têm atualmente cancro, 46 (56.1%) vivenciaram situação de doença oncológica no passado e uma participante não respondeu relativamente ao seu estado oncológico atual, sendo valor omissos. Devido ao fato de apenas três homens terem respondido ao questionário, decidiu-se eliminar a sua participação, de forma que a amostra fosse homogénea e representativa do objeto de estudo.

No que se refere às habilitações dos participantes, 6 (7.3%) responderam que possuíam o ensino básico, 35 (42.7%) o ensino secundário, 31 (37.8%) possuíam grau académico de licenciatura, 6 (7.3%) possuíam mestrado e 2 (2.4%) possuíam

doutoramento, 2 (2.4%) não responderam, sendo que a média de anos de estudo da amostra é de 14 anos de estudo.

Relativamente à atividade profissional dos participantes, 3 (3.7%) pertencem à área da restauração, 8 (9.6%) são profissionais de saúde, 6 (7.2%) são da área da educação, 7 (8.4%) são reformados, 7 (8.4%) exercem funções na área administrativa, 2 (2.4%) são donas de casa, 3 (3.7%) encontram-se desempregados, 2 (2.4%) pertencem à área de vendas, 1 (1.2%) exerce funções na área financeira, 6 (7.2%) são da área de gestão, 10 (12%) dos participantes exercem a sua atividade profissional noutras áreas, 1 dos participantes não respondeu.

Quando questionados sobre se tinham filhos, 73 (89%) respondeu que sim, e 9 (11%) responderam que não. Relativamente ao estado civil, 44 (53.7%) são casadas, 17 (20.7%) são divorciadas, 7 (8.5%) são solteiras, 13 (15.9%) encontram-se em união de facto e 1 (1.2%) é viúva.

4.2.2.2. Caracterização da amostra segundo os dados clínicos

Relativamente ao estado oncológico das participantes, nomeadamente as que referiram ter cancro atualmente, 15 (43.5%) responderam que têm cancro da mama, 2 (5.8%) responderam que têm no ovário, 1 (2.9%) tem adenocarcinoma do pulmão, 1 (2.9%) tem na tiróide, 2 (5.8%) têm carcinoma triplo negativo, 1 (2.9%) tem leucemia linfócita, 3 (8.7%) têm linfoma, 1 (2.9%) tem linfoma não *Hodgkin*, 1 (2.9%) tem leucemia mielóide crónica (LMC), 4 (11.6%) têm na mama e metástases em outras partes do corpo, 1 (2.9%) tem neoplasia, 1 (2.9%) tem nos ossos, 1 (2.9%) respondeu que tem cancro renal. Das presentes 35 participantes que têm cancro atualmente, 11 (31.4%) referiram tratar-se de cancro com metástases e 24 (68.6%) referiram ser cancro localizado. As participantes que relataram ter experienciado uma situação de doença oncológica no passado, apenas 7 responderam, sendo que 4 (11.6%) delas referiram ter tido cancro da mama, 1 (2.9%) referiu ter tido adenocarcinoma, 1 (2.9%) referiu ter tido cancro no estômago e 1 (2.9%) referiu ter tido cancro na tiróide.

No âmbito do estado oncológico atual, inquiriu-se as participantes no que diz respeito à realização de tratamento atualmente, em que 24 (68.6%) responderam que se encontravam a fazer tratamento e as restantes 11 (31.4%) responderam que não

realizavam tratamento atualmente. Das que realizam tratamento, 8 (23.2%) referiram estar a realizar hormonoterapia, 4 (11.6%) encontram-se a realizar quimioterapia, 1 (2.9%) está a fazer imunoterapia, 3 (8.7%) estão a realizar radioterapia, 2 (5.8%) estão a fazer medicação oral, 3 (8.7%) estão a fazer hormonoterapia e quimioterapia em conjunto e 1 (2.9%) encontra-se a realizar hormonoterapia e radioterapia em conjunto, 2 (5.8%) não especificaram qual o tratamento que realizavam. Relativamente às participantes que também vivenciaram uma experiência de doença oncológica no passado, 3 (8.7%) revelaram que passaram por todos os tratamentos (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cirurgia), 2 (5.8%) responderam que tinham realizado três tipos de tratamento (quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), 3 (8.7%) participantes realizaram quimioterapia e radioterapia, 1 (2.9%) respondeu que tinha realizado quimioterapia e imunoterapia, 1 (2.9%) realizou quimioterapia e hormonoterapia, 2 (5.8%) realizaram somente quimioterapia e (2.9%) realizou somente radioterapia.

Relativamente ao estado oncológico das participantes, nomeadamente as que referiram ter tido cancro no passado, 1 (2.2%) referiu que tinha tido cancro na cabeça e pescoço, 32 (38.4%) responderam que tinham tido cancro na mama, 1 (2.2%) respondeu que tinha tido no colo rectal, 1 (2.2%) respondeu que tinha tido linfoma, 4 (8.8%) responderam que tinham tido nos ovários, 1 (2.2%) respondeu que tinha tido na tiróide, 1 (2.2%) referiu que tinha tido leucemia, 1 (2.2%) respondeu que tinha tido linfoma não *Hodgkin*, 1 (2.2%) referiu que tinha tido neoplasia. 31 (67.4%) das participantes referiram que se tratou de um cancro com metástases, e 3 (6.5%) referiram que era localizado. No que diz respeito ao tratamento, 13 (28.3%) referiram que atualmente ainda fazem tratamento e 30 (65.2%) referiram que já não fazem tratamento. As participantes que ainda se encontram a realizar tratamento, 1 (2.2%) realiza imunoterapia, 11 (24.2%) realizam hormonoterapia e 1 (2.2%) realiza medicação oral. Para as participantes que realizaram tratamentos no passado, as suas respostas consistiram: 6 (13,2%) realizaram somente quimioterapia, 2 (4.4%) realizaram somente radioterapia, 2 (4.4%) realizaram cirurgia e quimioterapia, 2 (4.4%) realizaram cirurgia e radioterapia, 1 (2.2%) realizou cirurgia, quimioterapia e hormonoterapia, 10 (22%) realizaram quimioterapia e radioterapia, 11 (24.2%) passaram por cirurgia, quimioterapia e radioterapia, 1 (2.2%) passou por quimioterapia, radioterapia e

hormonoterapia, e 1 (2.2%) participante passou pelo conjunto de cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia.

4.3. Instrumentos

Primeiramente foi recolhida informação sociodemográfica, relativamente ao género, idade, tipo de cancro, presença/ausência de doença oncológica no momento do questionário, tipo de tratamento realizado e duração do mesmo, informação relativa à família, nomeadamente o número de filhos e respetiva idade.

4.3.1. Questionário de Saúde Mental Geral (GHQ-28) (Pais Ribeiro et al., 2015)

Pretendeu-se avaliar-se o estado de saúde percecionado pelos participantes com o Questionário de Saúde Geral, designado por GHQ-28 (Goldberg & Hillier, 1979; versão portuguesa por Pais Ribeiro et al., 2015). A escala é constituída por 28 itens de autorresposta, com o objetivo de avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico, bem como o estado atual do indivíduo e identificar se difere do seu estado normal sendo constituída por quatro dimensões: “Sintomas Somáticos”, “Ansiedade e Insónia”, “Disfunção Social” e “Depressão Grave”. As respostas são avaliadas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, sendo que a pontuação varia entre 0 e 3. A cotação é obtida pela soma da pontuação dos itens, fornecendo uma pontuação global e a pontuação por cada uma das quatro dimensões. De modo a avaliar a consistência interna do instrumento, o alfa de *Cronbach* (α) para a escala total foi de 0,94. Em relação às dimensões, a dimensão Sintomas Somáticos apresentou um alfa de 0,85, Ansiedade e Insónia, $\alpha=0,89$, Disfunção Social, $\alpha= 0,86$; Depressão Grave $\alpha=0,89$. No presente estudo o alfa de *Cronbach* da escala total foi de 0,946. O alfa das dimensões foi: Sintomas Somáticos, $\alpha=0,781$; Ansiedade e Insónia, $\alpha=0,917$; Disfunção Social, $\alpha= 0,868$; Depressão Grave $\alpha=0,919$.

4.3.2. Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE) (Marques et al., 2009)

Com o objetivo de avaliar a espiritualidade, foi utilizada a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), inicialmente desenvolvida por Paloutzian e Ellison (1982; versão portuguesa foi elaborada por Marques et al., (2009), sendo constituída por 20 itens, apresentados numa escala de tipo *Likert* de seis pontos. É uma escala simples, de fácil

compreensão e correlaciona-se positivamente com diversos indicadores de bem-estar, como o autoconceito positivo, sentido e propósito de vida, boa saúde física, bom ajustamento emocional, assertividade elevada e baixa agressividade. Por outro lado, correlaciona-se negativamente com desajuste emocional, insatisfação com a vida e suicídio (Marques *et al.*, 2009; Moody, 1989; Nad *et al.*, 2008). De acordo com Burford *et al.* (1991), indivíduos que obtêm pontuações elevadas na presente escala tendem a ser menos solitárias, mais capacitadas socialmente, possuem maior autoestima e um compromisso religioso intrínseco, enquanto pessoas com pontuações baixas na escala tendem a ser mais individualistas.

Segundo o estudo de Moberg e Brusek (1978), o bem-estar espiritual possui duas dimensões: vertical e horizontal, sendo as duas dimensões avaliadas pela escala, sendo a dimensão vertical denominada Bem-estar religioso (satisfação na conexão pessoal com Deus ou uma força superior, divina, ou com a natureza) e a dimensão horizontal denominada Bem-estar existencial (perceção do indivíduo relativamente ao propósito e significado de vida, independentemente da religião)

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala bem-estar espiritual foi de 0.86. A dimensão bem-estar existencial obteve um alfa de 0.93 e o bem-estar religioso obteve um alfa de 0.96. os resultados apresentaram alta fidedignidade e consistência interna (Marques *et al.*, 2009). No presente estudo o alfa de *Cronbach* para a dimensão de bem-estar existencial foi de 0,838 e para a dimensão de bem-estar religioso o alfa foi de 0,946.

4.3.3. Herth Hope Index (Viana, 2010)

Para avaliar a esperança, foi utilizada o *Herth Hope Index*, originalmente elaborada por Kaye Herth (1992) nos Estados Unidos (versão portuguesa por Viana, 2010). É uma escala unidimensional de nove itens, do tipo *Likert*, sendo que a pontuação varia entre 1 (“discordo totalmente”) e 4 (“concordo totalmente”). A pontuação final pode variar entre 9 e 36 (Viana, 2010). Os itens foram organizados de forma que não existam duas perguntas consecutivas pertencentes à mesma subescala. Para efeitos de análise, todos os itens negativos foram pontuados de forma inversa. Quanto mais alta a pontuação, mais elevado é o nível de esperança (K. Herth, 1992).

Os dados foram analisados ao nível da consistência temporal e da estabilidade. O coeficiente alfa de *Cronbach* foi de 0,97, revelando consistência temporal, enquanto no

teste-reteste o alfa foi de 0,91, o que indica estabilidade. Adicionalmente cada factor foi analisado no que diz respeito à confiabilidade e o alfa variou entre 0,78 e 0,86 (K. Herth, 1992). No presente estudo o alfa de *Cronbach* foi de 0,882.

4.3.4. Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ) (Lucena-Santos et al., 2017)

Para avaliar a fusão cognitiva recorreu-se ao Questionário de Fusão Cognitiva (*CFQ – Cognitive Fusion Questionnaire*), originalmente elaborado por Gillanders *et al.* (2014) (versão portuguesa de Lucena-Santos *et al.* (2017) que consiste numa medida de autorrelato unidimensional de sete itens, do tipo *Likert*, sendo que a pontuação varia entre 1 (“nunca”) e 7 (“sempre”). O objetivo da escala é que o participante analise a pergunta e assinale em que grau se sente em fusão com os seus pensamentos. A pontuação pode variar entre 7 e 49, sendo que quanto maior a pontuação, maior o grau de fusão cognitiva. Os dados foram analisados ao nível da consistência temporal e da estabilidade. O coeficiente alfa de *Cronbach* variou entre 0,88 e 0,92, demonstrando fidelidade significativa, enquanto no teste-reteste o alfa foi de 0,80, o que indica estabilidade temporal. No presente estudo o alfa de *Cronbach* foi de 0,926.

4.4. Procedimento de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário *online*, sendo que todas as respostas eram voluntárias e confidenciais. Inicialmente foram explicados os objetivos gerais do estudo no âmbito global da investigação e foram obtidos os consentimentos informados dos participantes para a recolha dos dados, passando posteriormente à aplicação dos instrumentos.

4.5. Procedimento de Tratamento e Análise de Dados

Os dados recolhidos foram codificados e analisados estatisticamente através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 28.0.

Num primeiro momento, procedeu-se a uma análise descritiva, onde se procurou conhecer as frequências absolutas e relativas, médias, desvio-padrão e medianas.

Num segundo momento, procedeu-se a uma análise preliminar dos instrumentos utilizados.

Posteriormente, procedeu-se a métodos de estatística inferencial, tendo sido obtidas comparações de médias, com recurso a testes paramétricos *t* de Student e a testes não paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Adicionalmente, apurou-se as relações de associação, tendo estas sido estabelecidas com recurso ao coeficiente *r* de Pearson, e as relações de mediação, através de cálculos de regressão com recurso ao *PROCESS* de Andrew Hayes, que consiste na análise dos resultados utilizando um *bootstrap* composto de 5000 amostras (A. F. Hayes, 2013).

5. Resultados

5.1. Análise preliminar

Inicialmente procedeu-se a uma análise preliminar (Tabela 1) das escalas utilizadas no estudo, e foi possível apurar que os valores de assimetria e curtose estão todos abaixo do limite recomendado por Curran, West e Finch (1996).

Tabela 1. Análise preliminar

| | M ín | M áx | <i>M</i> | <i>DP</i> | α | Assi metria | C urtose |
|-------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|----------------|-------------|
| BEE | 1 .67 | 6. 50 | 5. 10 | 0.97 | 0.8 38 | - 0.78 | 0. 87 |
| BER | 1 .40 | 6. 44 | 5. 15 | 1.33 | 0.9 46 | - 1.35 | 1. 18 |
| ESPH | 1 .33 | 4. 00 | 3. 46 | 0.53 | 0.8 82 | - 1.62 | 3. 33 |
| FC | 1 .00 | 7. 00 | 3. 43 | 1.53 | 0.9 26 | 0.45 | - 0.78 |
| GHQ | 0 .07 | 2. 46 | 1. 01 | 0.56 | 0.9 46 | 0.85 | 0. 51 |
| SS (GHQ) | 0 .14 | 2. 57 | 1. 19 | 0.62 | 0.7 81 | 0.22 | - 0.73 |
| AI (GHQ) | 0 .00 | 3. 00 | 1. 37 | 0.81 | 0.9 17 | 0.29 | - 0.77 |
| DG (GHQ) | 0 .00 | 3. 00 | 0. 52 | 0.69 | 0.8 68 | 2.30 | 5. 00 |
| DS (GHQ) | 0 .00 | 2. 43 | 0. 94 | 0.55 | 0.9 19 | 0.30 | - 0.27 |

Notas: N=82.

5.2. Diferenças em função do estado oncológico

Realizou-se um teste *t* com o objetivo de verificar se existiam diferenças nas potenciais variáveis consideradas no estudo em função do estado oncológico das participantes, ou seja, em função se atualmente tinham cancro e segundo os resultados, não foram encontradas diferenças ($p > .083$) (Tabela 2).

Tabela 2. Diferença de médias em função do estado oncológico

| | Sim (n=35) | Não (n=46) | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------|-------------|-------------|----------|----------|
| BEE | 4.88 (.93) | 5.26 (.99) | 1.74 | .084 |
| BER | 5.24 (1.21) | 5.07 (1.44) | - | .595 |
| | | | 0.53 | |
| ESP | 3.37 (.55) | 3.46 (.59) | 0.71 | .478 |
| S | | | | |
| ESP | 3.48 (.42) | 3.43 (.60) | - | .693 |
| H | | | 0.39 | |
| FC | 3.78 (1.45) | 3.18 (1.58) | - | .083 |
| | | | 1.75 | |
| GHQ | 1.09 (.55) | 0.94 (.57) | - | .234 |
| | | | 1.20 | |
| SS | 1.24 (.67) | 1.15 (.60) | - | .531 |
| (GHQ) | | | 0.62 | |
| AI | 1.52 (.76) | 1.25 (.84) | - | .133 |
| (GHQ) | | | 1.52 | |
| DG | 0.60 (.72) | 0.46 (.69) | - | .395 |
| (GHQ) | | | 0.85 | |
| DS | 0.99 (.57) | 0.89 (.54) | - | .428 |
| (GHQ) | | | 0.79 | |

Notas: BEE=Bem-estar espiritual; BER=Bem-estar religioso; FC=Fusão cognitiva; ESPH=Esperança; AI=Ansiedade e insónia; DG=Depressão Grave; SS=Sintomas Somáticos; DS=Disfunção Social.

Seguidamente, realizou-se o teste de *Mann-Whitney* com o objetivo de verificar se existiam diferenças nas potenciais variáveis consideradas no estudo em função do cancro se encontrar metastizado (Tabela 3) (Field, 2015). Os resultados mostram que as participantes que não têm metástases possuem um bem-estar espiritual, espiritualidade em contexto de saúde e esperança significativamente superior em comparação com as participantes que têm metástases ($p<.05$). Adicionalmente, os resultados evidenciam que as participantes que têm metástases reportam mais problemas de saúde geral (escala GHQ), nomeadamente mais problemas somáticos (SS) ($p<.024$) e depressão grave (DG) ($p<.014$).

Tabela 3. Diferença de médias em função do estado metastático

| | Sim (n=14) | Não (n=56) | Z | p | |
|-------|-------------|-------------|-------------|------|------|
| BEE | 4.53 (.72) | 5.26 (.89) | - | .004 | |
| | | | 2.85 | | |
| BER | 5.07 (1.45) | 5.16 (1.37) | - | .865 | |
| | | | 0.16 | | |
| S | ESP | 3.10 (.55) | 3.50 (.53) | - | .010 |
| | | | 2.57 | | |
| H | ESP | 3.19 (.60) | 3.55 (.43) | - | .027 |
| | | | 2.21 | | |
| | FC | 4.14 (1.60) | 3.26 (1.53) | - | .059 |
| | | | 1.88 | | |
| | GHQ | 1.37 (.64) | 0.94 (.50) | - | .020 |
| | | | 2.32 | | |
| | SS | 1.57 (.74) | 1.12 (.57) | - | .024 |
| (GHQ) | | | 2.25 | | |
| | AI | 1.76 (.83) | 1.31 (.78) | - | .070 |
| (GHQ) | | | 1.81 | | |
| | DG | 0.91 (.84) | 0.42 (.60) | - | .014 |
| (GHQ) | | | 2.45 | | |
| | DS | 1.24 (.63) | 0.90 (.50) | - | .061 |
| (GHQ) | | | 1.87 | | |

Notas: BEE=Bem-estar espiritual; BER=Bem-estar religioso; FC=Fusão cognitiva; ESPH=Esperança; AI=Ansiedade e insónia; DG=Depressão Grave; SS=Sintomas Somáticos; DS=Disfunção Social.

5.3. Análise correlacional

Na Tabela 4 é possível observar correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões avaliadas. Assim, o Bem-Estar Espiritual surgiu negativa e significativamente associado a todas as dimensões da escala de Saúde Geral, nomeadamente Ansiedade e Insónia, Sintomas Somáticos e Disfunção Social, sendo

correlações fortes (uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.60 e 0.80), à exceção das duas últimas dimensões com correlações moderadas, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60.

O Bem-Estar Religioso surgiu negativa e fracamente associado a todas as dimensões da escala de Saúde Geral, como Ansiedade e Insónia, Depressão Grave, Sintomas Somáticos e Disfunção Social, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se abaixo de 0.40.

No que diz respeito à Fusão Cognitiva e à Esperança, o Bem-Estar Espiritual surgiu negativa e significativamente associado à Fusão Cognitiva e fortemente associado à Esperança. O Bem-Estar Religioso surgiu negativa e fracamente associado à Fusão Cognitiva e surgiu positiva e moderadamente associado à Esperança, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60. A Espiritualidade em Contexto de Saúde surgiu negativa e moderadamente associado à Fusão Cognitiva, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60, e positiva e fortemente associado à Esperança, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.60 e 0.80.

Ainda no contexto das medidas de Saúde Geral, a Fusão Cognitiva surgiu positiva e moderadamente associada às dimensões da escala de Saúde Geral, nomeadamente Depressão Grave, Sintomas Somáticos e Disfunção Social, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60 e fortemente associada a Ansiedade e Insónia, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.60 e 0.80. Por sua vez, a Esperança surgiu negativa e moderadamente associada a Ansiedade e Insónia, Depressão Grave e Sintomas Somáticos, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60, revelando uma correlação negativa e fracamente relacionada com a dimensão de Disfunção Social, visto que o valor r de *Pearson* situa-se abaixo de 0.40.

O Bem-Estar Espiritual surgiu positiva, moderada e significativamente associado ao Bem-Estar Religioso, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60.

A Fusão Cognitiva surgiu negativa e moderadamente associada à Esperança, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60.

Por fim, a dimensão de Ansiedade e Insónia da escala de Saúde Geral surgiu positiva e fortemente associada a Depressão Grave e Sintomas Somáticos, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.60 e 0.80, moderadamente associada a Disfunção Social, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60. A dimensão Depressão Grave surgiu positiva e moderadamente associada a Sintomas Somáticos e Disfunção Social, uma vez que o valor r de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60. A

dimensão Sintomas Somáticos surgiu positiva e moderadamente associada a Disfunção Social, uma vez que o valor *r* de *Pearson* situa-se entre 0.40 e 0.60 (Field, 2015).

Tabela 4. Tabela de correlações

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|-------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. BEE | - | .428** | .685** | .653** | .661** | .631** | .665** | .457** | .398** |
| 2. BER | | - | .342** | .502** | .266* | .272* | .317** | .157 | .106 |
| 3. FC | | | - | .620** | .676** | .665** | .603** | .527** | .409** |
| 4. ESPH | | | | - | .528** | .495** | .521** | .415** | .293** |
| 5. GHQ | | | | | - | .907** | .838** | .849** | .720** |
| 6. AI (GHQ) | | | | | | - | .667** | .735** | .553** |
| 7. DG (GHQ) | | | | | | | - | .617** | .461** |
| 8. SS (GHQ) | | | | | | | | - | .476** |
| 9. DS (GHQ) | | | | | | | | | - |

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$; BEE=Bem-estar espiritual; BER=Bem-estar religioso; FC=Fusão cognitiva; ESPH=Esperança; AI=Ansiedade e insónia; DG=Depressão Grave; SS=Sintomas Somáticos; DS=Disfunção Social.

5.4. Teste do modelo de mediação

Na Tabela 5 é possível observar os resultados obtidos no teste do modelo de mediação BEE -> FC – ESFS -> GHQ, onde se verifica que o BEE é um preditor significativo da fusão cognitiva bem como da esperança, o que indica que quanto mais a espiritualidade estiver presente na vida das participantes, menos fusão cognitiva e mais esperança apresentam, o que por sua vez confirma as hipóteses do presente estudo. No entanto, quando os mediadores (fusão cognitiva e esperança) são contemplados no modelo estatístico, o BEE diminui o seu efeito preditor direto significativo, contudo a fusão cognitiva é um preditor significativo da saúde, o que evidencia o efeito indirecto do BEE no estado de saúde das participantes.

Considerando o modelo conceptual na sua totalidade, os resultados mostram que o único preditor direto da variável dependente (saúde) é a fusão cognitiva, sendo que

prediz o GHQ total, a Ansiedade e Insónia e Disfunção Social. A Depressão Grave é predita significativamente pelo nível de BEE e pela Fusão Cognitiva.

Os testes de efeito indireto mostraram que o BEE tem um efeito indireto significativo na GHQ total através da FC (*effect* = -.25; *se* = .08; 95% CI = (-.41; -.083)), ao contrário do que acontece com a Esperança (*effect* = .02; *se* = .05; 95% CI = (-.08; .14)).

Tabela 5. Teste do modelo de mediação: BEE -> FC - ESP -> GHQ

| | | Antecedentes | | | | | | | |
|---|-----|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----------|--------|-----|
| | | X (BEE) | M 1 (FC) | M2 (ESP) | Co nstante | Id ade | M eta | E O | |
| M1 (FC) | eff | co | - | - | - | 11. | - | .0 | .07 |
| | | se | 1.24 | - | - | 54 | .04 | 6 | .27 |
| | p | co | .0 | - | - | 1 | 1 | 4 | .79 |
| | | se | 15 | - | - | .00 | 0 | 5 | .79 |
| R2 = .57; F (4,59) = 20.04. <i>p</i> < .00001 | | | | | | | | | |
| M2 (ESP) | eff | co | .3 | - | - | .34 | .0 | .1 | .20 |
| | | se | 4 | - | - | .49 | 1 | 4 | .09 |
| | p | co | .0 | - | - | .48 | .0 | .2 | .04 |
| | | se | 5 | - | - | .48 | 0 | 2 | .04 |
| R2 = .48; F (4,59) = 13.87. <i>p</i> < .00001 | | | | | | | | | |
| Y (GHQ) | eff | co | - | .2 | .06 | 1.2 | .0 | - | - |
| | | se | .14 | 0 | .14 | 9 | 0 | .19 | .07 |
| | p | co | .0 | .0 | .14 | 0.8 | .0 | .1 | .11 |
| | | se | 9 | 5 | .14 | 1 | 0 | 3 | .11 |
| R2 = .54; F (6,57) = 11.35. <i>p</i> < .00001 | | | | | | | | | |
| Y (GHQ-AI) | eff | co | - | .2 | .07 | 1.3 | - | - | .00 |
| | | se | .18 | 8 | .21 | 2 | .00 | .07 | .16 |
| | p | co | .1 | .0 | .71 | 1.2 | .0 | .2 | .16 |
| | | se | 3 | 7 | .71 | 0 | 0 | 0 | .16 |
| R2 = .57; F (4,59) = 20.04. <i>p</i> < .00001 | | | | | | | | | |
| Y (GHQ-SS) | eff | co | - | .1 | .11 | 1.8 | - | - | - |
| | | se | .07 | 8 | .20 | 6 | .00 | .30 | .15 |
| | p | co | .1 | .0 | .57 | 1.1 | .0 | .1 | .15 |
| | | se | 3 | 7 | .57 | 3 | 0 | 8 | .15 |
| R2 = .57; F (4,59) = 20.04. <i>p</i> < .00001 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----|----|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Y(GHQ-DG) | eff | co | - | .2 | .07 | 0.9 | .0 | - | - | | | | | | | | | |
| | | | .23 | 0 | | 0 | 1 | .19 | .09 | | | | | | | | | |
| | | se | .1 | .0 | .19 | 1.0 | 0 | .1 | .14 | | | | | | | | | |
| p | 5 | 0 | .0 | .0 | .71 | .40 | .1 | .2 | .51 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | R2 =.57; F (4,59) = 20.04. p<.00001 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Y (GHQ-DS) | eff | co | - | .1 | .00 | 1.1 | .0 | - | - | | | | | | | | | |
| | | | .07 | 4 | | 6 | 0 | .21 | .08 | | | | | | | | | |
| | | se | .1 | .0 | .17 | 0.9 | 0 | .1 | .13 | | | | | | | | | |
| p | 3 | 2 | .5 | .0 | .96 | .24 | .4 | .1 | .52 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | R2 =.57; F (4,59) = 20.04. p<.00001 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Notas. N = 64; Notas: BEE=Bem-estar espiritual; FC=Fusão cognitiva; ESPH=Esperança; AI=Ansiedade e insónia; DG=Depressão Grave; SS=Sintomas Somáticos; DS=Disfunção Social; Meta= Estado metastático; EO= Estado oncológico.

Na Tabela 6 é possível observar os resultados obtidos no teste do modelo de mediação BER -> FC - ESPS -> GHQ, onde se verifica que o BER prediz significativamente a fusão cognitiva e a esperança. Adicionalmente é possível constatar que a fusão cognitiva é um preditor direto de todas as medidas do GHQ. Contudo, neste modelo presente na Tabela 6, a esperança não se verifica como um preditor direto da saúde.

Os testes de efeito indireto mostraram que o BER tem um efeito indireto significativo na GHQ total através da FC (*effect* = -.11; *se* =.04; 95% CI = (-.21; -.04)), ao contrário do que acontece com a Esperança (*effect* =-.006; *se* =.04; 95% CI = (-.07; .09)).

Tabela 6. Teste do modelo de mediação: BER -> FC - ESP -> GHQ

| | | Antecedentes | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-----|--------------|--------|-------|---------|-----|-----|-----|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | X | M | M2 | Co | Id | M | E | | | | | | | |
| | | (BER) | 1 (FC) | (ESP) | nstante | ade | eta | O | | | | | | | |
| M1 (FC) | eff | co | - | - | 7.9 | - | - | .39 | | | | | | | |
| | | | .45 | - | 0 | .03 | .66 | | | | | | | | |
| | | se | .1 | - | 1.7 | .0 | .4 | .36 | | | | | | | |
| p | 0 | 0 | .0 | - | .00 | .3 | .1 | .28 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | R2 =.26; F (4,59) = 5.36. p<.0009 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| M2 (ESP) | eff | co | .2 | - | .98 | .0 | .3 | .09 | | | | | | | |
| | | | 0 | - | .47 | 1 | 3 | | | | | | | | |
| | | se | .0 | - | .47 | .0 | .1 | .10 | | | | | | | |

6. Discussão

O objetivo geral da presente investigação consistiu na compreensão do impacto da espiritualidade na vivência subjetiva da doença oncológica em termos de saúde geral. Procurou-se ainda determinar se a esperança e a fusão cognitiva mediatizavam a relação entre a espiritualidade e a saúde geral na doença oncológica.

Os resultados mostraram que a esperança e a fusão cognitiva se encontram relacionadas com o bem-estar espiritual, o que pressupõe que os três conceitos estão interligados. Na presente investigação a mediação entre saúde e espiritualidade ocorre principalmente através da fusão cognitiva, que se revelou o mediador entre o bem-estar espiritual e as dimensões de saúde geral, ao invés da esperança, contrariamente à nossa expectativa inicial. Os resultados revelam que a esperança não mediatiza direta e significativamente a relação entre espiritualidade e saúde, no entanto a presença da espiritualidade contribui para a manutenção da esperança. Adicionalmente, o bem-estar espiritual revelou-se um preditor apenas da Depressão Grave, no que diz respeito às dimensões de saúde geral.

As análises correlacionais e de regressão mostraram que o bem-estar espiritual se encontra associado à Esperança e à Fusão Cognitiva, sendo um preditor significativo de ambos. Globalmente, a Espiritualidade, a Esperança e a Fusão Cognitiva mostram-se fortemente correlacionadas com as medidas de saúde geral. Estes resultados evidenciam que quanto mais as mulheres recorrem à espiritualidade e às suas crenças espirituais, menos problemas de saúde reportam, o que por sua vez comprova que a espiritualidade atua como uma fonte de conforto e força perante uma situação de adversidade (Graham, 2003; Navas & Villegas, 2006; Paul Victor & Treschuk, 2019), permitindo os indivíduos transcenderem do seu ambiente e encararem a situação através de uma perspectiva diferente, mais universal e imparcial, atribuindo significado à doença (Greenstreet, 2006; Guerrero et al., 2011; Jaramillo et al., 2019; Miranda et al., 2015; Moreira et al., 2016; Mueller et al., 2001; Oliveira & Queluz, 2016; L. dos S. Silva et al., 2019). Adicionalmente a espiritualidade pode ajudar o paciente a ampliar o seu sentido de *Self* e de existência para que os sintomas e as dificuldades possam ser vistos como uma pequena parte do todo (Brady et al., 1999), adquirindo uma maior e mais profunda compreensão sobre o significado e propósito da vida, ao invés de centrar o seu pensamento no corpo físico dorido, não funcional ou pouco atrativo (Brady et al., 1999;

Guerrero et al., 2011; Miranda et al., 2015; Moreira et al., 2016; P. F. Oliveira & Queluz, 2016; Christina M Puchalski, 2003; L. dos S. Silva et al., 2019).

Tendo em consideração os resultados obtidos, é possível inferir que o fato de as participantes se encontrarem a realizar tratamento não influencia a sua espiritualidade e esperança, bem como a sua percepção sobre o seu estado de saúde. No entanto, nas situações em que o cancro estava metastizado, as diferenças foram visíveis, uma vez que as participantes com metástases possuíam menor bem-estar espiritual e reportaram maiores problemas de saúde geral, o que pode ser explicado pela gravidade da doença, sendo que quando o cancro possui metástases, a sua localização é mais extensa, o que pode afetar o prognóstico e conseqüente tratamento, o que promove menores níveis de esperança e bem-estar espiritual por parte das participantes.

Relativamente aos resultados obtidos através do teste do modelo de mediação proposto, foi possível observar que o bem-estar espiritual e o bem-estar religioso são preditores significativos da fusão cognitiva e da esperança, que pode ser traduzido em quanto mais a espiritualidade estiver presente na vida das participantes, a esperança também irá aumentar e os níveis de fusão cognitiva serão menores. No entanto, quando os mediadores, fusão cognitiva e esperança, foram contemplados no modelo estatístico, o bem-estar espiritual diminuiu o seu efeito preditor direto significativo, contudo a fusão cognitiva permaneceu um preditor significativo da saúde, o que evidencia o efeito indireto do bem-estar espiritual no estado de saúde das participantes. No que diz respeito ao bem-estar religioso, este não influencia diretamente a saúde, no entanto influencia de forma indirecta através da fusão cognitiva, podendo concluir-se que apesar de serem preditores significativos da saúde, o bem-estar espiritual e o bem-estar religioso influenciam o estado de saúde das participantes de forma indirecta através da fusão cognitiva.

Estes resultados vão ao encontro da informação presente na literatura, uma vez que a esperança influencia o bem-estar e está ligada à existência física, emocional e espiritual (Querido, 2005). A esperança caracteriza-se como uma estratégia de *coping* positiva, facilita a capacidade de observar o meio envolvente e as suas emoções sem entrar em desespero ou focar-se somente na experiência subjetiva de doença (Berg et al., 2008) Querido, 2005). Por outro lado, a fusão cognitiva promove inflexibilidade psicológica e pode desencadear atribuições negativas às emoções sentidas, os indivíduos apegarem-se excessivamente ao conteúdo dos seus pensamentos e perderem a

capacidade de observar o meio envolvente e a realidade (Peixoto et al., 2019; Ruiz et al., 2017), o que prejudica o seu bem-estar espiritual.

Por sua vez, a espiritualidade diminui os níveis de *stress* e ansiedade, fornece uma estrutura e fonte de suporte/conforto que permite a atribuição de significado à vida, fomentando uma paz e conexão com o universo e com os outros, o que ajuda no desenvolvimento da resiliência para lidar com os sentimentos de culpa, raiva e ansiedade, o que por sua vez ajuda na diminuição da fusão cognitiva. Estes sentimentos conduzem a uma mudança de perspectiva da doença, passando a ser vista como uma oportunidade de crescimento e transformação espiritual, o que atenua o impacto das situações negativas no processo de doença e recuperação.

7. Aplicações Práticas

Os resultados do presente estudo suportam a conclusão que a doença oncológica tem um impacto significativo no quotidiano e qualidade de vida dos indivíduos, o que sugere a necessidade de intervenção por parte da Psicologia, que por sua vez pode contribuir positivamente para o bem-estar, qualidade de vida e esperança dos doentes oncológicos, nomeadamente programas de intervenção e de apoio direccionados especificamente para este tipo de pacientes e enfermidade, processos de estimulação de contatos psicossociais com pares, envolvimento em atividades de grupo, intervenções que fomentem a reestruturação cognitiva, promoção de atividades sociais durante o período de tratamento (Burkhart & Hogan, 2008; Cassul, 2012), a formação de grupos de apoio que utilizem práticas espirituais (e.g., autoconhecimento, partilha de experiências, meditação, oração) (Bay et al., 2010; Burkhart & Hogan, 2008; Delaney et al., 2011; Lavorato Neto et al., 2018; Christina M Puchalski, 2002; D. A. da Silva, 2020). Pode ainda implementar-se intervenções como o aconselhamento espiritual, meditação focada no significado, meditação da compaixão (Delaney et al., 2011), redução dos níveis de *stress* e terapias cognitivas com recurso ao *mindfulness* (Bai et al., 2018; Delaney et al., 2011), musicoterapia, imagética (Bay et al., 2010).

Para os profissionais de saúde que intervêm com este tipo de pacientes é necessário estabelecer uma aliança terapêutica, caracterizada por escuta ativa, postura de não julgamento e empatia, comunicação positiva, compreensiva e afectuosa, bem como sensitiva e criativa de forma a ir ao encontro das necessidades espirituais do paciente (Lavorato Neto et al., 2018). Salienta-se também a importância do treino de

estratégias de coping positivas munidas de esperança e otimismo, podendo associar-se a práticas como o *mindfulness* (prática que tem demonstrado efeitos positivos na qualidade de vida, fadiga, sono, humor, dor e receio de recidiva da doença) (Delaney et al., 2011; Shennan et al., 2011). Adicionalmente, as intervenções devem promover uma maior consciência das emoções e reconhecimento das sensações corporais, bem como a expressão e partilha das mesmas (Sousa et al., 2015).

8. Limitações

Como limitações da presente investigação é possível apontar que o fato de todas as respostas serem voluntárias e anónimas, sem a presença da investigadora o que pode ter levado a que algumas participantes não respondessem a todas as perguntas, limitando a compreensão de determinadas variáveis presentes no questionário.

9. Investigações Futuras

Para estudos futuros sugere-se a investigação do tema da espiritualidade na população masculina, uma vez que o presente estudo é caracterizado por participantes exclusivamente do sexo feminino, pelo que consideramos pertinente estudar e compreender a perceção e experiência subjetiva de participantes do sexo masculino relativamente ao impacto da espiritualidade no contexto de doença oncológica.

10. Conclusão

A presente investigação incidiu na compreensão do efeito da espiritualidade na vivência subjetiva da doença oncológica em termos de saúde geral. Procurou-se ainda determinar se a esperança e a fusão cognitiva mediatizavam a relação entre a espiritualidade e a saúde geral na doença oncológica.

Os resultados apontam que o bem-estar espiritual e o bem-estar religioso mostraram-se preditores significativos da fusão cognitiva e da esperança, no entanto quando contemplados em conjunto no modelo estatístico, o bem-estar espiritual e o bem-estar religioso perderam o seu efeito direto, mantendo-se a sua relação indirecta na saúde através da fusão cognitiva.

Na presente investigação a mediação entre saúde e espiritualidade ocorre principalmente através da fusão cognitiva, que se revelou o mediador entre o bem-estar espiritual e as dimensões de saúde geral, ao invés da esperança.

Tendo em conta os resultados apresentados, considera-se que é fulcral ponderar a espiritualidade na intervenção e no acompanhamento de pacientes oncológicos devido à sua importância na melhoria da qualidade de vida e saúde mental desta população.

11. Referências Bibliográficas

- Al-Natour, A., Al Momani, S. M., & Qandil, A. M. (2017). The Relationship Between Spirituality and Quality of Life of Jordanian Women Diagnosed with Breast Cancer. *Journal of Religion and Health*, 56(6), 2096–2108. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0370-8>
- Alberoni, F. (2001). *A esperança* (Bertrand (ed.)).
- American Cancer Society. (2021). Cancer Facts & Figures 2021. In *Atlanta: American Cancer Society*. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2021.html>
- Anandarajah, G., & Ellen Hight. (2001). Spirituality and Medical Practice : Using the HOPE Questions as a Practical Tool. *American Family Physician*, 63(1), 81–88. <http://www.aafp.org/afp/2001/0101/p81.html>
- Andrykowski, M. A., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2(4), 261–276. <https://doi.org/10.1002/pon.2960020406>
- Bai, J., Brubaker, A., Meghani, S. H., Bruner, D. W., & Yeager, K. A. (2018). Spirituality and Quality of Life in Black Patients With Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 390–398. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.020>
- Barber, C. (2019). Working within a spiritual framework. *British Journal of Nursing*, 28(4), 229. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.4.229>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVI(3), 34–49. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>
- Bay, P. S., Ivy, S. S., & Terry, C. L. (2010). The effect of spiritual retreat on nurses' spirituality: A randomized controlled study. *Holistic Nursing Practice*, 24(3), 125–133. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181dd47dd>
- Benzein, E., & Berg, A. (2003). The Swedish version of Herth Hope Index - An instrument for palliative care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 409–415. <https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00247.x>
- Benzein, E., Norberg, A., & Saveman, B. I. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15(2), 117–126. <https://doi.org/10.1191/026921601675617254>
- Berg, C. J., Snyder, C. R., & Hamilton, N. (2008). The effectiveness of a hope

- intervention in coping with cold pressor pain. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 804–809. <https://doi.org/10.1177/1359105308093864>
- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica* (LUSODIDACTA (ed.); 3rd ed.).
- Bovero, A., Tosi, C., Botto, R., Opezzo, M., Giono-Calvetto, F., & Torta, R. (2019). The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study. *Journal of Religion and Health*, 58(6), 2144–2160. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00849-z>
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8(5), 417–428. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199909/10\)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199909/10)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4)
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A. K., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19(1), 21–28. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>
- Burford, R. K., Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Norms for Spiritual Well Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 56–70. <https://doi.org/10.1177/009164719101900106>
- Burkhart, L., & Hogan, N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative Health Research*, 18(7), 928–938. <https://doi.org/10.1177/1049732308318027>
- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2007). Adaptive coping and spirituality as a resource in cancer patients. *Breast Care*, 2(4), 195–202. <https://doi.org/10.1159/000104172>
- Caldeira, S. (2009). Cuidado espiritual - rezar como intervenção de enfermagem. *Cuidarte Enfermagem*, 3(2), 157–164. <http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed05enfpsite.pdf>
- Caldeira, S., Araújo, M. Â. M., Vieira, M., Braga, V. A. B., Sá, L., & Luciana, F. (2011). *Revisão das significações do conceito de Espiritualidade em Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa Do Porto. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4201/1/Revisão das significações do](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4201/1/Revisão%20das%20significações%20do%20conceito%20de%20Espiritualidade%20em%20Enfermagem.pdf)

conceito de espiritualidade em enfermagem.pdf

- Carpenito, L. J. (1995). *Diagnóstico de enfermagem* (Interamericana McGraw-Hill (ed.); 5th ed.).
- Cassul, A. (2012). *Impacto Psicológico da Doença Oncológica em Pacientes Oncológicos Angolanos Tratados em Portugal: Estudo comparativo com uma amostra de imigrantes Angolanos saudáveis vivendo em Portugal* [Universidade do Algarve]. Tese Final 06_08_2012.pdf
- Cavaco, V. S. J., José, H. M. G., Louro, S. P. dos R. L. P., Ludgero, A. F. A., Martins, A. F. M., Santos, G. dos, & Clarissa, M. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Referência - Revista de Enfermagem*, *II*(12), 93–103. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959008>
- Chaar, E. A., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H., & Khabbaz, L. R. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Supportive Care in Cancer*, *26*(8), 2581–2590. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1>
- Cipriano-Steffens, T. M., Carilli, T., Hlubocky, F., Quinn, M., Fitchett, G., & Polite, B. (2020). “Let Go, Let God”: A Qualitative Study Exploring Cancer Patients’ Spirituality and Its Place in the Medical Setting. *Journal of Religion and Health*, *59*(5), 2341–2363. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00942-3>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem, CIPE* (Ordem dos Enfermeiros (ed.); Versão 1).
- Cook, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, *99*(5), 539–551. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x>
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, *20*(3), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Targ, E. (1999). Exploring The Relationships Among Spiritual Well Being, Quality of Life, And Psychological Adjustment in Women With Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, *8*, 429–438. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199909/10\)8:5<429::aid-pon420>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199909/10)8:5<429::aid-pon420>3.0.co;2-p)
- Creel, E., & Tillman, K. (2008). The Meaning of Spirituality Among Nonreligious Persons With Chronic Illness. *Holistic Nursing Practice*, *22*(6), 303–309.

<https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000339340.96005.ff>

- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods, 1*(1), 16–29. <https://doi.org/10.1037//1082-989x.1.1.16>
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clinical Nursing Research, 14*(3), 253–272. <https://doi.org/10.1177/1054773805275520>
- de Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: A visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia, 17*(3), 469–476. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>
- Delaney, C., Barrere, C., & Helming, M. (2011). The Influence of a Spirituality-Based Intervention on Quality of Life, Depression, and Anxiety in Community-Dwelling Adults With Cardiovascular Disease: A Pilot Study. *Journal of Holistic Nursing, 29*(1), 21–32. <https://doi.org/10.1177/0898010110378356>
- Dinis, A., Carvalho, S. A., Pinto Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: The role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 15*(1), 63–86. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/47246>
- Dionne, F., Gagnon, J., Balbinotti, M., Peixoto, E. M., Martel, M. E., Gillanders, D., & Monestès, J. L. (2016). “Buying into thoughts”: Validation of a French translation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science, 48*(4), 278–285. <https://doi.org/10.1037/cbs0000053>
- Dow, K. H., Ferrell, B. R., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 39*(3), 261–273. <https://doi.org/10.1007/BF01806154>
- Duarte, F. M., & da Silva Wanderley, K. (2011). Religion and spirituality of elderly living in a geriatrics ward. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 27*(1), 49–53. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000100007>
- Duggleby, W. (2001). Hope at the End of Life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 3*(2), 51–64. <https://doi.org/10.1097/00129191-200103020-00003>
- Duggleby, W. D., Degner, L., Williams, A., Wright, K., Cooper, D., Popkin, D., & Holtslander, L. (2007). Living with Hope: Initial Evaluation of a Psychosocial Hope Intervention for Older Palliative Home Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 33*(3), 247–257.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.013>

- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(3), 561–568. <https://doi.org/10.1188/02.ONF.561-568>
- Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf, J. A., & Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, Description, and Measurement. *Journal of Humanistic Psychology*, 28(4), 5–18. <https://doi.org/10.1177/0022167888284002>
- Ellison, C. G. (1991). Religious Involvement and Subjective Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1), 80–99. <https://doi.org/10.2307/2136801>
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330–338. <https://doi.org/10.1177/009164718301100406>
- Erickson, J. M., & Field, R. B. (2007). Cancro. In LUSODIDACTA (Ed.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença* (8th ed., pp. 525–579).
- Fallah, R., Golzari, M., Dastani, M., & Akbari, M. (2011). Integrating spirituality into a group psychotherapy program for women surviving from breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 4(3), 142–148. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4551298/pdf/IJCP-04-141.pdf>
- Field, A. (2015). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (SAGE (ed.); 4th ed.).
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 23(4), 315–336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Folkman, S. (2010). Stress, Coping & Hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 265–272. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>
- Frankl, V. E. (2017). *O Homem em Busca de um Sentido* (L. de Papel (ed.); 5ª Edição).
- Freitas, R. A. de, Menezes, T. M. de O., Santos, L. B., Moura, H. C. G. B., Sales, M. G. S., & Moreira, F. A. (2020). Spirituality and religiousity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer. *Revista Brasileira de*

- Enfermagem*, 73(Suppl 3), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0034>
- Gall, T. L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(11), 1165–1178. <https://doi.org/10.1002/pon.1495>
- Garrard, E., & Wrigley, A. (2009). Hope and terminal illness: False hope versus absolute hope. *Clinical Ethics*, 4(1), 38–43. <https://doi.org/10.1258/ce.2008.008050>
- Gaston-Johansson, F., Haisfield-Wolfe, M. E., Reddick, B., Goldstein, N., & Lawal, T. A. (2013). The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in african american women with breast cancer receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 120–131. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.120-131>
- Geronasso, M. C. H., & Coelho, D. (2012). A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *Saúde Meio Ambient.*, 1(1), 173–187. <https://doi.org/https://doi.org/10.24302/sma.v1i1.227>
- Gibson, L. M. R., & Parker, V. (2003). Inner resources as predictors of psychological well-being in middle-income african american breast cancer survivors. *Cancer Control*, 10(5), 52–59. <https://doi.org/10.1177/107327480301005s08>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Golberg, B. (1998). Connection: An exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 836–842. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00596.x>
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional* (Temas e Debates (ed.); 1st ed.).
- Gomes, N. S., Farina, M., & Forno, C. D. (2014). Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos. *Revista de Psicologia Da IMED*, 6(2), 107–112. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n2p107-112>
- Graham, I. W. (2003). The relationship of nursing theory to practice and research within the British context: Identifying a way forward. *Nursing Science Quarterly*, 16(4), 346–350. <https://doi.org/10.1177/0894318403257893>

- Greasley, P., Chiu, L. F., & Gartland, R. M. (2001). The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(5), 629–637. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01695.x>
- Greenstreet, W. (2006). From Spirituality to Coping Strategy: Making Sense of Chronic Illness. *British Journal of Nursing*, *15*(17), 938–942. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.17.21909>
- Gudenkauf, L. M., Clark, M. M., Novotny, P. J., Piderman, K. M., Ehlers, S. L., Patten, C. A., Nes, L. S., Ruddy, K. J., Sloan, J. A., & Yang, P. (2019). Spirituality and Emotional Distress Among Lung Cancer Survivors. *Clinical Lung Cancer*, *20*(6), e661–e666. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2019.06.015>
- Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *64*(1), 53–59. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>
- Guimarães, H. P., & Avezum, Á. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *34*(SUPPL. 1), 88–94. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Angell, K. E., Silva, P. A., & McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(1), 128–140. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.128>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (Guilford Press (ed.); 2nd ed.).
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, *44*(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2013). Caution: The Differences Between CT and ACT May Be Larger (and Smaller) Than They Appear. *Behavior Therapy*, *44*(2), 218–223. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.09.005>
- Hermann, C. P. (2007). The degree to which spiritual needs of patients near the end of

- life are met. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 70–78.
<https://doi.org/10.1188/07.ONF.70-78>
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1250–1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01740.x>
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251–1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431–1441. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01619.x>
- Herth, K. A., & Cutcliffe, J. R. (2002). The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *British Journal of Nursing*, 11(14), 977–983. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.14.10470>
- Herzberg, K. N., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Crede, M., Earleywine, M., & Eifert, G. H. (2012). The believability of anxious feelings and thoughts questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment*, 24(4), 877–891. <https://doi.org/10.1037/a0027782>
- Hickey, S. S. (1986). Enabling Hope. *Cancer Nursing*, 9(3), 133–137. <https://doi.org/10.1097/00002820-198606000-00006>
- Hsiao, A. F., Wong, M. D., Miller, M. F., Ambs, A. H., Goldstein, M. S., Smith, A., Ballard-Barbash, R., Becerra, L. S., Cheng, E. M., & Wenger, N. S. (2008). Role of religiosity and spirituality in complementary and alternative medicine use among cancer survivors in California. *Integrative Cancer Therapies*, 7(3), 139–146. <https://doi.org/10.1177/1534735408322847>
- Jakobsson, A., Segesten, K., Nordholm, L., & Öresland, S. (1993). Establishing a Swedish Instrument Measuring Hope. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7(3), 135–139. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1993.tb00186.x>
- Jaramillo, R. G., Monteiro, P. S., & Borges, M. D. S. (2019). Coping Religioso/Espiritual: Um Estudo Com Familiares De Crianças E Adolescentes Em Tratamento Quimioterápico. *Cogitare Enfermagem*, 24(e62297). <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.62297>
- Jimenez-Fonseca, P., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P. J., Carmona-Bayonas, A., Beato, C., García, T., Muñoz, M. del M., Ramchandani, A., Ghanem, I., Rodríguez-

- Capote, A., Jara, C., & Calderon, C. (2018). The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1411–1418. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3969-0>
- Kandasamy, A., Chaturvedi, S. K., & Desai, G. (2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal of Cancer*, 48(1), 55–59. <https://doi.org/10.4103/0019-509X.75828>
- Kilmer, D. L., & Lane-Tillerson, C. (2013). When still waters become a soul tsunami: using the Tidal Model to recover from shipwreck. *Journal of Christian Nursing*, 30(2), 100–104. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0b013e31825b8d73>
- Koenig, H. G. (2000). Religion, Spirituality, and Medicine: Application to Clinical Practice. *JAMA*, 284(13), 1708. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1708-JMS1004-5-1>
- Koenig, H. G., George, L. K., Hays, J. C., Larson, D. B., Cohen, H. J., & Blazer, D. G. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28(2), 189–213. <https://doi.org/10.2190/75JM-J234-5JKN-4DQD>
- Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 67–78. <https://doi.org/10.1080/09540260124661>
- Lavorato Neto, G., Rodrigues, L., Silva, D. A. R. da, Turato, E. R., & Campos, C. J. G. (2018). Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 5), 2323–2333. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0429>
- Lim, J. W., & Yi, J. (2009). The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: A comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 699–708. <https://doi.org/10.1188/09.ONF.699-708>
- Lin, H.-R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 69–80. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02768.x>
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 12–20. <https://doi.org/doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x>

- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Silva Oliveira, M. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.004>
- Marques, L. F., Sarriera, J. C., & Dell’Aglia, D. D. (2009). Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). *Avaliação Psicológica*, 8(2), 179–186. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200004
- McClement, S. E., & Chochinov, H. M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1169–1174. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.031>
- McEwan, W. (2004). Spirituality in nursing: What are the issues? *Orthopaedic Nursing*, 23(5), 321–326. <https://doi.org/10.1097/00006416-200409000-00008>
- McEwen, M. (2005). Spiritual Nursing Care: State of the Art. *Holistic Nursing Practice*, 19(4), 161–168. <https://doi.org/10.1097/00004650-200507000-00007>
- McSherry, W., & Cash, K. (2004). The language of spirituality: An emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 151–161. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00114-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00114-7)
- Merath, K., Kelly, E. P., Hyer, J. M., Mehta, R., Agne, J. L., Deans, K., Fischer, B. A., & Pawlik, T. M. (2020). Patient Perceptions About the Role of Religion and Spirituality During Cancer Care. *Journal of Religion and Health*, 59(4), 1933–1945. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00907-6>
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, Religion, and Health: An Emerging Research Field. *American Psychologist*, 58(1), 24–35. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>
- Miranda, S. L. de, Lanna, M. dos A. L., & Felipe, W. C. (2015). Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 870–885. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002342013>
- Moberg, D. O., & Brusek, P. M. (1978). Spiritual Well-Being: A Neglected Subject in Quality of Life Research. *Social Indicators Research*, 5(1), 303–323. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF00352936.pdf>
- Mohr, W. K. (2006). Spiritual issues in psychiatric care. *Perspectives in Psychiatric*

- Care*, 42(3), 174–183. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2006.00076.x>
- Moody, A. V. (1989). The effect of deliberate faking good and faking bad on Spiritual Well-Being Scale scores in a church sample [University Microfilms International]. In *Dissertation Abstracts International*. <https://www.proquest.com/openview/40784dc6f9321243633f217ee9ac8458/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Moreira, C. N. de O., Marques, C. B., da Silva, M. A. P., Pinheiro, F. A. M., & Salomé, G. M. (2016). Association of sociodemographic and clinical factors with spirituality and hope for cure of ostomized people. *Journal of Coloproctology*, 36(3), 162–172. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2016.04.009>
- Morse, J. M., & Doberneck, B. (1995). Delineating the Concept of Hope. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 277–285. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00888.x>
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225–1235. <https://doi.org/10.4065/76.12.1225>
- Musarezaie, A., Ghasemipoor, M., Momeni-Ghaleghasemi, T., Khodae, M., & Taleghani, F. (2015). A study on the efficacy of spirituality-based intervention on spiritual well being of patients with leukemia: A randomized clinical trial. *Middle East Journal of Cancer*, 6(2), 97–105. https://mej.c.sums.ac.ir/article_41999_362d653d734903c1283299ef5e5793b6.pdf
- Nad, S., Marčinko, D., Vuksan-Æusa, B., Jakovljević, M., & Jakovljevic, G. (2008). Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder: A case control study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 79–83. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31815faa5f>
- Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y Salud. *Revista Ciencias de La Educación*, 1(27), 29–45. <http://www.revencyt.ula.ve/storage/repo/ArchivoDocumento/rceduc/v6n27/articulo2.pdf>
- Nejat, N., Whitehead, L., & Crowe, M. (2017). The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemporary Nurse*, 53(1), 48–59. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1276401>
- Núñez, P., Enríquez, D., & Irrázaval, M. E. (2011). La espiritualidad en el paciente

- oncólogo: una forma de nutrir la esperanza y fomenta un afrontamiento positivo a la enfermedad. *Ajayu*, 10(5), 84–100.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v10n1/v10n1a5.pdf>
- O'Brien, C. W., & Moorey, S. (2010). Outlook and adaptation in advanced cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 19(12), 1239–1249.
<https://doi.org/10.1002/pon.1704>
- Obayuwana, A. O., & Carter, A. L. (1982). The anatomy of hope. *Journal of the National Medical Association*, 74(3), 229–234.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.226-a>
- Oh, P. J., & Kim, S. H. (2014). The effects of spiritual interventions in patients with cancer: A meta-analysis. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), E290–E301.
<https://doi.org/10.1188/14.ONF.E290-E301>
- Oliveira, P. F., & Queluz, F. N. F. R. Q. (2016). A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. *Revista de Psicologia Da IMED*, 8(2), 142–155.
<https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n2p142-155>
- Oliveira, S. D. G. (2018). *A dimensão da Espiritualidade do doente oncológico como estratégia de enfrentamento da doença* [Instituto Politécnico de Bragança].
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18925/1/pauta-relatorio-5.pdf>
- Pais Ribeiro, J., Neto, C., Silva, M., Abrantes, C., Coelho, M., Nunes, J., & Coelho, V. (2015). Ulterior Validação Do Questionário De Saúde Geral De Goldberg De 28 Itens. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(3), 278–286.
<https://doi.org/10.15309/15psd160301>
- Paredes, A. C., & Pereira, M. G. (2018). Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1606–1617.
<https://doi.org/10.1007/s10943-017-0452-7>
- Paul Victor, C. G., & Treschuk, J. V. (2019). Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. *Journal of Holistic Nursing*, 1–7. <https://doi.org/10.1177/0898010119895368>
- Pedrão, R. de B., & Beresin, R. (2010). O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Einstein (São Paulo)*, 8(1 Pt1), 86–91.
<https://doi.org/10.1590/s1679-45082010ao1208>
- Peixoto, E. M., Honda, G. C., Gagnon, J., Nakano, T. D. C., Rocha, G. M. A. da, Zanini, D. S., & Balbinotti, M. A. A. (2019). Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ): novas evidências de validade e invariância transcultural. *Psico*, 50(1),

- e27851. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.1.27851>
- Pestana, J. P., Estevens, D., & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. In E. U. F. P. CTEC (Ed.), *Cons-Ciências* (3rd ed., pp. 125–158). <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1896>
- Peteet, J. R., & Balboni, M. J. (2013). Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(4), 280–289. <https://doi.org/10.3322/caac.21187>
- Pinto, C., & Pais Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 49–56. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98814/1/RUN - RPSP - 2010 - v28n1a05 - p49-56.pdf>
- Pinto, S. (2011). *A Espiritualidade e a Esperança da pessoa com doença oncológica: Estudo numa população de doentes em quimioterapia* [Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63765/2/SaraPintoMCPDisserta8710o.pdf>
- Pires, A. P. M. (2006). *O Lugar da Esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem* (LUSOCIÊNCIA (ed.); 1st ed.). Porto Editora. (2021). *Infopédia - Dicionários Porto Editora*. Esperança. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/esperanca>
- Puchalski, C M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, 23(SUPPL.3), 49–55. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds088>
- Puchalski, Christina M. (2002). Spirituality and end-of-life care: A time for listening and caring. *Journal of Palliative Medicine*, 5(2), 289–294. <https://doi.org/10.1089/109662102753641287>
- Puchalski, Christina M. (2003). The spiritual dimension: the healing force for body and mind. In C.-C. T. de E. da Consciência (Ed.), *Actas do Forum Internacional Ciencia, Religião e Consciência* (Edições Un, Vol. 2, pp. 173–195). <http://hdl.handle.net/10284/777>
- Querido, A. I. F. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos* [Universidade de Lisboa]. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/120>
- Rector, N. A. (2013). Acceptance and Commitment Therapy: Empirical Considerations. *Behavior Therapy*, 44(2), 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.007>
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., & Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric

- properties of the spanish version of the “cognitive fusion questionnaire.” *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, 22(1), 117–132. https://www.researchgate.net/publication/266030695_Cognitive_fusion_in_dementia_caregiving_psychometric_properties_of_the_Spanish_version_of_the_Cognitive_Fusion_Questionnaire
- Romero, C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Liscum, K. R., & Friedman, L. C. (2006). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 29–36. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9038-z>
- Ruddick, W. (1999). Hope and deception. *Bioethics*, 13(3–4), 343–357. <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00162>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006>
- Rustøen, T., Wiklund, I., Hanestad, B. R., & Moum, T. (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1), 19–27. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2702.1998.00126.x>
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8(3), 18–23. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010003>
- Salomé, G. M., De Almeida, S. A., & Ferreira, L. M. (2015). Association of sociodemographic factors with hope for cure, religiosity, and spirituality in patients with venous ulcers. *Advances in Skin and Wound Care*, 28(2), 76–82. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000459844.07689.02>
- Schuhow, D. A. (2007). Women Get Depressed: How Can We Help? *Journal of Christian Nursing*, 24(2), 76–80. <https://doi.org/10.1097/01.cnj.0000265570.43081.eb>
- Seybold, K. S. (2007). Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 303–309. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9115-6>
- Shennan, C., Payne, S., & Fenlon, D. (2011). What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psycho-Oncology*,

- 20(7), 681–697. <https://doi.org/10.1002/pon.1819>
- Shih, J. A., Moczynski, W., Gallivan, K., & Balboni, T. A. (2019). “If it weren’t for my faith”: Spirituality in advanced cancer. *Annals of Palliative Medicine*, 8(5), 758–762. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.11.05>
- Silva, D. A. da. (2020). O paciente com câncer e a espiritualidade : revisão integrativa. *Revista Cuidarte*, 11(3), e1107. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1107>
- Silva, L. dos S., Poiares, I. R., Machado, C. A. M., Lenhani, B. E., Guimarães, P. R. B., & Kalinke, L. P. (2019). Religion/spirituality and social support in improving the quality of life of patients with advanced cancer. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 111–120. <https://doi.org/10.12707/RIV19072>
- Simões, M. S. (2016). *O Cancro* (F. F. M. dos Santos (ed.); 1st ed.).
- Simonson, J., Mezulis, A., & Davis, K. (2011). Socialized to ruminate? Gender role mediates the sex difference in rumination for interpersonal events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(9), 937–959. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.9.937>
- Sousa, H., Guerra, M., & Lencastre, L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 33(1), 39–53. <https://doi.org/10.14417/ap.832>
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93–102. <https://doi.org/10.1002/pon.574>
- Street, H. (2003). The psychosocial impact of cancer: Exploring relationships between conditional goal setting and depression. *Psycho-Oncology*, 12(6), 580–589. <https://doi.org/10.1002/pon.677>
- Taha, N., Florenzano U, R., Sieverson R, C., Aspillaga H, C., & Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(4), 347–360. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272011000400006>
- Taliaferro, D. H. (2008). Commentary on “ Religious Activities of Inpatients and Their Family Visitors in Taiwan .” *Journal of Holistic Nursing*, 26(2), 107–108. <https://doi.org/10.1177/0898010108319903>
- Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500–509. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x>

- Tanyi, R. A., & Werner, J. S. (2008). Women ' s Experience of End-Stage Renal Disease and Hemodialysis. *Clinical Nursing Research*, 17(1), 32–49. <https://doi.org/10.1177/1054773807311691>
- Teri-Ann, P. C. (1995). Promoting spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: A nursing intervention. *Holistic Nursing Practice*, 10(1), 68–76. <https://doi.org/10.1097/00004650-199510000-00011>
- Thompson, E. A., Quinn, T., Paterson, C., Cooke, H., McQuigan, D., & Butters, G. (2008). Outcome measures for holistic, complex interventions within the palliative care setting. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2007.10.001>
- Thompson, I. (2002). Mental health and spiritual care. *Nursing Standard*, 17(9), 33–38. <https://doi.org/10.7748/ns2002.11.17.9.33.c3296>
- Toledo, G., Ochoa, C. Y., & Farias, A. J. (2021). Religion and spirituality: their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy. *Supportive Care in Cancer*, 29(6), 3017–3024. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05722-4>
- Tomass, M. (2012). Religious identity, informal institutions, and the nation-states of the near east. *Journal of Economic Issues*, 46(3), 705–728. <https://doi.org/10.2753/JEI0021-3624460306>
- Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Martins, C., Ventura, C., & Bairradas, J. (2010). Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliative and Supportive Care*, 8(4), 405–413. <https://doi.org/10.1017/S147895151000026X>
- Tuck, I., Pullen, L., & Wallace, D. (2001). A Comparative Study of the Spiritual Perspectives and Interventions of Mental Health and Parish Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(6), 593–605. <https://doi.org/10.1080/016128401750364138>
- Turke, K. C., Canonaco, J. S., Artioli, T., de Souza Lima, M. S., Batlle, A. R., de Oliveira, F. C. P., de Iracema Gomes Cubero, D., de Melo Sette, C. V., & del Giglio, A. (2020). Depression, anxiety and spirituality in oncology patients. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 66(7), 960–965. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.960>
- Tzeng, H.-M. (2008). Religious Activities of Inpatients and Their Family Visitors in Taiwan. *Journal of Holistic Nursing*, 26(2), 98–106.

<https://doi.org/10.1177/0898010107310616>

- Vachon, M., Fillion, L., & Achille, M. (2009). A conceptual analysis of spirituality at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, *12*(1), 53–59. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0189>
- Veit, C. M., & Castro, E. K. de. (2013). Coping religioso/espiritual positivo em mulheres com câncer de mama: um estudo qualitativo. *Psico*, *44*(3), 331–341. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/15820/10408>
- Vespa, A., Jacobsen, P. B., Spazzafumo, L., & Balducci, L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*, *20*(1), 5–11. <https://doi.org/10.1002/pon.1719>
- Viana, A. P. M. (2010). *A Avaliação da Esperança em Cuidados Paliativos: Validação Transcultural do Herth Hope Index* [Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2019>
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: A review. *Psycho-Oncology*, *19*(6), 565–572. <https://doi.org/10.1002/pon.1626>
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. de J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, *37*(4), 440–445. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102003000400008>
- Werk, R. S., Steinhorn, D. M., & Newberg, A. (2021). The Relationship Between Spirituality and the Developing Brain: A Framework for Pediatric Oncology. *Journal of Religion and Health*, *60*(1), 389–405. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01014-7>
- White, M. L., Peters, R., & Schim, S. M. (2011). Spirituality and spiritual self-care: Expanding self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, *24*(1), 48–56. <https://doi.org/10.1177/0894318410389059>
- Woods, T. E., & Ironson, G. H. (1999). Religion and Spirituality in the Face of Illness. *Journal of Health Psychology*, *4*(3), 393–412. <https://doi.org/10.1177/135910539900400308>
- World Health Organization. (2021). *Cancer*. Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., & Chen, J. (2018). Are spiritual interventions

beneficial to patients with cancer? *Medicine*, 97(35), e11948.
<https://doi.org/10.1097/md.00000000000011948>

Yates, J. W., Chalmer, B. J., James, P. S., Follansbee, M., & McKegney, F. P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 9(2), 121–128. <https://doi.org/10.1002/mpo.2950090204>

Yates, P. (1993). Towards a reconceptualization of hope for patients with a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 18(5), 701–706.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18050701.x>