




Práticas integrativas, espirituais e qualidade de vida do paciente com câncer durante o tratamento*

Integrative, spiritual practices and quality of life of cancer patients during treatment

Amanda Silva Mendes¹ , Tácia Cunha Arantes² , Vitória Eugênia Martins¹ , Adriana Cristina Nicolussi¹ 

RESUMO

Objetivou-se identificar o uso de práticas integrativas, espirituais e avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes adultos com câncer durante o tratamento quimioterápico. Pesquisa quantitativa e transversal realizada com 275 pacientes durante quimioterapia em um hospital de Minas Gerais. Instrumentos utilizados: questionário sociodemográfico e clínico e *Quality of Life Questionnaire-Core30* (QLQ-C30) com análise de dados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (*for Windows*). A maioria dos entrevistados era mulher, entre 40 a 79 anos, casadas, aposentadas, com baixo nível de escolaridade e baixa renda. Os cânceres mais prevalentes foram colorretal, mama e estômago. Apenas 13 (4,9%) pacientes utilizavam alguma prática integrativa como fitoterapia, homeopatia, meditação, floral e acupuntura. Cerca de 94 (34,2%) indivíduos realizavam terapia espiritual com predominância da oração, passes, água fluidificada e promessa. Houve nível adequado/satisfatório (escores entre 50 e 70) da qualidade de vida e das funções avaliadas.

Descritores: Neoplasias; Terapias Complementares; Terapias Espirituais; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The objective was to identify the use of integrative, spiritual practices and to evaluate the quality of life related to the health of adult cancer patients during the chemotherapy treatment. Quantitative and cross-sectional research conducted with 275 patients during chemotherapy at a hospital in Minas Gerais. Instruments used: Sociodemographic and clinical questionnaire and Quality of Life Questionnaire-Core30 (QLQ-C30) with data analysis by Statistical Package for the Social Sciences software (for Windows). Most of the interviewees were women, between 40 and 79 years old, married, retired, with low education level and low income. The most prevalent cancers were colorectal, breast and stomach. Only 13 (4.9%) patients used some integrative practice such as phytotherapy, homeopathy, meditation, floral and acupuncture. About 94 (34.2%) individuals performed spiritual therapy with predominance of prayer, passes, fluidized water and promise. There was an adequate/satisfactory level (scores between 50 and 70) of quality of life and functions evaluated.

Descriptors: Neoplasms; Complementary Therapies; Spiritual Therapies; Quality of Life.

*Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso “Práticas complementares, espirituais e qualidade de vida da paciente com câncer durante o tratamento” de Amanda Silva Mendes. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2018.

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba (MG), Brasil. E-mails: amandasmendes4@hotmail.com, vitória.mrts@hotmail.com, dnicolussi@yahoo.com.br

²Hospital de Amor de Barretos – Barretos (SP), Brasil. E-mail: taciana.cunha@outlook.com

Como citar este artigo: Mendes AS, Arantes TC, Martins VE, Nicolussi AC. Práticas integrativas, espirituais e qualidade de vida do paciente com câncer durante o tratamento. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em: _____];22:57987. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.57987>.

Recebido em: 20/05/2019. Aprovado em: 28/07/2020. Publicado em: 20/09/2020.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico do câncer gera sentimentos como tristeza, medo, descrença, angústia, ansiedade e desespero ao mesmo tempo que provoca alterações nas rotinas, papéis, hábitos, crenças e estilos de vida dos indivíduos. Da mesma forma, seu tratamento convencional com quimioterapia culmina em efeitos colaterais físicos, emocionais e psicossociais, que variam em sintomas, intensidade e frequência e impactam negativamente na qualidade de vida (QV)^(1,2).

Apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) ter definido anteriormente a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽³⁾, a sua avaliação configura-se como tarefa complexa, pois seu conceito é abstrato, não consensual, subjetivo e multidimensional, uma vez que, envolve associações entre crenças pessoais, relações sociais, meio ambiente e estado fisiopsicológico. Assim, o impacto de uma doença crônica e seu estágio, sintomas, tipos e protocolos de tratamento interferem na QV dos indivíduos^(3,4).

Diante das alterações ocasionadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer, os pacientes reavaliam suas vidas, iniciando um processo de mudança de crenças e comportamentos, além de busca de sentido e de estratégias de enfrentamento, afim de obterem maior bem-estar biopsicossocioespiritual, QV, sensação de controle da doença e autonomia na tomada de decisões. Nesse sentido, podem utilizar terapias integrativas e modificar e/ou intensificar estratégias de espiritualidade e religião^(2,5).

As práticas integrativas e complementares são práticas terapêuticas pautadas em um modelo de saúde, normalmente bioenergético/vitalista em sobreposição ao modelo biomédico/maquinista, que podem ser usadas em conjunto com o tratamento alopático. Estas terapias são utilizadas na perspectiva de promover o cuidado integral por meio da busca de mecanismos naturais para prevenir agravos ou doenças e recuperar a saúde, fortalecendo o vínculo terapêutico e integrando o ser humano ao meio ambiente e a sociedade^(6,7).

O Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), ampara a estruturação dessas práticas em caráter multiprofissional, através de normativas sobre a implantação, implementação, mecanismos de financiamento e articulação entre os níveis assistenciais. Em sua criação, em 2006, foram oferecidos cinco procedimentos, a saber: acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia, e medicina antroposófica; em 2017 foram incorporadas 14 e em 2018, adicionadas outras 10 práticas integrativas e complementares⁽⁷⁾. Entretanto, sua disponibilização encontra-se restrita em relação as opções de terapias e aos estabelecimentos de saúde que as ofertam.

A decisão de utilização dessas práticas, pelos pacientes oncológicos, é influenciada tanto pela limitação do tratamento convencional/alopático, devido a sua abordagem centralizada exclusivamente no corpo e a presença de efeitos colaterais imediatos ou tardios, quanto pela significação de benefícios presentes como o aumento da percepção de saúde geral, melhor sensação de controle do câncer, potencialização do tratamento, estagnação da doença, prevenção de metástase e recorrência, aumento da chance de cura, alívio de sintomas, melhoria do bem-estar psicológico, espiritual e emocional, dentre outros⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Durante o enfrentamento da doença, os pacientes empregam uma atenção maior na espiritualidade e religião, já que essas desempenham papel protetor contra a morbidade psicológica⁽¹¹⁾. No entanto, embora apresentem sobreposição de dimensões, a espiritualidade e a religião apresentam características diferentes. A espiritualidade é mais ampla, dinâmica e subjetiva, sendo compreendida como a essência do indivíduo, uma busca de significado e propósito de vida, relacionada a valores íntimos, completude interior, harmonia, conexão consigo mesmo, com outras pessoas, com a natureza e com o universo⁽¹⁾.

Já a religião, é uma expressão parcial da espiritualidade, que possui rituais, tradições sagradas, dogmas e doutrinas transmitidas pela cultura e compartilhadas por um grupo que crê em uma força divina ou ser superior^(1,2). De maneira geral, o emprego adequado da espiritualidade e religião pode proporcionar ao indivíduo com câncer aumento do bem-estar psicológico e da QV, diminuição da ansiedade, da depressão, do estresse e busca de sentido, paz e esperança^(2,11). Neste estudo, iremos utilizar os termos espiritualidade e práticas espirituais, considerando-os mais abrangentes.

Desta forma, o objetivo desta pesquisa é identificar o uso de práticas integrativas, espirituais e avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes adultos com câncer durante o tratamento quimioterápico.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de delineamento não experimental, descritiva e exploratória de corte transversal, realizada em uma central de quimioterapia de um hospital público, que é referência no atendimento de alta complexidade para 27 municípios que compõe a macrorregião Triângulo Sul de Minas Gerais. Foram selecionados pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com o câncer em tratamento quimioterápico, por meio de uma amostragem proposital (ou intencional), onde são escolhidos sujeitos considerados típicos da população em questão⁽¹²⁾.

Foram excluídos da pesquisa, os pacientes que não aceitaram participar mediante verbalização e/ou não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além dos pacientes

que apresentavam algum tipo de dificuldade na compreensão das perguntas, o que conseqüentemente, poderia prejudicar o conteúdo das respostas, tornando-as incompatíveis com os objetivos requeridos e com a realidade vivenciada.

Os dados foram coletados durante o período de setembro de 2016 a setembro de 2018, totalizando 275 pacientes que responderam a dois instrumentos. O primeiro foi um questionário sociodemográfico e clínico-terapêutico, validado por três juízes independentes, que avaliavam os aspectos sociais e clínicos dos participantes, através de informações como idade, gênero, raça/cor, cidade, profissão, renda familiar, nível de escolaridade, religião, diagnóstico, tratamentos realizados — incluindo práticas integrativas e espirituais — e efeitos colaterais da quimioterapia.

O segundo instrumento foi o *Quality of Life Questionnaire-Core 30* (QLQ-C30) da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), devidamente validado⁽¹³⁾, para avaliação da QVRS em pacientes com câncer. Esse instrumento contém 30 questões que avalia cinco escalas funcionais (função física, emocional, cognitiva, social e desempenho de papel), uma escala de estado de saúde geral, três escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea/vômito), cinco itens para avaliar sintomas (dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia) e um item para avaliar dificuldades financeiras durante a doença e tratamento.

Os resultados dos escores são convertidos em uma escala de 0 a 100. Nas escalas funcionais e na escala de saúde geral, o zero relaciona-se a nível inadequado de QVRS e 100 a alto nível de QVRS, sendo que escores entre 50 e 70 indicam resultado satisfatório da QVRS e escores igual ou maior que 70 refere-se a boa QVRS. Já nas escalas e itens de sintomas, o zero indica ausência de sintomatologia grave e 100 refere-se a alto nível de sintomatologia e efeitos colaterais, com conseqüente piora da QVRS⁽¹³⁾.

Para a análise estatística foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (*for Windows*). Foram calculadas frequências, porcentagens, médias e desvio padrão para análise descritiva dos dados. Essa pesquisa faz parte de um projeto maior que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável sob parecer de aprovação do CEP 1.715.819_E de 05/09/2016. Foi mantido sigilo quanto à identidade dos pacientes, com identificação dos sujeitos por números, atendendo a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistados 275 sujeitos, cuja maioria era do sexo feminino, entre 40 a 79 anos, casados, aposentados, procedentes de Uberaba, com ensino fundamental incompleto e com renda de até R\$ 1.000,00 mensais (Tabela 1).

Já em relação aos dados clínicos, foi evidenciado que os principais tipos de cânceres foram colorretal (55 pacientes — 20,0%), mama (22 pacientes — 8,0%) e estômago (19 pacientes — 6,9%). Houve ausência de metástase em 204 (74,2%) casos de câncer. Em relação aos tratamentos realizados, 151 sujeitos (54,9%) fez algum tipo de cirurgia e somente 89 sujeitos (32,4%) realizaram radioterapia.

Quanto ao tratamento quimioterápico, o número de sessões realizadas concentrava-se entre uma a seis (154 indivíduos — 56,2%), com predominância de duas sessões (44 indivíduos — 16,0%). Porém, também foi expressivo o número de pacientes que realizaram mais de 10 sessões (39 sujeitos — 14,2%). Assim, o início do tratamento ocorreu em até seis meses (185 sujeitos — 67,3%), com predomínio em menos de um mês (90 pacientes — 32,7%), bem como acima de um ano (35 pacientes — 12,7%).

Cerca de 104 (37,8%) pacientes não apresentaram efeitos colaterais relacionados a quimioterapia, enquanto 87 (31,6%) pacientes relataram efeitos colaterais físicos e gastrointestinais — sudorese, mal-estar, fraqueza, insônia, alopecia, fadiga, dor, dispnéia, náuseas, diarreia, constipação, mucosite, dentre outros —, 40 (14,6%) pacientes referiram somente efeitos gastrointestinais e 38 (13,8%) efeitos físicos. Somente cinco (1,8%) pacientes apresentaram efeitos emocionais como ansiedade, depressão, angústia, irritabilidade e preocupação.

Em relação ao protocolo de quimioterapia foram encontrados 66 esquemas diferentes em 196 sujeitos pesquisados. Desta forma, houve perda de dados em 79 sujeitos devido a ausência do registro do protocolo de forma explícita e/ou do acesso aos prontuários. Dos esquemas presentes, os mais utilizados foram Fluorouracila associado a Leucovorin e Oxaliplatina (31 sujeitos — 11,3%) tanto na forma lenta (FOLFOX) quanto em bolus (FLOX) e os esquemas Fluorouracila (5 — FU) e Fluorouracila associada a Leucovorin com 14 (5,1%) sujeitos em cada esquema.

A Tabela 2 apresenta a média e desvio padrão dos domínios do instrumento QLQ-C30. A média dos escores das funções e do estado geral de saúde apresentaram resultado satisfatório, já que variaram entre 52,37 e 67,05. Além disso, a função cognitiva apresentou bom resultado (escore 70,44). Em relação as escalas e itens de sintomas os mais prevalentes foram a perda de apetite, fadiga, dor e insônia, além de dificuldades financeiras.

Na análise dos dados referentes às práticas integrativas e espirituais, foi constatado que a maioria dos pacientes não utilizava nenhuma das duas práticas. Apenas 13 (4,7%) pacientes realizavam alguma prática integrativa e 262 (95,3%) não as praticavam e/ou não informaram. Dentre os que praticavam, nove (3,3%) indivíduos utilizavam fitoterapia, enquanto homeopatia, meditação, florais e acupuntura possuíam apenas um (0,4%) indivíduo que praticava cada terapia.

Tabela 1. Frequência e porcentagem das características sociodemográficas da amostra. Uberaba (MG), Brasil, 2016-2018.

	Características	Total n (%)		Características	Total n (%)
Sexo	Feminino	140 (50,9)	Nível de escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	135 (49,1)
	Masculino	135 (49,1)		Ensino fundamental completo	32 (11,6)
	Total	275 (100)		Ensino médio incompleto	32 (11,6)
Faixa etária (em anos)	18 a 19	10 (3,6)		Ensino médio completo	57 (20,7)
	20 a 39	34 (12,4)		Ensino superior incompleto	2 (0,7)
	40 a 59	101 (36,7)		Ensino superior completo	12 (4,4)
	60 a 79	109 (39,6)		Pós-graduação incompleta	2 (0,7)
	80 a 99	21 (7,6)		Pós-graduação completa	1 (0,4)
	Total	275 (100)		Total	275 (100)
Estado civil	Solteiro	66 (24,0)		Sem renda considerável	2 (0,7)
	Casado	135 (49,1)	Renda familiar	Até R\$ 1.000,00 mensais	100 (36,4)
	Viúvo	40 (14,5)		R\$ 1.001,00 a R\$ 1.500,00 mensais	35 (12,7)
	Outros	34 (12,4)		R\$ 1.501,00 a R\$ 2.000,00 mensais	69 (25,1)
	Total	275 (100)		R\$ 2.001,00 a R\$ 2.500,00 mensais	21 (7,6)
Profissão/ ocupação	Aposentados	86 (31,3)		R\$ 2.501,00 a R\$ 3.000,00 mensais	23 (8,4)
	Do lar, donas de casa	56 (20,4)		Acima de R\$ 3.000,00 mensais	25 (9,1)
	Faxineiras, manicures, costureiras, cozinheiras	21 (7,6)	Total	275 (100)	
	Comerciantes, vendedores	16 (5,8)	Cidade de procedência	Uberaba	162 (58,9)
	Engenheiro, projetista, arquiteto	14 (5,1)		Cidades do Triângulo Sul	90 (32,7)
	Outros	82 (29,8)		Outas cidades do Estado de Minas Gerais	21 (7,6)
Total	275 (100)	Outros estados		2 (0,7)	
Cidade de procedência	Uberaba	162 (58,9)		Total	275 (100)
	Cidades do Triângulo Sul	90 (32,7)	Analfabetismo		2 (0,7)
	Outas cidades do Estado de Minas Gerais	21 (7,6)			2 (0,7)
	Outros estados	2 (0,7)			
	Total	275 (100)			

Fonte: elaborado pelos autores, 2018.

Já em relação as práticas espirituais, cerca de 94 (34,2%) indivíduos as praticavam e 181 indivíduos (65,9%) não realizavam e/ou não informaram sua prática. Além disso, muitos utilizavam mais de um tipo de terapia religiosa de forma combinada (Tabela 3).

Quanto ao tempo de uso, cerca de 34 (12,4%) pacientes utilizam as práticas espirituais há mais de um ano, seguido por entre um e três meses (24 pacientes — 8,7%), menos de um mês (12 pacientes — 4,4%) e entre três e seis meses (11 pacientes — 4,0%).

Apesar de poucos pacientes utilizarem práticas espirituais, foi significativo a presença da religião em 264 (96%) dos pacientes, com predominância da católica (167 sujeitos —

60,7%), espírita (40 sujeitos — 14,5%) e evangélica (39 sujeitos — 14,2%). Sendo que 183 (66,5%) informaram ser praticantes, porém muitos relataram que não conseguiam realizar suas práticas e rituais com a frequência desejada devido à doença e o tratamento.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a maioria dos pacientes era mulher, entre 40 a 79 anos, casadas, aposentadas, com baixa escolaridade e renda. Essas informações sociodemográficas são compatíveis com outros estudos relacionados às práticas integrativas e complementares⁽¹⁰⁾, espirituais⁽⁴⁾ e QVRS⁽¹⁴⁾.

Tabela 2. Média e desvio padrão das escalas e itens do instrumento *Quality of Life Questionnaire-Core30*. Uberaba (MG), Brasil, 2016-2018.

Escalas e sintomas	Média	Desvio padrão
EGS	61,98	23,68
FC	70,44	34,27
FS	67,05	34,21
FF	60,57	31,29
FE	60,16	33,59
DP	52,37	38,62
PAP	33,92	40,31
FAD	33,56	29,96
Dor	31,68	32,99
INS	30,29	37,81
NAV	17,44	26,41
CON	16,35	31,49
DIS	14,29	28,71
DIA	11,62	25,81
DIF	29,92	37,40

Fonte: elaborado pelos autores, 2018.

EGS: Estado Geral de Saúde; FC: função cognitiva; FS: função social; FF: função física; FE: função emocional; DP: desempenho de papel; PAP: perda de apetite; FAD: fadiga; INS: insônia; NAV: náuseas e vômitos; CON: constipação; DIS: dispneia; DIA: diarreia; DIF: dificuldades financeiras.

Somente 4,9% dos pacientes oncológicos entrevistados utilizavam algum tipo de prática integrativa, apesar de o local de pesquisa oferecer Reiki uma vez por semana aos pacientes. Esse resultado pode estar relacionado a diversas questões que envolvem desde a dificuldade de acesso as terapias até a falta de conhecimentos e crenças positivas pelos pacientes em relação à eficácia das mesmas⁽¹⁵⁾.

Atualmente, o SUS oferta 29 tipos de práticas integrativas e complementares de forma integral e gratuita para a população. Entretanto, a distribuição dessas práticas é insuficiente, ocorrendo em cerca de 56% dos municípios brasileiros, uma vez que, a PNPIC descreve as diretrizes gerais para a sua incorporação, porém ela não prevê investimento financeiro e administrativo para sua implementação, configurando-se como uma das poucas políticas da área de saúde pública sem orçamento próprio. A elaboração de normas técnicas para inserção e a definição de recursos financeiros para sua implementação, incluindo a definição das práticas a serem ofertadas é de competência da gestão municipal. Ademais, a PNPIC priorizou a incorporação das terapias na atenção primária à saúde com 78% de abrangência, enquanto 16,7% das terapias ofertadas estão nos serviços de média complexidade — clínicas especializadas e policlínicas — e 3,4% no cuidado hospitalar e de alta complexidade⁽¹⁶⁾.

Em julho de 2018, o Hospital em que realizamos esta pesquisa instituiu o Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares (NUPIC) na instituição e começou a

Tabela 3. Tipos e quantidade de práticas espirituais realizadas pela amostra. Uberaba (MG), Brasil, 2016-2018.

	Características	Total n (%)
Tipos de práticas espirituais	Oração	57 (20,7)
	Passes	36 (13,1)
	Água fluidificada	23 (8,4)
	Promessa	14 (5,1)
	Benzeção	10 (3,6)
	Cirurgia espiritual	10 (3,6)
	Grupos religiosos	7 (2,5)
	Outros	6 (2,3)
	Total	163 (59,3)
Quantidade de práticas espirituais	Uma prática	51 (18,5)
	Duas práticas combinadas	26 (9,5)
	Três práticas combinadas	11 (4,0)
	Quatro práticas combinadas	4 (1,5)
	Cinco práticas combinadas	1 (0,4)
	Seis práticas combinadas	1 (0,4)
	Total	94 (34,2)

Fonte: elaborado pelos autores, 2018.

estruturar funções operacionais para seu funcionamento, visando o atendimento a clientes internos e externos ao complexo hospitalar⁽¹⁷⁾. Contudo, a coleta de dados deste estudo finalizou em setembro de 2018, momento em que apenas o Reiki era realizado por voluntários, que compareciam à central de quimioterapia uma vez por semana, oferecendo esta prática aos pacientes.

Além disso, os pacientes podem não aderir as terapias devido a indisponibilidade e falta de conhecimentos sobre a existência e efeitos terapêuticos dessas práticas; filosofias/crenças pessoais ao utilizar as terapias, principalmente com reflexões negativas acerca das consequências do uso em conjunto com o tratamento convencional alopático; influência de outras pessoas e tempo escasso para sua realização. Além da preferência por práticas que tenha resultados satisfatórios mais rapidamente, pois a insatisfação relacionada à ineficácia e presença de efeitos adversos pode resultar em uma visão de inutilidade dessas terapias, o que consequentemente compromete seu uso e/ou sua continuidade⁽¹⁵⁾.

Outra questão é que grande parte das pessoas que utilizam essas práticas, não informam aos profissionais de saúde seu uso — tipo, tempo, efeitos desejáveis e indesejáveis —, devido, principalmente, ao medo de julgamentos e represálias, gerando assim, além de subnotificações, possíveis problemas de saúde relacionados a interações medicamentosas negativas dessas terapias com o tratamento convencional^(18,19).

Já em relação as terapias espirituais, apesar de 96% dos pacientes informarem possuir religião definida e serem praticantes, há grande inadequação de suas práticas justificadas pelo cotidiano da doença e do tratamento quimioterápico, já que somente 32,4% dos pacientes realizam práticas espirituais, mesmo que alguns pratiquem mais de um tipo e de forma combinada.

Esse fato pode estar relacionado ao modo como a fé, religião e espiritualidade são empregadas em situações estressantes como o câncer, uma vez que, esse enfrentamento pode resultar em estratégias tanto positivas quanto negativas. Nesse último caso, há prevalência de angústia e luta espiritual relacionada à desesperança e ao medo quanto à incerteza do futuro, com consequências e ações prejudiciais como questionar a existência e poder de Deus, acreditar que a doença é uma punição/castigo divino, esperar que Deus resolva todos os problemas, dentre outros⁽⁴⁾.

Os pacientes também expressam a religião e a espiritualidade em inúmeras formas diferentes dentro dos contextos afetivo — relacionados, por exemplo, a conflito religioso, culpa, bem-estar espiritual e existencial —; comportamental — referentes as práticas religiosas e ao envolvimento religioso e espiritual — e/ou cognitivo — relativo ao significado e orientação cognitiva em relação à espiritualidade e crenças, por exemplo. Além disso, esses contextos ainda variam de acordo com o sexo, idade, raça,

tipo de câncer, estágio, tipo e fase do tratamento, recuperação da saúde ou progressão da doença⁽²⁰⁾.

Em concordância com essas justificativas e com o resultado desta pesquisa, um estudo⁽²¹⁾ constatou alto índice do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual (42,2%), em pacientes oncológicos idosos, principalmente naqueles com menor tempo de diagnóstico e tratamento quimioterápico. Apesar de todos os participantes possuírem religião definida e de 71,1% da amostra afirmar que a espiritualidade e religião é importante e muito relevante em suas vidas. Além disso, cerca de 44,4% dos idosos relataram que a importância da espiritualidade e ter uma religião definida não se modificou após a descoberta do câncer e 2,2% relataram menor importância após doença.

Ademais, poucos pacientes recebem algum tipo de instrução, apoio e intervenção espiritual durante o tratamento quimioterápico. De acordo com um estudo⁽²²⁾, cerca de 93% dos pacientes consideram importante a abordagem do cuidado espiritual, 80% gostariam de receber algum tipo de assistência espiritual, porém apenas 16% receberam alguma intervenção espiritual. Fato semelhante ocorre nesta pesquisa, pois a referida central de quimioterapia possui um grupo voluntário que aplica passe espírita uma vez por semana, porém o número de pacientes que realizam terapias espirituais é baixo. Demonstrando, que essa ação não é suficiente para abordar de forma satisfatória as necessidades espirituais da amostra.

Quanto à avaliação da QVRS, o alto valor nos desvios padrões das funções analisadas e dos sintomas predominantes, evidencia uma amostra heterogênea. Desta forma, embora haja um número elevado de pacientes que vivenciam as funções e sintomas analisados, também é expressiva a quantidade de indivíduos que não vivenciam a sintomatologia pesquisada ou vivenciam em uma intensidade insuficiente para impactar negativamente na QVRS.

As escalas da função emocional e desempenho de papel foram as que obtiveram as menores médias dos escores, apesar de possuírem resultado satisfatório. Demonstrando, assim, que os pacientes podem estar estressados, deprimidos, preocupados e/ou irritados quanto ao tratamento e suas condições de saúde. A média do item dificuldades financeiras assemelha-se com a dos sintomas, indicando que apesar do tratamento ser ofertado pelo SUS, o mesmo é complexo e oneroso, podendo ocasionar preocupações financeiras⁽¹⁴⁾.

Uma pesquisa⁽²³⁾ apresentou compatibilidade tanto nas escalas de funções física, cognitiva, social, emocional e desempenho de papel, com resultados satisfatórios quanto nos itens de sintomas, com presença da insônia, fadiga e perda de apetite, embora haja diferenças na ordem de prevalência dos mesmos. Já em outro estudo⁽¹⁴⁾, apesar da presença dos mesmos sintomas, suas intensidades foram elevadas — fadiga (64,57), insônia (56,90) e perda de apetite (50,71). Além

disso, houve presença de resultados pouco satisfatórios acerca das funções com variação de médias entre 54,81 a 41,18.

Percebe-se como limitações deste estudo o seu modelo não experimental, delineamento transversal e realização em único centro de tratamento quimioterápico. Desta maneira, não foi possível comparar o uso das práticas integrativas e espirituais entre grupos controle e experimental, a fim de observar possíveis efeitos benéficos e efeitos indesejados. Além disso, não foi possível constatar as possíveis variações das terapias utilizadas ao longo do tratamento quimioterápico e do câncer e nem se os resultados encontrados são compatíveis com outros locais e contextos.

CONCLUSÃO

As práticas integrativas e espirituais podem proporcionar controle e aumento da QVRS dos pacientes oncológicos, uma vez que, auxiliam no controle de sintomas físicos e possibilitam bem-estar psicológico, social e espiritual, garantindo assim, a construção de sentidos para a doença que permitem seu enfrentamento, auxiliando na tomada de decisões efetivas. Dentre os 275 pacientes entrevistados, embora haja índices satisfatórios na avaliação da QVRS, apenas 13 sujeitos realizam algum tipo de prática integrativa e somente 94 praticavam terapias espirituais, apesar de 164 indivíduos relatarem a presença de religião definida, o que pode indicar instabilidade do controle biopsicossocioespiritual.

Grande parte dos pacientes desconhecem os tipos e inúmeros benefícios dessas práticas, no controle do tratamento e da doença. Desta forma, a enfermagem possui papel essencial no planejamento do cuidado com a divulgação, orientação, acompanhamento e controle dessas terapias. Porém os profissionais precisam ter segurança e conhecimentos adequados para transmitir, por meio de uma conversa aberta, sem julgamentos e com respeito as crenças e valores existentes, as devidas informações das práticas de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. Além disso, o monitoramento das terapias é crucial para averiguar os resultados alcançados e certificar-se da presença de efeitos positivos.

REFERÊNCIAS

- Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [acesso em: 23 set. 2018];64(1):53-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100008.
- Souza VM, Frizzo HCF, Paiva MHP, Bouso RS, Santos AS. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 [acesso em: 23 set. 2018];68(5):791-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0791.pdf>.
- World Health Organization. Health statistics and information systems [Internet]. WHOQOL: Measuring Quality of Life. [acesso em: 26 set. 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.
- Matos TDS, Meneguim S, Ferreira MLS, Miot HA. Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2017 [acesso em: 23 set. 2018];25:e2910. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/134967/130803>.
- Amichai T, Grossman M, Richard M. Lung cancer patients' beliefs about complementary and alternative medicine in the promotion of their wellness. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2012 [acesso em: 29 set. 2018];16(5):520-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22330059>.
- Cerrati C, Hellmann F, Luz M. Proximidades e distanciamentos entre as formações de naturologia no Brasil e naturopatia nos Estados Unidos da América e Canadá. Cad Naturol Terap Complem [Internet]. 2017 [acesso em: 21 out. 2019];6(10):23-38. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/5025/3273>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em: 13 out. 2019]. 96p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.
- Aureliano WA. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). Cad Saúde Colet [Internet]. 2013 [acesso em: 29 set. 2018.];21(1):18-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n1/a04.pdf>.
- Lopez G, Mao JJ, Cohen L. Integrative oncology. Med Clin N Am [Internet]. 2017 [acesso em: 29 set. 2018];10(1):977-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28802474>.
- Sohl SJ, Weaver KE, Birdee G, Kent EE, Danhauer SC, Hamilton AS. Characteristics associated with use of complementary health approaches among long-term cancer survivors. Support Care Cancer [Internet]. 2014 [acesso em: 29 set. 2018];22(4):927-36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24263621>.

11. Brown AJ, Sun CC, Urbauer D, Zhukovsky DS, Levenback C, Frumovitz M, et al. Targeting those with decreased meaning and peace: a supportive care opportunity. *Support Care Cancer* [Internet]. 2015 [acesso em: 30 set. 2018];23(7):2025-32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25519758>.
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
13. Brabo EP, Paschoal MEM, Biasoli I, Nogueira FE, Gomes MCB, Gomes IP, et al. Brazilian version of the QLQ-LC13 lung cancer module of the European Organization for Research and Treatment of Cancer: preliminary reliability and validity report. *Qual Life Res* [Internet]. 2006 [acesso em: 15 out. 2018];15:1519-24. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-006-0009-9>.
14. Andrade V, Sawada NO, Barichello, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [acesso em: 30 out. 2018];47(2):355-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n2/12.pdf>.
15. Fox P, Butler M, Coughlan B, Murray M, Boland N, Hanan T, et al. Using a mixed methods research design to investigate complementary alternative medicine (CAM) use among women with breast cancer in Ireland. *Eur J of Oncol Nurs* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 out. 2018];17(4):490-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23182602>.
16. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [acesso em 15 abr. 2020];42(1):174-188. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/174-188/pr>.
17. EBSEH. Boletim de Serviço HC-UFTM/Filial Ebserh n.º 212, de 21 de janeiro de 2019, p.8-22 [Internet]. 2019 [acesso em: 21 out. 2019]; Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/regulamento-do-nupic>.
18. Bahall M. Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2017 [acesso em: 29 out. 2018];17:345-54. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5493839/>.
19. Gross AH, Cromwell J, Fonteyn M, Matulonis UA, Hayman LL. Hopelessness and complementary therapy use in patients with ovarian cancer. *Cancer Nurs* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 out. 2018];36(4):256-64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23086133>.
20. Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: a case for a meta-analytic investigation. *Cancer* [Internet]. 2015 [acesso em: 28 out. 2018];121(21):3754-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26258400>.
21. Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso em: 25 nov. 2018];22(1):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00028.pdf.
22. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 out. 2018];21(2):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf.
23. Lôbo SA, Fernandes AFC, Almeida PC, Carvalho CML, Sawada NO. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em: 31 out. 2018];27(6):554-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0554.pdf>.

