Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida

CÂNDIDA PINTO
JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO

A interface entre a dimensão espiritual e a saúde tem vindo a tornar-se uma área crescente na investigação nos últimos anos. A dimensão espiritual é descrita como sendo relevante na atribuição de significado ao sofrimento provocado por uma doença crónica, e também como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde. O cancro é uma das doenças que ameaça o sentido de integridade da pessoa e, mesmo quando os sintomas físicos se tornam menos preocupantes, as questões espirituais que surgiram no processo da doença permanecem.

Com o presente estudo pretendeu-se analisar as diferenças da espiritualidade de acordo com as variáveis sócio-demográficas e clínicas num grupo de sobreviventes de cancro; avaliar a correlação entre as dimensões da espiritualidade e a qualidade de vida.

Material e método: Participaram neste estudo 426 pessoas que tinham tido uma doença oncológica. Os participantes preencheram um questionário sócio-demográfico, a escala de espiritualidade, e o QLQ-C30.

Resultados: Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da espiritualidade e as variáveis sócio-demográficas e clínicas. Verificou-se um valor moderado, embora significativo entre a espiritualidade e a qualidade de vida. Infere-se que a espiritualidade é vista como um conceito único que está relacionado com a qualidade de vida, contudo permanece conceptualmente distinto.

Conclusão: Os resultados deste estudo reforçam a relevância de uma perspectiva integral do sujeito, quando objecto de cuidados de saúde. Torna-se necessária o desenvolvimento de investigação futura no sentido de validar estes mesmos resultados.

Palavras-chave: espiritualidade; sobreviventes de cancro; qualidade de vida.

□
Cândida Pinto é professora-coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, licenciada em Enfermagem (área de Saúde Infantil e Pediátrica), e doutorada em Psicologia área de especialização Psicologia da Saúde pela Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.
José Luís Pais Ribeiro é professor associado com agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.

Submetido à apreciação: 9 de Março de 2009
Aceite para publicação: 28 de Abril de 2009

1. Introdução

A prevalência das doenças crónicas nos países ditos desenvolvidos vem evidenciar a inoperância de uma abordagem centrada exclusivamente na doença, pois há que perceber as consequências psicológicas, sociais e culturais no processo de gestão da doença. É neste sentido, que começam a surgir vários estudos que abarcam a dimensão espiritual dos indivíduos

com doença crónica, nomeadamente o cancro (Johnson, 2002; Laubmeier, Zakowski e Bair, 2004; Meraviglia, 2006).

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamentos das doenças oncológicas terem permitido um aumento considerável de sobreviventes, este tipo de doença continua associado a uma representação social negativa (Powe e Finnie, 2003), o que leva a questionar o significado da vida, dado o confronto com a hipótese de finitude.

É neste âmbito que emerge a espiritualidade, como uma dimensão relevante do ser humano e que a diferencia de outros seres vivos.

2. Espiritualidade/saúde

Apesar da espiritualidade ser muitas vezes usada como sinónimo de religiosidade, há a necessidade de encarar a espiritualidade de uma forma nova e adaptada aos tempos actuais.

Assim, a religião ou religiosidade está habitualmente associada ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso (Mueller, Plevak e Rummans, 2001). Por sua vez, a espiritualidade é um conceito mais amplo que a religião, sendo considerada uma dimensão do ser humano que procura a atribuição de significados através do sentido de relação com dimensões que transcendem o próprio, experimentada por interconecções intrapessoais, interpessoais e transpessoais (Reed, 1992 citado por Taylor, 2003).

Neste sentido, a espiritualidade é reconhecida hoje em dia como uma componente essencial de uma prática holística, podendo ter um impacto significativo na saúde. No entanto, apesar do crescente interesse nesta área, a prevalência de um discurso positivista agnóstico dos saberes defendidos como «científicos» alimenta ainda, no século XXI, a desconfiança face a outros paradigmas que comprovam a sua relevância na compreensão do ser humano.

O *National Cancer Institute* (2006) define espiritualidade como os sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo um estado de paz, conexão aos outros e as crenças sobre o significado e o propósito da vida. O cancro é uma das doenças que ameaça o sentido de integridade da pessoa e, mesmo quando os sintomas físicos se tornam menos preocupantes, as questões espirituais que surgiram no processo da doença permanecem. Segundo Taylor (2003), mesmo quando é dito às pessoas que o cancro está curado, muitas vezes continuam a questionar Deus porque permitiu que isso lhes tivesse acontecido.

Independentemente do prognóstico, após a fase activa da doença há que fazer face a mudanças e transformações capitais desencadeadas pelo cancro e tratamentos, que determinam como uma «paragem psíquica», constatando-se um «antes» e um «depois» (Solana, 2005).

O «final da linha» da experiência de um cancro deve ser compreendido tendo em consideração a dúvida que decorre da ameaça de qualquer diagnóstico oncológico, a qual consequentemente induz a incerteza sobre a possibilidade de estar efectivamente curado (Clayton, Mishel e Belyea, 2006; Ronson e Body, 2002).

Apesar de não se encontrarem consensos sobre o conceito de sobrevivente de cancro, uma das referências mais actuais determina este conceito como a pessoa a quem foi diagnosticado um cancro, e que já terminou os tratamentos previstos (Feuerstein, 2007).

Neste âmbito, as necessidades espirituais de pessoas com cancro, identificadas no estudo de Moadel *et al*. (1999), são: esperança; significado de vida; recursos espirituais; paz de espírito e problemas relacionados com a morte e o morrer. Por sua vez, a esperança é assumida como particularmente relevante para quem enfrenta um cancro (Moadel *et al.*, 1999; Wonghongkul *et al*., 2000), pelo que os próprios valores e crenças ajudam a construir a esperança, a encontrar significado na própria vida. Neste sentido, a espiritualidade, assumida como atribuição de significado à vida, mediatiza os efeitos do cancro (Meraviglia, 2006).

Hoje existe um consenso de que a dimensão espiritual está relacionada com a qualidade de vida dos doentes em geral, e os doentes do foro oncológico em particular.

Assim, e no decurso do processo de formação (Pinto, 2008), foi desenvolvido um trabalho de investigação com a finalidade de contribuir para o processo de identificação e compreensão de variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida das pessoas que tiveram um cancro. Neste contexto foi desenvolvida uma escala de avaliação da espiritualidade (Pinto e Ribeiro, 2007).

Os itens dessa escala decorreram da combinação da análise do constructo teórico, dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life — Cancer survivor QOL — CS* (Ferrell, Dow e Grant, 1995) e da subescala da espiritualidade do instrumento da *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL) (Fleck *et al.,* 2003). Resultam ainda, do contacto/entrevistas com pessoas que tiveram o cancro, tendo-lhes solicitado que descrevessem como perspectivam a dimensão espiritual da vida e como a doença interferiu nessa dimensão. De facto, uma grande parte das pessoas atribuiu o conceito de espiritualidade à questão relacionada com a fé religiosa, fazendo menção a práticas ou devoções específicas.

Emerge neste sentido, como importante a dimensão vertical da espiritualidade referida por Stoll (1989) citado por Tanyi (2002), que está relacionada com a relação com o transcendente, com o divino. No entanto, intercruzando o discurso das pessoas e o referencial teórico, aparece como igualmente significativo uma perspectiva positiva da vida, pelo que características como esperança, optimismo, satisfação/valorização da vida, foram os pressupostos na elaboração das questões desta escala. Pode-se aqui inferir a dimensão horizontal referida por Stoll (1989) e citada por Tanyi (2002), na qual a relação com os outros, com o meio e consigo próprio pode reforçar a ligação e o sentido de vida.
Tivemos ainda como intuito a construção de uma escala simples e pequena, sem redundâncias, que permitisse uma boa aceitação/compreensão das pessoas, que evidenciam alguma dificuldade bem patente quando se procede à colheita de dados em amostras clínicas.

3. Método

3.1. Participantes

Foram inquiridos 426 sujeitos, tratando-se de uma amostra de conveniência, sequencial, não probabilística. A colheita foi efectuada em consultas de *follow-up.* Os critérios estabelecidos para a participação no estudo foram ter idade igual ou superior a 18 anos, terem tido uma doença oncológica para a qual já tinham terminado os tratamentos. A participação no estudo era voluntária, tendo sido assegurado a confidencialidade dos dados.
A amostra é constituída por 31,9% de sujeitos do sexo masculino, e 68,1% feminino, sendo que a idade apresenta os seguintes valores (M = 51,1; DP = 15,3). Quanto aos dados clínicos, 38,9% tinham tido cancro da mama, 22,1% cancro hematológico, 16 % cancro do foro digestivo, 5,9% cancro urológico/ginecológico, e 17,1% outro tipo de cancro. Tendo em conta a totalidade dos inquiridos, verificamos que 79,6% já tinham terminado os tratamentos há mais de um ano.

3.2. Instrumentos

A escala de espiritualidade contém cinco itens que quantificam a concordância do indivíduo com questões relacionadas com a dimensão da espiritualidade. As respostas podem variar entre o «Não concordo» (1), «Concordo um pouco» (2), «Concordo bastante» (3), «Plenamente de acordo» (4).
Da análise factorial resultaram duas sub-escalas, uma constituída por dois itens que se referem a uma dimensão vertical da espiritualidade, a que denominamos «Crenças» e outra constituída por três itens que se referem a uma dimensão horizontal da espiritualidade, tendo sido denominada «Esperança/optimismo» (Pinto e Ribeiro, 2007).
A cotação de cada sub-escala é efectuada através da média dos itens da mesma. Exemplo:

Crenças = $(Esp_1 + Esp_2)/2$;
Esperança/optimismo = $(Esp_3 + Esp_4 + Esp_5)/3$.

Quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada.
Para a avaliação da qualidade de vida recorremos ao EORTC-QLQ-C30 *«European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire»,* que numa revisão bibliográfica efectuada se revelou um dos instrumentos mais utilizados na população de doentes oncológicos independentemente da fase da doença (Pinto e Ribeiro, 2006).

4. Resultados

Os resultados estimados a partir da análise de significância estatística levam-nos a inferir que quanto ao género *(Quadro I),* a espiritualidade assume um valor superior para as mulheres, quer na dimensão das crenças, como na da esperança/optimismo.

Quadro I
Comparação de médias em função do género — escala da espiritualidade

Escalas	Género				
	Homens $n = 136$	Mulheres $n = 290$	Diferença de médias	Valor de t	p
Crenças	3,02	3,42	–0,40	–4,28	$p < 0,01$
Esperança/optimismo	2,71	2,95	–2,84	–2,38	$p < 0,01$

A isso não será alheio factores de ordem cultural, em que a dimensão religiosa/espiritual é assumida como mais relevante pelas mulheres. Também as pessoas mais velhas assim como as pessoas que se encontram na situação de reformados, a que estará de algum modo associada a mais idade, apresentam médias superiores em relação às crenças, pelo que se pode inferir que utilizam mais frequentemente esses recursos. Estes resultados são também evidentes em estudos anteriores (Mcillmurray *et al.,* 2003; Negreiros, 2003).
O estudo da correlação entre as dimensões da espiritualidade e a idade revelou uma correlação baixa e positiva ($p < 0,05$) entre a idade a dimensão das crenças, e uma correlação baixa mas negativa ($p < 0,01$) entre a idade e a dimensão da esperança/ /optimismo *(Quadro II).*
Apesar de na maioria das situações a espiritualidade nos idosos estar acoplada à ideia de religiosidade, é natural e salutar, que com o avançar da idade, se tente olhar a vida numa nova perspectiva, procurando dar-lhe um sentido, uma integração da vida passada, longa, com o momento fugaz do presente e com o futuro incerto e provavelmente curto (Negreiros, 2003).

Realizando a comparação de médias entre as componentes da escala da espiritualidade e as habilitações literárias dos sujeitos inquiridos *(Quadro III)* verificam-se diferenças estatisticamente significativas, ambas ao nível de $p < 0,01$.
O teste *post-hoc Scheffé* situa essa diferença na dimensão das crenças entre os indivíduos com o 1.º ciclo, que apresentam médias superiores estatisticamente significativas em relação aos indivíduos com o secundário e frequência/formação superior. Já em relação à dimensão da esperança/optimismo, os indivíduos com formação superior (secundário e ensino superior) são os que apresentam médias superiores, estatisticamente significativas em relação aos sujeitos com o 1.º ciclo.
Tais resultados podem estar relacionados com o facto de as pessoas com mais habilitações deterem mais informação, o que lhes permite percepcionar um maior controlo, o que é citado em outros estudos (Holland *et al.,* 1999; Meraviglia, 2006). Por sua vez, as pessoas com menos formação refugiam-se mais na dimensão vertical, passando o controlo de algo que lhes foge à própria capacidade de controlo para uma força transcendente.

Quadro II
Coeficiente de Pearson entre os resultados obtidos na escala da espiritualidade e a idade

	Idade
Crenças	0,11*
Esperança/optimismo	–0,23**

* $p < 0,05$.
** $p < 0,01$.

Quadro III
Comparação de médias em função das habilitações literárias — escala da espiritualidade

Escalas	Habilitações literárias				*F*	*p*
	1.º Ciclo *n* = 188	2.º ciclo + 3.º ciclo *n* = 87	Secundário *n* = 62	Ensino superior *n* = 89		
Crenças	3,45	3,29	3,07	3,11	4,39	$p < 0,01$
Esperança/optimismo	2,71	2,98	3,06	2,98	4,64	$p < 0,01$

Em relação ao tipo de doença *(Quadro IV),* os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas, sendo que as pessoas que tiveram cancro do sistema hematológico são as que apresentam médias mais baixas a nível das crenças, e médias mais altas a nível da esperança, e por sua vez as pessoas sobreviventes de cancro da mama são as que apresentam médias superiores em relação às crenças.

Perante estes resultados podemos questionar-nos se para este resultado não contribuirão mais factores demográficos como género e idade, do que o tipo clínico de cancro. De facto, o cancro da mama na amostra dos inquiridos engloba só o género feminino, que estão mais associadas à dimensão espiritual, nomeadamente na sua componente religiosa, e por sua vez os sobreviventes de cancro hematológico são genericamente os mais novos. Quanto ao tempo desde o fim dos tratamentos *(Quadro V),* constata-se que a média referente às crenças diminui de uma forma estatisticamente significativa, o que pode levar a inferir-se que o recurso à dimensão espiritual/religiosa decresce ao longo do tempo, tal como é citado em outros estudos (Carver *et al.,* 1993; Moadel *et al.,* 1999).

Verifica-se que na maioria das situações oncológicas há o recurso a varias modalidades terapêuticas, podendo existir combinações de tratamentos muito diversas. Constatamos que a maior combinação de modalidades terapêuticas leva a médias superiores estatisticamente significativas na dimensão da esperança/optimismo, como se observa no *Quadro VI,* apresentando as pessoas que foram submetidas a tratamentos multimodais uma média estatisticamente superior (teste *post-hoc Scheffé*), em relação às pessoas submetidas a menos tratamentos, parecendo reforçar a ideia que a complexidade dos tratamentos,

Quadro IV
Comparação de médias em função da doença — escala da espiritualidade

Escalas	Grupo de doença					*F*	*p*
	Mama ($n = 166$)	SHREGL ($n = 94$)	POD ($n = 68$)	Tecidos moles ($n = 31$)	Outro tipo de cancro ($n = 67$)		
Crenças	3,45	3,06	3,33	3,17	3,23	2,90	$p < 0,05$
Esperança/optimismo	2,94	3,08	2,80	2,59	2,64	4,33	$p < 0,01$

Legenda: SHREGL — Sistema hematopoiético, retículo endotelial e gânglios linfáticos.
POD — Peritoneu e órgãos digestivos.

Quadro V
Comparação de médias em função do tempo desde o fim dos tratamentos — escala da espiritualidade

Escalas	Fim dos tratamentos			*F*	*p*
	≤ 12 meses ($n = 87$)	> 12 e < 60 meses ($n = 178$)	≥ 60 meses ($n = 161$)		
Crenças	3,47	3,32	3,16	3,36	$p < 0,05$
Esperança/optimismo	2,99	2,90	2,78	2,07	n.s.

n.s. — Diferença não significativa.

Quadro VI
Comparação de médias em função do número de tratamentos efectuados

Escalas	Número de tratamentos				*F*	*p*
	1 tratamento $n = 91$	2 tratamentos $n = 159$	3 tratamentos $n = 115$	≥ 4 tratamentos $n = 61$		
Crenças	3,19	3,34	3,26	3,36	0,65	n.s.
Esperança/optimismo	2,70	2,88	2,84	3,18	4,42	$p < 0,01$

n.s. — Diferença não significativa.

e inerente maior agressividade dos mesmos, potencia uma maior segurança sobre o controle da doença.
Efectivamente nos contextos da prática, constata-se muitas vezes que apesar de permanecerem «vivas» as memórias do tempo em que decorreram os tratamentos, estes parecem promover uma maior segurança sobre o controle da doença, logo associado a uma maior esperança.
Com o objectivo de analisar as relações entre as múltiplas variáveis relativas às dimensões funcionais da qualidade e as dimensões da espiritualidade, efectuamos uma análise de correlações *(Quadro VII).*
O estudo correlacional entre as dimensões da qualidade de vida e as da espiritualidade permitiu identificar que as escalas funcionais da qualidade de vida, e a escala da saúde/qualidade de vida, se associam de forma baixa mas significativa com a dimensão da esperança/optimismo. Poder-se-á inferir, perante estes resultados, que uma perspectiva de vida positiva, o sentir esperança e sentido de vida conduz a uma maior bem-estar, logo uma maior qualidade de vida (Büssing, Osterman e Matthiessen, 2005; Meraviglia 2006; Moadel *et al.,* 1999). Efectivamente este deve ser considerado o objectivo *major* nos cuidados de saúde prestados às pessoas com doença oncológica (Feuerstein, 2007; Pimentel, 2006). Por sua vez, os sintomas, dispneia e insónia, associam-se negativamente com o sentido da esperança, o que também se compreende dada a linear relação entre a existência destes sintomas e o mal-estar, que condiciona o encontrar um sentido positivo na existência.
A dimensão espiritual associada à dimensão vertical, crenças, aparece com uma correlação negativa, embora muito baixa entre a função física e a função emocional. Poder-se-á aqui inferir que a situação de doença que enfrentaram, e as suas repercussões a nível funcional (físico e emocional), pode ter fragilizado o valor da fé, levantado questões sobre a natureza de Deus, dúvidas acerca da eficácia da oração, tal como é referido em outros estudos (Taylor *et al.,* 1999; Thuné-Boyle *et al.,* 2006). Estes resultados vêm de algum modo corroborar o que é referido por Manning-Walsh (2005) segundo o qual, a dimensão religiosa leva a uma adaptação emocional precária, provavelmente associada a uma perspectiva «punitiva» de um deus que castiga.

5. Conclusão

Os estudos na área de oncologia têm-se focalizado nos processos biomédicos referentes ao diagnóstico e tratamentos, e no âmbito das ciências sociais e humanas no conhecimento das reacções adaptativas ao diagnóstico e tratamentos assim como na fase final de vida, constatando-se um menor investimento na fase pós-tratamento.
A isto está inerente o foco na patologia e no défice. As pessoas que tiveram um cancro, na maioria das situações, não têm terapêutica na fase pós-aguda da doença. Mas, como nos refere Ganz (2001), *«with some exceptions once a cancer patient, always a cancer patient»* (241). Está associado a isto os efeitos que decorrem do próprio cancro e dos tratamentos nas várias dimensões da pessoa, que impõem a necessidade de uma vigilância específica nesta fase e até ao fim da vida (Feuerstein, 2007). Preconiza-se uma vigilância da saúde que, para além de orientada para a identificação precoce da recidiva (Beaver e Luker, 2005), inclua informação, orientação e aconselhamento sobre as mudanças de estilo de vida e

Quadro VII
Coeficiente de Pearson entre os resultados obtidos nas escalas do QLQ-C30 e as dimensões da escala da espiritualidade

	Crenças	Esperança/optimismo
Função física	–0,10*	0,25**
Desempenho funcional	*n.s.*	0,15**
Função emocional	–0,13**	0,14**
Função cognitiva	n.s.	0,19**
Função social	n.s.	0,11*
Saúde/qualidade de vida	n.s.	0,29**

* $p < 0,05$.
** $p < 0,01$.
n.s. — Não significativo.

comportamentos, apoio psicossocial e orientações específicas sobre os efeitos colaterais reais e ou potenciais, de forma a prevenir ou minimizar os seus efeitos obtendo «os ganhos em saúde». A pessoa que teve um cancro tem que deter informação sobre como enfrentar eventuais mudanças que possam vir a surgir em consequência da situação clínica que enfrentou, e deve ser orientada de que forma pode contribuir para a sua própria saúde e sobrevida (Johansen, 2007).

Por outro lado, há que referir também o reconhecimento crescente da espiritualidade na gestão e adaptação de acontecimentos ameaçadores, e como condição fundamental a uma abordagem globalizante do indivíduo mesmo na área de saúde (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2004).

A espiritualidade envolve sentimentos, significados e propósitos para a existência do homem ao longo do seu trajecto de vida. Poderemos referir que a espiritualidade é uma dimensão importante do homem que, a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que o diferencia na sua singularidade e pessoalidade.

Poderemos em termos de conclusão referir que a espiritualidade é uma dimensão complexa e multidimensional da experiência humana, incluindo aspectos cognitivos experienciais e comportamentais. Os aspectos cognitivos incluem a procura de sentido, e significado na vida; os aspectos emocionais incluem os sentimentos de esperança, os afectos, o conforto e o apoio. Os aspectos comportamentais incluem a forma com a pessoa manifesta as suas crenças espirituais e a força do seu estado de espírito.

Muitas pessoas encontram a espiritualidade na prática de uma religião ou na sua relação com o divino. No entanto, outras encontram a espiritualidade na sua ligação com os outros, com a natureza, na arte, ou através de um conjunto de valores e princípios ou na busca de uma verdade científica, ou ainda no confronto com uma doença como o cancro que leva as pessoas a enfrentar a própria finitude. No presente estudo é esta dimensão horizontal da espiritualidade que é preditora de uma melhor qualidade de vida. Tal como no estudo de Sawatzky, Ratner e Chiu (2005), um valor correlacional moderado entre a espiritualidade e a qualidade de vida. Poder-se-á inferir que a espiritualidade é vista como um conceito único que está relacionado com a qualidade de vida, contudo permanece conceptualmente distinto.

Apesar da evidência da dimensão espiritual na saúde das pessoas, devido a constrangimentos de tempo e também em alguma dificuldade em gerir as necessidades espirituais, estes aspectos são habitualmente negligenciados na abordagem da pessoa que tem ou teve um cancro.

□ Referências bibliográficas

BEAVER, K.; LUKER, K. A. — Follow-up in breast cancer clinics : reassuring for patients rather than detecting recurrence. *Psycho-Oncology.* 14 : 2 (2005) 94-101.

BÜSSING, A.; OSTERMAN, T.; MATTHIESSEN, P. — Role of religion and spirituality in medical patients : confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health Quality of Life Outcomes.* 3 : 10 (2005). [Consult. 20 Jan. 2005]. Disponível em http://www.hqlo.com/content/3/1/10.

CARVER, C. S. *et al*. — How coping mediates the effect of optimism on distress : a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65 : 2 (1993) 375-390.

CLAYTON, M. F.; MISHEL, M. H.; BELYEA, M. — Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing & Health.* 29 : 1 (2006) 18-39.

FERRELL, B. R.; DOW, K. H.; GRANT, M. — Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research*. 4 : 6 (1995) 523-531.

FEUERSTEIN, M. — Defining cancer survivorship. *The Journal of Cancer Survivorship : Research and Practice.* 1 : 1 (2007) 5-7.

FLECK, M. P. *et al*. — Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública.* 37 : 4 (2003) 446- 455.

GANZ, P. A. — Late effects of cancer and its treatment. *Seminars in Oncology Nursing.* 17 : 4 (2001) 241-248.

HOLLAND, J. C. *et al*. — The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*. 8 : 1 (1999) 14-26.

JOHANSEN, C. — Rehabilitation of cancer patients : research perspectives. *Acta Oncologica.* 46 : 4 (2007) 441-445.

JOHNSON, P. G. — The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum.* 29 : 4 (2002) 691-695.

LAUBMEIER, K. K.; ZAKOWSKI, S. G.; BAIR, J. P. — The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer : a test of the transactional model of stress e coping. *International Journal of Behavioral Medicine.* 1 : 1 (2004) 48-55.

MANNING-WALSH, J. — Spiritual struggle : effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. *Journal of Holistic Nursing.* 23 : 2 (2005) 120-140.

McILLMURRAY, M. B. *et al.* — Psychosocial needs in cancer patients related to religious belief. *Palliative Medicine.* 17 : 1 (2003) 49-54.

MERAVIGLIA, M. — Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum.* 33 : 1 (2006). Online Exclusive E1-E7. Disponível em http://www.ons.org/publications/journals/ONF/.

MOADEL, A. *et al*. — Seeking meaning and hope : self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*. 8 : 5 (1999) 378-385.

MULLER, P. S.; PLEVAK, D. J.; RUMMANS, T. A. — Religious involvement, spirituality, and medicine : implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings.* 76 : 12 (2001) 1225-1235.

NATIONAL CANCER INSTITUTE — Spirituality. 2006. [Em linha] [Consult. 8 Nov. 2006]. Disponível em http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=441265.

NEGREIROS, T. C. G. — Espiritualidade : desejo de eternidade ou sinal de maturidade? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. 3 : 2 (2003) 275 -291.

PIMENTEL, F. L. — Qualidade de vida e oncologia. Coimbra : Almedina, 2006.

PINTO, C. — Jovens e adultos sobreviventes de cancro : variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro. Porto : Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2008. Tese de Doutoramento (não publicada).

PINTO, C.; RIBEIRO, J. L. P. — A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Nacional de Saúde Pública.* 24 : 1 (2006) 37-56.

PINTO, C.; RIBEIRO, J. L. P. — Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*. 21 : 2 (2007) 47-53.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS — Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume II — Orientações estratégicas. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2004.

POWE, B. D.; FINNIE, R. — Cancer fatalism : the state of science. *Cancer Nursing.* 26 : 6 (2003) 454-467.

RONSON, A.; BODY, J. — Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Support Care Cancer.* 10 : 4 (2002) 281-291.

SAWATZKY, R.; RATNER, P. A.; CHIU, L. — A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*. 72 : 2 (2005) 153-188.

SOLANA, C. A. — Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncologia.* 28 : 3 (2005) 151-163.

TANYI, R. — Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*. 39 : 5 (2002) 500–509.

TAYLOR, E. J. — Spiritual quality of life. In KING, C. R.; HINDS, P. S. ed. lit. — Quality of life : from nursing and patient perspectives. 2nd ed., Boston : Jones and Bartlett Publishers, 2003. 93-116.

TAYLOR, E. *et al*. — Spiritual conflicts associated with praying about cancer. *Psycho-Oncology.* 8 : 5 (1999) 386-394.

THUNÉ-BOYLE, I. *et al*. — Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? : a systematic review of the literature. *Social Science & Medicine.* 63 : 1 (2006) 151-164.

WONGHONGKUL, T. *et al*. — The influence of uncertainty in illness, stress appraisal and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*. 23 : 6 (2000) 422- 429.

□ Abstract

EVALUATION OF CANCER SURVIVORS' SPIRITUALITY: IMPLICATIONS ON QUALITY OF LIFE

The intersection between spiritual dimension and health has become a research area of increasing interest in the last years. Spiritual dimension is described as relevant in the meaning attributed to the suffering related to a chronic disease, and also as a hope resource. Cancer is a life threatening condition and even when physical symptoms become less important, spiritual issues raised during the disease process remains.

This research paper aims to analyse the spirituality differences in a group of cancer survivor patients, according to clinic and socio-demographic variables, and assesses the correlation between spirituality and quality of life dimensions.

Material and Methods: The participants were 426 patients who had suffered from an oncologic disease. They filled up a socio-demographic questionnaire, a spirituality scale and the QLQ-C30.

Results: We found significant statistical differences between spirituality dimensions and socio-demographic and clinic variables. We noticed a significative although moderate value, between spirituality and quality of life. We can deduce that spirituality is faced as a notion related with quality of life, although conceptually distinct.

Conclusions: This research results emphasise the relevance of a global perspective of the patient. Other research works developed in this area, will be needed in order to validate these results.

Keywords: spirituality; cancer survivors; quality of life.