



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- MESTRADO

ROBERTO FIRPO DE ALMEIDA FILHO

**Vivência da espiritualidade no processo de adoecimento do paciente oncológico, sob a  
ótica da teoria da incerteza na doença de Merle Mishel**

MACEIÓ

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

ROBERTO FIRPO DE ALMEIDA FILHO

**Vivência da espiritualidade no processo de adoecimento do paciente oncológico, sob a  
ótica da teoria da incerteza na doença de Merle Mishel**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Laís de Miranda Crispim

MACEIÓ

2021

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
Bibliotecária: Lívia Silva dos Santos – CRB-4 – 1670

A447v Almeida Filho, Roberto Firpo de.

Vivência da espiritualidade no processo de adoecimento do paciente oncológico, sob a ótica da teoria da incerteza na doença de Merle Mishel / Roberto Firpo de Almeida. - 2021.  
104 f. : il.

Orientadora: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.

Coorientadora: Laís de Miranda Crispim.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 76-88

Apêndice: f. 89-94

Anexos: f. 94-104

1. Cuidado espiritual. 2. Merle Mishel - Teoria. 3. Oncologia - Pacientes .4. Incerteza da doença. I. Título.

CDU: 616-083-006.2:2-468.5

**Dedico este trabalho a todos os pacientes oncológicos e a seus familiares. Desejo que nunca percam a fé.**



## AGRADECIMENTOS

Sou um milagre de Deus e agradeço a Ele todos os dias por isso, por me abençoar, guardar, capacitar, por ser meu refúgio, fortaleza e minha fonte inesgotável de fé, sempre guiando meus passos e iluminando minha vida com Seu manto sagrado.

Agradeço a Deus pelas pessoas que colocou em meu caminho ao longo do Mestrado e pela sabedoria que me foi concedida para lidar com as intempéries. Sei que nada do que conquistei até hoje eu conseguiria sem a Sua mão potente.

À minha amada mãe, por seu amor incondicional, sua sinceridade, honestidade e força de vontade.

Ao meu irmão, por ser minha maior referência como homem e meu maior incentivador em conquistar meus sonhos e esse título. A ele, minha eterna gratidão.

Ao meu amor, a mulher que me incentiva todos os dias a não desistir diante de nenhum desafio, obrigado por todo amor, companheirismo, paciência, apoio e estímulo.

À minha família e amigos, que sonharam comigo, agradeço por todo o esforço em me apoiar, das mais diversas formas, sobretudo em palavras.

Ao amigo Lucas Kayzan, pela amizade e disponibilidade em ajudar sempre que precisei. Sem ele, talvez, não chegaria até aqui. Gratidão!

À minha orientadora e amiga Cristina Trezza (Cris), pela sua paciência, pelos ensinamentos, por todo o cuidado, acolhimento e zelo com a minha vida e por ter me ajudado a conquistar mais um sonho.

Aos pacientes portadores de câncer, que dedicaram um momento de suas vidas para exprimirem seus pensamentos, experiências, crenças e convicções. Eles me responderam com entusiasmo muito mais do que eu lhes perguntei, o que proporcionou a este estudo o retrato da espiritualidade no processo da incerteza na doença. A importância destas visões é ainda inestimável.

## RESUMO

O cuidado espiritual é considerado parte essencial do tratamento global previsto para melhorar a qualidade de vida dos pacientes de câncer e suas famílias. O sofrimento espiritual é muito presente e o desconhecimento da doença e tudo o que ela significa causam grandes incertezas. Norteado por essa afirmativa, esse estudo tem como objeto a espiritualidade no processo da incerteza na doença no paciente oncológico. Seu objetivo foi analisar a espiritualidade no processo da incerteza da doença no paciente oncológico, tendo como questão norteadora: Como a espiritualidade se configura no processo da incerteza na doença no paciente oncológico, segundo a Teoria de Enfermagem de Merle Mishel? Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foi utilizada como referencial teórico a Teoria da Incerteza na Doença, de Merle Mishel, e como referencial metodológico, as etapas da análise de conteúdo de Bardin. Como técnica de obtenção das informações foi utilizada a entrevista semiestruturada, constituída por três partes: a primeira, com dados sociodemográficos; a segunda, para a obtenção de história espiritual, por meio do instrumento CSI-MEMO, e a terceira, que mensurou a incerteza na doença, utilizando a escala da incerteza na doença de Merle Mishel adaptada. Fizeram parte do estudo onze pacientes em processo de tratamento no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, sendo dez do sexo feminino e um do sexo masculino, com variados tipos de câncer e alguns casos de metástase. Por meio de suas falas foi possível identificar cinco categorias: 1) Crenças religiosas/espirituais como fontes de conforto da incerteza na doença; 2) Crenças religiosas/espirituais e a forma como elas influenciam nas decisões; 3) Crenças espirituais/religiosas como estratégias para o enfrentamento do câncer; 4) Fontes de apoio durante a caminhada e 5) Expectativa em torno da cura. A resposta à questão de pesquisa mostrou que a espiritualidade diante da incerteza na doença varia de paciente para paciente, atuando de forma singular em cada um. Isto é, eles apresentaram atitudes de readaptação nos seus relatos, e a presença da espiritualidade em suas vidas atuou como o principal mecanismo de força para lidar com a incerteza na doença, sendo esse momento chamado por Mishel de pensamento probabilístico: o paciente consegue viver e lidar com as suas incertezas na perspectiva que receba e tenha como resultado a cura ou a aquietação de seu sofrimento.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Teoria de Enfermagem. Neoplasia. Incerteza.

## ABSTRACT

Spiritual care is considered an essential part of the overall treatment designed to improve the quality of life of cancer patients and their families. Spiritual suffering is very present and ignorance about the disease and all that it means causes great uncertainty. Guided by this statement, this study aims at spirituality in the process of uncertainty in cancer patients' disease. Its objective was to analyze spirituality in the process of disease uncertainty in cancer patients, with the guiding question: How is spirituality configured in the process of disease uncertainty in cancer patients, according to the Nursing Theory of Merle Mishel? This is a qualitative research, in which Merle Mishel's Theory of Uncertainty in Disease was used as a theoretical framework, and Bardin's stages of content analysis were used as a methodological framework. As a technique for obtaining information, a semi-structured interview was used, consisting of three parts: the first, with sociodemographic data; the second, to obtain a spiritual history, using the CSI-MEMO instrument, and the third, which measured the uncertainty in the illness, using the adapted Merle Mishel's scale of uncertainty in the illness. Eleven patients undergoing treatment at the High Complexity Care Center in Oncology of the Professor Alberto Antunes University Hospital took part in the study, ten females and one male, with various types of cancer and some cases of metastasis. Through their speeches, it was possible to identify five categories: 1) Religious/spiritual beliefs as sources of comfort in the uncertainty of illness; 2) Religious/spiritual beliefs and how they influence decisions; 3) Spiritual/religious beliefs as strategies for coping with cancer; 4) Sources of support during walking and 5) Expectation around healing. The answer to the research question showed that spirituality in the face of uncertainty in the disease varies from patient to patient, acting in a unique way in each one. That is, they showed attitudes of readaptation in their reports, and the presence of spirituality in their lives acted as the main force mechanism to deal with the uncertainty in the disease, and this moment was called by Mishel as probabilistic thinking: the patient can live and to deal with your uncertainties in the perspective you receive and have the result of healing or quieting your suffering.

**Keywords:** Spirituality. Nursing theory. Neoplasia. Uncertainty.

## LISTA DE FIGURAS

		<b>Págs</b>
Figura 1	Seleção de artigos sobre espiritualidade relacionados a uma teoria de enfermagem. Maceió, AL, Brasil, 2021	13
Figura 2	Seleção de artigos sobre espiritualidade relacionados à Teoria da Incerteza na Doença	15
Figura 3	Representação do Espaço Metodológico Quadripolar da Dissertação	29
Figura 4	Representação do modelo reconceitualizado da Teoria da Incerteza na Doença	33
Figura 5	Esquematização da Teoria da Incerteza na Doença	36
Figura 6	Três fases da Análise de Conteúdo	41
Figura 7	Fluxograma das categorias e subcategorias oriundas da análise de conteúdo segundo Bardin	52

## LISTA DE QUADROS

		<b>Págs</b>
Quadro 1	Síntese de definições para espiritualidade e religião, conforme variados autores. Maceió, AL, Brasil, 2021.	17
Quadro 2	Fatores sociodemográficos e pessoais dos participantes da pesquisa. Maceió, AL, Brasil, 2021	48
Quadro 3	História espiritual segundo a escala CSI-MEMO	50
Quadro 4	Quadro matricial das sínteses das categorias e subcategorias e suas definições. Maceió, AL, Brasil, 2021	59

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela</b>		<b>Pág.</b>
Tabela 1	Escore total por paciente, obtido pela mensuração da incerteza na doença - Escala Mishel. Maceió, AL, Brasil, 2021	49

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
2.1 Espaço Quadripolar da Pesquisa.....	29
2.2 Polo Epistemológico.....	30
2.3 Polo Teórico.....	30
2.3.1 Expansão e Desenvolvimento da Teoria.....	38
2.3.2 Aplicação da Teoria.....	39
2.4 Polo Morfológico.....	40
2.5 Polo Técnico.....	42
2.6 Aspectos Éticos.....	44
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
3.1 Características Individuais dos Participantes da Pesquisa.....	46
3.2 Escala da incerteza na doença e a mensuração da incerteza.....	49
3.3. Síntese da Escala de História Espiritual - CSI - Memo.....	50
3.4 Categorias de análise.....	51
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>95</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

### **O OBJETO DE ESTUDO E SUA IMPORTÂNCIA**

A espiritualidade no processo de adoecimento do paciente oncológico, sob a ótica da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, é o objeto do presente estudo, concebido a partir da vivência do autor como paciente de câncer e o papel de sua família nesse contexto. Em muitas ocasiões foi percebida a necessidade de considerar, no seu plano terapêutico, o cuidado da dimensão espiritual para lidar constantemente com as incertezas na doença. No entanto, essa assistência, negligenciada por parte da equipe de saúde, foi prestada unicamente na esfera biológica, e graças às crenças e perseverança de sua avó e sua mãe, é que lhe foi garantido a manutenção do cuidado espiritual.

A ideia de espiritualidade que surgiu com essa experiência particular mostrou que cada pessoa parece ter um entendimento próprio sobre o tema, justificativa principal para a realização do referido estudo, uma vez que, até então, na visão do pesquisador, a espiritualidade era compreendida como uma força intrínseca, denominada fé, imensurável, capaz de se conectar com algo maior, que transcende a realidade física. Força impalpável, capaz de transformar o inatingível no alvo direcionado e que se manifesta pelo amor de Deus, dos familiares, dos amigos e do próximo, bem como pelo amor a si próprio.

A prática do pesquisador como enfermeiro mostra que a dimensão espiritual é pouco considerada no âmbito da integralidade do cuidado em saúde, e da enfermagem em particular. Não é avaliada nos pacientes, mesmo existindo instrumentos de anamnese espiritual para esse fim. Durante a formação dos profissionais de saúde, são poucos os projetos pedagógicos nos quais figura a espiritualidade como conteúdo teórico-prático de ensino. Os pacientes hospitalizados, por exemplo, têm contato com várias crenças religiosas e, muitas vezes, não são respeitados na sua individualidade e preferência religiosa, sendo tratados de acordo com a preferência do profissional ou de praticantes de várias entidades religiosas que visitam as instituições de saúde.

No sentido de apresentar uma visão geral da questão norteadora dessa pesquisa, ou seja, como a espiritualidade se configura no processo de adoecimento do paciente oncológico segundo a Teoria de Enfermagem da Incerteza na Doença de Merle Mishel, foi realizado um levantamento de produções científicas publicadas nos idiomas português, espanhol e inglês, no período compreendido entre os anos de 2016 e 2021, nas fontes PubMed, Scientific Electronic

Library Online (SciELO) e por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

No primeiro levantamento, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e operadores booleanos “AND” e “OR”, empregou-se a seguinte estratégia de busca: “*spirituality*” AND “*nursing Theory*”. Nos descritores “*spirituality*” AND “*nursing Theory*” foram encontrados 488 artigos, alguns duplicados por estarem indexados em mais de uma base de dados.

No entanto, apenas seis estudos abordaram o aspecto relacionado a uma teoria de enfermagem na acepção da palavra e no contexto do cuidado espiritual, aspecto importante a ser pontuado, vez que o referencial teórico do estudo é uma teoria de enfermagem, conforme está representado na figura 1:

**Figura 1: Seleção de artigos sobre espiritualidade relacionados a uma teoria de enfermagem, Maceió, AL, Brasil, 2021.**

	Bases de Dados	Total de encontrados	Últimos 5 anos	Leitura do Título	Leitura do Resumo	Total de Seleccionados
"spirituality" AND "nursing theory"	Pubmed	123 artigos	12 artigos	6 artigos	4 artigos	0 artigos
	SciELO	26 artigos	20 artigos	13 artigos	8 artigos	6 artigos
	BVS	292 artigos	64 artigos	20 artigos	13 artigos	0 artigos
	LILACS	47 artigos	23 artigos	8 artigos	2 artigos	0 artigos

Fonte: Elaborada pelo autor.

Do total de 488 artigos encontrados no dia 30 de abril de 2021, às 21h30, a maioria abordava a religiosidade/espiritualidade em idosos com doenças crônicas. A teoria de enfermagem mais utilizada foi a Teoria Transpessoal de Jean Watson.

O primeiro artigo selecionado na Library SciELO objetivou desvelar a espiritualidade no processo de cuidar dos profissionais de enfermagem em um hospital sob a ótica do cuidado Transpessoal de Jean Watson. Para tal foi utilizada a técnica de modelo interativo de conteúdo. Nesse estudo, uma das categorias de análise escolhida foi “Entendendo o significado da espiritualidade no contexto hospitalar” (NUNES *et al.*, 2020).

O segundo artigo objetivou avaliar a religiosidade e o bem-estar espiritual de pacientes internados no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, também na perspectiva do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Para tal, utilizou-se um instrumento próprio que avaliava as variáveis sociodemográficas e do internamento, além do Índice de Religiosidade de Duke e a Escala de Bem-Estar Espiritual. Os resultados apontaram que os pacientes utilizavam a religiosidade de forma significativa para manter o bem-estar espiritual no pré-operatório (GOMES; BEZERRA, 2020).

O terceiro artigo também abordou a Teoria de Enfermagem Transpessoal de Jean Watson, que objetivou refletir sobre o emprego de intervenções espirituais e métodos de aconselhamento psicológico, teológico e psicoterápico aplicáveis à enfermagem (MENDONÇA *et al.*, 2018).

O quarto artigo identificou as áreas de oportunidade que possam propiciar a importância espiritual dos cuidadores informais para os idosos, levando em consideração as premissas básicas da filosofia de Jean Watson e considerando apenas a bibliografia com a população ibero-americana. Em todos os casos, um forte apego espiritual é observado pelos cuidadores informais: uma das práticas religiosas mais recorrentes dos cuidadores é a oração como forma de comunicação e a sensação de poder próximo ao poder superior, seguido pela participação frequente em serviços e eventos religiosos (ROSA-CERVANTES; SUAZO; GONZÁLES, 2020).

O quinto artigo selecionado aplicou o cuidado transpessoal e a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos. Como resultado, os entrevistados consideraram importante a assistência espiritual e a participação dos familiares nos cuidados paliativos. Porém, atribuíram a função de intervir na espiritualidade principalmente aos voluntários religiosos e à família (MATOS; GUIMARÃES, 2019).

O sexto e último artigo analisou o cuidado da enfermeira à dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada, também fundamentado na Teoria do Cuidado Humano Transpessoal de Jean Watson. Como resultado, foram desvelados os seguintes cuidados espirituais: diálogo, estímulos e respeito às atividades religiosas, acolhimento e empatia. Um dos obstáculos à prestação desses cuidados foi o despreparo em acessar a dimensão espiritual da pessoa idosa.

Verificou-se que os seis estudos descritos utilizaram apenas uma teoria de enfermagem, a Teoria Transpessoal de Jean Watson, o que leva a uma única visão, carecendo de outros estudos que utilizem outras fundamentações nesse sentido. A presente pesquisa, portanto, traz uma abordagem com um olhar diferente, na ótica de outra teoria de enfermagem,

Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, uma teoria de médio alcance, que possibilita uma melhor adesão na prática assistencial.

Foi realizado um novo levantamento de artigos publicados nos idiomas citados, com o mesmo recorte temporal, mediante as seguintes estratégias de busca: *spirituality AND nursing Theory OR Theory of Uncertainty in illness*, no PubMed, Scielo, BVS e MEDLINE, cujo resultado está representado na figura 2:

**Figura 2: Seleção de artigos sobre espiritualidade relacionados à Teoria da Incerteza na Doença, Maceió, AL, Brasil, 2021.**

	Bases de Dados	Total de artigos encontrados	Últimos 5 anos	Leitura do Título	Leitura do Resumo	Total de Seleccionados
Spirituality AND Nursing Theory OR Theory of Uncertainty in illness	PubMed	805 artigos	205 artigos	14 artigos	5 artigos	1 artigo
	SciELO	0 artigos	0 artigos	0 artigos	0 artigos	0 artigos
	BVS	0 artigos	0 artigos	0 artigos	9 artigos	0 artigos
	MEDLINE	12 artigos	0 artigos	0 artigos	0 artigos	0 artigos

**Fonte:** Elaborada pelo autor.

Do total de 817 artigos encontrados no dia 31 de abril de 2021, às 22 horas, a maioria abordava a religiosidade/espiritualidade em pacientes com doenças crônicas, principalmente pacientes oncológicos, mas nenhum deles fundamentava a discussão na Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel. As teorias mais utilizadas foram: Teoria da Decisão Básica, Teoria Fundamentada, Teoria de Kolcaba e a Teoria Transpessoal de Jean Watson, entre outras.

O único artigo encontrado, que trouxe o que o estudo quer abordar, utilizou os conceitos de liminaridade e subjuntividade para explorar a incerteza ao longo da trajetória da doença de pacientes com câncer sob a Teoria da Incerteza na Doença de Mishel. Nesse estudo, descobriram que a liminaridade, ou seja, a ligação, o vínculo e a subjuntividade, ou seja, a abstração, a impalpabilidade, fornecem uma estrutura útil para a compreensão da incerteza com um foco específico em seu potencial produtivo e construção de significado (DAUPHIN *et al.* 2020).

Assim, não tendo a pretensão exaustiva de realizar um levantamento mais amplo, mas sim, de identificar, nas fontes de dados das pesquisas relacionadas, a espiritualidade na incerteza da doença, e só encontrando um artigo que se aproximasse da temática escolhida, a pesquisa em análise ressalta sua relevância.

A espiritualidade e religião possuem um elo de raízes históricas e sistemáticas fundamentais. Em primeiro lugar, do ponto de vista histórico, há o emprego do substantivo latino *spiritualitas* – oriundo, por sua vez, do adjetivo *spiritualis* –, que indica nitidamente sua sintonia com uma tradição religiosa particular, em especial a cristã (OLIVEIRA, 2016).

Nessa contextualização, pode-se dizer que a ligação entre o conhecimento espiritual e a vida do ser humano remonta à época de vários filósofos, que enunciavam o sentido de conhecer como apreender espiritualmente um objeto. O conhecimento intuitivo, então, é uma forma imediata de apreensão. Platão foi o primeiro a falar de uma intuição espiritual à semelhança de outros filósofos, como Plotino, Santo Agostinho, Descartes (com seu "penso, logo existo"), Pascal, Malebranche, Bergson e Dilthey, entre outros pensadores da época (MONDOLFO, 1949).

No âmbito conceitual, definir espiritualidade e os demais termos a ela relacionados, como religião e religiosidade, foi uma tarefa difícil na concepção desse trabalho, como bem contextualizou:

Não há um conceito definitivo e consensual de espiritualidade na literatura. Talvez por ser uma noção complexa e profundamente humana, a espiritualidade não se encaixa em uma completa definição, além de não ter qualquer rigor científico que possa legitimar o termo (DELFINO, 2020, p.240).

Nesse sentido, identificou-se um conjunto de definições acerca dos termos, com a finalidade de situar aquele que melhor se aproximava do modelo teórico que fundamenta a presente dissertação e do próprio entendimento do autor da pesquisa. A busca por conceitos foi sintetizada no quadro a seguir:

**Quadro 1: Síntese de definições para espiritualidade e religião, conforme variados autores. Maceió, AL, Brasil, 2021.**

(Continua)

<b>Autores</b>	<b>Espiritualidade</b>	<b>Religião</b>
(Mueller et al., 2001)	Do latim ‘spiritualitas’, significa ‘respiração’; é um conceito mais amplo de religião e, primariamente, mais dinâmico, pessoal e experiencial.	Do latim ‘religare’, significa ‘unir’; a religião organiza as experiências espirituais coletivas de um grupo de pessoas em um sistema de

		crenças e práticas.
(Saad, Masiero e Battistelta, 2001)	Aquilo que dá sentido à vida. É um conceito mais amplo que religião, pois esta é uma expressão da espiritualidade. Espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade.	
Paul Tilich (SILVA, 2004)	A espiritualidade se estabelece na relação direta entre a consciência do indivíduo em sua fé ontológica, perpassando uma relação com o mundo evidenciado pelo amor e fazer justiça, sem ambiguidade, pois: fé não pode ser criada pelos processos do intelecto, por esforços da vontade ou por movimentos emocionais. Mas, - e esse é o segundo aspecto - a fé abarca tudo isto dentro de si mesma, unindo-os e sujeitando-os ao poder transformador da Presença Espiritual. Isso envolve e confirma a verdade teológica básica de que na relação com Deus tudo procede de Deus. O espírito humano não pode chegar até aquele que é último, isto é, aquilo em cuja direção ele autotranscende, mediante qualquer de suas funções. Mas aquele que é último pode possuir todas essas funções e elevá-las de si mesma pela criação da fé”.	
Paul Tilich (PARRELLA, 2004)	“Espiritualidade em três eixos, a saber: vivida na tensão entre igreja e mundo; em relação com o princípio protestante e com a substância católica, e como resposta às questões vitais de nossa época” (Paul Tilich).	
(Otto, 2007)	É a experiência religiosa que desperta na pessoa sentimentos fortes e que excedem a percepção da fé na salvação, na confiança ou no amor, com base no	

(Continuação)

	<p>“<i>Mysterium Tremendum</i>”, que abarca sensações e sentimentos ocultos, não evidentes, não apreendidos, não entendidos, não cotidianos nem familiares. Sendo assim, um tremor reverente da criatura diante do Santo, o Totalmente Outro.</p>	
(Guimarães e Avezum, 2007)	<p>Uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal.</p>	<p>Envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo.</p>
(Holt <i>et al.</i> , 2008)	<p>Uma relação transcendente para alguma forma de maior poder.</p>	<p>Um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos.</p>
(Francisco, 2015)	<p>“A espiritualidade cristã propõe uma forma alternativa de entender a qualidade de vida, encorajando um estilo de vida profético e contemplativo, capaz de gerar profunda alegria” [...] “É um regresso à simplicidade que nos permite parar e saborear as pequenas coisas, agradecer as possibilidades que a vida oferece, sem nos apegarmos ao que temos nem nos entristecermos por aquilo que não possuímos”.</p>	
(Siqueira <i>et al.</i> , 2017)	<p>A espiritualidade pode ser definida como “uma das dimensões da experiência humana. Expressa-se pela busca interior do ser humano e pelo significado construído por meio de suas crenças, valores e princípios, que possa resgatar o sentido da vida e, assim, possibilitar as inter-relações com o divino, com a natureza e consigo mesmo.</p>	
(Espinha <i>et al.</i> , 2013)	<p>Busca pessoal para compreender questões relacionadas à transitoriedade da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas.</p>	

Manchola (2016 apud ARRIEIRA, 2016)	Ponte entre o existencial e o transcendental; aquilo que traz sentido à vida de alguém. É tudo que apresenta relação entre o indivíduo e o que ele considera sagrado.	
(Booff, L.,2000,p.99)	Caminho de encontro com o Espírito, em maiúscula, que é origem de toda a vida, explicitando que o espírito, em minúscula, que é a dimensão profunda do humano, busca o Espírito que é fonte originária de onde brota e para onde se dirige toda a vida.	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Diante da diversidade de concepções teóricas sobre os termos e considerando a aproximação teórica desse trabalho com a visão holística de saúde, identificou-se que as concepções sobre espiritualidade de autores de corrente existencialista, cujo foco estava no “sentido da vida”, foram as que melhor se situavam ao objetivo desse trabalho, a exemplo das definições de Saad e Battistella (2001); Guimarães e Avezum (2007); Espinha *et al.* (2013) e Manchola (2016). (Vide Quadro 1). Dentre as definições, se destaca:

A espiritualidade pode ser definida como “uma das dimensões da experiência humana. Expressa-se pela busca interior do ser humano e pelo significado construído, por meio de suas crenças, valores e princípios, que possa resgatar o sentido da vida e, assim, possibilitar as inter-relações com o divino, com a natureza e consigo mesmo (SIQUEIRA *et al.*, 2017 p.02).

Ainda para fins de definição desse trabalho, considerar-se-á religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos criados para facilitar a aproximação com o sagrado ou transcendente (Deus, poder maior, realidade última) (Holt *et al.*, 2008). Pode-se dizer que a religião é a espiritualidade institucionalizada. Religiosidade é a prática religiosa em si, como o ato de ir à igreja, a cultos, e praticar os rituais que fazem parte de determinada religião (PANITZ *et al.*, 2018).

O uso do termo espiritualidade destacado de religião é bastante recente e teria ocorrido em torno das décadas de 60 e 70 do século XX. Assim, a tríade mente, corpo e espírito foi subestimada e pouco explorada pelos pesquisadores e profissionais da área da saúde durante muito tempo (CAMPESINO; BELYEA; SCHWARTZ, 2009; MCSHERRY; DINHEIRO, 2004 e MELHEM *et al.*, 2016).

Existe ainda uma falta de consenso sobre o conceito de espiritualidade e religiosidade. As próprias escalas validadas que são utilizadas podem apresentar diferentes interpretações, uma vez que a visão de mundo para a discussão é diferente para muitos autores (LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

Liberato (2008) e Penha (2012) afirmam que estudos têm demonstrado a existência de relações entre religiosidade/espiritualidade, qualidade de vida e saúde, destacando a importância dos aspectos religiosos e espirituais no processo de cura ou reabilitação de doenças crônicas, e entre esses se destacam o cuidado espiritual (LIBERATO, 2008; PENHA, 2012).

Religiosidade e espiritualidade são os principais componentes da cultura de um indivíduo, e a religiosidade é uma das formas de expressão da espiritualidade (ROCHA; CIOSAK, 2014; THOMAS; BLUMLING; DELANEY, 2015). A espiritualidade é um tema cada vez mais pesquisado e discutido no meio científico. Apesar da interconexão histórica entre religião, espiritualidade e prática médica, somente nas últimas décadas a literatura científica tem demonstrado o importante papel da religiosidade e espiritualidade (R/E) na saúde física e mental.

Estudos como o de Inoue e Vercina, (2017) e Figueiredo, (2020) revelam que, ao mesmo tempo em que os pacientes gostariam que sua religiosidade/espiritualidade (R/E) fossem abordadas na prática clínica durante seus cuidados e que os clínicos também reconhecessem a importância dessa abordagem, poucos profissionais de saúde efetivamente questionam seus pacientes sobre esse aspecto de suas vidas (PANITZ *et al.*, 2018).

O modelo de atenção à saúde com hegemonia na valorização de aspectos puramente biológicos e padrões de cuidado médico-hospitalocêntricos ainda persiste nos espaços assistenciais (JÚNIOR, 2016). Todavia, um movimento em prol do cuidado integral às pessoas parece ganhar força ao longo do tempo, inclusive, pela valorização crescente de práticas em saúde que não se conectam diretamente apenas às dimensões orgânico-funcionais do ser humano (DIDOMÊNICO *et al.*, 2019).

Daí porque nas últimas décadas do século 20, e de forma mais acentuada neste início de século, os reconhecidos esforços voltados à promoção do cuidado integral ou da integralidade em saúde evidenciam o quanto alguns aspectos fundamentais da prática do cuidado em saúde têm sido dissociados. A espiritualidade, por exemplo, é um dos aspectos que apenas recentemente vêm sendo considerados nos indicadores de saúde. A dissociação desta dimensão da existência humana na prática do cuidado integral parece estar vinculada tanto ao modo como se vem construindo e se configurando, ao longo da história, a própria noção de

cuidado no contexto da saúde, quanto ao modo como se entende o que vem a ser espiritualidade (ESPERANDIO, 2014).

O desenvolvimento da espiritualidade, no contexto da saúde, cumpre a função que tradicionalmente tem sido designada como um saber que está intrinsecamente ligado ao trabalho interior e que visa a uma transformação integral do homem. A espiritualidade guarda um propósito de sentido no ser humano. A concepção do espírito está relacionada no ser humano com sua infinita capacidade de desenvolvimento, transcendência e atividade criadora do mundo, da cultura e da história (MORALES; FERNÁNDEZ; SANCHEZ, 2020).

Estudos mostram que existe uma associação forte entre espiritualidade e saúde, percebendo-se que o fato de uma pessoa ter um sentimento de ligação a um ser superior, à natureza ou a algo superior a si mesmo e senti-los ainda como uma força e apoio poderá gerar bastantes benefícios, como em momentos de estresse, doença e perda. A espiritualidade pode surgir na doença como um recurso interno que favorece a aceitação da doença, na medida em que poderá ser considerada o apoio que as pessoas têm para lidar com situações de crise e limite.

Algumas pessoas poderão refugiar-se na igreja, na religião, na fé, outros, na música, no ambiente, nos familiares, nos amigos. Ribeiro (2005), em seu estudo, evidencia que na área de enfermagem no que diz respeito ao contexto das doenças crônicas, revela que há uma relação entre as variáveis espirituais e religiosas e encontra uma relação importante entre estas variáveis, como sentimentos de bem-estar, qualidade de vida, forma de lidar com a doença, significado, esperança e apoio social (RIBEIRO, 2005).

Conforme Fernandes (2021), a religiosidade vem sendo destacada como uma das formas mais utilizadas pela população para expressar e elaborar a integração das dimensões racional, emocional, sensitiva e intuitiva. Diante de momentos de doença ou perda do ente querido é notável o apelo à religião por parte dos familiares, na forma de promessas e orações, que servem como fonte de esperança na sobrevivência do doente e como forma de suportar a situação. Para Boff (2006), por meio da esperança se atribui um significado à existência, à esperança é à busca pelo sentido da vida, mesmo diante da morte.

Valores como amor, alegria, perdão, esperança e compaixão são alguns dos combustíveis da espiritualidade e residem no senso de humanidade, amizade e família, podendo ser contemplados em qualquer ação social humana. Assim, o bem-estar espiritual pode auxiliar significativamente no enfrentamento de angústia relacionada à doença, bem como na promoção na saúde mental dos familiares que se encontram na presença do câncer (BOFF, 2000).

A espiritualidade, e sua relação com a saúde, tem se tornado um desafio a ser introduzido na prática diária dos profissionais de saúde. Por estar frequentemente associada à prática religiosa, historicamente tem sido ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida, bem como motivo de discórdia, fanatismo e muitos confrontos (HEFTI; ESPERANDIO, 2016).

Ao definir o sentido de intervenção espiritual, qualquer intervenção que suporte a ligação entre o *self*, os outros e o sagrado, que facilite o *empowerment* e resulte em saúde espiritual melhorada pode ser entendida como cuidado espiritual (CALDEIRA, 2009).

A definição de cuidado espiritual, que inclui um foco no bem-estar, que segundo Scotlnd (2019, p 06.) é:

Cuidado espiritual refere-se àquele cuidado que reconhece e responde às necessidades do ser humano, quando confrontado com eventos de mudança de vida (como nascimento, trauma, problemas de saúde, perda) ou tristeza, e pode incluir a necessidade de significado para a autoestima, para se expressar, para apoio de fé, talvez para ritos ou oração ou sacramento ou simplesmente para um ouvinte sensível. Cuidado espiritual começa com o incentivo ao contato humano em um relacionamento compassivo e se move em qualquer direção que a necessidade exija.

Uma das razões para a negligência na prestação de cuidados espirituais é o reconhecimento de tal atividade como sendo tarefa específica dos capelães hospitalares. Caldeira (2009) discute os riscos, desafios e cuidados implicados no ato da oração como intervenção, evidenciando, por exemplo, a dificuldade por exemplo do enfermeiro na realização dessa atividade e a conseqüente necessidade de solicitar a outro profissional ou capelão para fazê-lo, bem como o não interesse do paciente nesse tipo de recurso, fato que deve ser respeitado (CALDEIRA, 2009).

Pesquisas científicas têm revelado que fé e prática religiosa mostram resultados positivos na saúde mental e não podem mais ser ignoradas ou excluídas do escopo dos estudos, tampouco taxadas como componentes irrelevantes das práxis de enfermagem e dos demais profissionais de saúde. (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Culturas no local de trabalho que não conseguem entender, priorizar e apoiar a provisão de cuidado espiritual podem criar barreiras adicionais para a integração do cuidado espiritual por enfermeiros e outros profissionais de saúde em sua prática (KOENIG; RUMBOLD, 2018, BARSS, 2019).

Em pesquisa realizada com profissionais da saúde em uma instituição hospitalar referência em cuidados paliativos, 94,8% dos profissionais avaliados acreditavam que a

temática “Saúde e Espiritualidade” deva fazer parte dos currículos regulares do ensino em saúde; no entanto, metade dos profissionais referiu que, ao longo da sua formação universitária, seus docentes raramente discutiram ou apresentaram a temática, e 36,2% dos mesmos referiram que nunca foi realizada tal abordagem. Assim, a religiosidade e a espiritualidade dos pacientes geralmente não são abordadas pelos profissionais da saúde na prática diária (SOUSA *et al.*, 2019).

Portanto, verifica-se que existe uma carência de informações a respeito da espiritualidade, considerada no processo de adoecimento e seu tratamento. O interesse de muitos alunos e professores necessita de execução de estratégias que tornem possível preparar os acadêmicos para a realização dessa abordagem junto a seus pacientes, no intuito de contemplar, da melhor forma possível, uma terapêutica mais integrativa (SOUSA *et al.*, 2019).

Pesquisas recentes, no entanto, começam a mostrar tendências da introdução da espiritualidade na formação de profissionais de saúde. Assim 59% das escolas médicas britânicas e 90% das escolas médicas dos EUA têm cursos ou conteúdos sobre espiritualidade e saúde. Um estudo multicêntrico, realizado com 3.600 estudantes de escolas médicas brasileiras, concluiu que existe uma lacuna entre as atitudes e expectativas dos estudantes sobre a inclusão da espiritualidade e religiosidade no seu treinamento e na prática clínica (SOUSA *et al.*, 2019).

Estudo de Caldeira (2009), além de apresentar a definição do conceito de cuidado espiritual e de intervenção espiritual, defende a prática da oração por profissionais da saúde, sobretudo pelos profissionais da enfermagem, não apenas por ser uma técnica de intervenção espiritual legítima, presente na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), mas, também, por ser uma das estratégias de *coping* mais frequentes (CALDEIRA, 2009).

A integração do cuidado espiritual na enfermagem holística e nos cuidados de saúde tem sido considerada a melhor prática para a promoção da cura ideal. Evidencia-se, portanto, que, assim como os aspectos físicos e biológicos de assistência ao paciente, os aspectos religiosos e espirituais também são imprescindíveis para a obtenção de resultados satisfatórios no seu tratamento e devem nortear os cuidados e intervenções inerentes aos profissionais de saúde, em especial o corpo de enfermagem (DA SILVA *et al.*, 2019).

Sousa *et al.* (2019) destacam a importância do julgamento clínico em enfermagem e sua relação com os referenciais teóricos que guiam a prática de enfermagem para um cuidado diferenciado e fundamentado. Os enfermeiros, por serem os profissionais que tendem a ter mais

contato com os pacientes, precisam estar aptos a prestar tal assistência (MONTEZELI *et al.*, (2018). E, para acompanhar as exigências que as inovações científicas e tecnológicas lhes apresentam, precisam reformular os modos de pensar, de ser e de agir diante dos requisitos da prática assistencial e de ensino (CRUZ; ROSSATO, 2015).

A gerência do cuidado de enfermagem diz respeito ao saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar, ocorrendo dialeticamente em um processo dinâmico, situacional e sistêmico. Para tal, são requeridas competências específicas a serem mobilizadas, as chamadas competências gerenciais, e, entre elas, o relacionamento interpessoal (MONTEZELI *et al.*, (2018).

O profissional de enfermagem é responsável pela gerência do cuidado e deve mobilizar competências gerenciais que favoreçam as relações no processo de trabalho. Isso porque o cuidar do outro se constrói em um encontro entre as pessoas, no qual o profissional deve mostrar preocupação, interesse, motivação, respeito, consideração e gentileza (SALVIANO *et al.*, 2017). Apesar disso, é prudente afirmar que o cuidado integral é um produto das múltiplas relações entre os vários profissionais de saúde e dos planos de cuidados oferecidos ao usuário, ou seja, não é algo esperado unicamente do enfermeiro, ainda que ele possa até ser protagonista para a sua concretude (SOUSA *et al.*, 2019).

Assim a enfermagem para acompanhar tais desafios vem ao longo dos anos, produzindo seu conhecimento próprio a fim de aperfeiçoar a prestação de cuidados aos seus pacientes, reduzindo ao máximo os riscos e elevando sua qualidade de vida, desenvolvendo as teorias de enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem (GONDIM; CARVALHO, 2012).

Surgidas na década de 1950, as teorias de enfermagem procuraram articular entre si os fenômenos de interesse para a profissão e explicar a realidade de modo orgânico e coerente. No Brasil, as teorias de enfermagem se desenvolveram duas décadas depois, com a publicação do trabalho "Contribuição a uma Teoria sobre Enfermagem", da enfermeira Wanda de Aguiar Horta.

Dentre as diversas teorias no campo da enfermagem destacamos a Teoria da Incerteza na Doença, da enfermeira norte-americana Merle Helaine Mishel, referencial teórico desta pesquisa, melhor descrita no Espaço Quadripolar da Pesquisa, em seu Polo Teórico (p.30), que foi publicada pela primeira vez em 1981 e coincidiu com o período em que foi testemunha de um câncer de cólon que acometeu seu pai. Nesse momento, observou que os questionamentos dele refletiam diretamente em sua saúde e observou sua trajetória de enfrentamento da doença. (GONDIM; CARVALHO, 2012).

Gonçalves, Lucchetti, Menezes e Vallada (2017), referem que devido ao envelhecimento da população, as doenças crônicas são atualmente consideradas um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Por isso além de ser uma das doenças crônicas mais incidentes, o câncer consiste também em uma das maiores causas de morte no mundo (GONÇALVES *et al.* 2017).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2020), a mais recente estimativa mundial, lançada em 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões, sem contar os casos de câncer de pele não-melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões, excluindo-se os cânceres de pele não-melanoma). O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,1 milhões), seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). A incidência em homens (9,5 milhões) representa 53% dos casos novos, sendo um pouco maior do que nas mulheres, que representam 8,6 milhões (47%) de casos novos. Os tipos de cânceres mais frequentes nos homens foram o de pulmão (14,5%), próstata (13,5%), cólon e reto (10,9%), estômago (7,2%) e fígado (6,3%). Nas mulheres, as maiores incidências foram de câncer de mama (24,2%), cólon e reto (9,5%), pulmão (8,4%) e colo do útero (6,6%) (BRAY *et al.*, 2018).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer, excluindo os casos de câncer de pele não-melanoma. O câncer de pele não-melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil) (INCA, 2020).

No Brasil, mais de 70% dos casos de neoplasias são diagnosticados a partir dos estadiamentos III e IV, o que repercute em uma diminuição das possibilidades de tratamento e perspectivas de cura. (BENEDETTI; SALES; WAKIUCH, 2018).

Diante desta mortalidade, existe todo o processo de doença, aceitação, luto, adaptação e vivência das necessidades sentidas por parte dos que dela padecem e de pessoas próximas, designadas como cuidadores informais (NUNES; ALMEIDA, 2018). O diagnóstico de câncer leva a momentos de crise, momentos em que a ignorância da doença e o processo que ela significa causam uma grande incerteza: "Por que eu?" "O que vai acontecer comigo?" "Eu vou morrer?" "Eu terei muita dor?" "Vai cair meu cabelo?" "E meus filhos?" (RAMIREZ-PERDOMO; VELEZ; PERDOMO-ROMERO, 2018).

Filho e Khoury (2018) afirmam que é preciso mobilizar recursos psicossociais e espirituais para lidar com o sofrimento e os efeitos adversos da doença oncológica. Este recurso

é conhecido como enfrentamento, um conceito entendido como a adaptação constante de um indivíduo, cujos esforços cognitivos e comportamentais são usados para gerenciar estressores. Essas estratégias de enfrentamento buscam recursos nas dimensões religiosas e/ou espirituais, referidas como *coping* religioso e espiritual, o que pode ser positivo, quando uma parceria é estabelecida com Deus, ou negativo, caracterizado por conflitos espirituais e sentimentos de punição divina (MENDONÇA *et al.*, 2020).

Ribeiro (2005) identificou o uso da espiritualidade como uma estratégia de *coping* utilizada por pessoas que experimentam uma situação de doença crônica, no caso deste estudo, o câncer. Conforme Lichtenstein, Berger e Cheng (2017), a maioria dos sistemas de cura tradicionais relatam que essa doença ocorre quando há um desequilíbrio no corpo, na mente e no espírito. A frequência e a intensidade da exposição a situações estressantes estão relacionadas a efeitos nocivos à saúde mental e física, de modo que o enfrentamento de uma enfermidade como o câncer tem caráter desafiador para o paciente, levando-o à busca de auxílio. Nesse sentido, religião e espiritualidade são referidas como estratégias para lidar com as incertezas, com a doença e seus tratamentos (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Florence Nightingale em seu tempo já incentivava a prática da espiritualidade junto aos indivíduos que se encontravam em desequilíbrio de suas condições vitais, o que, certamente, vincula-se à experiência de adoecimento por câncer. Afirmava que a espiritualidade proporciona uma força de luta para que os indivíduos com câncer enfrentem todo o processo de incertezas, adoecimento e tratamento (DIDOMÊNICO *et al.*, 2019).

A doença oncológica envolve aspectos como a dor física, a submissão a tratamentos complexos e a incerteza associada ao prognóstico de vida ou morte. Ao se deparar com o diagnóstico de câncer, o indivíduo pode desencadear um desequilíbrio psíquico, físico, social, emocional e espiritual que causa fortes impactos em sua vida (BENITES; NEME; SANTOS, 2017).

O câncer é rotulado como uma doença dolorosa e mortal, que produz muitas perdas e sintomas adversos na vida do paciente, acarretando perda da qualidade de vida e causando inúmeras incertezas sobre o futuro (ZIGUER; BORTOLI; PRATES, 2016).

Coropes *et al.* (2016) apontam que a espiritualidade como recurso para o enfrentamento da doença oncológica vem demonstrando ser uma necessidade humana básica que deve ser contemplada nas instituições de saúde pelos profissionais. Esta etapa, em que é possível pensar que se está mais próximo da realidade da morte, tende a tornar mais visível a

vulnerabilidade do ser humano e sua própria percepção de finitude, o que pode estar relacionada à necessidade de apoio espiritual.

A experiência psicossocial do câncer, incluindo a espiritualidade, tem sido amplamente discutida na literatura especializada, sugerindo uma crescente conscientização e interesse em compreender a função da espiritualidade na vida das pessoas com câncer, em termos de saúde e repercussões físicas. Isso implica que o leigo, agnóstico ou ateu também pode ter experiências espirituais. Além disso, estudos enfatizam o significado do bem-estar espiritual na melhoria da qualidade de vida durante e após o tratamento do câncer (EULEN *et al.*, 2018).

A doença representa uma sentença de morte, mutilação para suas esperanças, encruzilhada, ou pode ser o contrário, essa incerteza pode representar um desejo maior para viver, o paciente pode adaptar-se a sua nova condição (RAMIREZ-PERDOMO; VELEZ; PERDOMO-ROMERO, 2018).

Na perspectiva de um novo modelo de assistência, que poderá atribuir importância à instauração do cuidado espiritual pelos profissionais de saúde, fazem-se necessárias pesquisas que abracem este desafio, a fim de consolidar a promoção da saúde como pilar desse cuidado integral.

Com base no que foi exposto, essa pesquisa tem como objetivo analisar a espiritualidade no processo de incerteza da doença no paciente oncológico, segundo a Teoria de Enfermagem de Merle Mishel.

A justificativa da pesquisa, surgiu a partir da vivência do autor e sua família como paciente de câncer. Em muitas ocasiões, foi percebida a necessidade de considerar, no seu plano terapêutico, o cuidado da dimensão espiritual para lidar constantemente com as incertezas da doença.

A importância deste estudo se evidencia à medida em que pode trazer subsídios à enfermagem e aos demais profissionais de saúde para a melhoria do cuidado espiritual aos pacientes em geral e especificamente aqueles com doença oncológica.

## 2. METODOLOGIA

Nesta seção é apresentado o delineamento metodológico da pesquisa segundo o espaço quadripolar e os aspectos éticos.

### 2.1 ESPAÇO QUADRIPOLAR DA PESQUISA

O espaço quadripolar da pesquisa é composto pelos polos epistemológico, teórico, morfológico e técnico. Ele proporciona melhor visualização da coerência metodológica do estudo, garantindo rigor e cientificidade à pesquisa (DE BRUYNE; HERMAN; SCHOUTEETE, 1991).

O delineamento do espaço quadripolar adotado neste estudo está representado na figura 3 a seguir:

**Figura 3: Representação do Espaço Metodológico Quadripolar da Dissertação, Maceió, AL, Brasil, 2021.**



**Fonte:** Elaborada pelo autor.

No espaço quadripolar da pesquisa, o polo epistemológico exerce uma função de explicitar as regras da produção do conhecimento em geral e da cientificidade; o polo teórico é o que atenta para a elaboração de hipóteses e a construção de conceitos; o técnico é o que revela o controle da coleta e análise das informações, transformando-as em dados pertinentes à problemática da pesquisa; o morfológico, é aquele que enuncia as regras de estruturação (SAND *et al.*, 2013).

## 2.2 POLO EPISTEMOLÓGICO

A visão de mundo adotada nesta pesquisa é a compreensivista, pois esta privilegia a compreensão da realidade humana vivida socialmente. Em oposição ao Positivismo, a Sociologia Compreensivista propõe a subjetividade como fundamento do sentido da vida social e a defende como constitutiva do social e inerente à construção da objetividade nas ciências sociais (MINAYO, 2010).

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem descritiva. A pesquisa qualitativa contempla uma análise mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos, visto que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010). Este tipo de pesquisa é voltado para a ótica dos participantes estudados e tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e, com isso, responde a questões muito particulares, direcionando uma atenção a aspectos que não podem ser quantificados (MINAYO, 2010, 2013).

De acordo com Fernandes et al, (2018) pesquisa descritiva observa, registra, analisa e ordena os fatos sem manipulá-los. Tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno, procurando descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, características, causas e relações com outros fenômenos (FERNANDES et al, 2018)

## 2.3 POLO TEÓRICO

Este estudo apresenta como polo teórico a **Teoria da Incerteza na Doença**, desenvolvida, já dito, por Merle Helaine Mishel. Sua primeira concepção ocorreu em 1988 e foi posteriormente reconceitualizada, em 1990 (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

A incerteza pode ser definida como a “falta de certeza, dúvida, hesitação, imprecisão, inconstância, imprevisibilidade” (LAROUSSE, 2001). O termo foi, durante anos, associado às Ciências Exatas, principalmente à Física e à Economia. Na área da Saúde, a utilização da incerteza esteve, por muito tempo, restrita às consequências de problemas como o surgimento de doenças, principalmente as doenças crônicas, e não a um estudo isolado entre si, como nas outras áreas do conhecimento (GONDIN, 2009).

A sua tese de investigação, durante seu doutoramento com doentes hospitalizados, para a qual utilizou resultados qualitativos e quantitativos a fim de produzir a primeira

conceitualização da incerteza no contexto da doença, consistiu no desenvolvimento e teste da “*Perceived Ambiguity in Illness Scale*” (Escala da Ambiguidade Percebida na Doença), mais tarde renomeada para “*Mishel Uncertainty in Illness Scale: MUIS-A*” (Escala da Incerteza na Doença de Mishel). Esta escala original foi utilizada como base para conceber as três escalas seguintes: (1) versão comunitária (MUIS-C), aplicável a pacientes de doenças crônicas que não estejam hospitalizados ou a receber cuidados médicos intensivos; (2) escala de medição da percepção da incerteza de pais (PPUS) acerca da doença experienciada por seu filho e (3) escala de medição da incerteza de cônjuges e/ou outros membros da família de um indivíduo em sofrimento por doença aguda (PPUS-FM).

Em decorrência do seu aprofundamento em pesquisas no âmbito da psicologia social, Mishel iniciou estudos com enfoque em sentimentos, aspectos subjetivos que permeiam o ciclo vital humano. A partir de então, a teórica principiou sua investigação sobre a incerteza ainda quando seu conceito não havia sido aplicado ao cenário da doença. Assim, conceituou a incerteza nesse contexto como a “incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença, que ocorre quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

A Teoria da Incerteza na Doença de Mishel é classificada como uma teoria de médio alcance. Essas teorias tiveram sua primeira aparição em 1960, na Sociologia, e, em 1974, passaram a ser introduzidas na Enfermagem. Têm como função descrever, explicar ou prever fenômenos, devendo ser explícitas, aplicáveis e testáveis. Lidam com perspectivas atuais de enfermagem e abordam aspectos socialmente relevantes que galgam solucionar problemas significativos e persistentes. Suas principais características são: (I) grau de complexidade e abstração, sendo menos abstratas que as grandes teorias e expressam uma visão média da realidade; (II) especificidade, sendo mais específicas que as grandes teorias; (III) número limitado de conceitos; (IV) proposições claras e nítidas; (V) hipóteses para serem testadas e; (VI) evolução a partir de grandes teorias, prática clínica, revisão de literatura e diretrizes práticas (McEWEN, M.; WILLS, E. M., 2009).

Mishel contou com influências teóricas para a fundamentação de sua teoria. Em seu primeiro momento de descrição (1988), baseou-se nos modelos de processamento da informação de Warburton (1979) e do estudo da personalidade de Budner (1962) da disciplina de Psicologia. Ambos conceituam a incerteza como um estado cognitivo resultante da existência insuficiente de pistas com as quais se forma um esquema cognitivo ou uma

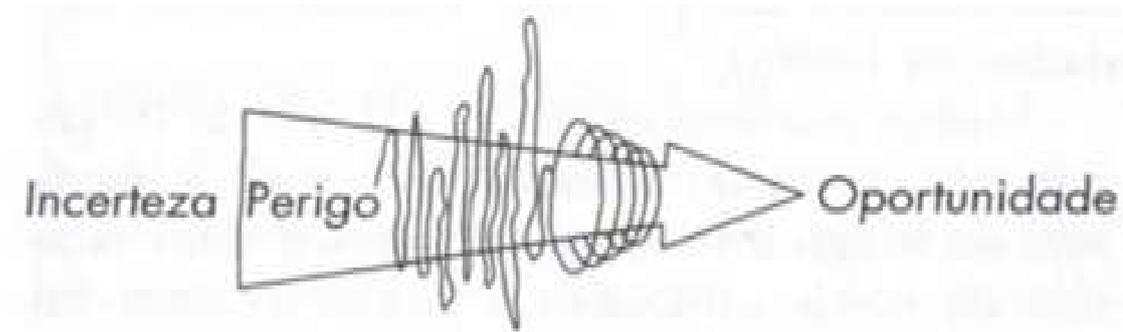
representação interna de uma situação/evento. Mishel atribuiu, ainda, parte da estrutura de sua teoria original ao trabalho de Lazarus e Folkman (1984) sobre estresse e enfrentamento, onde a teórica aplicou a incerteza como um fator de estresse no contexto da doença (BARBOSA *et al.* 2012).

Ao testar sua teoria original, a partir de discussões com outros pesquisadores, estudos qualitativos com pacientes crônicos e limitações acerca da teoria e sua aplicabilidade conforme havia sido concebida, Merle H. Mishel reconheceu que a abordagem ocidental inerente ao seu delineamento sustentou uma visão mecanicista ao enfatizar o controle e a previsibilidade destoantes de um aspecto subjetivo como o da incerteza, o que resultava em vieses interpretativos. Logo, com a ocorrência da reconceitualização da teoria, em 1990, Mishel objetivou dirigir a experiência de viver com a incerteza residual a uma doença crônica que exija vigilância contínua e/ou uma doença com possibilidade de recidiva.

Acrescentou, também, aspectos da Teoria da Crítica Social, o que possibilitou o reconhecimento do preconceito inerente à teoria original que enfatizava uma orientação no sentido à certeza e adaptação, uma visão linear divergente do que se observava em diversas situações de incerteza na doença (BARBOSA, 2012; ALLIGOOD; TOMEY, 2004 *et al.*). Foram incluídos ainda princípios da Teoria do Caos que se centra em sistemas abertos. A nova reconfiguração permite uma representação mais precisa da forma como a doença crônica causa desequilíbrio e como as pessoas podem, em último caso, assimilar a incerteza contínua para descobrir um novo sentido para a doença (MISHEL; CLAYTON, 2003; ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Ao longo do tempo, a incerteza acoplada a uma doença crônica funciona como catalisador para a instabilidade do sistema, representando uma ameaça aos modelos de vida pré-existentes. Em resposta ao desequilíbrio gerado pela incerteza, o sistema precisa se adaptar para sobreviver. Em condições de incerteza crônica, o indivíduo tende a se afastar de uma avaliação negativa da incerteza para adotar uma nova visão de vida que aceite a incerteza como parte constituinte de uma nova realidade. Sendo assim, a incerteza inerente à experiência de pessoas em doenças crônicas pode resultar em um novo nível de organização e em uma nova perspectiva de vida, englobando o crescimento e as mudanças resultantes das experiências e vivências com a incerteza (MISHEL; CLAYTON, 2003; ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

**Figura 4 - Representação do modelo reconceitualizado da Teoria da Incerteza na doença.**  
 Fonte: Mishel (1990)



A figura 4, referente à reconceitualização da Teoria da Incerteza na Doença, descreve a incerteza duradoura, inicialmente avaliada como perigo, posteriormente resultando em oportunidade. A linha irregular dentro da seta representa tanto a instalação da incerteza como a sua oscilante instabilidade. A parte circular da linha representa a sua remodelagem e reorganização, tendo por resultado uma revisão da incerteza pelo indivíduo. Já a seta inferior indica que este é um processo que evolui com o tempo, estabelecendo uma relação direta com o mesmo (MISHEL; CLAYTON, 2003).

A incerteza na doença surge quando as condições são ambíguas, complexas, imprevisíveis, e quando as informações não estão disponíveis ou apresentam inconsistências diante da realidade. É definida como um estado cognitivo, no qual o indivíduo é incapaz de atribuir um significado aos acontecimentos relacionados com a doença (GONDIN, 2009; MISHEL; CLAYTON, 2003).

Na experiência da doença, a incerteza se apresenta de quatro formas: ambiguidade acerca do estado da doença, complexidade sobre o tratamento e o sistema de cuidado, escassez de informações sobre o diagnóstico e a gravidade da doença e imprevisibilidade acerca do curso da doença e seu prognóstico (MISHEL, 1988).

A Teoria da Incerteza na Doença tem como base os seguintes pilares centrais: os antecedentes da incerteza, a apreciação da incerteza e o enfrentamento da incerteza. O primeiro pilar diz respeito aos acontecimentos vivenciados e experienciados previamente pela pessoa que repercutiram em situações estressantes e incertas pré-existentes ao diagnóstico da doença. Esses antecedentes possuem relação direta e indireta com o sentimento de incerteza e exercem influência na percepção da pessoa quando deparada com esta (GONDIN, 2009; MISHEL, 1988).

O segundo pilar se refere à maneira como o indivíduo avalia a incerteza, podendo ser vista como perigo ou oportunidade. A incerteza é vista inicialmente como um estado neutro,

nem positivo nem negativo, até que cada pessoa a submeta a um processo de avaliação cognitiva. Quando avaliada como perigo, relaciona-se ao indivíduo que se sente ameaçado por um resultado negativo. Porém, quando vista como uma oportunidade, é resultado da contínua alimentação das esperanças do indivíduo apesar da incerteza que o cerca. A pessoa se utiliza da inferência ou da ilusão para avaliar a incerteza, ou seja, é através desses recursos que a incerteza pode ser avaliada como perigo ou oportunidade (GONDIN, 2009; MISHEL, 1988).

As estratégias de enfrentamento da incerteza compõem o terceiro pilar da teoria. O enfrentamento com vistas à adaptação é o resultado esperado e se manifesta de duas formas. Se a incerteza for avaliada como um perigo, duas estratégias são comumente utilizadas: (1) estratégias de mobilização, nas quais o indivíduo embasa seu enfrentamento na observação dos acontecimentos, busca por informações; (2) as estratégias a fim de gerenciar as emoções por meio do controle do medo e da incerteza através do recurso da fé, crenças e espiritualidade e do apoio social do grupo que o cerca. Se, ao contrário, a incerteza é vista como oportunidade, estratégias de amortização são utilizadas, o que inclui a evitação, a ignorância seletiva e neutralização. O indivíduo tende a resguardar a incerteza a fim de conservá-la, uma vez que se sente melhor depositando sua crença em algo que lhe pareça mais confortável e conveniente. (MISHEL, M. H., 1988).

Principais conceitos e definições da teoria (MISHEL, 1988; TOMEY; ALLIGOOD, 2004):

**INCERTEZA:** a incerteza é a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença e que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão.

**ESQUEMA COGNITIVO:** interpretação subjetiva sobre a doença, tratamento e hospitalização.

**QUADRO DE ESTÍMULOS:** forma, composição e estrutura dos estímulos que uma pessoa observa e que são, depois, estruturados em um esquema cognitivo.

- **Padrão de sintomas:** grau no qual os sintomas apresentam consistência suficiente para serem observados como tendo um padrão ou configuração.
- **Familiaridade do evento:** é o ponto até ao qual uma situação é habitual, repetitiva ou contém pistas conhecidas.
- **Congruência do evento:** a coerência do evento diz respeito à consistência entre o esperado e experimentado nos eventos relacionados com a saúde.

**FORNECEDORES DE ESTRUTURA:** recursos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação do quadro de estímulos.

- **Autoridade credível:** é o grau de confiança que uma pessoa tem nos seus prestadores de cuidado de saúde.
- **Apoio social:** influencia a incerteza, ajudando o indivíduo na interpretação do significado dos eventos.

**CAPACIDADES COGNITIVAS:** são as capacidades de processamento de informações de uma pessoa, refletindo tanto as capacidades inatas quanto os constrangimentos situacionais.

**INFERÊNCIA:** diz respeito à avaliação da incerteza usando experiências relacionadas e recordadas.

**ILUSÃO:** crenças elaboradas a partir da incerteza.

**ADAPTAÇÃO:** reflete comportamentos biopsicossociais que ocorrem na variedade de comportamentos das pessoas individualmente definidos.

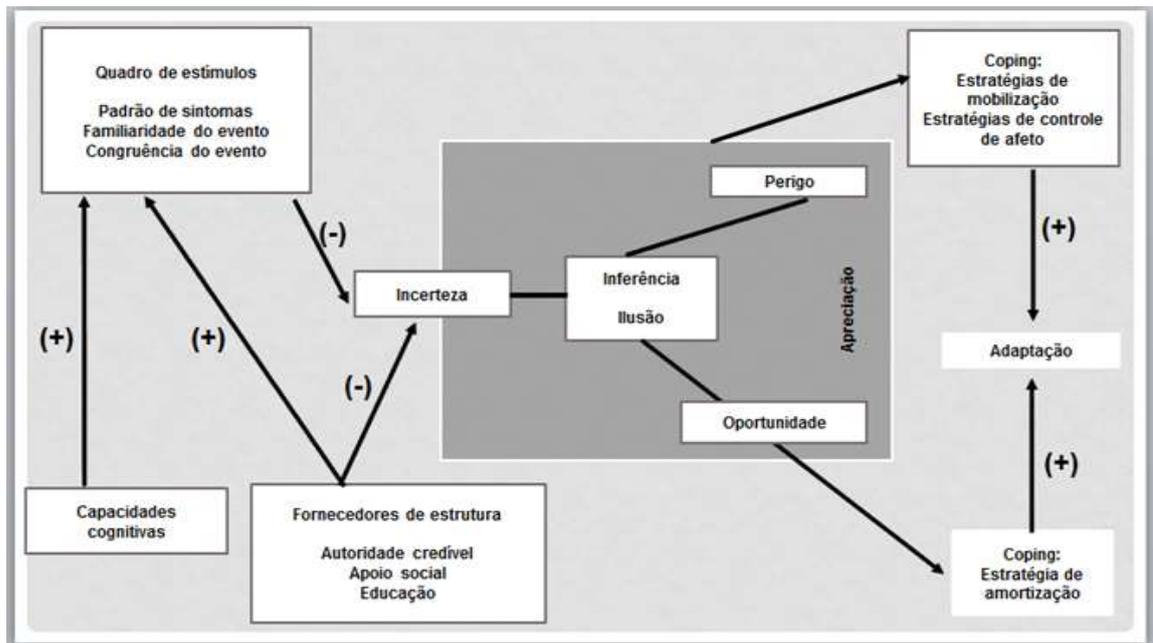
À proposta reconceitualizada da teoria, que admite a possibilidade de viver uma vida aliada à presença da incerteza, cujo objetivo é o alcance da adaptação, são adicionados dois novos conceitos:

**NOVA PERSPECTIVA DE VIDA:** refere-se à formulação de um novo sentido de ordem, resultante da integração da incerteza contínua na autoestrutura, na qual a incerteza é aceita como ritmo natural de vida.

**PENSAMENTO PROBABILÍSTICO:** diz respeito a uma crença em um mundo condicional no qual a expectativa pela certeza e previsibilidade contínua é abandonada.

**Figura 5- Esquematização da Teoria da Incerteza na Doença**

Fonte: Journal of Nursing Scholarship, 20, 225-232)



Modelo da incerteza percebida na doença (Mishel MH, 1988. Uncertainty in illness).

A Figura 5 demonstra a teoria de Mishel. Nela, descrevem-se as três variáveis que são os antecedentes da incerteza: (1) Fonte de estímulos, que trata de eventos de ocorrência imprevisível, ou ainda quando não se é possível perceber a ocorrência daquele evento; (2) Capacidades cognitivas que se relacionam à capacidade de reconhecimento e compreensão das estratégias de enfrentamento e os (3) Fornecedores de estrutura, que abrangem experiências anteriores com determinadas situações ou o apoio recebido pela equipe multiprofissional, explicando, assim, a relação entre a avaliação de incerteza e enfrentamento. Essas variáveis podem influenciar na informação processada pelo membro da família e conhecer o grau de incerteza que é percebido como resposta à situação de doença e tratamento (BARBOSA, 2012; MISHEL, 1988).

Segundo Mishel (1988), ao longo da trajetória de uma doença crônica existe a imprevisibilidade no início, a durabilidade e a intensidade dos sintomas, que geralmente estão relacionadas com a incerteza observada. E, assim, a natureza ambígua dos sintomas de doença e a conseqüente dificuldade em determinar o significado das sensações físicas podem ser frequentemente identificadas como fontes de incerteza. Com o apoio social há um impacto direto sobre a incerteza, reduzindo a complexidade observada e um impacto indireto por meio do seu efeito sobre a previsibilidade do padrão de sintomas.

Quando as incertezas diminuem e os eventos são reconhecidos como familiares, eles podem ser associados a eventos da memória e seu significado pode ser determinado. A

congruência do evento refere-se à consistência entre o esperado e o experiente em eventos relacionados à doença. Essa consistência implica confiabilidade e estabilidade de eventos, facilitando a interação e a compreensão. A incerteza é reduzida diretamente quando o indivíduo se baseia nos provedores de estrutura para interpretar os eventos. A redução da incerteza ocorre indiretamente, quando os provedores de estrutura ajudam o indivíduo a determinar o padrão de sintomas, a familiaridade dos eventos e a congruência das experiências. Os provedores de estrutura são o nível educacional, o apoio social e a autoridade credível. Os estímulos são processados pelos indivíduos, sendo eles os demenciados ou familiares, para construir um esquema cognitivo para eventos de doença (MISHEL, 1990). A teoria de Mishel dispõe de quatro pressupostos e doze postulados.

Os pressupostos são: (1) a incerteza é um estado cognitivo que representa a inadequação de um esquema cognitivo para sustentar a interpretação de eventos relacionados com a doença; (2) a incerteza é uma experiência inerentemente neutra, nem desejável nem aversiva, até ser avaliada como tal; (3) a adaptação representa a continuidade do comportamento biopsicossocial normal do indivíduo e é o resultado desejado dos esforços de enfrentamento, tanto para reduzir a incerteza avaliada como perigo, como para manter a incerteza enquanto oportunidade; (4) as relações entre os eventos da doença, incerteza, apreciação, enfrentamento e adaptação são lineares e unidirecionais, deslocando-se de situações que promovem a incerteza no sentido da adaptação. Os dois primeiros pressupostos refletem as raízes da teoria da incerteza (TOMEY; ALIGOOD, 2004; MISHEL, 1988; MISHEL, 1990).

Os postulados da teoria são:

(1) a incerteza ocorre quando uma pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento relacionado com a doença por haver falta de pistas suficientes;

(2) a incerteza pode tomar a forma de ambiguidade, complexidade, falta de informação ou informação inconsciente e/ou imprevisibilidade;

(3) conforme o padrão de sintomas, quando a familiaridade do evento e a congruência do evento (quadro de estímulos) aumentam a incerteza diminui;

(4) os fornecedores de estrutura diminuem diretamente a incerteza, promovendo a interpretação de eventos e reforçando indiretamente o quadro de estímulos;

(5) a incerteza apreciada como perigo desencadeia esforços de enfrentamento orientados no sentido de reduzir a incerteza e gerir o despertar de emoções por ela gerado;

(6) a incerteza apreciada como oportunidade desencadeia esforços de enfrentamento orientados no sentido da manutenção da incerteza como oportunidade;

(7) a influência da incerteza sobre os resultados psicológicos é medida pela eficácia dos esforços de enfrentamento na redução da incerteza apreciada como perigo ou na manutenção da incerteza como oportunidade;

(8) quando a incerteza apreciada como perigo não pode ser eficazmente reduzida, podem ser empregadas estratégias de enfrentamento para gerir a resposta emocional;

(9) quanto maior for a duração da incerteza no contexto da doença, mais instável se torna o modo de funcionamento anteriormente aceito pelo indivíduo;

(10) em condições de incerteza contínua, os indivíduos podem desenvolver uma nova perspectiva de vida probabilística, que aceita a incerteza como parte natural da vida;

(11) o processo de integração da incerteza contínua numa nova visão da vida pode ser bloqueado ou prolongado pelos fornecedores das estruturas que não apoiam o pensamento probabilístico;

(12) a exposição prolongada à incerteza apreciada como perigo pode conduzir a pensamentos incômodos, à revogação e a uma severa perturbação emocional (COSTA, 2017).

### **2.3.1 EXPANSÃO E DESENVOLVIMENTO DA TEORIA**

A utilização da Teoria da Incerteza na Doença de Mishel vem ganhando expressividade nos últimos dez anos. Entretanto, ainda se percebe a sua subutilização na prática e na investigação, o que pode ser identificado através da análise das produções científicas embasadas na teoria desde a sua concepção até os dias atuais. Os primeiros estudos que se respaldaram na teoria foram desenvolvidos e documentados pela própria Merle Mishel e foram voltados principalmente para o âmbito da oncologia e das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, a exemplo do HIV e do Diabetes, respectivamente.

Os preceitos da teoria têm sido utilizados, ainda que sutilmente, como estrutura para teses e dissertações, em níveis nacional e internacional. Em sua maioria, a expansão e aplicabilidade da teoria englobam a experimentação de intervenções de enfermagem de caráter psicoeducativo derivadas da teoria no contexto do câncer, diabetes, paralisia cerebral, parto pré-termo, traumatismos e transplantes.

As escalas têm sido amplamente utilizadas também por pesquisadores para elencar os desdobramentos e implicações nas experiências e vivências de quem convive com a incerteza na realidade da doença. Os instrumentos foram traduzidos exitosamente para doze idiomas e aplicados em investigações de diferentes países.

Entretanto, um dado percebido é que, apesar de muitos pesquisadores utilizarem as escalas derivadas da teoria em suas pesquisas, a maior parte desses estudos não teve seus resultados respaldados pelos pressupostos e conceitos inerentes à estrutura da incerteza na doença proposta por Merle Mishel. Nota-se, ainda, a descontinuidade dos estudos, os quais mantêm um caráter bastante pontual e específico, uma vez que o movimento desejado seria o de continuidade, com novos estudos sendo desenvolvidos a partir de resultados já obtidos em pesquisas anteriores, a fim de explorar novas lacunas e/ou aprofundar algum achado para avançar sistematicamente no sentido de promover intervenções de enfermagem teoricamente originadas e cientificamente verificadas.

### **2.3.2 APLICAÇÃO DA TEORIA**

Como teoria de médio alcance, a TID se classifica como aplicável à prática clínica e, dessa maneira, é um exemplo clássico das múltiplas etapas necessárias para desenvolver uma teoria. A teoria não é totalmente indutiva nem dedutiva. Mishel utilizou a teoria original como estrutura para cinco trabalhos de intervenção em enfermagem, o que provou ser eficaz no aumento do conhecimento sobre câncer em homens e mulheres e em crianças que enfrentam doenças graves. Assim, a autora acredita que o produto mais importante de seu programa de investigação é o regresso do conhecimento à prática (SILVA *et al*, 2016).

Na pesquisa baseada na teoria de Mishel, os enfermeiros, como fonte de estímulo ou autoridade credível, têm um papel de ajudar um indivíduo cronicamente doente ou sua família a ver a incerteza como uma oportunidade. De acordo com a teoria de Mishel, as fontes de estímulo influenciam diretamente a incerteza ao ajudar o indivíduo e sua família a determinar a familiaridade de eventos e o padrão de seus sintomas, e a afirmação de opiniões sobre uma situação por profissionais da saúde que fornecem suporte social reduzem a incerteza. Mishel (1990) enfatiza essa estrutura envolvendo especificamente figuras de apoio social como influentes em ajudar o paciente a adquirir uma visão probabilística da incerteza sobre doença e tratamento (SILVA *et al.*, 2016).

### **2.4 POLO MORFOLÓGICO**

O polo morfológico se refere às regras de estruturação, de formação ou de construção do objeto científico, por meio de modelos ou cópias ou de simulação de problemáticas reais.

“Se a teoria é o lugar da formulação da problemática, o polo morfológico é seu lugar de objetivação. Este polo representa o plano de organização dos fenômenos, os modos de articulação da expressão teórica objetivada da problemática da pesquisa” (DE BRUYNE *et al.*, 1977).

Pela sua pertinência, utilizou-se como polo a Análise de Conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção destas mensagens (BARDIN, 2016).

Inicialmente, pode-se dizer que análise de conteúdo é uma técnica refinada que exige muita dedicação, paciência e tempo do pesquisador, que tem de se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise. Para tanto, disciplina, perseverança e rigor são essenciais. Bardin (2016) indica que a análise de conteúdo já era utilizada desde as primeiras tentativas da humanidade de interpretar os livros sagrados, tendo sido sistematizada como método apenas na década de 20 por Leavell.

Godoy (1995) afirma que a análise de conteúdo, segundo a perspectiva de Bardin, consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, qual seja a natureza do seu suporte. Nessa análise, o pesquisador busca compreender as características peculiares de cada sujeito, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens levados em consideração.

Bardin (2016) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais conforme o esquema apresentado na figura 6: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

**Figura 6: Três fases da Análise de Conteúdo. Maceió, AL, Brasil, 2021.**



Fonte: Adaptado de Bardin (2016), pelo autor.

A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização. Nela, estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis.

Segundo Bardin (2016), inicia-se o trabalho pela escolha dos documentos a serem analisados. No caso de entrevistas, elas serão transcritas e a sua reunião constituirá o corpus da pesquisa. Para tanto, é preciso obedecer às regras de exaustividade (deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada), representatividade (a amostra deve representar o universo), homogeneidade (os dados devem se referir ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes), pertinência (os documentos precisam se adaptar ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria).

Com os dados transcritos, inicia-se a leitura flutuante. Em seguida, passa-se à escolha de categorias que surgirão das perguntas norteadoras e à organização destas em subcategorias e/ou núcleos de sentido. Os temas que se repetem com muita frequência são recortados “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 2016).

Para Bardin (2016), na segunda fase serão escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os procedimentos de codificação que compreendem a escolha de unidades de registro.

A seguir, agrupam-se os temas nas categorias definidas, que, no total, culminaram em 5 categorias e 18 subcategorias, descritas em quadros matriciais, que estarão expostos nos resultados, pelos pressupostos utilizados por Bardin (2016). A definição pode obedecer ao conceito definido no referencial teórico ou ser fundamentada nas verbalizações relativas aos temas, título e definição; ambos devem ser registrados nos quadros matriciais. Ainda de acordo com Bardin (2016), as categorias podem ser criadas a priori ou a posteriori, isto é, segundo apenas a teoria ou após a coleta de dados.

O título da categoria e sua definição, assim como das subcategorias, foram estabelecidos tomando-se por base a caracterização do participante (Apêndice A) e a obtenção da história espiritual dos pacientes, em que se utilizou o instrumento CSI-MEMO (Anexo A) e as falas dos entrevistados, seguindo sugestão de Mendes (2007), que propõe que “o nome e a definição devem ser sempre criados com base nos conteúdos verbalizados e com um certo refinamento gramatical de forma. “Às vezes, o nome da categoria é uma fala do sujeito”.

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação. O pesquisador procurará torná-los significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido.

Durante a interpretação dos dados é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica dará sentido à interpretação. Assim, fecha-se o processo de análise de conteúdo. Além disso, releva lembrar que essas três fases devem ser seguidas.

## **2.5 POLO TÉCNICO**

O polo técnico está relacionado com a coleta dos dados e se deve esforçar por constatá-los para poder confrontá-los com a teoria que os suscitou, ou seja, a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel. Tem modos de investigação particulares, tais como estudos de caso, estudos comparativos, experimentações, qualitativos, simulações. E esses modos de investigação indicam escolhas práticas pelas quais os pesquisadores optam por tipo de olhar, de encontro com os fatos empíricos (BRUYNE et al., 1977). Assim, a pesquisa, em seu polo técnico, coletará os dados em função dos quais elaborará seus fatos.

As informações serão produzidas através da técnica de entrevista, método de coleta de dados utilizado para pesquisas que abordam vivências e percepções que possibilitam o acesso a dados descritivos da linguagem própria do sujeito e permite que o investigador desenvolva, interativamente, uma ideia sobre a forma como os indivíduos interpretam aspectos do mundo (MANZINI, 2012). Realizaram-se entrevistas em três momentos: no primeiro, usaram-se dados de caracterização do entrevistado, como raça/cor, idade, estado civil, escolaridade, naturalidade, religião e tipo do câncer (Apêndice A); no segundo, para a obtenção de história espiritual, utilizou-se o instrumento CSI-MEMO (Anexo A), já validado no Brasil, e, no terceiro e último momento, utilizou-se a escala da incerteza na doença (Adulto) de Merle Mishel (Anexo B). Utilizou-se o um aparelho celular do tipo Iphone como instrumento de obtenção das informações, o que possibilitou a transcrição na íntegra e a melhor análise dos resultados.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como característica a formulação de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam com

o tema investigado. O foco principal é colocado pelo investigador-entrevistador e os questionamentos dão margem a novas hipóteses surgidas das respostas dos informantes.

Considerando que o interesse deste estudo é compreender o que fundamenta o comportamento manifesto das pessoas envolvidas, optamos pelo método da Entrevista Aberta ou em Profundidade (MINAYO, 2011), com questões norteadoras que permitem que o entrevistador tenha liberdade para desenvolver situações e explorar amplamente a questão desejada.

A entrevista visa a apreender a fala dos sujeitos, remetendo aos objetivos do estudo e configurando-se em uma conversa com finalidade, com suficiente abertura para aprofundar a comunicação. A entrevista tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e abordagem, pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (MINAYO, 2011, p.36).

Para discutir a análise dos dados foi utilizada a já definida Teoria da Incerteza na Doença, entendida neste estudo como um olhar metodológico capaz de relacionar as incertezas vivenciadas pelos pacientes frente ao diagnóstico de câncer e o papel dos enfermeiros no cuidado ao oncopaciente com os conceitos do cuidado centrado no paciente, bem como os elementos de “perigo” e “oportunidade” de Mishel.

Para a identificação e aproximação dos sujeitos que participaram do estudo, o pesquisador se dirigiu ao Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, apresentou o projeto de pesquisa à coordenadora do serviço e lhe solicitou a autorização para seu desenvolvimento. Em seguida, visitou o ambulatório de quimioterapia e radioterapia, conversou com as enfermeiras, explicando-lhes o objeto da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, e solicitou-lhes colaboração integral para facilitar a execução dos procedimentos relativos à investigação. A partir de então, foi definido um dia da semana para a realização das entrevistas com os pacientes.

O levantamento de informações foi iniciado em dezembro de 2020, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e finalizado em fevereiro de 2021.

## **2.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Os pacientes oncológicos atendidos no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário, tanto em regime ambulatorial como em regime de internação hospitalar, foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária e gratuita,

após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) individualmente, buscando-se anular quaisquer dúvidas sobre o entendimento das informações. Além disso, durante o período do estudo, os participantes receberam toda e qualquer informação solicitada. Não houve obrigatoriedade de participação na pesquisa e, nos casos em que, por qualquer motivo e após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os pacientes se recusaram a participar da pesquisa, foram respeitadas sua decisão e autonomia.

Além disso, procurou-se respeitar a privacidade e a comodidade dos pacientes, com a realização das entrevistas no cenário e horário previstos. Não houve necessidade de remarcação das entrevistas, uma vez que os dados foram coletados nos dias em que os pacientes estariam no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) por compromisso médico programado. Logo, a participação na pesquisa em nada lhes causou prejuízos ou desconforto.

Os benefícios oferecidos por esse estudo estão relacionados com a promoção da integralidade do cuidado, otimizando-o ao paciente oncológico e diminuindo suas incertezas até saber lidar de forma contínua com elas. Além disso, essa proposta de aplicabilidade da Teoria da Incerteza na Doença poderá apontar caminhos que ampliem as possibilidades de o cuidado de enfermagem trabalhar com a espiritualidade no paciente crônico.

O pesquisador se propôs a não infligir, intencionalmente, danos ou males aos participantes. No entanto, existiu o risco de o entrevistado sentir-se desconfortável e constrangido devido aos seus comportamentos prévios. O paciente poderia sentir-se, ainda, ansioso ou estressado frente às modificações de seu estilo de vida habitual ou pela medicação em uso no momento (quimioterapia), bem como vir a se sentir triste ou frustrado por não ter conseguido cumprir os objetivos pactuados.

Houve, por parte do pesquisador, o compromisso em minimizar os riscos existentes, com o total respeito aos limites, preferências, demandas e barreiras apresentadas por cada indivíduo e, ainda, pela compreensão prévia dos objetivos e instrumentos utilizados no estudo. Nos casos em que os pacientes demonstraram desconforto ou cansaço, houve por bem ouvi-los, em respeito aos seus sentimentos, e interromper a entrevista, que foi retomada somente a critério do(a) entrevistado(a). É importante esclarecer que todas as perguntas foram explicadas minuciosamente aos participantes do estudo e que estes puderam, a qualquer momento, se recusar a respondê-las nos casos em que julgaram necessários.

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se um aparelho celular do tipo iPhone ou similar, sendo posteriormente transcritas na íntegra e analisadas. As transcrições ocorreram de forma fiel à narrativa, sendo registrados, inclusive, os períodos de paralinguagem, a exemplo

do silêncio e entonação vocal, e conservados os desvios normativos dos entrevistados com relação à língua portuguesa para que se não perca o sentido da comunicação. A identidade dos participantes foi preservada, substituindo-lhes o nome de batismo por códigos relacionados à ordem de realização das entrevistas.

Após a defesa deste estudo, os registros de áudio serão apagados e as transcrições arquivadas por cinco anos com o pesquisador responsável pela pesquisa. Os resultados serão divulgados em eventos científicos da área de saúde, bem como em publicações idôneas e ao alcance dos participantes.

O projeto dessa dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas através da Plataforma Brasil, sob o número de parecer 3.938.507 e CAAE 28052319.5.0000.5013 (Anexo B), e respeitou os princípios éticos propostos na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde nº 510 de 07 de abril de 2016, tendo sido garantido aos participantes o cumprimento dos preceitos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

### **3. RESULTADOS**

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no estudo, que relacionou a espiritualidade às incertezas vivenciadas pelos pacientes frente ao diagnóstico de câncer, associados aos elementos de “perigo” e “oportunidade” segundo a Teoria de Merle H. Mishel, guiados pelas três fases da análise de conteúdo de Bardin.

#### **3.1 Características Individuais dos Participantes da Pesquisa**

Durante as entrevistas, o pesquisador realizou o levantamento das características sociodemográficas e alguns fatores pessoais dos pacientes, como o tipo de câncer e religião. Tomando como princípio a individualidade e a singularidade de cada caso, tornou-se imprescindível, para melhor entendimento do contexto do cuidado espiritual, iniciar a apresentação dos resultados desta dissertação com uma breve apresentação dos participantes. Como forma de preservar a identidade dos envolvidos, foi estabelecido um código representado pela letra P, que alude à palavra “participante”, seguida do número de ordem da entrevista inicial.

O estudo contou com a participação de 11 pessoas, todas em acompanhamento médico pelo Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (CACON-HU).

O participante P1 é do sexo masculino, tem 63 anos, ensino fundamental incompleto e cor parda. Caminhoneiro de profissão, é natural de Marechal Deodoro-AL e reside em Maceió-AL. Ao longo da trajetória para obter o diagnóstico do câncer (CA), a doença foi confundida com uma infecção sexualmente transmissível. Há dois anos, ele começou a apresentar sinais e sintomas da doença, mas o diagnóstico de CA de próstata foi confirmado somente há quatro meses, assim como o início do tratamento (procedimento cirúrgico e quimioterapia), que foi realizado no CACON-HU. Sobre sua religião, diz ser evangélico.

O participante P2 é do sexo feminino, 56 anos, autoidentificada de cor preta e com ensino médio completo. É natural de Atalaia -AL e reside no mesmo município. A técnica de Enfermagem foi diagnosticada com CA de mama em 2008, razão pelo qual lhe foi retirada a mama esquerda e, em 2011, a mama direita. Alguns meses depois foi diagnosticada com CA de colo retal e submetida a um procedimento cirúrgico no Hospital Geral do Estado (HGE), sendo

necessário o uso de uma bolsa de colostomia. Posteriormente, foi encaminhada para o CACON-HU, onde está recebendo tratamento com quimioterapia. Quanto à religião, afirma ser espírita.

O participante P3, também do sexo feminino, tem 53 anos, ensino fundamental incompleto e é considerada de cor parda. É natural da cidade de Murici-AL, onde reside atualmente. Foi diagnosticada com CA de mama direita e, no momento, o único tratamento a que está sendo submetida é a quimioterapia. Sobre sua religião, diz ser evangélica.

A quarta entrevistada, P4, do sexo feminino, tem 27 anos, ensino fundamental completo e é considerada de cor parda. Natural de Propriá, em Sergipe, atualmente reside em Maceió-AL. Foi diagnosticada com CA de mama esquerda e, no momento da entrevista, o único tratamento a que estava sendo submetida era a quimioterapia. Com relação à religião, relata ser evangélica.

O participante P5, igualmente do sexo feminino, tem 44 anos, possui ensino médio completo e é considerada de cor parda. É natural de Maceió-AL, onde também reside. Foi diagnosticada com CA de estômago. No momento, o único tratamento recebido é a quimioterapia. Sobre a religião que segue, diz ser católica.

O P6 também é do sexo feminino, tem 75 anos, é analfabeta e se declara de cor parda. Natural de Aliança, em Pernambuco, foi diagnosticada com CA de mama. No momento, o único tratamento que recebe é a quimioterapia. Com relação à religião, considera-se católica.

O P7 tem 47 anos, sexo feminino e o ensino médio completo. É natural de Viçosa-AL e considerada de cor parda. Com diagnóstico de CA de pâncreas e de fígado, no momento, o único tratamento recebido é a quimioterapia. Com relação à religião, considera-se católica.

O participante P8, possui 38 anos, sexo feminino, ensino médio completo e considerada de cor parda. Natural de Maceió-AL, foi diagnosticada com CA de mama. No momento, o único tratamento recebido é a quimioterapia. Com relação à religião, afirmou ser evangélica.

O participante P9, 46 anos, é do sexo feminino e natural de São José da Laje-AL. Possui ensino médio completo e é considerada de cor branca. Diagnosticada com CA de pulmão, no momento, o único tratamento que recebe é a quimioterapia. Quanto à religião, diz ser evangélica.

Também do sexo feminino, o participante P10 tem 53 anos, com pós-graduação completa em Psicopedagogia. É natural de Água Preta-PE e considerada de cor amarela. Foi diagnosticada com Leucemia Mieloide Aguda e, no momento, o único tratamento é a quimioterapia. Declara-se católica.

O participante P11, último paciente a ser entrevistado, também é do sexo feminino e tem 69 anos. Natural de Porto Calvo-AL, possui o ensino médio completo e é considerada de cor branca. Foi diagnosticada com CA no reto e, no momento, está sendo submetida ao tratamento de quimioterapia e radioterapia. A respeito da religião, informou ser evangélica.

Tais características sociodemográficas e pessoais estão representadas no Quadro 2 a seguir:

**Quadro 2: Fatores sociodemográficos e pessoais dos participantes da pesquisa. Maceió, AL, Brasil, 2021.**

Paciente	Sexo	Idade	Escolaridade	Raça/Cor	Tipo de Câncer	Estado/Cidade	Religião
P1	M	63 anos	Fundamental incompleto	Parda	Câncer de Próstata	Marechal Deodoro/AL	Evangélico
P2	F	56 anos	Médio completo	Preta	Câncer de Mama e de Colo Retal	Atalaia/AL	Espírita
P3	F	53 anos	Fundamental incompleto	Parda	Câncer de Mama	Murici/AL	Evangélica
P4	F	27 anos	Fundamental completo	Parda	Câncer de Mama	Propriá/SE	Evangélica
P5	F	44 anos	Médio completo	Parda	Câncer de Estômago	Maceió/AL	Católica
P6	F	75 anos	Analfabeta	Parda	Câncer de Mama	Aliança/PE	Católica
P7	F	47 anos	Médio completo	Parda	Câncer no Pâncreas e no fígado	Viçosa/AL	Católica
P8	F	38 anos	Médio completo	Parda	Câncer de Mama	Maceió/AL	Evangélica
P9	F	46 anos	Médio completo	Branca	Câncer de Pulmão	São José da Laje/AL	Evangélica
P10	F	53 anos	Pós-graduação	Amarela	Leucemia Mieloide Aguda	Água Preta/PE	Católica
P11	F	69 anos	Médio completo	Branca	Câncer no Reto	Porto Calvo/AL	Evangélica

Fonte: Elaborado pelo autor

O estudo não teve a intenção de rastrear os participantes com base em critérios referentes ao tipo de câncer, estadiamento, sexo, raça/cor, religião, entre outros. Entretanto, é cabível pontuar a predominância de mulheres na pesquisa e o registro de apenas uma pessoa do sexo masculino. Entre as faixas etárias, predominou a faixa entre 40 e 75 anos. Com relação ao

tipo de câncer, o de mama foi o mais prevalente entre as mulheres e, quanto à escolaridade, a maioria possuía ensino médio completo. No que toca ao tratamento, seis pacientes realizaram algum tipo de cirurgia, todos realizaram ou realizam quimioterapia e apenas um foi submetido ao tratamento de radioterapia. Em decorrência de uma cirurgia, uma das pacientes utiliza bolsa de colostomia.

### 3.2 Escala da incerteza na doença e a mensuração da incerteza.

Os 11 participantes da pesquisa foram estudados quanto à aplicação da escala da Incerteza na Doença de Mishel (1988). Além disso, foi mensurado o grau da incerteza através do instrumento adaptado, construído a partir dessa escala original de Mishel (1988). Os resultados obtidos serão apresentados nessa seção.

**Tabela 1: Escore total por paciente obtido pela mensuração da incerteza na doença - Escala Mishel. Maceió, AL, Brasil, 2021.**

N.º PACIENTE	TOTAL ESCORE
P1	97
P2	104
P3	95
P4	89
P5	91
P6	110
P7	93
P8	83
P9	81
P10	118
P11	74

Fonte: Elaborada pelo autor

A tabela 1 trouxe os valores equivalentes ao escore total de incerteza na doença para

cada participante do estudo. De acordo com Mishel (1988), o escore total para cada paciente pode variar entre 30 e 150, cujo valor maior representa maior grau de incerteza na doença. Portanto, observou-se que, no estudo, o escore menor foi de 74 para o paciente identificado com o código P11 e o maior foi de 118 para o sujeito de código P10.

Três pacientes alcançaram escore total maior ou igual a 100, quatro pacientes maior ou igual a 90, três pacientes maior ou igual a 80 e um paciente maior ou igual a 70. O intervalo com maior prevalência de pacientes foi aquele cujos escores foram maiores ou iguais a 90, alcançando quatro pacientes, enquanto o menor registro foi apenas um paciente para o intervalo maior ou igual a 70.

De acordo com a escala e os resultados, todos os 11 participantes da pesquisa apresentaram um grau de incerteza médio. A maior parte das incertezas relatadas se deu por falta de alguma informação com relação à doença, falta de clareza sobre o tratamento e a imprevisibilidade sobre o futuro.

### 3.3. Síntese da escala de história espiritual CSI- MEMO

São o CSI-MEMO, como o acrônimo da expressão inglesa *Comfort, stress, influence, Member of religious community, other spiritual needs*, conforto, estresse, influência, membro da comunidade religiosa, outras necessidades espirituais.

**Quadro 3 – História espiritual segundo a escala CSI – MEMO. Maceió, AL, Brasil, 2021.**

(Continua)

<b>Perguntas</b>	<b>Síntese das respostas dos 11 sujeitos da pesquisa.</b>
1) Suas crenças religiosas/espirituais lhe dão conforto ou são fontes de estresse?	Em suas falas, os 11 participantes relataram que a religiosidade/espiritualidade são fonte de conforto. A grande maioria atrela o conforto a uma palavra que envolve Deus, palavra que traz conforto para a alma, que dá paz ao coração e diminui tristezas e incertezas. O conforto gira em volta da fé em Deus, ligado há alguma religião.
2) Você possui algum tipo de crença espiritual que pode influenciar suas decisões médicas?	Durante a pesquisa, três participantes relataram que as religiosidades/espiritualidades podem influenciar nas decisões médicas, associando a crença em Deus, na sua religião, a essa decisão. O restante declarou que não influencia, distinguindo em coisas diferentes e relatando que Deus deu o dom para os médicos e que é preciso seguir os que os médicos dizem, a exemplo de não deixar de seguir o tratamento, porque Deus vai curar, e o correto é seguir o que os médicos dizem, para que Deus possa

(Continuação)

	ajudar na cura.
3) Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa? Ela lhe ajuda de alguma forma?	Na entrevista, os 11 participantes afirmaram pertencer a alguma comunidade espiritual ou religiosa. Seis relataram ser evangélicos, quatro católicos e um espírita. Como forma de ajuda, a maioria diz ter encontrado na oração, em Deus, em Nossa Senhora, nas igrejas, família, amigos, vizinhos, profissionais de saúde, interseções e louvores esse conforto e ajuda.
4) Você possui alguma outra necessidade espiritual que gostaria de conversar com alguém?	Com relação a essa questão, dos 11 participantes apenas um relatou ter necessidade espiritual e que gostaria de conversar com alguém a respeito, saber mais de Deus, de escutar mais a palavra de Deus. O restante relatou estar satisfeito com suas necessidades espirituais, vinculando a sua espiritualidade à religião e à presença de Deus.

Fonte: Adaptado da escala CSI – MEMO pelo autor.

### 3.4 Categorias de análise

A análise dos dados foi desenvolvida a partir da leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas referentes aos instrumentos de caracterização do sujeito (Apêndice A) e da obtenção de história espiritual dos pacientes, em que se utilizou o instrumento CSI-MEMO (Anexo A) e as falas dos entrevistados. Ao utilizar a análise de conteúdo, proposta por Bardin, emergiram dos depoimentos dos pacientes cinco grandes categorias: crenças religiosas/espirituais como fontes de conforto na incerteza da doença; crenças religiosas/espirituais e a forma como elas influenciam nas decisões pessoais; crenças espirituais/religiosas como estratégias para o enfrentamento do câncer; fontes de apoio durante a caminhada até aqui e expectativa em torno da cura.

Em relação à categoria Crenças religiosas/espirituais como fontes de conforto da incerteza na doença, foram observadas quatro subcategorias: esperança no futuro; conforto como sustentação, conforto como disparador da compaixão do outro e conforto como bem-estar.

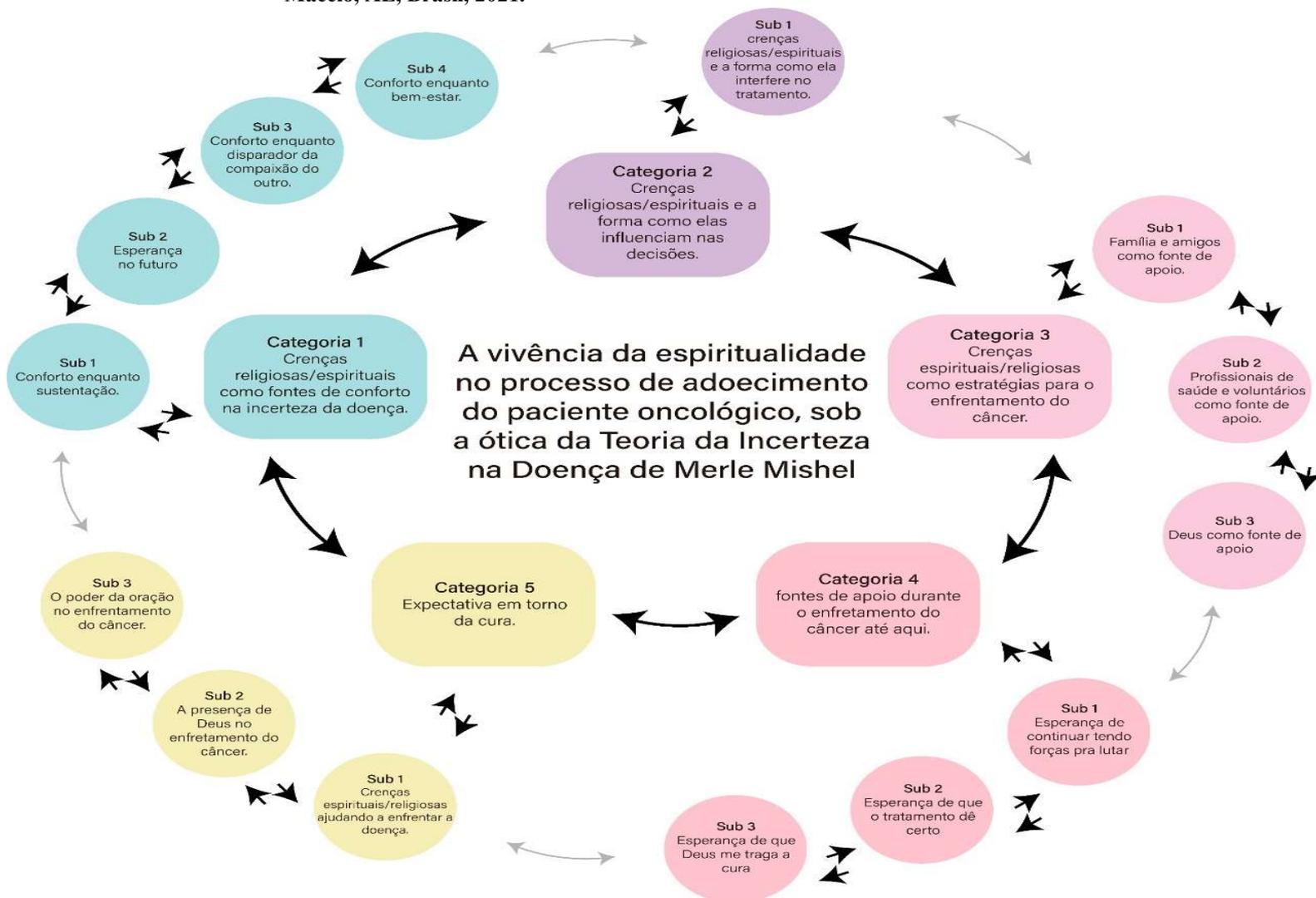
Relacionadas à categoria Crenças religiosas/espirituais e a forma como elas influenciam nas decisões pessoais, revelou-se uma subcategoria: crenças religiosas/espirituais e a forma como ela interfere no tratamento.

Na categoria Crenças espirituais/religiosas como estratégias para o enfrentamento do câncer, revelaram-se três subcategorias: crenças espirituais/religiosas que ajudam a enfrentar a doença, a presença de Deus no enfrentamento do câncer e o poder da oração no enfrentamento do câncer.

Relacionadas à categoria Fontes de apoio durante o enfrentamento do câncer até aqui, revelaram-se três subcategorias: família e amigos como fonte de apoio, profissionais de saúde e voluntários como fonte de apoio e Deus como fonte de apoio.

Referente à categoria Expectativa em torno da cura, revelaram-se três subcategorias: esperança de continuar tendo forças para lutar, esperança de que o tratamento dê certo e esperança de que Deus traga a cura.

**Figura 7: Fluxograma das categorias e subcategorias oriundas da análise de conteúdo segundo Bardin Maceió, AL, Brasil, 2021.**



Fonte: Elaborado pelo autor - Dados da Pesquisa

Categoria 1 - Crenças religiosas/espirituais (R/E) como fontes de conforto da incerteza na doença: consiste na convicção da pessoa em considerar que suas crenças religiosas e espirituais se apresentam como fonte de conforto, trazendo esperança no futuro, disparador de compaixão do outro e bem-estar, considerando essas representações com quatro subcategorias.

O estudo denominou essa categoria para possibilitar a compreensão de que os pacientes valorizam a espiritualidade como um recurso que os auxilia a aceitarem sua condição, proporcionando paz e leveza. Para os participantes, a espiritualidade/religiosidade, a oração e a crença em Deus podem promover tranquilidade, diminuindo suas incertezas quanto ao futuro da doença. As falas a seguir representam as subcategorias no sentido interpretado.

Subcategoria 1.1 - Esperança no futuro: representa um bem-estar pelo entendimento de que existe um sentido de superação do que vem passando, oriundo de uma fonte pessoal e transcendente, que se relaciona com algo maior e que lhe daria esperança na existência de um futuro após a doença, desvelado por meio da fé e da confiança para vencer obstáculos, como pode ser visto nas falas a seguir:

“Conforto porque me faz entender que o que estou passando tem um sentido e que vou ser capaz de superar[...]”. (P5)

“Conforto porque me religa à fonte suprema de cura, isto é, o poder divino”. (P7)

“Conforto enquanto fé e esperança no futuro. ” (P8)

Subcategoria 1.2 - Conforto como sustentação: revela que a religião/espiritualidade fornecem conforto, força e sustentação incessante durante o processo de adoecimento, em especial, quando está sendo difícil prosseguir. Portanto, a dimensão espiritual foi reconhecida pelos participantes como o principal recurso para o enfrentamento das incertezas que a doença pode ocasionar, dando estímulo ao longo dessa caminhada. Conforme demonstram os depoimentos a seguir:

“[...]são fonte de conforto né, a minha religião é essa que nem eu disse né, evangélica, é aonde a gente se apegava mais né, a minha fé é muito grande, e é com isso que eu estou me alimentando né, eu creio mais ainda. ” (P3)

“[...]não vou me apegar a homem, eu me apego com Deus, é ele que me fortalece, é ele que me dá forças todos os dias, e sem ele realmente fica difícil a gente continuar[...]”. (P9)

“[...]o que a gente pede a Jesus a gente encontra, demora né, mais um dia a gente encontra, ele está com nós né?” (P6)

Subcategoria 1.3 - Conforto é disparador da compaixão do outro: significa um bem-estar decorrente da constatação de que os outros intercederem pelo paciente, aproximando-o da comunidade espiritual para que chegue ao entendimento da vontade de Deus, elevando o ânimo e a autoestima e proporcionando o retorno ao autocuidado. Conforme representam as falas a seguir:

“Conforto porque leva os outros a intercederem por mim para me fazer compreender a vontade de Deus para minha vida.” (P6)

“Conforto porque me aproxima da minha comunidade espiritual, que me tranquiliza, motiva e melhora minha autoestima”. (P10)

“São fonte de conforto porque as vezes a gente recebe mensagem de alguém, que é da mesma igreja ou mesmo não sendo, palavra que envolve Deus, palavra que lhe traz conforto, conforto para sua alma, sua mente, que dá ânimo para você levantar, para você comer[...]”. (P10)

Subcategoria 1.4 - Conforto como bem-estar: traduz a espiritualidade/religião no sentido de seus estímulos desencadearem alegria, paz, tranquilidade e uma indescritível leveza da alma. Como visto nas afirmações a seguir:

“O conforto é você se sentir bem primeiro. Porque nós temos a escolha da gente o que é melhor pra gente né verdade? [...]” (P1)

“Conforto porque os estímulos da minha religião me dão melhora, paz e uma alegria indescritível.” (P11)

“São fonte de conforto. Ela me tranquiliza, minha alma fica mais leve.” (P5)

Categoria 2 - Crenças religiosas/espirituais e a forma como elas influenciam nas decisões: consiste na pessoa considerar que suas decisões estão ligadas diretamente com suas crenças religiosas e espirituais, trazendo consequências para sua vida.

Subcategoria 2.1 - Crenças religiosas/espirituais e a forma como elas interferem no tratamento: significa a crença de que a espiritualidade/religião, representada por Deus, sempre trará interferência no tratamento, pelo fato de os médicos receberem de Deus o dom de tratar para curar, pela possibilidade de orar e acreditar na presença constante de Jesus, desde que a pessoa

se disponha a fazer o tratamento e o que é correto nesse sentido. Como foi representado nas falas seguintes:

“[...]tenho que seguir os que os médicos dizem pra mim, porque eu sei que Deus deu o dom pra eles, pra eles fazerem o tratamento, pra eles me ajudarem[...]. ” (P9)

“[...]eu vou não deixar de fazer o tratamento porque Deus vai me curar[...]eu tenho que fazer correto os que os médicos dizem, pra que Deus venha me ajudar mais ainda. ” (P3)

“[...]qualquer religião ela não vai atrapalhar a minha saúde[...]. ” (P1)

“[...]eu acho que religião pode interferir sim no tratamento, porque quando eu tomei essa quimio, essa não, mas quando eu tomei a primeira, logo no começo, que é a mais que você fica derrubada, é aquela vermelha, eu mesma fiquei de cama, eu achava que não ia mais levantar, era vomitando direto, não queria comer, não queria saber de ninguém[...]. ” (P8)

“Acho que pode viu, o que a gente pede a Jesus a gente encontra, demora né, mais um dia a gente encontra. Ele está com nós né? ” (P6)

Categoria 3 - Crenças espirituais/religiosas como estratégias para o enfrentamento do câncer: consiste na crença do que a própria espiritualidade, representada na fé em Deus, no poder da oração, emanando uma “força”, pode ajudar a enfrentar o tratamento, amenizando a dor e diminuindo suas incertezas diante do câncer.

Subcategoria 3.1 - Crenças espirituais/religiosas ajudando a enfrentar a doença: significa que a fé em Deus, aceitar Jesus, o poder da oração, a presença de Nossa Senhora, ajudam a enfrentar a doença oncológica, porque dão conforto, esperança de dias melhores, enviam o amigo-irmão que socorre, ajuda a resolver as dificuldades, e aliviam a dor.

“[...]quando aceitei Jesus, tudo veio de bom, eu não tava operado ainda, as coisas chegaram mais rápido que eu esperava. Chegou gente que me ajudou, que eu nunca vou esquecer né? A gente não esperava, de repente essa pessoa bateu na porta, com caminhão e tudo de repente e era pra sessenta dias a minha marcação pra vim pra o médico e resolveu, ela resolveu com ele tudo, dentro de duas semanas resolveu. Então é tudo a mão de Deus. Deus envia uma pessoa, um filho... um irmão da gente que nos ajuda... Eu acreditei, fomos em frente, sofri, mas tô aqui[...]. ” (P1)

“[...]sempre quando estou com alguma dor, sempre peço muito a Deus, a Nossa Senhora, às vezes eles tiram a dor sem eu tomar o remédio e isso me conforta muito, muito, muito, que Deus é os médicos dos médicos. ” (P8)

[...]ajuda sim, me faz visita, me faz oração, faz campanha, financeiramente não, campanha de ajuda espiritual, claro, mas isso pra mim é uma ajuda que eu acho que é maior que tudo. ” (P10)

Subcategoria 3.2 – A presença de Deus no enfrentamento do câncer: significa considerar a presença de Deus curando, respondendo ao pedido de cura, caso esteja em Seus planos, aceitando Sua vontade e poder, tendo a fé em dias melhores, a certeza até do milagre.

“[...]Deus é quem conforta o coração de nós todos, porque sem Deus a gente não é nada, então assim, todos os dias eu peço a Deus, que Deus me dê minha cura e assim eu to vendo assim lentamente, mas tá bom, é tudo nos planos de Deus, é tudo como Deus quer e Deus manda e a gente tá aceitando, temos que aceitar, porque Deus é o médicos dos médicos, né verdade?” (P8)

“A minha fé né, gira muito em cima da fé né, o firme fundamento das coisas que não se ver, mas se espera, então foi uma fé que me deu um conforto de saber que meus dias seriam melhores. ” (P9)

“[...]creio em Deus, sou crente e tenho certeza que vou ficar boa, absoluta, vou pregar na igreja, vou dar culto em ação de graças, amém, pode ter certeza, vou fazer isso.”(P10)

“[...]quando eu tomei essa quimio, essa não, mais quando eu tomei a primeira, logo no começo, que é a mais que você fica derrubada, é aquela vermelha, a quimio vermelha, eu mesma fiquei de cama, eu achava que não ia mais levantar, era vomitando direto, não queria comer, não queria saber de ninguém, e quando foi em certo momento, umas duas horas da manhã, puxando três horas, veio uma pessoa e puxou meu braço, eu acho minha fé muito grande, então eu creio que seja a mão de Deus, porque o meu filho chamava eu pra comer, e eu não queria, eu achava que ali eu sentia puxar meu braço, eu sentia um puxavanco, que falou pra mim, levanta-te, que não chegou a sua hora, foi quando eu comecei a chorar, mais levantei, e sem contar a mão que eu sentia pesada em cima do meu peito, umas três vezes, eu tentava me levantar, mais não conseguia, com um peso em cima do meu peito, era Deus me curando, pronto, desse dia pra cá, eu nunca mais eu fiquei deitada, nunca mais.”(P3)

Subcategoria 3.3 - O poder da oração no enfrentamento do câncer: significa dizer que a oração, oriunda das igrejas, dos amigos e da família, juntamente com as mensagens por ela passada e a fé em Deus, vai restabelecer a saúde.

“[...]tem várias igrejas orando por mim, igrejas fora, tem minha família, amigos, os vizinhos, eu tenho amigos que eles oram, eles oram de manhã com o joelho no chão por mim, amigos, família, muita gente, é por isso que tenho a certeza, a minha fé em Deus, e eu sinto que ele vai restabelecer a minha saúde, essa certeza eu tenho, graças a Deus. ” (P11)

“Sou evangélica, Igreja Batista de lá de onde eu moro, Forene. Me ajuda através de orações, interseções, clamor, estão sempre em oração por mim.” (P9)

“[...]ela me ajuda com palavras, já é uma alimentação né, eu acho que me ajuda e muito. Só as palavras e as orações já é o bastante.” (P3)

Categoria 4 - Fontes de apoio durante o enfrentamento do câncer até aqui: consiste no apoio da família, amigos, profissionais de saúde e principalmente Deus na trajetória percorrida desde o diagnóstico da doença.

Subcategoria 4.1 - Família e amigos como fonte de apoio ou não: significa ter encontrado ou não, como principal fonte de apoio, os familiares e amigos mais próximos durante todo processo de adoecimento:

“[...]meu conforto foi minha família, meus filhos, meu esposo, minhas irmãs, que sempre estiveram comigo.” (P9)

“Tive ajuda de todos, da família e dos amigos.” (P4)

“[...]meu esposo me ajudou até aqui.” (P7)

“Eu praticamente venho só, mas a minha filha veio alguns dias. Mas ela ficou tão traumatizada, porque com 9 (nove) anos ela me viu doente aqui. Aí foi aquela coisa, acho que ela foi armazenando, aí agora depois de 11 anos, veio tudo de novo. Ela tem 19 anos, aí psicologicamente, emocionalmente, ela é frágil demais. Ela já estava ficando nervosa. Meu filho mais novo, que tem 17 anos, é outro ansioso. Aí, eu prefiro pessoas ao meu lado pra me deixarem segura, pra me deixar nervosa eu prefiro que não venha ninguém[...]” (P2)

Subcategoria 4.2 - Profissionais de saúde e voluntários como fonte de apoio: consiste no sentimento positivo de ter contado, durante seu processo de adoecimento, com alguns profissionais de saúde e voluntários como importantes fontes de apoio:

“[...]meu conforto foram os profissionais né, da área da saúde, que também me ajudaram muito, e a Casa Rosa que me apoiou e me apoia até hoje.” (S9)

Subcategoria 4.3 - Deus como fonte de apoio: significa entender que a espiritualidade e religiosidade estão atreladas a Deus, sendo Este o primeiro, o único capaz de acolher, promover o conforto e ajudar em tudo que for necessário.

“O que mais me ajudou até aqui foi assim, primeiramente Deus, minha família, amigos e as pessoas aqui de dentro que eles são muitos acolhedor.” (P2)

"Deus é minha única fonte de apoio." (P11)

“Meu conforto foi, é.. (paciente pensativa), primeiramente Deus né[...]"(P10)

“Ajuda de tudo, em primeiramente Deus, e ela (esposa) do meu lado. Que ajuda e tudo[...]" (P1)

Categoria 5 - Expectativa em torno da cura: consiste na esperança de continuar tendo forças para lutar, que o tratamento dê certo e que Deus traga a cura:

Subcategoria 5.1 - Esperança de continuar tendo forças para lutar: consiste na crença de que tudo ocorrerá bem, que viverá mais tempo, que mudanças na vida e da forma de pensar são esperadas, como também a convivência com a incerteza do dia da manhã, para o qual se deve estar preparado para o seu enfrentamento:

“Eu espero tudo de bom. Que ocorra tudo bem. Que eu me cure.” (P4)

“Espero viver mais tempo, ter muitas mudanças na minha vida, coisas que antes eu pensava de uma forma e hoje eu penso de outra, então assim, abriu algumas partes da minha visão que antes eu não tinha e hoje eu tenho.” (P8)

“[...]não sabemos o dia de amanhã, sabemos que tenho essa doença e infelizmente ela pode vim, pode não vim, então a gente tem que estar preparado para tudo, mas, aja o que houver cada um que vier eu vou lutar como eu sempre venho lutando do começo.” (P9)

Diante dos relatos acima, os participantes se apegam à esperança de ficarem bons, na crença de dia melhores, e essa esperança dá força pra continuar.

Subcategoria 5.2 - Esperança de que o tratamento dê certo: significa que a esperança se atrela ao pensamento positivo em ficar curado, de que o tratamento dará certo ou será necessário conviver com ele como forma de controle da doença, e de perspectivas de dias melhores:

“Eu espero que eu me cure, que eu continue o tratamento, não sei por quanto tempo, mas espero a cura que eu peço a Deus todos os dias. Porque já é a segunda vez, eu peço que Deus me cure, que eu fique me tratando, porque é por tempo indeterminado, e para alcançar a cura.” (P2)

“Eu espero que em breve eu faça, consiga fazer o transplante e continue fazendo o tratamento como deve ser depois do transplante, porque eu tenho indicação pra transplante, ai, já fizemos alguns testes na família ai e não deu, mas agora em breve eu espero conseguir já o doador e depois possa fazer o transplante e continuar aqui como tem que ser, e ficar boa é claro.” (P10)

“Ficar boa, ficar boa.” (P11)

Subcategoria 5.3 - Esperança de que Deus me traga a cura: significa que crer em Deus como o principal responsável pela sua cura, uma vez que Ele sabe o propósito e o sentido da sua vida, Ele é a esperança, Ele é a cura:

“Ah eu espero ficar boa, porque eu creio. Que Deus tem propósito na minha vida e por isso ficarei boa em nome de Jesus.” (P5)

“Eu espero que Jesus me cure, né?” (P6)

“Espero que fique recuperada logo né? Porque não é fácil passar um ano com esse sofrimento, porque é muito sofrimento, viu? Só Deus. Mas Deus é fiel e verdadeiro, Deus é a cura.” (P7)

**Quadro 4: Quadro matricial das sínteses das categorias e subcategorias e suas definições. Maceió, AL, Brasil, 2021.**

(Continua)

<b>CATEGORIA 1: Crenças religiosas/espirituais como fontes de conforto da incerteza na doença</b>
<b>Definição:</b> Consiste na convicção da pessoa em considerar que suas crenças religiosas e espirituais se apresentam como fonte de conforto, trazendo esperança no futuro, disparador de compaixão do outro e bem-estar, considerando essas representações com as quatro subcategorias dessa categoria.
<b>Subcategoria 1: Esperança no futuro</b>
<b>Definição:</b> Representa um bem-estar pelo entendimento de que existe um sentido de superação do que vem passando, oriundo de uma fonte pessoal e transcendente que se relaciona com algo maior e que daria esperança à existência de um futuro após a doença, desvelado por meio da fé e da confiança para vencer obstáculos.
(Continuação)
<b>Subcategoria 2: Conforto como sustentação</b>

**Definição:** Revela que a religião/espiritualidade são fontes de conforto, dão força e sustentação incessante durante o processo de adoecimento, em especial quando está sendo difícil prosseguir. Portanto, a dimensão espiritual foi reconhecida pelos entrevistados como um dos principais recursos para o enfrentamento das incertezas que a doença pode ocasionar, dando estímulo ao longo dessa caminhada.

**Subcategoria 3:**

Conforto como disparador da compaixão do outro

**Definição:** Significa um bem-estar decorrente da percepção de os outros intercederem por si, aproximando-o da comunidade espiritual, para que chegue ao entendimento da vontade de Deus, elevando o ânimo e a autoestima e proporcionando o retorno ao autocuidado.

**Subcategoria 4:**

Conforto como bem-estar

**Definição:** traduz a espiritualidade/religião no sentido de seus estímulos desencadearem alegria, paz, tranquilidade e uma indescritível leveza de alma.

**CATEGORIA 2:**

**Crenças religiosas/espirituais e a forma como elas influenciam nas minhas decisões.**

**Definição:** consiste em a pessoa considerar que suas decisões estão ligadas diretamente com suas crenças religiosas e espirituais, trazendo consequências para sua vida.

**Subcategoria 1:**

Crenças religiosas/espirituais e a forma como elas interferem no tratamento

**Definição:** significa a crença de que a espiritualidade/religião representadas por Deus sempre trará interferência no tratamento, porque os médicos receberam Dele o dom de tratar para curar, pela possibilidade de orar e acreditar na presença constante de Jesus, desde que a pessoa se disponha a fazer o tratamento e o que é correto nesse sentido.

(Continua)

**CATEGORIA 3:**

**Crenças espirituais/religiosas como estratégias para o enfrentamento do câncer**

**Definição:** consiste na crença do uso da própria espiritualidade, na fé em Deus, no poder da oração em emanar uma “força” que ajuda a enfrentar seu tratamento, amenizando sua dor e diminuindo suas incertezas diante da doença oncológica.

(Continuação)

**Subcategoria 1:**

Crenças espirituais/religiosas ajudando a enfrentar a doença

**Definição:** significa que a fé em Deus, aceitar Jesus, o poder da oração, a presença de Nossa Senhora, ajudam a enfrentar a doença oncológica, porque dão conforto, esperança de dias melhores, enviam o amigo-irmão que socorre e ajuda a resolver as dificuldades e aliviam a

dor.
<b>Subcategoria 2:</b> A presença de Deus no enfrentamento do câncer
<b>Definição:</b> significa considerar a presença de Deus curando, respondendo ao pedido de cura, caso esteja em Seus planos, aceitando Sua vontade e poder, tendo a fé em dias melhores, a certeza até do milagre.
<b>Subcategoria 3:</b> O poder da oração no enfrentamento do câncer
<b>Definição:</b> significa dizer que a oração, oriunda das igrejas, dos amigos e da família, juntamente com as mensagens por ela passada e a fé em Deus, vai restabelecer a saúde.

<b>CATEGORIA 4:</b> <b>Fontes de apoio durante o enfrentamento do câncer até aqui</b>
<b>Definição:</b> consiste no apoio da família, amigos, profissionais de saúde e principalmente na fé em Deus na trajetória percorrida desde o diagnóstico da doença.
<b>Subcategoria 1:</b> Família e amigos como fonte de apoio ou não
<b>Definição:</b> significa ter encontrado ou não, como principal fonte de apoio, os familiares e amigos mais próximos durante todo processo de adoecimento.
<b>Subcategoria 2:</b> Profissionais de saúde e voluntários como fonte de apoio
<b>Definição:</b> consiste no sentimento positivo de ter contado, durante seu processo de adoecimento, com alguns profissionais de saúde e voluntários como importantes fontes de apoio.
<b>Subcategoria 3:</b> Deus como fonte de apoio
<b>Definição:</b> significa entender que a espiritualidade e religiosidade estão atreladas a Deus, sendo Este o primeiro, o único capaz de acolher, promover o conforto e ajudar em tudo que for necessário.

<b>CATEGORIA 5:</b> <b>Expectativa em torno da cura</b>
<b>Definição:</b> consiste na esperança de continuar tendo forças para lutar, em que o tratamento dê certo e em que Deus traga a cura.
<b>Subcategoria 1:</b> Esperança de continuar tendo forças para lutar
<b>Definição:</b> consiste na crença de que tudo ocorrerá bem, que viverá mais tempo, que mudanças na vida e da forma de pensar são esperadas, como também a convivência com a incerteza do dia da manhã para o qual se deve estar preparado no seu enfrentamento.
<b>Subcategoria 2:</b> Esperança de que o tratamento dê certo
<b>Definição:</b> significa que a esperança se atrela ao pensamento positivo de ficar curado, de que o tratamento dará certo, ou será necessário conviver com ele como forma de controle da doença, e de perspectivas de dias melhores.

**Subcategoria 3:**

Esperança de que Deus me traga a cura

**Definição:** significa crer em Deus como o principal responsável pela sua cura, uma vez que Ele sabe o propósito e o sentido de sua vida, Ele é a esperança, Ele é a cura.

#### 4. DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa exploram as perspectivas a respeito da espiritualidade e do cuidado espiritual de indivíduos com doença oncológica, principalmente nos fazendo entender como a espiritualidade atua na incerteza da doença. Para isso, utilizamos como referencial teórico para analisar a referida situação a Teoria da Incerteza na Doença. Mishel (2003) afirma que as incertezas geradas pela doença são de cunho psicológico e emocional e provocam estresse por parte de quem sofre, por não saber o que lhe pode acontecer no futuro, como destaca Gondim (2009).

Neste estudo apontou-se uma predominância de participantes do sexo feminino (90%), ou seja, dos 11 entrevistados, 10 eram mulheres, variando numa faixa etária entre 40 e 75 anos. Todos responderam em afirmativo sobre crenças religiosas/espirituais, sendo a maioria evangélica. Com relação à escolaridade, a maioria possuía ensino médio completo e apenas um afirmou ser analfabeto.

Mishel (1988), em sua Teoria da Incerteza na Doença especula que o nível de educação formal fornece um recurso cognitivo para compreender as informações relacionadas à doença e construir o significado dos eventos a ela relacionados, reduzindo, portanto, a sua incerteza. Kazer *et al.* (2013) complementam afirmando que os pacientes com câncer com níveis mais baixos de educação eram mais propensos a relatar níveis mais altos de incerteza na doença.

A tabela 1, citada no item Resultados (p.49), nos trouxe os valores equivalentes ao escore total de incerteza na doença para cada entrevistado. De acordo com Mishel (1981), o escore total para cada paciente pode variar entre 30 e 150, cujo valor maior representa maior grau de incerteza. Foi observado no estudo que o menor escore foi de 74 para o entrevistado identificado com o código P11 e o maior foi de 118 para o de código P10, concluindo que todos os participantes deste estudo apresentaram, no mínimo, um grau médio de incerteza.

Em sua teoria, Mishel (2003) discute que, quando um evento produz incerteza nos pacientes, principalmente os que possuem alguma doença crônica como o câncer, as características presentes são a ambiguidade, quando os pacientes não possuem habilidades suficientes para compreender o real significado da doença e suas implicações e a compreensão da doença nesse momento ainda é nebulosa; a falta de clareza, ou seja, a ausência de compreensão nas explicações dadas; e a falta de informação, que ocorre quando as informações não são repassadas aos pacientes (MISHEL, 2003).

Em seu estudo, Mello et al., (2021) afirma que os pacientes com câncer podem apresentar múltiplos sintomas que se inter-relacionam, formando os chamados agrupamentos de sintomas, e que para que o paciente com câncer possa melhor aceitar a condição em que está inserido e aprenda a lidar com uma nova situação, ele necessita obter o maior número possível de informações a respeito do seu quadro clínico, para não alimentar dúvidas e questionamentos acerca da sua doença. Portanto, o reconhecimento da importância dos agrupamentos pode mudar a prática clínica e permitir o aprimoramento de intervenções, interferindo diretamente no cuidado ao paciente (MELLO et al., 2021)

Quanto aos aspectos referentes à categoria crenças religiosas/espirituais como fonte de conforto da incerteza na doença, os participantes dessa pesquisa deram o sentido de que a espiritualidade/religiosidade são fonte de conforto enquanto sustentação, conforto enquanto esperança no futuro, enquanto disparador da compaixão do outro e enquanto bem-estar.

Arrieira *et al.* (2017) afirma que a fé traz conforto e explica o que parece inexplicável no enfrentamento de situações difíceis pelas quais passam os pacientes com câncer e seus familiares e que, diante dos sentimentos de insegurança e tristeza vivenciados, eles encontram em suas crenças e práticas espirituais apoio para o enfrentamento e respostas aos questionamentos, quase nunca explícitos, sobre o viver e o morrer.

De forma semelhante, no estudo de Bouso *et al.* (2011) foi visto que a fé e o suporte promovido pela espiritualidade proporcionam um melhor controle interno frente às situações temerosas e incertas. As religiões oferecem soluções para o dilema da morte, geralmente associadas à presença de Deus, independentemente da crença religiosa da pessoa. A prática espiritual torna-se uma estratégia de recuperação de forças perdidas durante a experiência de sofrimento. Nesse contexto, as crenças e práticas religiosas atendem à necessidade dos pacientes com uma doença oncológica de ter uma expectativa de esperança para o futuro.

Observa-se que, apesar das diferentes manifestações de religiosidade/espiritualidade como formas de conforto referidas pelos participantes desse estudo, foi unânime o reconhecimento do conforto e auxílio que receberam por meio das crenças religiosas/espirituais, sendo, inclusive, atribuídos sentimentos de leveza e tranquilidade após escutar uma palavra que envolve Deus, esclarecimento por meio de mensagens bíblicas e leitura da Bíblia, sensação de uma alegria indescritível e até esperança de cura. Isso trouxe o sentido de complementaridade entre o biopsicossocial e o espiritual, levando à integralidade do cuidado, considerando todas as dimensões da pessoa.

Em estudo semelhante Oliveira *et al.* (2018) atrelam a melhoria da qualidade de vida e conforto à espiritualidade, indicando que uma intervenção multidisciplinar que inclui um componente espiritual liderado por um capelão tem um impacto significativo na qualidade de vida de pacientes com câncer. Sinclair *et al.* (2016) afirmam que os resultados do estudo sugerem que a espiritualidade é importante, porque os pacientes encontram significado de vida em meio à incerteza, diminuindo os traumas relacionados à doença.

Em estudo conduzido por Asgeirsdottir *et al.* (2013), baseado na abordagem fenomenológica, com o objetivo de investigar a dimensão espiritual de pacientes com câncer por meio da avaliação da influência das experiências de espiritualidade em suas vidas e em seu bem-estar, emergiram aspectos religiosos e não religiosos da espiritualidade (relações familiares, o significado de Deus e bem-estar), destacando-se práticas espirituais que foram propulsoras do fortalecimento de recursos internos, da motivação e da esperança. A fé evidenciou-se como elemento fundamental da espiritualidade para os participantes do referido estudo e os autores ressaltaram a importância da exploração da dimensão espiritual na prática profissional.

Em um outro estudo, Arias *et al.* (2019) reiteram que a espiritualidade é um elemento crucial para aliviar o medo e a incerteza dos pacientes com câncer, devido à proximidade com o fim da vida (SILVA *et al.*, 2018)

Quanto aos aspectos referentes à categoria crenças religiosas/espirituais e a forma como elas influenciam nas decisões, os entrevistados deram o sentido de que a espiritualidade/religiosidade representadas por Deus sempre trarão interferência no tratamento, porque os médicos receberam Dele o dom de tratar para cura.

Mishel *et al.* (2009) pesquisaram os efeitos do gerenciamento da incerteza na doença nas decisões de tratamento do câncer de próstata em estágio inicial e demonstrou que o grupo da intervenção que recebeu ações nesse sentido apresentou importante eficácia na gestão das suas incertezas.

Trabalho como o de Forti, Samanta e Scaduto (2020), têm demonstrado que a espiritualidade/religiosidade permite uma elaboração subjetiva e a atribuição de um sentido à vida, que levam a um aumento da motivação para o enfrentamento e superação do adoecimento. Que indivíduos com maior religiosidade/espiritualidade referem melhor bem-estar geral, menores índices de ansiedade, diminuindo suas incertezas.

Para Johnson *et al.* (2011), a busca por um sentido para a vida, paz e compreensão do universo através da fé, torna o indivíduo mais consciente do processo de adoecimento e o curso

natural da própria doença, fazendo com que a vivência do diagnóstico, tratamento e acompanhamento seja mais otimista e positivo. A oração, por meio da espiritualidade, também alivia a tensão e aumenta a esperança, reduzindo os níveis de ansiedade e incertezas. A espiritualidade/religiosidade ocupam importante espaço na vida das pessoas, ajudando-as a encontrar o significado e a coerência no mundo.

Merle Mishel (1990), em sua reconceitualização da teoria, baseou-se nos princípios da Teoria do Caos, por julgar que se refere aos sistemas abertos, permitindo uma melhor noção de como a enfermidade influencia no desequilíbrio da situação e como se propõe encontrar estratégias de enfrentamento para dar um novo sentido à enfermidade. Mishel também se apoiou concomitantemente a sua experiência de vida pessoal, durante o tratamento do pai, quando este foi diagnosticado com câncer, e pode observar suas reações, como o pai prestava atenção a detalhes até então insignificantes (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Estudos como o de Costa *et al.*, (2016) reforçam o importante papel da enfermagem nos cuidados espirituais e afirmam que os profissionais devem auxiliar os pacientes a se religarem a algo que lhes dê apoio e força do ponto de vista espiritual e/ou religioso durante o tratamento. Estudos documentaram necessidades espirituais e ilustraram o sofrimento existencial, angústia espiritual e dor espiritual em pacientes com doenças que ameaçam a vida (LUNDER; FURLAN; SIMONIČ, 2011; *et al.*)

Xavier, Correa Júnior, Carvalho, Lima e Santana (2019), em seu estudo, analisou que o perfil de diagnósticos de enfermagem baseados nas dimensões do Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM), apresentados por pacientes oncológicos em cuidados paliativos, sobressaiu as dimensões sob quatro eixos básicos voltados aos cuidados paliativos: físico, familiar/social, psíquico e espiritual. Tal estratégia evidenciou o fortalecimento da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), frente ao trabalho do enfermeiro em atenção ao indivíduo de maneira integral. Os autores pontuaram como diagnósticos de enfermagem dentro da dimensão espiritual, a desesperança, incertezas com relação ao futuro e o risco de sofrimento espiritual (XAVIER, Érika de Cássia Lima et al., 2019)

Para tanto, a Nanda-I (2018) esclarece que a dimensão espiritual pode ser compreendida como potência interna que os indivíduos possuem para viver as adversidades da vida e, quanto aos diagnósticos supracitados, define a desesperança como um estado em que a pessoa tem dificuldades de encontrar alternativas, tornando-se incapaz de encontrar forças para reagir e se defender; e o risco de sofrimento espiritual é a fragilidade na busca por significação à vida ao conectar-se consigo.

Mishel (1988) define, em sua teoria, o esquema cognitivo como a interpretação pessoal do paciente a respeito de sua doença, tratamento e hospitalização e o quadro de estímulos como a forma, composição e estrutura dos estímulos que ele recebe. Esses estímulos se estruturam dentro de um sistema cognitivo e se subdividem no padrão de sintomas, que representa o grau em que os sintomas se apresentam suficientes para formularem padrões ou configurações. Para isso os sintomas devem ser avaliados quanto à quantidade, intensidade, frequência, duração e localização (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A familiaridade dos fatos (tratamento oncológico) é outra subdivisão do quadro de estímulos. Representa o grau em que os acontecimentos e fatos vão se tornando repetitivos e habituais até chegarem ao grau de serem reconhecidos. Quanto mais um evento se torna habitual, menos incerteza o paciente experimenta. O quadro de estímulos também é representado pela coerência dos fatos, que traduz a coerência existente entre o esperado e o experimentado no contexto da enfermidade (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

HARROP *et al.*, (2017), em seu estudo, vincularam ativamente a subjuntividade à experiência do paciente com a incerteza em situações relacionadas aos cuidados de saúde. Ele percebeu que a incerteza pode gerar nos pacientes com doença crônica, nesse caso, o câncer, insegurança quanto ao seu tratamento, podendo atribuir significados ao desenvolvimento da doença, sejam eles positivos ou negativos. A incerteza é uma experiência comum para quem convive com o câncer, principalmente quando o tratamento não pode garantir a cura. O lidar com o câncer pode assumir várias formas: fisicamente, psicologicamente, espiritualmente, existencialmente ou religiosamente. (AHMADI; PARK; KIM; 2017; HARROP *et al.*, 2017).

Todos os entrevistados apresentaram um grau médio de incerteza, mas, especificamente ao serem perguntados sobre a proposta do tratamento afirmaram conhecer e não ter dúvidas a respeito. Ou seja, o quadro de estímulos para os participantes do estudo com relação ao tratamento oncológico estava coerente.

Em relação à categoria crenças religiosas/espirituais como estratégias de enfrentamento do câncer, os pesquisados consideraram que tais crenças ajudam a enfrentar a doença oncológica e que a presença de Deus e o poder da oração fazem toda a diferença durante o processo de tratamento.

Para Mishel (1990), a incerteza pode ser avaliada como um perigo ou como uma oportunidade e, dependendo da forma como é avaliada, diferentes estratégias serão utilizadas.

Sugeriu-se que uma das explicações para os pacientes manterem a incerteza seria para facilitar a esperança.

Oliveira (2018) avaliou que a oração induz a sensação de alívio das nossas tensões sofridas, pois, quando se ora a mente focaliza num determinado fim, libertando-se dos pensamentos negativos e das preocupações do dia a dia e que o sofrimento e a dor espiritual são experienciados por doentes portadores de câncer, sendo a espiritualidade um fenômeno solitário e intrínseco que abrange as necessidades do ser humano e solidifica uma crença já instituída (OLIVEIRA, 2018).

Em um estudo, Toledo, Ochoa e farias (2021), afirma que a espiritualidade/religião apoiou mulheres em seu ajustamento psicossocial ao câncer de mama, oferecendo-lhes um sentido de propósito e significado na vida. Ajudou a dar sentido ao tratamento, apesar de apresentarem efeitos colaterais adversos. O estudo mostrou que a espiritualidade desempenhou um papel proeminente no bem-estar físico e mental das mulheres, facilitando atitudes positivas e calmas, o que diminuiu o medo e as incertezas das mulheres durante o diagnóstico e tratamento do câncer.

Arriera et al. (2017) remetem em seu estudo que as religiões oferecem soluções para o dilema da morte, geralmente associadas à presença de Deus, independentemente da crença religiosa da pessoa. A prática espiritual torna-se uma estratégia de recuperação de forças perdidas durante a experiência de sofrimento. Nesse contexto, as crenças e práticas religiosas atendem à necessidade de a pessoa de ter uma expectativa para o futuro (ARRIEIRA et al., 2017).

Os resultados dessa categoria corroboram com os achados de estudos que apontam a relação entre a espiritualidade, a manutenção da esperança e a atribuição de significados para a doença e para a vida. A espiritualidade propicia o senso de controle e ameniza o sofrimento vivido (ARRIEIRA et al., 2018).

Ao relatarem suas vivências no processo da doença oncológica, os participantes desse estudo desvelaram que a principal estratégia de enfrentamento da doença foi a crença espiritual/religiosa. Assim, é possível compreender que as estratégias de enfrentamento se ancoram na força/estímulo fornecidos pelo suporte espiritual, seja por meio da crença, fé, da oração e/ou de outros mecanismos capazes de transcender ao aspecto físico/biológico e atenuar o sofrimento humano. Portanto, a espiritualidade é capaz de restabelecer o equilíbrio, ao mobilizar forças/energias para a recuperação da saúde e/ou superar os momentos difíceis no percurso da doença e tratamento oncológico.

Na Teoria de Merle Mishel, um dos conceitos propostos remete ao conceito de esperança, sendo este o pensamento probabilístico. Para desenvolver o pensamento probabilístico, a natureza da incerteza precisa ser aceita como um ritmo natural da vida e, nesse estudo, a espiritualidade/religiosidade foram um catalisador para se chegar a esse pensamento. A expectativa de uma contínua certeza e previsibilidade é abandonada da realidade (MISHEL, 1990).

Coughlin et al (2017), colocam que a prática da espiritualidade torna os profissionais de saúde mais receptivos às demandas dos indivíduos, viabilizando um padrão de cuidado mais amplo e humanizado, amparando as necessidades espirituais das pessoas fragilizadas perante o câncer, criando sentidos novos sobre o problema e novas formas de enfrentá-lo (COUGHLIN et al., 2017).

Em relação à categoria fontes de apoio durante o enfrentamento do câncer até aqui, os participantes da pesquisa consideraram que Deus, familiares, amigos, profissionais de saúde e voluntários atuam como fornecedores de estrutura durante o processo da incerteza na doença.

Mishel (1990) relata em sua teoria que os fornecedores de estrutura representam os recursos existentes para atender à pessoa na interpretação do quadro de estímulos. Subdividem-se na autoridade credível, apoio social e educação. Autoridade com credibilidade representa o grau de confiabilidade que o paciente deposita nos profissionais de saúde que o atende e está associada diretamente e indiretamente à incerteza, que pode ser amenizada com o fornecimento de informações sobre as causas e consequências de seus sintomas. Indiretamente, o grau de confiabilidade está associado ao quadro de estímulos.

O apoio social é o suporte recebido pelo paciente, que o auxilia na incerteza, influenciando na interpretação dos acontecimentos. O apoio social pode influenciar direta e indiretamente a incerteza. Com níveis elevados de apoio social, o paciente tem uma visão mais clara do seu padrão de sintomas e um grau maior de familiaridade dos eventos. A educação está ligada ao quadro de estímulos, pois está positivamente associada a ele, uma vez que amplia a base de conhecimentos do paciente, possibilitando uma melhor interpretação dos sintomas com um largo repertório de referências (MISHEL, 1990).

Em uma pesquisa realizada por Rocha e Ciosak (2014), foi demonstrado que os indivíduos diagnosticados com uma doença crônica têm como fonte de conforto seus familiares (apoio social), sendo estes a principal fonte de força para lidar com a doença e o seu tratamento (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Para Mishel e Clayton (2003), o apoio proveniente de familiares, amigos e pessoas com experiências similares reduz diretamente e indiretamente a incerteza. Diretamente, influencia na modificação de três tipos de incerteza, a saber: ambiguidade sobre o estado da doença, complexidade do tratamento e imprevisibilidade acerca do futuro. De forma indireta, esse apoio reforça a clareza do padrão de sintomas que a pessoa está vivenciando.

Sobre esses aspectos, Barbosa (2012) fala que a doença relacionada à incerteza inclui questões que tratam do tratamento médico, bem como questões sobre experiências pessoais dos indivíduos. Um estudo revelou que muitos pacientes apreciaram a informação (educação) que receberam acerca dos acontecimentos relacionados com a doença oncológica; eles não se sentiam sozinhos, pois sabiam que um profissional de saúde (autoridade credível) estaria preocupado com sua doença e, conseqüentemente, com o seu bem-estar.

Para Mishel (1990), enfrentar seria gerir a incerteza e resolver a situação. Os profissionais de saúde podem ajudar os pacientes a encontrarem estratégias de enfrentamento, a fim de melhorar a condução do tratamento e situação clínica da doença (MISHEL, 1990).

Uma série de estudos mostrou que as intervenções de gerenciamento da incerteza podem melhorar a qualidade de vida entre pacientes com câncer (SONG, LIXIN et al., 2018). Por exemplo, uma intervenção mostrou-se eficaz no gerenciamento de incertezas quando projetada para ajudar os pacientes a identificarem suas preocupações específicas, reformular a percepção cognitiva da situação do câncer e fornecer informações relevantes sobre a doença (SONG, LIXIN et al., 2018).

Os dados do estudo Saad & Medeiros (2016) encontraram dados semelhantes ao conceito da subcategoria Deus como fonte de apoio. A pesquisa evidencia sobre a espiritualidade e saúde, cujos resultados consideram que a espiritualidade, diante de situações adversas, pode representar uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado e força. Assim, quando o ser humano se sente incapaz de encontrar um significado para os eventos da vida, como a doença oncológica, ele sofre pelo sentimento de vazio e desespero. Ao resgatar a espiritualidade, a fé em Deus, fortifica-se para enfrentar as situações de incerteza, sofrimento, angústia e medo, tendo em Deus sua principal fonte de apoio.

Ainda em relação à espiritualidade no enfrentamento do câncer, é possível observar nas falas dos entrevistados que o suporte espiritual mobiliza mecanismos psicoemocionais capazes de amenizar a dor, o sofrimento, o medo e as incertezas. Estes mecanismos, além de fornecerem o suporte necessário para a reflexão, possibilitam a reavaliação dos sentimentos,

comportamentos e atitudes na forma de encarar a doença e o tratamento e, conseqüentemente, transformações e/ou adaptações ao seu modo de viver (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Aguiar *et al.* (2011) ressaltam em seu estudo que, ao observarem a literatura que envolve pacientes com câncer, o apoio familiar e dos amigos mostra-se imprescindível para garantir o conforto e a diminuição de incertezas, trazendo a segurança que necessitam para o enfrentamento da doença e a espera de dias melhores (AGUIAR, *et al.*, 2011).

Em relação à categoria expectativa em torno da cura, os entrevistados consideraram a esperança como força para continuar lutando, de que o tratamento dê certo e que Deus traga a cura da doença, o que nos permite associar essa esperança à fase da expectativa de vida da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel.

Mishel (1990) define a fase de adaptação da doença ou nova perspectiva de vida como sendo a formulação de um novo sentido de ordem, onde a incerteza é aceita como ritmo de vida natural. Quando os pacientes superam o choque inicial do diagnóstico do câncer é o momento de descobrir maneiras de se adequarem ao novo momento existencial. E é nesse momento que eles começam a traçar planos e replanejar suas vidas.

Para Mishel (1990), a crença em um mundo condicional abre portas para considerar múltiplas possibilidades, uma vez que a certeza não é absoluta. Quando o pensamento probabilístico é usado, eventos são vistos como o resultado de várias eventualidades, e respostas diferentes são consideradas, sendo que a eficácia da sua ação é avaliada com múltiplas probabilidades de sucesso (MISHEL, 1990).

A fala dos entrevistados no tocante a essa categoria ressalta o papel da fé e sua contribuição para atravessarem os momentos difíceis pelos quais passaram ao longo do diagnóstico de câncer. A fé está associada à sensação de esperança, bem-estar e segurança de que Deus vai proporcionar a cura em algum momento. A fé representa uma forma de enfrentamento das situações difíceis durante o tratamento e acarreta conforto. Deduz-se que, baseado nas entrevistas, os participantes desse estudo seguem confiando em Deus para ajudá-los na reabilitação e cura.

Sobre isso, Garssen, Uwland-Sikkema e Visser (2014) afirmam que a descoberta de uma doença grave leva à derradeira questão acerca da realidade daquele acontecimento, podendo evocar uma crise no modo em que o indivíduo vivência o sentido da vida. Um caminho para conseguir suprir esse acontecimento é recorrer às experiências pessoais, sentimentos, opiniões, à esperança ou à fé, o que leva o indivíduo a voltar-se para a dimensão religiosa ou orienta para uma dimensão não religiosa.

Continuando nessa perspectiva, Mishel (1990) aborda uma nova habilidade de focar em várias alternativas, escolhas e possibilidades, reavaliar o que é verdadeiramente importante na vida e apreciar a fragilidade e imprevisibilidade das situações da vida. O pensamento probabilístico permite que a avaliação da incerteza seja alterada de perigo para oportunidade (MISHEL, 1990).

Guimaraes e Avezum (2007) referem-se à presença de Deus como alguém próximo, de fácil acesso, o que leva à sensação de bem-estar e conforto no relato de pacientes em tratamento de câncer, e essa sensação corrobora com o pensamento probabilístico de Mishel, pois faz com que a natureza da incerteza precisa ser aceita como um ritmo natural da vida (GUIMARAES; AVEZUM, 2007).

Oliveira (2018) afirma que a crença em um mundo condicional abre portas para considerar múltiplas possibilidades, uma vez que a certeza não é absoluta. Crer em Deus torna mais fácil o enfrentamento da doença. Na área da saúde, a espiritualidade é apontada como um fator de proteção contra o desenvolvimento de certas doenças e, também, como minimizador do número de óbitos em doentes portadores de determinadas enfermidades, contudo, a prática espiritual não deve substituir a prática clínica e, sim, complementá-la.

Em um estudo de Turke et al., (2020), mostra que cada vez mais, a espiritualidade se apresenta como uma alternativa e estratégia de enfrentamento diante das situações considerado difícil e impactante, como é o caso do diagnóstico e tratamento do câncer, que produz vários eventos estressantes e incertezas. Algumas das estratégias positivas associadas à espiritualidade são a melhoria de saúde mental, redução do estresse e das incertezas e o crescimento espiritual. A crença faz com que eles mantenham seus esforços para a recuperação plena, cultivando planos de vida.

De acordo com Mishel (1990), um dos fatores que influencia a formação de uma nova perspectiva de vida são os profissionais de saúde. As informações repassadas aos pacientes promovem uma visão probabilística no mundo, encorajando o desenvolvimento de uma nova visão de ordem. As atividades do enfermeiro em doenças crônicas normalmente funcionam para promover o pensamento probabilístico quando estes ajudam o paciente a considerar novas opções para a realização de atividades, considerar alternativas para se ajustar às mudanças naturais da doença e/ou promover a noção de que há muitos fatores que influenciam sua resposta ao tratamento. (MISHEL, 1990)

Vale ressaltar a importância de os profissionais da saúde não ignorarem o aspecto espiritual no cuidado aos pacientes. Todo esse cuidado espiritual é percebido através da

fisionomia, pela atenção e amor que expressam em suas ações. É ressaltado que, nas falas dos participantes dessa pesquisa, essas atitudes auxiliam no tratamento.

Com essa nova perspectiva, a incerteza pode ser interpretada como uma oportunidade, originando um novo ponto de vista, e isso pode converter-se em uma força positiva para alcançar o bem-estar, um olhar mais positivo sobre a vida. (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

## 5. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar a espiritualidade sob a ótica da incerteza na doença. O que se considera como objetivo alcançado, uma vez que a história da espiritualidade dos participantes foi analisada nos que apresentavam média e grande incerteza, conforme a Teoria da Incerteza na Doença de Mishel.

A resposta à pergunta da pesquisa, como a espiritualidade configura-se no processo de adoecimento do paciente oncológico segundo a Teoria de Enfermagem da Incerteza na Doença de Merle Mishel, mostrou que a espiritualidade na incerteza da doença varia de pessoa para pessoa, atuando de forma singular em cada uma. Isto é, os pacientes apresentaram atitudes de readaptação nos seus relatos, e a presença da espiritualidade em suas vidas atuou como o principal mecanismo de força para lidar com a incerteza na doença, sendo esse momento chamado por Mishel de pensamento probabilístico, o paciente consegue viver e lidar com as suas incertezas na perspectiva que receba e tenha como resultado a cura ou a aquietação de seu sofrimento.

Os resultados identificaram que a doença ainda carrega o estigma do sofrimento, da angústia, da incerteza e do medo frente ao futuro. No entanto, entende-se que os significados, construídos pela forma particular do ser humano de sentir, de interpretar e reagir a estes acontecimentos, são capazes de proporcionar não somente um significado ao câncer, mas, sim, um real sentido à própria vida e, dessa forma, gerar sentimentos de esperança e suporte emocional para o enfrentamento da doença e do tratamento.

Ressalta-se ainda, a importância da família, dos amigos e dos profissionais de saúde no enfrentamento da incerteza ou na sua adaptação, atuando como fornecedores de estruturas (apoio social, autoridades credíveis), segundo a Teoria da Incerteza na Doença.

A teoria de Merle Mishel mostrou-se clara, simples, precisa e geral, atestando sua capacidade de ser aplicada aos pacientes acometidos por uma doença crônica, nesse estudo, a doença oncológica, possibilitando identificar os impactos da espiritualidade nas incertezas por eles vivenciadas.

A leitura do conteúdo das falas dos entrevistados à luz dessa teoria também propiciou a compreensão dos antecedentes da incerteza desses pacientes, as formas de enfrentamento da doença, os modos de adaptação e as avaliações sobre suas condições do momento.

Como produto desse trabalho, oferece-se, assim, aos profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros, que a Teoria de Enfermagem da Incerteza na Doença seja

capaz de subsidiar informações ou mesmo inspirar novas pesquisas na busca da melhora na assistência espiritual ao paciente crônico, principalmente aqueles acometidos por câncer, onde foi constatada uma alta prevalência da incerteza, para que esta possa ser cada vez mais aplicada à realidade da enfermagem brasileira.

As limitações desse trabalho são claras. A primeira se relacionou ao gênero dos participantes. A amostra foi composta por 10 (dez) mulheres e um (01) homem, pois esteve na dependência do número dos pacientes que puderam comparecer nos dias planejados para coleta. Portanto a grande maioria das informações são de mulheres e foi evidente a diferença da fala do único homem que foi entrevistado e que será objeto de um Estudo de caso. No projeto foi planejado que o estudo se daria em vários cenários desde ambulatório, enfermarias e domicílio. No entanto toda coleta foi realizada no cenário dos pacientes que estavam realizando quimioterapia ambulatorial, visto que estava proibido a presença de pessoas para além de um acompanhante, a presença de estudantes de graduação e pós-graduação nas enfermarias de oncologia, para evitar aglomerações, e no domicílio para prevenir contaminação das famílias e dos profissionais. Houve um atraso de meses para a coleta de informações prejudicando em muito o andamento da pesquisa no sentido de diversificar as informações para além de participantes que não tivessem atrelado a sua espiritualidade sempre a uma religião institucionalizada prejudicando o aprofundamento da análise dos resultados.

É oportuno sugerir a continuidade de trabalhos com objetos de estudos na direção da espiritualidade em saúde contemplando diversos olhares e momentos de pacientes, de atores que formam e são formados nas universidades, de profissionais de vários níveis da prática e integrantes da comunidade.

## REFERÊNCIAS

- ABUCHAIM, S.C.B. **Espiritualidade/religiosidade como recurso terapêutico na prática clínica: concepção dos estudantes de graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo.** 2018. 174f. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/51832>>. Acesso em 10/01/21.
- AGUIAR, M.I.F.; BRAGA, V.A.B. **Sentimentos e expectativas de pacientes candidatos ao transplante de fígado.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, revista v. 13, n. 3, p. 413-21, 2011. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/272853776\\_Sentimentos\\_e\\_expectativas\\_de\\_pacientes\\_candidatos\\_ao\\_transplante\\_de\\_figado](https://www.researchgate.net/publication/272853776_Sentimentos_e_expectativas_de_pacientes_candidatos_ao_transplante_de_figado)>. Acesso em: 22/10/16.
- ALMEIDA, A.M.; et al. **Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.9, n.5, p.63-69, 2001.
- APÓSTOLO, J.L.A. et al. **Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 575-82, 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt\\_v15n4a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a09.pdf)>. Acesso em: 14/08/18.
- ARIAS-HOJAS, M.; CARREÑO, S.; POSADA, C. **Incertidumbre de cuidadores familiares ante la enfermedad en pacientes en cuidados paliativos y factores asociados.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2019:1-8.
- AHMADI, F.; **Meaning-making coping among cancer patients in Sweden and South Korea: A comparative perspective.** Journal of Religion and Health, 56, 1794–181, 2017.
- ARRIEIRA, I.C.O. et al. **O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos.** Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 38, n. 3, e 58737, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000300415&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300415&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11/04/21.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. **Spirituality and the dying process: reflections of an interdisciplinary palliative care team.** Avances en Enfermería, v. 34, n. 2, p. 137-147, 2016.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. **Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52:e03312, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>. Acesso em: 21 jun. 2021.
- ASGEIRSDOTTIR, G.H. et al. **To cherish each day as it comes": a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care.** Support Care Cancer. 2013 May; 21 (5):1445-51. doi: 10.1007/s00520-012-1690-6. Epub 2013 Jan 4. PMID: 23288396.
- BALBONI, T.A. et al. **Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life.** J Clin Oncol [Internet], 2007 Feb [cited 2016 June 18]; 25(5):555-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515558/pdf/nihms58578.pdf>

BARBOSA, I.V. **Tradução, adaptação e validação da Mishel uncertainty in illness scale for family members:** aplicação em familiares de pessoas com paraplegia. 2012. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15629/1/2012\\_tese\\_ivbarbosa.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15629/1/2012_tese_ivbarbosa.pdf)>. Acesso em: 15/08/18.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3ª Reimpressão da 1ª. São Paulo: Edições, v. 70, 2016.

BARSS, K.S. **O cuidado espiritual na formação holística do enfermeiro:** uma eletiva de espiritualidade e saúde alicerçada na CONFIANÇA e na educação contemplativa. **Journal of Holistic Nursing**, v. 38, n. 1, pág. 122-130, 2020.

BENEDETTI, G.M.S.; SALES, C.A.; WAKIUCH, J. **Cuidado da equipe de saúde sob a ótica de pacientes em quimioterapia paliativa:** análise existencial. *Rev. Min Enferm.* 22: e-1122, 2018. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1254>>. Acesso em: 26/12/2018.

BENITES, A.C.; NEME C.M.B.; SANTOS, M.A.S. **Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos.** *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 34, n. 2, p. 269-279, 2017.

BENKO, M.A.; SILVA, M.J.P. **Pensando a espiritualidade no ensino de graduação /** Thinking about spirituality within nursing undergraduate program / Pensando en la espiritualidad en la enseñanza de pre-grado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 71-85, 1996

BOFF L. **Princípios de compaixão e cuidado.** Petrópolis: Vozes; 2000.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade: um caminho de transformação.** Sextante, 2006.

BOOTH, L., Kaylor, S. **Ensinando cuidado espiritual na educação de Enfermagem:** uma abordagem holística. *Enfermagem Holística Prática*, 32, 177 - 181. 2018.

BOUSSO, R.S. et al. **Crenças religiosas, doença e morte:** perspectiva da família na experiência de doença. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, Abr 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200014&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11/04/21.

BRAY, F. et al. **Planning and developing populations-based cancer registration in low-and middle-income settings.** Lyon, France: International Agency for Research on Cancer - (IARC technical publication, n. 43), 2018.

BURKHARDT, M.A.; NAGAI-JACOBSON, M.G. **Espiritualidade e Saúde.** Em Dossey, B., Keegan, L. (Eds.), *Enfermagem holística: um manual para a prática (7ª ed., Pp. 135 - 164).* Boston, MA: Jones & Bartlett, 2016.

CALDEIRA, S. **Cuidado Espiritual – Rezar como intervenção de enfermagem** / Spiritual Care – Prayer as a nursing intervention / Cuidado Espiritual – Rezar como intervenção de enfermagem, CuidArte Enfermagem. FIPA, Catanduva, v. 3, n. 2, p. 157-164, 2009.

CARBOGIM, F.C. et al. **Enfrentamento de familiares de pacientes em tratamento oncológico**. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, p. 51-60, 2019.

CAREY, L.; MATHISON, B.; KOENIG, H. (2018), **Cuidado espiritual para a prática de saúde aliada**: Uma abordagem centrada na pessoa (pp. 7 - 10). Londres, Inglaterra, Jessica Kingsley.

CAMPESINO, M.; BELYEA; M., SCHWARTZ, G. (2009). **Espiritualidade e identificação cultural entre estudantes universitários latinos e não latinos**. *Hispânico Saúde Internacional*, 7(2), 72-79. <https://doi.org/10.1891/1540-4153.7.2.72>.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar a primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: Lusociência, 2006

COROPES, V. B. A. S. et al. **A assistência dos enfermeiros aos pacientes com câncer em fase terminal**: revisão integrativa. Rev. Enferm. UFPE on line, p. 4920-4926, 2016.

COUGHLIN, Katherine et al. **Characterization of Spirituality in Maternal–Child Caregivers**. Journal of palliative medicine, v. 20, n. 9, p. 994-997, 2017.

CRUZ, F. S.; ROSSATO, L.G. **Cuidados com o paciente oncológico em tratamento quimioterápico**: o conhecimento dos enfermeiros da estratégia saúde da família. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 61, n. 4, p. 335-341.2015. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf)>. Acesso em: 26/12/2018.

CUBAS, M.R.; HONORATO DA SILVA, S.; ROSSO, M. **Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE)**: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, n. 1, 2010.

DA SILVA, T.C.V.; DE MAZZI, N.R. **A espiritualidade no cuidado perioperatório**: a perspectiva do paciente. Journal of Nursing and Health, v. 9, n. 2, 2019.

DA SILVA, W.B. et al. **Vivência da espiritualidade em mulheres diagnosticadas com câncer de mama**. 2019.

DE BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. 5 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

DIDOMÊNICO, L.S.S. et al. **Espiritualidade no cuidado em saúde e enfermagem**: revisão integrativa da literatura / Spirituality in health and nursing care: integrating review of the literature. Revista Enfermagem Atual In Derme - 88-27. Cuiabá/MT. 2019.

FIGUEIRÊDO, R.A.M. et al. **Representações sociais de saúde e doença entre acadêmicos de Medicina**. Ensino & Pesquisa, 2020.

DAUPHIN, S. et al. **Using liminality and subjunctivity to better understand how patients with cancer experience uncertainty throughout their illness trajectory.** *Qualitative health research*, v. 30, n. 3, p. 356-365, 2020.

DE BRUYNE, C.K.; YDE, M. **Binding of alkyl 1-thio- $\beta$ -d-galactopyranosides to  $\beta$ -d-galactosidase from *E. coli*.** *Carbohydrate research*, v. 56, n. 1, p. 153-164, 1977.

DELFINO, L.L. (2020). **Revolução da longevidade e a pluralidade do envelhecer.** Série Universitária. Editora Senac São Paulo, São Paulo/SP. 2020.

DELGADO-GUAY, M.O. et al. **Espiritualidade, religiosidade e dor espiritual em pacientes com câncer avançado.** *J. Pain Symptom Manage* 2011; 41: 986-94

EDWARDS, A.; PANG, N.; SHIU, V. **A compreensão da espiritualidade e o papel potencial do cuidado espiritual no fim da vida e nos cuidados paliativos: um metaestudo de pesquisa qualitativa.** *Palliat Med*; 24: 753-70, 2010.

ESPERANDIO, M.R.G. **Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas.** *HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, v. 12, n. 35, p. 805-832, 28 set. 2014.

ESPINHA, D.C.M. et al. **Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 4, p. 98-106, 2013.

EULEN, C. et al. **Characteristics and impact of the most-cited palliative oncology studies from 1995 to 2016.** *BMC Canc.* 18, 1821. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5150-7>.  
Ferreira, F.C.M.L., 2009. Suffering of women having chemotherapy after mastectomy. *Rev. Enf. Ref. serII* (10), 65–76, 2018.

EVANGELISTA, C.B. et al. **Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura.** *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016 [cited 2017 Dec 18]; 69(3):554-63. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2670/267046071024>

FERNANDES, C.P. **"Luto, religiosidade e espiritualidade: a resiliência através da fé no processo de luto familiar"** (2021).

FERNANDES, A.M. et al. **Metodologia de pesquisa de dissertações sobre inovação: Análise bibliométrica.** *Desafio Online*, v. 6, n. 1, 2018.

FERRELL, B.; OTIS-GREEN, S.; ECONOMOU, D. **Espiritualidade no cuidado do câncer no final da vida.** *Cancer J*; 19: 431-7. 2013.

FILHO, L.S.M.; KHOURY, H.T.T. **Cancer patient use of religious/spiritual coping to deal with the toxicities of chemotherapy.** *Rev. Bras. Cancerol* 64, 27–33. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.112>. 2018.

FRANCISCO. **Laudato Si' – sobre o cuidado da casa comum.** São Paulo: Paulinas, 2015.

FORTI, Samanta; SERBENA, Carlos Augusto; SCADUTO, Alessandro Antonio. **Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1463-1474, 2020.

GARSSSEN, B.; UWLAND-SIKKEMA, N.F; ISSER, A. **How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease.** Springer Science + Business Media, 1249-1265, 2014.

GOBATTO, C.A.; ARAÚJO, T.C.C. Ferreira de. **Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde.** Psicol. USP, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11-34, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642013000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 abr. 2021.

GOMES, E.T.; BEZERRA, S.M.M.S. **Religiosidade, bem-estar espiritual e cuidado transpessoal no pré-operatório de cirurgia cardíaca.** Revista Cuidarte. 2020; 11(2): e1020. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1020>

GÓMEZ-PALENCIA, I.P.; CASTILLO-ÁVILA, I.Y.; ALVIS-ESTRADA, L.R. **Incerteza em adultos diabéticos tipo 2 com base na teoria de Merle Mishel.** Aquichán vol.15 no.2 Bogotá abr./junho de 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.5>> Acesso em: 16/08/2018.

GOMES, E.T; BEZERRA, S.M.M.S. **Religiosidade, bem-estar espiritual e cuidado transpessoal no pré-operatório de cirurgia cardíaca.** rev. cuid. (Bucaramanga. 2010) 11(2): e1020, 1 de Mayo de 2020. Artigo em Português | LILACS, BDENF - Enfermagem, COLNAL | ID: biblio-1118346.

GONÇALVES, J.P.B. **Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2014.

GONÇALVES, J.P.B.; LUCCHETTI, G, MENEZES, P.R, VALLADA H. **Intervenções religiosas e espirituais na saúde mental assistência à saúde: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados randomizados.** Psicol. Med. 2015; 45(14):2937–49. Epub 2015/07/23. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001166> PMID: 26200715; PubMed Central PMCID: PMC4595860

GONÇALVES, J.P.B. LUCCHETTI, G.; MENEZES, P.R. VALLADA, H. **Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials.** Article in PLoS ONE · 12(10):e0186539 October 2017. DOI:10.1371/journal.pone.0186539. Disponível em: <Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials - PubMed (nih.gov)>

GONDIM, K.M. **Sentimentos de mães de crianças com paralisia cerebral: estudo iluminado na teoria da incerteza na doença,** 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1820>>. Acesso em: 11/04/2021.

GONDIM, K.M.; PINHEIRO, P. N. C.; CARVALHO, Z. M. F. **Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 136-144, out./dez. 2009.

GONDIM, K.M; CARVALHO, Z. M. F. **Sentimentos das mães de crianças com paralisia cerebral à luz da teoria de Mishel.** Esc. Anna Nery vol.16 no.1 Rio de Janeiro Mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100002>. Acesso em: 15/08/2018.

GONDIN, K.M. **Sentimentos de mães de crianças com paralisia cerebral: estudo iluminado na teoria da incerteza na doença.** 2009. 146 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2009.

GUERRERO, G.P. et al. **Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. **O impacto da espiritualidade na saúde física.** Archives of Clinical Psychiatry. São Paulo, v. 34, p. 88-94, 2007.

HEFTI, R.; ESPERANDIO, M.R.G. **The Interdisciplinary Spiritual Care Model: A holistic Approach to Patient Care / O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual: Uma abordagem holística de cuidado ao paciente.** Dossier: Religion and Health – Original Article DOI – 10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p13 Horizonte, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, Jan./Mar. 2016 – ISSN 2175-5841

HERMANN, C.P. **Necessidades espirituais de pacientes moribundos: um estudo qualitativo.** Oncol. Nurs Fórum, 28: 67-72, 2001.

HOLT, C.L.; LEE, C.; WRIGHT, K. **A spiritually based approach to breast cancer awareness: cognitive response analysis of communication effectiveness.** Health communication, v. 23, n. 1, p. 13–22, 2008.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INOUE, T.M; VERCINA, M.V. **Espiritualidade e/ou religiosidade em saúde: uma revisão de literatura.** J Health SciInst, Sorocaba, 35(2): 127-130, 2017.

KRAUZER, I.M. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros?** Ciencia y enfermería, v. 21, n. 2, p. 31-38, 2015.

KOENIG, H. **Cuidado espiritual para a prática de saúde aliada: Uma abordagem centrada na pessoa.** Jessica Kingsley Publishers, 2018.

JOHNSON, Kimberly S. et al. **Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?.** Journal of general internal medicine, v. 26, n. 7, p. 751-758, 2011.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. Springer publishing company, 1984.

LICHTENSTEIN, A.H.; BERGER, A.; CHENG, M.J. **Definições de intervenções de cura e cura em diferentes culturas**. *Ann Palliat Med*. 2017 Jul;6(3):248-252. doi: 10.21037/apm.2017.06.16. PMID: 28724298. Acessível em: Definitions of healing and healing interventions across different cultures - PubMed (nih.gov)

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A.L.G.; VALLADA, H. **Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language / Medição da espiritualidade e religiosidade na pesquisa clínica): revisão sistemática dos instrumentos disponíveis na língua portuguesa**. *São Paulo Med J* 2013;131(2):112-22. doi: 10.1590/s1516-31802013000100022.

LUCCHETTI, G. **Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines**. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36: 176–82.

LUCCHETTI, G. et al. (2016). **Espiritualidade, religiosidade e saúde: Uma comparação das atitudes dos médicos no Brasil, Índia e Indonésia**. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(1), 63-70. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9491-1>.

LUNDBERG, Pranee C.; KERDONFAG, Petcharat. **Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units**. *Journal of Clinical Nursing*, v. 19, n. 7-8, p. 1121-1128, 2010.

LUNDER, U.; FURLAN, M.; SIMONIC, A. **Avaliações e medições das necessidades espirituais**. *Opinião atual em cuidados de suporte e paliativos*, v. 5, n.3, pág.273-278, 2011

MANNING-WALSH, J. **Luta espiritual: efeito na qualidade de vida e na satisfação com a vida em mulheres com câncer de mama**. *J Holist Nurs*; 23: 120-40, 2005.

MANZINI, E.J. **Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação**. *Revista Percurso*, p. 149-171, 2012.

MARGAÇA, C.; RODRIGUES, D. **Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão**. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(2), 150-157, 2019. Recuperado em 03 fevereiro, 2020, de: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>.

MARRINER-TOMEY, A.; ALLIGOOD, M.R. **Nursing Theorists and Their Work**. Reino Unido, Mosby, 2002 SBN:9780323011938, 0323011934

MARQUES, L.F.; AGUIAR, A.P.A. **Instrumentos de mensuração da religiosidade/espiritualidade (R/E) e seus construtos**. *Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral*, v. 6, n. 1, p. 107-126, 2014.

MATOS, J.C.; GUIMARÃES, S. M. F. **The application of transpersonal and spiritual care for older adults receiving palliative care**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol.22 nº.5, Rio de Janeiro 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190186>>.

MATHERS, C.D. et al. **Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results.** Geneva: World Health Organization, v. 54, 2003.

MATTOS, L.; SOARES, S. **Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 3839-51, 2015.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MATOS, J.C.; GUIMARÃES, S.M.F. **A aplicação do cuidado transpessoal e a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos / The application of transpersonal and spiritual care for older adults receiving palliative care.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.22 no.5 Rio de Janeiro 2019 Epub June 03, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190186>

MCSHERRY, W.; DINHEIRO, K. **A linguagem da espiritualidade: uma taxonomia emergente.** *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*, v. 41, n. 2, pág. 151-161, 2004.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress.** 5ª ed. Philadelphia: Lippincott William e Wilkins; 2012.

MELHEM, G.A.B. et al.. **Percepções dos enfermeiros sobre espiritualidade e cuidado espiritual:** Um estudo comparativo entre todos os setores de saúde na Jordânia. *Jornal indiano de cuidados paliativos*, v. 22, n. 1, pág. 42, 2016.

MELLO, Iza Rodrigues et al. **Cluster de Sintomas e o Impacto na Qualidade de Saúde Global de Pacientes com Câncer Avançado.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 3, 2021.

MENDES, A.M. **Psicodinâmica Do Trabalho: Teoria, Método E.** Casa do Psicólogo, 2007.

MENDONÇA, A.B. et al.. **Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia:** uma reflexão à luz da teoria de Jean Watson. *Escola Anna Nery* 22(4), 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt\\_1414-8145-ean-22-04-e20180081.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180081.pdf)>. Acesso em: 29/12/2018.

MENDONÇA, A.B. et al. **Distress and the religious and spiritual coping of Brazilians living with cancer:** A cross-sectional study. Received 22 February 2020; Received in revised form 21 July 2020; Accepted 3 August 2020.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MISHEL, M.H. **Escalas na incerteza na doença.** Manual. Escalas da incerteza na doença. Chapel Hill: Springer, 1996.

MISHEL, M.H. **The measurement of uncertainty in illness.** *Nursing research*, 1981.

MISHEL, M.H. **Uncertainty in illness**. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, v. 20, n. 4, p. 225-32, 1988.

MISHEL, M.H. et al. **Moderadores de uma intervenção de gerenciamento de incerteza: para homens com câncer de próstata localizado**. *Pesquisa em enfermagem*, v. 52, n.2, 2003.

MISHEL, M.H.; CLAYTON, M.F. **Theories of uncertainty in illness**. In: SMITH, M. J.; LIEHR, P. R. *Middle range theory for nursing*. New York: Springer, 2003.

MISHEL, M.H. **Reconceitualização da incerteza na teoria da doença**. *Imagem: The Journal of Nursing Scholarship*, v. 22, n.4, pág. 256-262, 1990.

MONDOLFO, R. **O Pensamento Antigo – História da Filosofia Greco-Romana**. Editora Mestre Jou – São Paulo (SP). 1942.

MONTEZELI, J.H.; ALMEIDA, K.P.; HADDAD, M.C.F.L. **Percepções de enfermeiros acerca das habilidades sociais na gerência do cuidado sob a perspectiva da complexidade**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, 2018.

MORALES, A.M.S.; FERNANDEZ, M.C.O.; SANCHEZ, C.V.B. **Cuidado espiritual al adulto mayor, elemento del conocimiento y práctica de enfermería**. *Revista Ciencia y Cuidado*, v. 17, n. 1, p. 123-131, 2020.

MUELLER, P.S.; PLEVAK, D.J.; RUMMANS, T.A. - **Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice**. *Mayo Clin Proc* 76(12):1189-1191, 2001.

MURRAY, S.A. et al. **Explorando as necessidades espirituais de pessoas que morrem de câncer de pulmão ou insuficiência cardíaca: um estudo prospectivo com entrevista qualitativa de pacientes e seus cuidadores**. *Palliat Med*; 18: 39-45, 2004.

Nanda-I. (2018). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação**. 2018-2020(11a ed.). Porto Alegre: Artmed, p. 721

NANCE, D. et al. **Faith, work, and reciprocity: listening to Mexican Men Caregivers of Elderly Family Members**. *American Journal of Men`s Health*. 12(6):1985-93, 2018.

NHS SCOTLAND. **Spiritual care matters: an introductory resource for all nhs scotland staff**. 2019. Retrieved from <https://www.nes.scot.nhs.uk/media/3723/spiritualcaremattersfinal.pdf>.

NORTHOUSE, L.L. et al. **Ensaio clínico randomizado de uma intervenção familiar para pacientes com câncer de próstata e seus cônjuges**. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, v. 110, n.12, pág. 2809-2818, 2007.

NOS, A. Evolução da enfermagem; NIGHTINGALE, Anos de Florence. **Cuidando do paciente com câncer diante da morte: percepções e vivências do enfermeiro**. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 73, p. 5, 2020.

NUNES, F.D.B.R.S.; ALMEIDA, A.D.L. **Informação médica e consentimento de pessoas com câncer**. *Rev. bioét. (Impr.)*; 26 (1): 119-26, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0119.pdf>>. Acesso em: 29/12/2018.

NUNES, E.C.D.A. et al. **O cuidado da alma no contexto hospitalar de enfermagem: uma análise fundamentada no Cuidado Transpessoal.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020.

OLIVEIRA, P.F. de; QUELUZ, F.N.F.R. **A espiritualidade no enfrentamento do câncer.** Revista de Psicologia da IMED, v. 8, n. 2, p. 142-155, 2016.

OLIVEIRA, S.D.G. **A dimensão da Espiritualidade do doente oncológico como estratégia de enfrentamento da doença,** 2018. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18925/1/pauta-relatorio-5.pdf>>. Acesso em 21 jan. 2021.

OLIVEIRA, S.D.G. **Dimensão da espiritualidade do doente oncológico como estratégia de enfrentamento da doença.** 2019. Tese de Doutorado.

OTTO, R. **O sagrado: os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional.** Tradução: Walter O. Schlupp. São Leopoldo: Sinodal/EST; Petrópolis : Vozes, 2007.

PARRELLA, F. **Vida e espiritualidade no pensamento de Paul Tillich.** Correlatio, v. 3, n. 6, p. 48-70, 2004.

PANITZ, GO. et al. **Instrumentos de abordagem da Espiritualidade na prática clínica.** Acta Médica: LIGAS ACADÊMICAS, Rio Grande do Sul, 39(1): 37-45, 2018.

PANITZ, G.O. **Instrumentos de Abordagem da Espiritualidade na Prática Clínica / Spirituality Approaches In Clinical Practic.** Acta Medica - Ligas Acadêmicas | Issn: 0103-5037 | Vol. 39, N. 1, 2018.

PENHA, R.M.; SILVA, M.J.P. **Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos.** Texto e Contexto Enfermagem, 21(2), 260-268, 2012.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200002>

PETAN, E.B.L.; MURATA, M.F. **Paralisia cerebral: conhecimento das mães sobre o diagnóstico e o impacto deste na dinâmica familiar.** Paidéia (R. Preto), v. 10, n.19, p. 40-46, 2000.

PUCHALSKI, C.M. **Espiritualidade na trajetória do câncer.** Ann. Oncol.; 23 Suppl. 3: 49-55, 2012.

QUINN, J.F. **Enfermagem integrativa e cuidado com o espírito humano.** Em Kreitzer, MJ, Koithan, M. (Eds.), Enfermagem Integrativa (2ª ed., 82-99). New York, NY: Oxford University Press. 2018.

RAMÍREZ-PERDOMO, C.A.; RODRÍGUEZ-VELEZ, M.E.; PERDOMO-ROMERO, A.Y. **Incertidumbre frente al diagnóstico de câncer.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 27, n. 4, 2018.

RIBEIRO, R.L.R. **Enfermagem e famílias de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado.** 2005. 177 f. Tese (Doutorado) - escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSEK, S.I. **Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento.** Rev. Esc. Enferm. USP. 48 (Esp2):92-8. 2, 2014.

ROSAS-CERVANTES, E.; VALENZUELA-SUAZO, S.; JIMÉNEZ-GONZÁLEZ, M.J. **Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: revisión integrativa desde la filosofía de Watson.** Enfermería: Cuidados Humanizados, v. 9, n. 2, p. 149-159, 2020.

RUMBOLD, B. **Introdução: Cuidado espiritual e prática de saúde aliada.** (Eds.) Em CAREY, L., MATHISON, B., KOENIG, H. **Cuidado Espiritual para a prática de saúde aliada: Uma abordagem pessoal** (pp. Centrado 11 - 21 de). Londres, Inglaterra: Jessica Kingsley, 2018.

SÁ, A.C. **Reflexão sobre o cuidar em enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica.** Mundo Saúde, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 205-217, 2009.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. **Espiritualidade e Saúde.** Einstein: Educ Contin Saúde [Internet]. 2008 [cited 2016 June 18]; 6(3 Pt 2): 135-6. Available from: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/982-EC%20v6n3%20p135-6.pdf>

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. (2001). **Espiritualidade baseada em evidências.** Acta Fisiátrica v. 8, n. 3, p. 107-112.

SALES, C.A.; ESPÓRITO, V.H.C. **A arte de cuidar de pessoas portadoras de neoplasias.** Ciênc. cuid. saúde, Maringá, v. 1, n. 1, p. 61-63, 2002.

SALVIANO, M.E.M. et al. **Epistemologia do Cuidado de Enfermagem: Uma Reflexão sobre suas Bases.** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.69 no.6, Brasília nov./dez., 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601240&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601240&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 8 fev. 2017.

SAND, M.; BERNTSEN, T.K.; KAY, J.E.; LAMARQUE, J.F.; SELAND, Ø; KIRKEVAG, A. **The Arctic response to remote and local forcing of black carbon,** Atmos. Chem. Phys. 13 (1), 211-224, DOI:10,5194 / ACP-13-211-2013.

SILVA, B.S. et al. **Percepção de equipe de enfermagem sobre espiritualidade nos cuidados de final de vida.** Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 4, 2016.

SILVA, G.C.N. et al. **Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer.** Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1534-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>.

SILVA, M.D.; MOREIRA, A.; BARBOSA, E. **Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2018:2461-8.

SILVA, N.G. **Espiritualidade e fé: pressupostos ontológicos em Paul Tillich.** *Correlatio*, v. 3, n. 6, p. 128-137, 2004.

SILVA, W.B, et al. **Vivência da espiritualidade em mulheres diagnosticadas com câncer de mama.** *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S.l.], v. 13, jul. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241325>>. Acesso em: 11/04/2021.

SINCLAR, S. et al. **Factors associated with post-traumatic growth, quality of life, and spiritual well-being in outpatients undergoing bone marrow transplantation: a pilot study.** *Journal Club Article*, 772-780, 2016.

SIQUEIRA, H.C.H. de et al.. **Espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado do usuário oncológico: olhar do enfermeiro.** *Rev. Enferm. UFPE on line*, p. 2996-3004, 2017.

SOARES, M.I. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência.** *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

SONG, L. et al. **Melhorando o planejamento de cuidados de sobrevivência para pacientes com câncer de próstata localizado usando um programa de autogerenciamento de sintomas de saúde móvel focado em casais: protocolo para um estudo de viabilidade.** *Protocolos de pesquisa JMIR*, v. 7, n.2, pág. 51, 2018.

SOUSA, B.S.A. et al. **Caracterização sociodemográfica, formação acadêmica e índices de religião e espiritualidade de docentes da saúde.** *Rev Fund Care Online*. 2019. abr/jun; 11(3):672-679. DOI: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.672-679>>

SOUZA, M.C.S. **Incerteza e esperança em lista de espera de transplante renal: um estudo à luz da Teoria da Incerteza da Doença.** 134 f., il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24570>. Acesso em: 10 jan. 2020.

STANLEY BUDNER, NY. **Intolerância à ambiguidade como variável de personalidade** 1. *Journal of Personality*, v. 30, n.1, pág. 29-50, 1962.

STEPHENSON, P.S. et al. **A natureza espiritual da incerteza entre os pacientes do hospício.** *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, v. 19, n.5, p. 480-486, 2017.

STEPHENSON, P.S.; BERRY, D. M. **Spirituality and uncertainty at the end of life.** In: *Oncology Nursing Forum*. 2014.

TELESI JÚNIOR, E. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS.** *Estudos avançados*, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

THOMAS, T.; BLUMLING, A.; DELANEY, A. **The influence of religiosity and spirituality on rural parents' health decision making and human papillomavirus vaccine choices.** *ANS Adv. Nurs. Sci.* 38 (4):1- 16, 2015.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais** - A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. ISBN 8522402736.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 6ª ed. Loures: Lusociência, p. 301-333, 2004.

TOLEDO, Gabriela; OCHOA, Carol Y.; FARIAS, Albert J. **Religion and spirituality: their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy**. Supportive Care in Cancer, v. 29, n. 6, p. 3017-3024, 2021.

TURKE, Karine Corcione et al. **Depression, anxiety and spirituality in oncology patients**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 66, n. 7, p. 960-965, 2020.

XAVIER, E. C. L; CORREA JÚNIOR, A. J. S., CARVALHO, M. C., Lima, F. R., & Santana, M. E. (2019). **Diagnósticos de Enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo Diagrama de Abordagem multidimensional**. Enfermagem em Foco. 10(3), 152-157. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2109>

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 237p, 2004.

WALDOW, V.R.; BORGES, R. F. **Cuidar e humanizar: relações e significados**. Acta Paul. Enferm. São Paulo, v. 3, n. 24, p. 414-418, 2011.

WARBURTON, D.; HENDERSON, ANDA, S. **Coloração sequencial com prata e hibridização in situ nas regiões organizadoras do nucléolo em células humanas**. Cytogenetic and Genome Research, v. 24, n. 3, pág. 168-175, 1979.

ZANCHETTA, M.S. **Uncertainty and health information-seeking behaviour**. Brazilian Journal of Nursing, Niterói, v. 4, n. 2, 2005.

## APÊNDICE A

### TCLE - MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”  
(Resolução nº 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde).*

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário(a) do estudo **A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DA INCERTEZA NA DOENÇA NO PACIENTE ONCOLÓGICO** dos pesquisadores Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza e do mestrando do curso de pós-graduação *strictu sensu* Roberto Firpo de Almeida Filho.

A seguir, vão as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação:

- 1) O estudo visa a analisar a espiritualidade no processo da incerteza na doença no paciente oncológico;
- 2) A importância deste estudo é a de proporcionar à enfermagem subsídios para a melhoria do cuidado espiritual aos pacientes com câncer, validando os efeitos benéficos no processo de enfrentamento e ajuste psicológico à doença, na qualidade de vida e no bem-estar espiritual;
- 3) O resultado que se deseja alcançar com esse estudo é o de trazer subsídios para a melhoria do cuidado espiritual aos pacientes com câncer, contribuir com conhecimento científico no que se refere à espiritualidade em saúde e apresentar conteúdos à academia possíveis de serem inseridos nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Enfermagem;
- 4) Este estudo se iniciará em abril de 2020 e se finalizará em novembro do mesmo ano;
- 5) A sua participação se dará da seguinte maneira: após você ter aceitado participar do estudo, será informado(a) sobre o objetivo da pesquisa. Em seguida, irá para um local reservado para garantir sua privacidade. A entrevista será aplicada de modo individual e sem limite de tempo para o seu término, na data e local escolhidos por você, respeitando a sua liberdade de fazer as perguntas que achar convenientes;

- 6) Durante os encontros, o pesquisador vai gravar a conversa em um aparelho celular iPhone. Em seguida, a gravação será passada para o papel, para uma melhor análise do que nos foi informado;
- 1) Os possíveis incômodos e riscos à sua saúde mental e física são: se sentir constrangido(a) e/ou emocionado(a) ao relatar as experiências vividas, desconforto, cansaço, tédio. Tais desagradados poderão ser contornados com a aplicação da entrevista em local reservado, que garanta a privacidade do participante, bem como por meio da assistência ofertada pela instituição de saúde definida como cenário deste estudo e pelo próprio pesquisador, que prestará todo o apoio necessário para o restabelecimento do entrevistado, remarcando o encontro, se necessário. Nesse sentido, uma importante medida de prevenção em relação a tais riscos seria a compreensão prévia de todos os participantes da pesquisa acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo;
- 2) Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa são: promoção da integralidade do cuidado a partir de consultas de enfermagem fundamentadas teoricamente, otimizando o cuidado ao paciente oncológico, e uma melhor compreensão, pelos profissionais que desempenham o cuidado aos pacientes que vivem ou viveram com câncer, sobre o fenômeno oculto direcionado ao cuidado;
- 1) A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- 1) As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização. Os resultados, positivos ou não, serão publicados em revistas científicas;
- 2) Você será informado(a) sobre o resultado final desta pesquisa e, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre qualquer etapa;
- 3) Você nada pagará e nada receberá para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda aos pesquisadores. No entanto, deverá ser indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer decorrente de sua participação na pesquisa;
- 4) Será garantida a você a segurança de que os danos previsíveis serão evitados, com a análise minuciosa dos riscos e benefícios individuais, atuais ou potenciais, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos;

- 5) Você receberá uma via do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* assinado por todos;
- 6) Serão tomadas as seguintes providências para evitar situações que possam causar danos, considerando as características dos participantes desta pesquisa: caso haja desconforto, a entrevista será interrompida, sendo retomada somente a seu critério; para este momento, os pesquisadores disponibilizarão de assistência através da escuta atenciosa, e o participante terá seus sentimentos acolhidos; o pesquisador aceitará os momentos em que não seja cabível ir além de determinadas questões; estes momentos serão respeitados e, se for necessário, será marcado outro encontro para dar prosseguimento à entrevista.

Finalmente, tendo eu \_\_\_\_\_  
compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre minha participação no mencionado estudo, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e, para isso, **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE, PARA ISSO, EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.**

**DADOS DA ORIENTADORA RESPONSÁVEL PELA PESQUISA**

Nome: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza  
 Endereço: Av. Menino Marcelo, 140, Cidade Universitária, Maceió – AL  
 CEP: 57075-470

**DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas  
 Endereço: Av. Menino Marcelo, 140, Cidade Universitária, Maceió – AL  
 CEP: 57075-470

**DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA**

Instituição: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas  
 Endereço: prédio da Reitoria, sala do C.O.C., campus A.C. Simões  
 Cidade Universitária, Maceió – AL  
 Telefone: 3214-1041

**ATENÇÃO**

O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa.  
 Para obter mais informações a respeito deste trabalho, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas  
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões,  
 Cidade Universitária.  
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8h às 12h.  
 E-mail: [comitedeeticaufal@gmail.com](mailto:comitedeeticaufal@gmail.com)

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do(a) voluntário(a) ou impressão datiloscópica

\_\_\_\_\_  
 Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza - orientadora

\_\_\_\_\_  
 Roberto Firpo de Almeida Filho – mestrando responsável p/ pesquisa

## APÊNDICE B

### **Declaração de cumprimento das normas da resolução 466/12 e 510/16, e de publicização dos resultados e sobre o uso e destinação dos materiais/dados coletados.**

Eu, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, orientadora do mestrando Roberto Firpo de Almeida Filho, pesquisadores do projeto intitulado A espiritualidade no processo da incerteza na doença no paciente oncológico, ao tempo em que nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/MS, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, bem como declaramos que, após aprovação do Comitê da Universidade Federal de Alagoas, os dados serão coletados para o desenvolvimentos do projeto por meio de entrevistas face a face. Utilizar-se-á o aparelho celular do tipo iPhone para gravação das entrevistas. Para a coleta de dados será utilizada a identificação prévia dos participantes, seguida da aplicação de um instrumento validado para abordagem da espiritualidade, que guiará a entrevista. Os dados serão utilizados para análise qualitativa da incerteza na doença nos pacientes com câncer e, após conclusão da pesquisa, os pesquisadores ficarão responsáveis pelo seu armazenamento por cinco anos; minimizarão as perdas com a informatização e arquivamento em nuvem do drive contendo todas as informações obtidas durante as entrevistas. Após esse período, os dados serão desprezados por meio da sua exclusão no drive e, conseqüentemente, na nuvem.

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

---

Assinatura do(a) voluntário(a) ou impressão datiloscópica

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza - orientadora

---

Roberto Firpo de Almeida Filho – mestrando responsável p/ pesquisa

**APÊNDICE C**  
**DECLARAÇÃO DE AUTOTIZAÇÃO DA PESQUISA**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

## Termo de Concordância

Maceió, 05 de dezembro de 2019

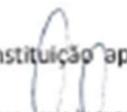
Ilmo(a) Sr(a) Chefe do SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (CACON):

**Assunto:** Autorização para realizar pesquisa científica no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da UFAL/EBSERH. Solicito sua autorização para realizar o projeto de pesquisa "ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DA INCERTEZA DA DOENÇA", cadastrado na Gerência de Ensino e Pesquisa sob protocolo 896, obteve parecer favorável inicial do Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUPAA/UFAL/EBSERH, sendo imprescindível o de acordo da viabilidade desta pesquisa neste setor.

Esclarecemos que esta pesquisa só será **AUTORIZADA** por esta instituição após obter o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

  
 de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
 Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes  
 Av. Louival Melo Mota, S/N  
 Tabuleiro do Martins - Maceió - AL  
 CEP: 57072-900  
 Fone: 3202-3719 / 8121-1111

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do (a) Chefe do SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (CACON)

## ANEXO A

<b>FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS</b>	
<b>Iniciais:</b>	
<b>Identidade de Gênero:</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Outros
<b>Idade:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	
<b>Cidade/Estado/País:</b>	
<b>Escolaridade:</b>	
<b>Raça (cor):</b>	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena
<b>1). Você tem ou já foi diagnosticado com alguma doença oncológica?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>2) . Se sim, qual?</b>	
<b>3). Possui alguma religião?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>4). Se sim, qual?</b>	

<b>PERGUNTAS ABERTAS ADAPTADAS</b>	
<b>PERGUNTAS</b>	<b>PACIENTE 01</b>
1. O (a) senhor (a) está se tratando aqui no hospital de alguma doença? O (a) senhor (a) sabe que doença o (a) senhor (a) tem? É dessa doença que o (a) senhor (a) está se tratando?	
2. Em que ano o (a) senhor (a) descobriu a doença?	
3. A quanto tempo está se tratando aqui?	
4. Qual o tratamento que o (a) senhor (a) faz aqui?	
5. Quando o (a) senhor (a) descobriu que estava doente, o (a) senhor (a) fez logo aqui no hospital o tratamento ou fez outros tratamentos antes de começar o daqui do hospital? Hoje, o (a) senhor (a) só faz esse tratamento ou faz em outro lugar?	
6. Entre o início dos sintomas da doença até conseguir o diagnóstico, demorou quanto tempo? E para iniciar o tratamento, demorou quanto tempo?	
7. Quem mais o (a) ajudou nessa caminhada até aqui? (família, amigos).	
8. O que (a) o senhor (a) espera em relação a sua cura?	

**ANEXO B**  
**ESCALA DA INCERTEZA NA DOENÇA DE MERLE MISHEL – MUIS**  
**(ADAPTADA)**

**Instruções:** por favor, esteja atento a cada afirmação. Em seguida, informe qual coluna mais se aproxima de como você está se sentindo hoje. Se você concorda com a afirmação, poderá assinalar na coluna “concordo totalmente” ou “concordo”. Caso você discorde, assinale em “discordo totalmente” ou “discordo”. Caso esteja indeciso a respeito de como se sente, aponte “indeciso” para essa afirmação.

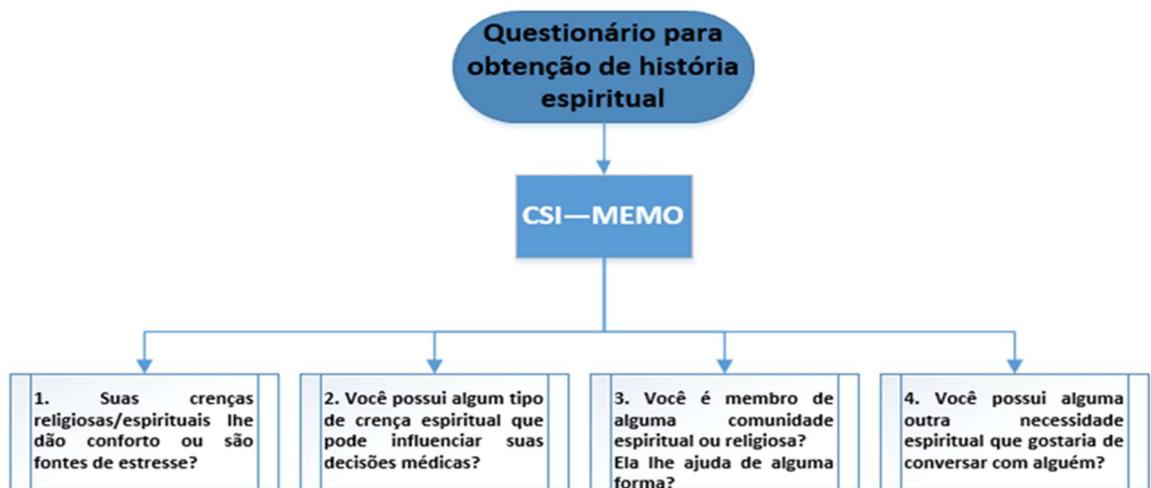
Itens	Concordo totalmente (5)	Concord o (4)	Indeciso (3)	Discord o (2)	Discordo totalment e (1)
1. Eu não sei o que há de errado comigo.					
2. Eu tenho várias perguntas que estão sem resposta.					
3. Eu não tenho clareza se minha doença está ficando melhor ou pior					
4. Não está claro para mim o quanto minha dor pode ficar pior.					
5. As explicações que me dão não são claras para mim.					
6. A proposta do tratamento está clara para mim.					
7. Quando eu sinto dor eu sei sobre o que isso significa sobre a minha condição.					
8. Eu não sei quando esperar que as coisas sejam feitas para mim.					
9. Meus sintomas continuam mudando de forma imprevisível.					
10. Eu entendo tudo o que explicam para mim.					
11. Os médicos dizem coisas para mim que podem ter muitos significados.					
12. Eu posso prever a duração da minha doença.					
13. Meu tratamento é muito complexo para ser alcançado.					

14. É difícil saber se o tratamento ou os tratamentos que estou recebendo estão me ajudando.					
15. Existem tantos tipos diferentes de médicos especialistas que não está claro para mim quem é o responsável pelo que.					
16. Devido à imprevisibilidade da minha doença eu não posso planejar meu futuro.					
17. O curso da minha doença continua mudando. Eu tenho bons e maus dias.					
18. Está vago para mim como vou continuar vivendo após sair do hospital.					
19. Eu tenho recebido diferentes opiniões sobre o que está acontecendo comigo.					
20. Não está claro o que está acontecendo comigo.					
21. Eu costumo saber se terei um bom ou mau dia.					
22. É claro para mim quando fico pior ou melhor.					
23. Eles não têm me falado como tratarão a minha doença.					
24. É difícil determinar em qual tempo eu poderei cuidar de mim mesmo/a.					
25. Eu posso no geral predizer o curso da minha doença.					
26. Eles me deram tanta informação que eu não sei dizer qual delas é a mais importante.					
27. Eu tenho certeza de que meu vigor físico retornará um dia.					
28. Os médicos compartilham a mesma opinião sobre como tratar o meu problema.					
29. Eles não deram um diagnóstico específico para mim.					
30. O sofrimento do meu corpo é previsível; eu sei quando está ficando melhor ou pior.					

Fonte: Mishel, 1981. (Adaptado).

**ANEXO C**  
**QUESTIONÁRIO CS - MEMO SPIRITUAL HISTORY**

1	Do R/S beliefs provide Comfort or Stress?
2	Influence medical decisions?
3	Are you a MEMBER of a R/S community?
4	Other R/S needs?



## ANEXO D

### PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DA INCERTEZA DA DOENÇA

**Pesquisador:** Roberto Firpo de Almeida Filho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 28052319.5.0000.5013

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem e Farmácia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.938.507

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo, qualitativo e descritivo. O estudo terá como cenário o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), no serviço de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) da cidade de Maceió-AL. Inserir-se-ão como sujeitos deste estudo pacientes oncológicos que estejam sendo atendidos no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), tanto em regime ambulatorial, como em regime de internação hospitalar. Serão incluídos pacientes maiores de 18 anos que aceitem participar da pesquisa, sendo excluídos aqueles que estiverem impossibilitados de comunicação e com quadro clínico bastante comprometido. Para obtenção de história espiritual, que norteará o tratamento e análise dos dados, as informações serão produzidas através de um instrumento de entrevista CSI-MEMO já validado no Brasil e a escala da incerteza da doença de Merle Mishel. A análise das informações obedecerá às etapas propostas pelo processo de enfermagem, sendo utilizado como referencial teórico a Teoria de Enfermagem da Incerteza da Doença de Merle Mishel, entendida neste estudo como um olhar capaz de relacionar as incertezas vivenciadas pelos pacientes frente ao diagnóstico de câncer, nas seguintes fases: antes do diagnóstico, início do diagnóstico, durante o diagnóstico e na remissão, e a forma como a espiritualidade se apresenta nessas fases (SAND et al., 2013). Em observância à legislação que regulamenta a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos, incluídas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510 de 07 de abril de 2016, o presente projeto de pesquisa será encaminhado para apreciação a um

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

**UF:** AL **Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.938.507

Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil, a fim de confirmar o respeito aos princípios éticos no estudo, devendo esse ser apenas desenvolvido após aprovação.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar como se apresenta a espiritualidade no processo da incerteza da doença no paciente oncológico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O pesquisador se propõe a não infligir danos ou males intencionalmente, no entanto, existe o risco do sujeito sentir-se desconfortável e constrangido devido ao levantamento de seus comportamentos prévios. O sujeito pode sentir-se, ainda, ansioso ou estressado frente às modificações de seu estilo de vida habitual ou ainda vir a sentir-se triste ou frustrado por não ter conseguido cumprir os objetivos pactuados e adotar comportamentos promotores da saúde. Haverá, por parte do pesquisador, o compromisso em minimizar os riscos existentes por meio do respeito aos limites, preferências, demandas e barreiras apresentadas por cada sujeito, e ainda, favorecendo a compreensão prévia acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo. Caso o sujeito demonstre desconforto ou cansaço ela será ouvido, terá seus sentimentos acolhidos pelo pesquisador e a entrevista será interrompida, sendo retomada somente a critério do entrevistado. É importante esclarecer, ainda, que o plano de ação será compactualizado com o sujeito e que este poderá se recusar a responder a qualquer pergunta da entrevista, caso julgue necessário.

**Benefícios:**

Os benefícios obtidos pelos sujeitos com a participação neste estudo estão relacionados com a promoção da integralidade do cuidado, a partir de consultas de enfermagem fundamentadas teoricamente, otimizando o cuidado ao paciente oncológico. Além disso, essa proposta de aplicabilidade da Teoria da Incerteza da Doença de Merle Mishel poderá apontar caminhos que ampliem as possibilidades de o cuidado de enfermagem trabalhar com a espiritualidade no paciente crônico.

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.938.507

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que pode oferecer subsídios à melhoria na assistência a pacientes oncológicos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados pelo pesquisador estão em conformidade com as resoluções.

**Recomendações:**

Informamos que, em virtude do atual cenário devido à pandemia da COVID-19, o pesquisador deve se comprometer a modificar seu cronograma para realizar a pesquisa em campo apenas quando possível, respeitando os decretos sobre a pandemia Decretos Estaduais nº 69.529 e 69.530, ambos de 18 de março de 2020 e o Decreto Estadual Nº 69.541, de 19 de março de 2020.

Incluir no TCLE a importância e o papel do Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino da UFAL. Texto sugerido: "Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone: (82) 3214- 1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científico que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares)".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S<sup>a</sup>. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 57.072-900

**UF:** AL

**Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.938.507

estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1489903.pdf	17/01/2020 16:52:11		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoHUEinfraestrutura.pdf	17/01/2020 16:49:59	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/01/2020 16:49:40	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadorevisado.pdf	17/01/2020 16:48:53	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito
Outros	declaracaopublicidade.pdf	31/12/2019 17:53:29	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 57.072-900

**UF:** AL

**Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.938.507

Outros	cumprimentonormas.pdf	31/12/2019 17:51:45	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito
Outros	aspectoseticos.pdf	31/12/2019 17:51:06	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	dadoscoletados.pdf	31/12/2019 17:50:35	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/12/2019 22:07:50	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	23/12/2019 22:04:54	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	12/12/2019 23:22:43	Roberto Firpo de Almeida Filho	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 27 de Março de 2020

---

**Assinado por:**  
**Luciana Santana**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com