

COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL E CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Carina Maria Veit ¹, & Elisa Kern de Castro ²

1- RS, Brasil; 2- UNISINOS, São Leopoldo, Brasil

RESUMO- Esta revisão sistemática da literatura teve por objetivo examinar pesquisas publicadas entre 2006-2011 que investigaram o *coping* religioso/espiritual (CRE) em mulheres com câncer de mama e seus efeitos na adaptação à doença. Foram utilizados os descritores *religious beliefs, spirituality, religiosity, religious experiences, religion, coping behavior, adjustment, breast cancer, religious coping* e *spiritual coping* nas bases de dados LILACS, Medline, PshycInfo e Web of Science. Destaca-se a primazia do padrão positivo de CRE quando comparado ao negativo. Três estudos não demonstraram relação entre o CRE positivo e o bem-estar físico e psicológico, ao passo que o CRE negativo esteve associado a um pior ajustamento psicológico em cinco estudos.

Palavras-chave- Coping religioso/espiritual; Câncer de mama; Revisão sistemática da literatura

SPIRITUAL/RELIGIOUS COPING AND BREAST CANCER: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

ABSTRACT- This systematic literature review aimed to examine the research published between 2006 and 2011 that investigated religious/spiritual coping (RSC) in female breast cancer patients and its effects in adaptation to the disease. The descriptive categories used were 'religious beliefs', 'spirituality', 'religiosity', 'religious experiences', 'religion', 'coping behavior', 'adjustment', 'breast cancer', 'religious coping' and 'spiritual coping' based on data from LILACS, Medline, PsychInfo and Web of Science. We highlight the superiority of the positive RSC over negative RSC. Three studies did not show any relation between positive RSC and physical and psychological well-being, whereas negative RSC was associated with worse psychological adjustment in five studies.

Keywords- Religious/spiritual coping; Breast cancer; Systematic literature review.

Recebido em 26 de Novembro de 2012/ Aceite em 05 de Dezembro de 2012

O câncer é um conjunto de mais de 200 doenças que têm como característica comum o crescimento anormal de células que invadem diferentes partes do corpo e que podem proliferar-se (metástase), destruindo os tecidos circundantes e afetando o funcionamento do organismo (Speechley & Rosenfield, 2000). O câncer de mama é uma das mais comuns neoplasias humanas e sua etiologia é multifatorial, envolvendo alimentação, fatores reprodutivos e desequilíbrios hormonais (Fabri, Carcangiu, & Carbone, 2008). As células que revestem os ductos mamários e que formam o câncer de mama são normalmente ordenadas em conteúdo e disposição, sendo reconhecidas através de sua característica de calcificação (Fallowfield & Clark, 2002).

O *Coping*¹ pode ser definido como o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são utilizadas pelas pessoas em resposta a alguma situação estressante, ou seja, são as tentativas elaboradas pelos indivíduos para preservar a sua saúde mental e física em circunstâncias adversas (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984; Straub, 2005). Para selecionar as respostas que serão utilizadas para lidar com um evento estressor, o indivíduo realiza duas avaliações, a primária e a secundária. Na avaliação primária, o indivíduo analisa se a circunstância é potencialmente prejudicial e ameaçadora, revelando quão importante é este evento para o seu bem-estar. Se a situação é compreendida como algo nocivo, o indivíduo inicia a avaliação secundária, na qual examina os recursos disponíveis para lidar com o evento estressante (Snyder & Dinoff, 1999). Por vezes, o controle da situação está além das condições dos indivíduos e o *coping* se apresenta mais como uma forma de lidar com a situação do que propriamente de resolvê-la (Curtis, 2000). Há, portanto, uma importante distinção entre as estratégias de *coping* que são direcionadas ao manejo e resolução da situação estressante e aquelas em que o objetivo é a regulação da resposta emocional do problema. Essas formas são referidas, respectivamente, como *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção (Lazarus & Folkman, 1984).

A literatura relacionada ao *coping* concentra-se na área da Psicologia Clínica da Saúde, de forma especial nos casos de doenças crônicas e intervenções médicas (Faria & Seidl, 2005; Straub, 2005), e articula conhecimentos provindos de áreas como Psicologia, Fisiologia, Psiconeuroimunologia e Antropologia (Paiva, 2007). A saúde e o bem-estar são os resultados mais adequados do *coping*, contudo, nas situações em que a forma de lidar com um evento da vida é mal adaptativa, essa pode causar efeitos adversos à saúde física e emocional (Shaw, 1998).

A religião e a espiritualidade são, por muitas vezes, formas adotadas para lidar com o estresse gerado pelo câncer de mama (Astrow, Wexler, Texeira, He, & Sulmasy, 2007). Contudo, cabe destacar que esses conceitos, ainda que se sobreponham, apresentam características distintas. Conforme Miller e Thoresen (2003), existem problemas quando esses constructos são iguados ou separados, sendo frequentemente abordados em conjunto na maioria dos contextos. Diante disso, os autores definem religião como um fenômeno institucional, social e delimitado, que inclui práticas, crenças e modos de organização específicos, e que é centralmente preocupado com a espiritualidade. A espiritualidade, por sua vez, seria o interesse pela vida e pelo imaterial, que se reflete no modo de viver, no emocional e social. Miller e Thoresen (2003) exemplificam a complexidade da diferenciação e da sobreposição desses conceitos quando afirmam que o campo da religião é a espiritualidade, assim como o campo da medicina é a saúde. Pargament (1997) definiu *coping* religioso² como o uso da fé, religião ou espiritualidade no manejo das situações estressantes ou dos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida. Segundo Koenig (2008), frequentemente, as pessoas

¹ A palavra *coping* pode significar “enfrentar”, “lidar com” ou “adaptar-se a” (Antoniazzi, Dell’Aglio & Bandeira, 1998). Contudo, essa é considerada um vazio linguístico, já que não é possível encontrar, no português, uma palavra que a traduza em sua complexidade. Devido a isso, o uso do termo “enfrentamento”, correspondente a sua tradução no português, será evitado neste artigo.

² Neste artigo, os autores não realizam uma distinção entre religião e espiritualidade. O termo espiritualidade é utilizado para referir a uma das funções principais da religião: o esforço para estabelecer um relacionamento com o sagrado. Dessa forma, a espiritualidade estaria imbuída na religião, não apresentando um caráter distinto. Conforme Panzini (2004), esta diferenciação iniciou apenas em 1997 e, por isto, publicações mais antigas referem o *coping* apenas como religioso.

dependem de suas crenças e práticas religiosas para lidar com as adversidades da vida, sendo essas promotoras de um senso de controle e de auxílio que encoraja a tomada de decisões e facilita o processo de *coping*.

Embora, durante muito tempo, ciência e religião tenham sido consideradas áreas contraditórias, foi possível, neste milênio, visualizar uma abertura à investigação dos aspectos religiosos envolvidos na vida humana (Sousa, Tillman, Horta, & Oliveira, 2004). Há um aumento de pesquisas que têm investigado o papel da religião e da espiritualidade no contexto da saúde (Faria & Seidl, 2005; Paiva et al., 2009), as quais têm indicado que o envolvimento religioso, geralmente, está associado com a saúde física e mental, afetando os resultados em saúde (Koenig, 2007). Em revisão de literatura (brasileira e internacional) abrangendo os temas qualidade de vida e espiritualidade, os artigos encontrados nas bases de dados PsycINFO e PubMed/Medline, entre 1979 e 2005, evidenciaram a existência de uma forte associação entre esses temas, o que, por sua vez, tem resultado em discussões sobre a inclusão da dimensão espiritual no conceito de saúde, indo além do bem-estar físico, mental e social (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Entretanto, os autores apontam que, no Brasil, as pesquisas voltadas ao impacto da religiosidade na qualidade de vida e nas relações com a saúde ainda são escassas, sugerindo que novos estudos sejam desenvolvidos, a fim de que esses forneçam dados empíricos que auxiliem no planejamento de práticas em saúde embasadas espiritualmente.

Os fatores religiosos e espirituais têm sido associados a diversos aspectos de adaptação ao diagnóstico e tratamento do câncer, indicando sua importância para a saúde e para a recuperação dos pacientes (Al-Azri, Al-Awisi, & Al-Moudhri, 2009; Alcorn et al., 2010; Barros, 2008; Feher & Maly, 1999; Lin, & Bauer-Wu, 2003; Mytko & Knight, 1999; Schnoll, Harlow, & Brower, 2000; Soothill, Morris, Harman, Thomas, Francis, & McIlmurray, 2000; Stefanek, McDonald, & Hess, 2005; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, & Newman, 2006; Yanez et al., 2009). De fato, a maioria das pesquisas tem destacado em seus resultados a prevalência do uso positivo do *coping* religioso/espiritual (CRE) quando comparado à sua utilização de uma forma negativa (Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau, & Florack, 2009; Hebert, Zdaniuk, Schulz, & Scheier, 2009; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, & Newman, 2011; Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber, & Murken, 2006; Zwingmann, Müller, Körber, & Murken, 2008).

A revisão sistemática de literatura realizada por Thuné-Boyle et al. (2006) investigou o uso de estratégias de CRE e seus efeitos na adaptação à doença, bem-estar psicológico e qualidade de vida em pacientes com câncer. A busca em quatro bases de dados, compreendida entre os anos de 1977 a 2004, resultou na análise de 17 artigos. Desses, dez investigaram especificamente alguns tipos de câncer, sendo que a maioria era de mama. A análise dos artigos permitiu verificar que, embora muitos estudos americanos não tenham encontrado resultados significativos, um número equivalente de pesquisas encontraram evidências de que o CRE é benéfico no processo de adaptação ao câncer. Apenas três estudos encontraram efeitos prejudiciais no uso dessa estratégia de *coping*, sendo que um deles tinha por objetivo investigar o CRE negativo. No que se refere aos estudos europeus, nenhum concluiu que o CRE era importante. Tais resultados, como sugerido por Thuné-Boyle et al. (2006), podem ter ocorrido devido às deficiências metodológicas, principalmente no que diz respeito à mensuração e conceitualização do CRE.

A revisão sistemática de Thuné-Boyle et al. (2006) ilustra a escassez de estudos que tratam da temática do CRE em pacientes com câncer, já que, dos 17 artigos selecionados, 10 não examinaram o CRE como objetivo principal. Com vistas a sistematizar os dados já existentes, e focando em um determinado tipo de câncer, esta revisão sistemática da literatura tem por objetivo examinar os efeitos do CRE na saúde psicológica de mulheres com câncer de mama que vivenciam o período do diagnóstico e/ou do tratamento ou, ainda, que sejam sobreviventes à doença. A partir das categorias analisadas na revisão sistemática de Thuné-Boyle et al. (2006), pretende-se investigar: a) as associações existentes entre o CRE (positivo ou negativo) e a adaptação à doença; b) como os estudos têm medido o CRE; e c) as principais limitações metodológicas dos estudos envolvidos nessa revisão.

MÉTODOS

Crerios de Inclusão/Exclusão dos Artigos

a) os artigos devem examinar o papel da religiosidade/espiritualidade como uma estratégia de *coping* em mulheres que tenham sido recentemente diagnosticadas com câncer de mama, que estejam em fase de tratamento ou que sejam sobreviventes à doença; b) os artigos devem ser quantitativos e devem medir o uso da religiosidade/espiritualidade no processo de enfrentamento do câncer de mama (variável independente), sendo o bem-estar psicológico e/ou adaptação à doença utilizados como variáveis dependentes; c) os artigos devem ser provenientes de revistas científicas datadas dos últimos seis anos (2006 - 2011) e os termos *coping* religioso (*religious coping*) ou *coping* religioso/espiritual (*religious/spiritual coping*) devem aparecer no título, no resumo ou nas palavras-chave dos artigos; d) foram excluídos os artigos que não apresentavam acesso disponível ao texto completo pelo portal da CAPES e que não foram enviados pelos autores após solicitação via e-mail, e produções oriundas de congressos (resumos, resumos expandidos ou textos completos), dissertações de mestrado, teses de doutorado, livros ou capítulos de livros, resenhas, comentários de artigos e editoriais; e) foram excluídos os artigos resultantes de estudos com metodologia qualitativa, artigos de validação/adaptação de instrumentos e revisões teóricas e/ou sistemáticas da literatura; f) foram excluídos os artigos que não estavam em Inglês, Espanhol, ou Português.

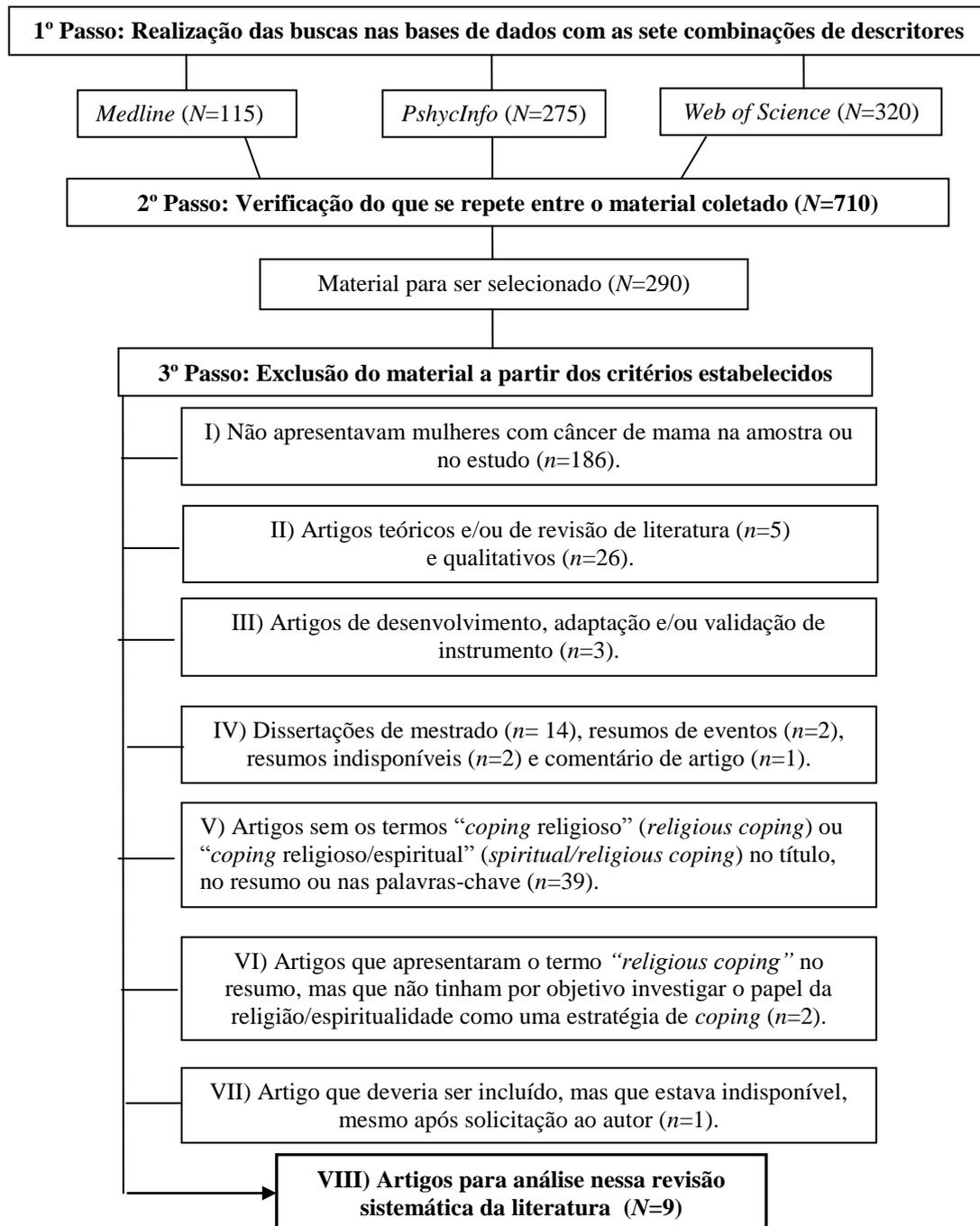
Bases de Dados

As pesquisas foram feitas nas bases de dados LILACS, Medline, PsycInfo e Web of Science e os descritores utilizados foram: *religious beliefs*, *spirituality*, *religiosity*, *religious experiences*, *religion*, *coping behavior*, *adjustment*, *breast cancer*, *religious coping* e *spiritual coping*. Em cada base de dados foram feitas as seguintes combinações dos descritores: “*religious beliefs and breast cancer*”, “*spirituality and coping behavior and breast cancer*”, “*religiosity and coping behavior and breast cancer*”, “*religious experiences and coping behavior and breast cancer*”, “*adjustment and spiritual coping or religious coping and breast cancer*”, “*religious coping and breast cancer*” e “*spiritual coping and breast cancer*”.

Procedimentos de Organização do Material

A Figura 1 ilustra os procedimentos realizados para a seleção do material. A pesquisa feita na base de dados LILACS não obteve resultados.

Figura 1. Critérios de Seleção dos Artigos para a Revisão Sistemática



RESULTADOS

Aspectos Gerais

O quadro 1 apresenta a descrição das nove pesquisas encontradas, todas desenvolvidas em países da Europa (Aukst-Margetić, Jakovljević, Ivanec, Margetić, Ljubičić, & Šamija, 2009; Laarhoven, Schilderman, Vissers, Verhagen, & Prins, 2010, Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008) e da América do Norte (Gall et al. 2009; Hebert et al., 2009; Morgan, Gaston-Johansson, & Mock, 2006; Schreiber, 2011), todos disponíveis na língua inglesa.

Tabela 1

Resumo dos Artigos Analisados

Autor Origem	Objetivo do estudo	Delineamento	Descrição da amostra	Procedimentos de coleta de dados	Medidas de CRE ou itens	Medidas das demais variáveis	Resultados
Aukst-Margetić et al. (2009) Zagreb CROÁCIA	Avaliar as relações entre a qualidade de vida e a religiosidade em mulheres com câncer de mama.	Transversal. A coleta de dados foi realizada em um período de seis meses.	115 mulheres com câncer de mama.	As mulheres foram recrutadas a partir de uma unidade de radioterapia e eram naturais de diferentes partes da Croácia.	<i>Santa Clara Strength of Religious Faith Question</i> (Plante et al., 1997); Três afirmativas para avaliar a religiosidade como um mecanismo de coping: 1) a doença aumentou minha fé; 2) a doença diminuiu minha fé; e 3) minha fé ajudou a lidar com a doença.	<i>World Health Organisation Well Being Index Five-item version</i> (Bech, 1999); <i>International Breast Cancer Study Group Quality of Life - IBCSG-QL</i> (Bernhard et al, 1997).	A religiosidade moderada foi associada com uma pior percepção de saúde física. A afirmativa “a doença diminuiu minha fé” esteve associada com piores domínios de qualidade de vida: menor bem-estar, pior saúde física, maior fadiga, menos saúde geral e menos suporte social. A afirmativa “a fé me ajuda a lidar com a doença” esteve associada com maior suporte social. A crença de que “a doença aumentou a fé” foi altamente prevalente na amostra.
Gall et al.	Investigar a mobilização do	Longitudinal. As mulheres	93 mulheres com câncer de	Todas as mulheres foram recrutadas por	Itens únicos que avaliaram a	Escalas de depressão,	Mulheres com câncer de mama apresentaram maior

COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL E CÂNCER DE MAMA

(2009) Ottawa CANADÁ	<i> coping </i> religioso e o seu padrão ou trajetória de uso ao longo do tempo na resposta das mulheres às diversas fases do tratamento do câncer de mama e da recuperação.	com câncer de mama foram avaliadas antes do resultado da biópsia (2-4 dias após a biópsia), uma semana antes da cirurgia e um mês, seis meses, um ano e dois anos após a cirurgia. As mulheres com diagnóstico benigno foram avaliadas antes do resultado da biópsia (2-4 dias após a biópsia), três e 14 meses após a biópsia.	mama e 160 com diagnóstico de tumor benigno.	intermédio de uma clínica de saúde (Canadá) enquanto esperavam o procedimento da biópsia.	frequência a encontros religiosos e a importância percebida da religião e da espiritualidade; RCOPE (Pargament et al., 2000) – Foram utilizados dois itens com a maior carga fatorial das 10 subescalas.	ansiedade e raiva do <i>Profile of Mood States</i> – POMS (McNair et al., 1992); Dimensão de bem-estar emocional do <i>Functional Assessment of Cancer Treatment</i> – FACT-B (Brady et al., 1997).	uso de <i> coping </i> religioso ao longo do tempo do que mulheres com tumor benigno. Estratégias de apoio/conforto foram utilizadas no período em torno da cirurgia, enquanto que aquelas voltadas à construção de um sentido permaneceram elevadas ou aumentaram ao longo do tempo. A mobilização do <i> coping </i> religioso (positivo e negativo) foi preditiva de mudanças no estresse emocional e no bem-estar ao longo do tempo. Mulheres com câncer de mama utilizaram mais <i> coping </i> religioso positivo do que negativo ao longo do tempo.
Hebert et al. (2009) Pittsburgo EUA	Investigar se as mudanças no <i> coping </i> religioso positivo e negativo em mulheres com câncer de mama predizem mudanças no bem-estar ao	Longitudinal. Avaliações no primeiro mês do tratamento (T1) e entre 8-12 meses após o início do estudo (T2).	284 mulheres com câncer de mama (198 em nível I e II e 86 em nível IV).	Todas as mulheres foram recrutadas de hospitais do oeste da Pensilvânia.	Itens únicos que avaliaram frequência a encontros religiosos, frequência de oração e níveis de consideração espiritual/religiosa; Quatro itens da	<i>Short Form-36</i> (Ware et al., 1992); 10 itens da <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (Andresen et al., 1994); <i>Satisfaction with</i>	<i>Coping </i> religioso negativo predisse pior ajustamento psicológico. Mudanças no <i>Coping </i> religioso negativo foram preditoras de pior saúde mental, mais sintomas depressivos e menos satisfação com a vida ao longo do tempo. <i>Coping </i> religioso positivo

Carina Veit e Elisa Castro

	longo do tempo.				RCOPE (Pargament et al., 2000), dois de <i>Coping</i> Religioso Positivo e dois de Negativo.	<i>Life Scale</i> (Diener et al., 1985).	não apresentou associação significativa com o bem-estar.
Laarhoven et al. (2010)	Examinar a relação entre a adesão a uma imagem de Deus pessoal, impessoal e/ou que não pode ser conhecido e estratégias de <i>coping</i> em um grupo de pacientes paliativos de câncer holandeses que não estavam mais recebendo tratamentos antitumorais e que estavam diante da morte.	Transversal. A coleta de dados foi realizada de julho de 2003 a dezembro de 2005.	68 pacientes sob cuidados paliativos (13% de câncer de mama).	Os participantes foram recrutados de departamentos de medicina interna e oncologia médica, de uma unidade de cuidados paliativos de uma universidade, de dois hospitais gerais, de dois hospitais que cuidam de pacientes terminais e de um serviço regional de consultas de cuidados paliativos nos Países Baixos.	<i>Images of God Scale</i> (Van der Vem, 1998).	COPE- <i>Easy</i> (Carver et al., 1989).	Uma imagem impessoal de Deus foi o preditor mais relevante para o <i>coping</i> e esteve associada a quatro estratégias diferentes, enquanto que uma imagem pessoal de Deus foi associada a uma estratégia, e a imagem que não pôde ser conhecida não apresentou nenhuma associação. A idade foi o preditor sociodemográfico mais importante para o <i>coping</i> e apresentou valor preditivo negativo para a busca de conselho e por apoio moral.
Nimegue PAÍSES BAIXOS							
Morgan et al. (2006)	Explorar as relações entre bem-estar espiritual, <i>coping</i> religioso e qualidade de vida em mulheres afro-	Transversal, descritivo.	11 mulheres diagnosticadas pela primeira vez com câncer de mama recebendo quimioterapia	As mulheres foram recrutadas de centros de oncologia e de consultórios de oncologistas dentro da costa Atlântica e Sudeste dos Estados Unidos. Os	<i>BriefRCOPE</i> (Pargament et al. 1998).	<i>The Functional Assessment and Cancer TherapyScale</i> - FACT-B (Cella et al., 1993), incluindo nove questões	As mulheres utilizaram mais <i>coping</i> religioso positivo do que negativo durante a fase de tratamento. Correlações positivas (moderadas a fortes) foram encontradas entre bem-estar espiritual e
Louisville EUA							

COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL E CÂNCER DE MAMA

	americanas que se encontravam em tratamento quimioterápico ou radioterápico.		ou radioterapia.	questionários foram enviados por correio àquelas que disseram aos seus médicos que concordariam em participar do estudo. Aquelas que retornaram receberam um cartão de telefone no valor de 20 dólares.		adicionais que se referem especialmente a pacientes com câncer de mama; Domínio de Qualidade de vida da <i>Spiritual Well Being</i> – SWB (Brady et al., 1999).	os domínios de qualidade de vida física, emocional e bem-estar funcional. Não foram encontradas correlações significativas entre variáveis clínicas e os domínios da qualidade de vida. Correlação negativa (moderada) foi encontrada entre <i>coping</i> religioso negativo e bem-estar físico. Nenhuma relação significativa foi encontrada entre o bem-estar psicológico e a subescala de conservação espiritual (RCOPE). Mulheres que viam Deus como engajado obtiveram maiores índices de bem-estar e menores escores de preocupações sobre a recorrência da doença, depressão, ansiedade e estresse. As mulheres que viam Deus como engajado mantiveram o bem-estar psicológico, até mesmo com o uso de estratégias de conflito espiritual. O principal fator associado ao bem-estar psicológico foi a visão das mulheres de um Deus engajado, mais do que o
Schreiber, J. A. (2011)	Examinar o efeito das visões de Deus em sobreviventes de câncer de mama, nas estratégias de <i>coping</i> religioso, depressão, ansiedade, estresse, preocupações sobre a recorrência da doença e bem-estar psicológico.	Transversal, exploratório, comparativo.	129 sobreviventes de câncer de mama que completaram o tratamento e que estavam em transição do estágio de tratamento para o de sobrevivência inicial (6-30 meses após o diagnóstico).	As mulheres foram recrutadas de uma clínica de câncer de mama da universidade e de um consultório de oncologia da comunidade. Os questionários foram enviados por correio e aquelas que participaram receberam \$10.	<i>Image of God Scale</i> (Bader et al., 2006), <i>Religious/Spiritual Coping Short Form</i> (Pargament et al., 2000).	Versão Breve da <i>Depression Anxiety Stress Scale</i> (Lovibond et al., 1995), Subescala de medo global da <i>Concerns About Recurrence Scale</i> (Vickberg, 2003), <i>Scales of Psychological Well-Being</i> (Ryff, 1989).	
Louisville EUA							

Thuné-Boyle et al. (2011)	Examinar a prevalência e o curso de estratégias de <i>coping</i> religioso em pacientes recentemente diagnosticadas com câncer de mama no Reino Unido.	Longitudinal. Avaliações feitas três dias após a cirurgia (na maioria), e três e 12 meses após a cirurgia.	155 participantes recentemente diagnosticadas com câncer de mama e com cirurgia subsequente (92% estavam no estágio I e II).	A maioria (85%) dos questionários foi preenchida no quarto do hospital e algumas pacientes preferiram responder em casa. Não é descrito onde foram feitas as avaliações dos três e 12 meses após a cirurgia.	Três itens (com maior carga fatorial) de 13 subescalas da RCOPE (Pargament et al., 2000).	<i>Brief</i> COPE (Carver, 1997).	tipo de estratégia de <i>coping</i> empregado. O uso de estratégias de <i>coping</i> não religioso foi, em geral, mais comum. E o <i>coping</i> religioso, apesar de ter sido usado por 66% da amostra, foi a estratégia de <i>coping</i> menos utilizada quando a avaliação foi feita com uma medida geral <i>Brief</i> COPE. As estratégias “ <i>coping</i> religioso positivo e ativo” e “busca por apoio em líderes e membros do grupo religioso” foram significativamente maiores no período da cirurgia. Já as estratégias “sentir-se punido e abandonado por Deus” e “busca por purificação espiritual” foram significativamente maiores em torno da cirurgia e 12 meses após. As estratégias de <i>coping</i> religioso da <i>Brief</i> COPE também apresentaram índices significativamente maiores no período da cirurgia. As participantes apresentaram níveis elevados de <i>coping</i>
Zwingmann et al. (2006)	Investigar o papel do <i>coping</i> religioso	Transversal. A coleta de dados foi	156 mulheres recentemente diagnosticadas	Todas as mulheres foram recrutadas de um centro de reabilitação	16 itens de <i>coping</i> religioso (8 positivos e 8	Duas subescalas (<i>Depressive Coping</i> e <i>Active</i>	

COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL E CÂNCER DE MAMA

Bad Kreuznach, ALEMANHA	positivo e negativo em uma amostra de pacientes alemães com câncer de mama.	realizada de março a setembro de 2003.	com câncer de mama pela primeira vez.	oncológico da cidade de Bad Kreuznach.	negativos) desenvolvidos pelos autores, semelhantes à <i>Brief RCOPE</i> (Pargament et al., 1998).	<i>Problem-focused Coping</i>) da versão breve do <i>Freiburg Questionnaire of Coping with Illness</i> (Muthny, 1989), Duas subescalas (Ansiedade e Depressão) da <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Herrmann et al., 1995).	religioso positivo e um reduzido uso de estratégias de <i> coping</i> religioso negativo. A estratégia de <i> coping</i> não religioso mais utilizada foi a do <i> coping</i> focalizado no problema. <i>Coping</i> religioso foi totalmente mediado por estratégias de <i> coping</i> não religioso, contribuindo apenas indiretamente para a adaptação psicossocial. Ambos os padrões de <i> coping</i> religioso afetaram a adaptação psicossocial na mesma medida. <i>Coping</i> depressivo foi influenciado pelo <i> coping</i> religioso.
Zwingmann et al. (2008) Bad Kreuznach, ALEMANHA	Determinar a utilidade da distinção entre comprometimento religioso e <i> coping</i> religioso na predição da adaptação psicossocial em mulheres com câncer de mama.	Transversal. A coleta de dados foi realizada de março a setembro de 2003.	167 mulheres recentemente diagnosticadas com câncer de mama pela primeira vez.	Todas as mulheres foram recrutadas de um centro de reabilitação oncológico da cidade de Bad Kreuznach.	<i>Centrality Scale</i> (Huber, 2003), 27 itens de <i> coping</i> religioso (18 positivos e 9 negativos) desenvolvidos pelos autores, semelhantes à <i>Brief RCOPE</i> (Pargament et al., 1998).	Subescala de ansiedade da versão germânica da <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Herrmann et al., 1995).	Comprometimento religioso e <i> coping</i> religioso positivo demonstraram alta correlação. A ansiedade foi negativamente relacionada ao <i> coping</i> religioso positivo e positivamente ao <i> coping</i> religioso negativo. <i>Coping</i> religioso positivo e negativo estavam mais fortemente relacionados à ansiedade do que o comprometimento religioso. A análise de regressão revelou uma

interação entre comprometimento religioso e *coping* religioso negativo, sugerindo uma relação entre maiores níveis de comprometimento religioso e maiores níveis de *coping* religioso negativo.

Um dos estudos, desenvolvido no Reino Unido (Thuné-Boyle et al., 2011), destacou diferenças nos resultados quando comparados às pesquisas realizadas nos Estados Unidos. Ao contrário dos EUA, em que existe uma alta proporção de pessoas com uma determinada afiliação religiosa e que frequentam regularmente serviços religiosos, a população do Reino Unido apresentou, em geral, baixos níveis de envolvimento religioso/espiritual. Contudo, algumas mulheres que se declararam não religiosas relataram ter feito uma breve oração antes de irem para a sala de operação. Embora as estratégias de *coping* religioso negativo tenham sido menos comuns do que outras estratégias de *coping* não-religioso, essas corresponderam a 53,5% (Reavaliação dos poderes de Deus), indicando que mais da metade da amostra tinha algum conflito com a sua fé em relação ao diagnóstico do câncer de mama. Os resultados demonstraram que houve uma significativa redução nas estratégias de *coping* religioso ao longo do tempo, sugerindo que as pacientes estão mais propensas a buscar a ajuda de Deus nos primeiros estágios do curso da doença do que nos seguintes. As estratégias de *coping* religioso positivo foram significativamente maiores no período em torno da cirurgia do que aos três e 12 meses pós-cirúrgicos.

As estratégias de *coping* religioso também foram mobilizadas no período de adaptação à doença no estudo de Gall et al. (2009), sendo as estratégias relacionadas à busca de apoio e conforto elevadas no período em torno da cirurgia e reduzidas ao longo do tempo, enquanto que as estratégias de construção de sentido permaneceram elevadas ou aumentaram a longo prazo. Estratégias de *coping* religioso positivas e negativas foram preditoras de angústia. O aumento do descontentamento espiritual, por exemplo, foi preditor de um aumento na angústia emocional, enquanto que a entrega ativa e a ajuda religiosa predisseram uma diminuição no estresse. Da mesma forma, aspectos negativos e positivos do *coping* religioso estiveram associados ao bem-estar emocional: uma diminuição no descontentamento espiritual acompanhada do aumento da ajuda religiosa foi preditora de um aumento no bem-estar emocional.

Em contrapartida, no estudo de Hebert et al. (2009), o *coping* religioso positivo não apresentou nenhuma associação com o bem-estar, ao passo que o *coping* religioso negativo foi preditor de pior saúde mental, maior depressão e menor satisfação de vida, indicando um pior ajustamento psicológico relacionado a esse tipo de estratégia. Conforme os autores, tais achados destacam a importância de interrogar as pacientes sobre possíveis conflitos religiosos/espirituais e, a partir disso, desenvolver intervenções que promovam o bem-estar emocional. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo piloto de Morgan et al. (2006), realizado com mulheres afro-americanas. Os autores não descreveram nenhuma associação significativa entre as variáveis pesquisadas e o *coping* religioso positivo. Todavia, verificaram a existência de associações negativas entre o *coping* religioso negativo e o bem-estar físico. Ademais, associações positivas entre bem-estar espiritual e os domínios de qualidade de vida (físico, emocional e bem-estar funcional) foram encontradas.

Somado a isso, Schreiber (2011) aponta para a busca de conhecimento das visões de mundo das pacientes, no intuito de facilitar o acesso aos recursos religiosos/espirituais que elas possam ter. A autora, ao investigar as implicações das visões de Deus na vida de sobreviventes de câncer de mama, encontrou diferenças significativas entre aquelas que viam Deus como alguém engajado (*engaged*), mas não naquelas que viam Deus como zangado (*angry*). Altos níveis de bem-estar psicológico e baixos índices de medo da recorrência da

doença, de depressão, ansiedade e estresse foram encontrados naquelas que viam Deus como altamente engajado, o que aponta para os efeitos potenciais da fé na adaptação psicológica. Laarhoven et al. (2010) também investigaram as imagens de Deus em pacientes sob cuidados paliativos (13% com câncer de mama) e concluíram que a adesão a uma imagem impessoal de Deus foi preditora positiva para as estratégias de *coping* de “Busca por conselho e informação”, “Busca de apoio moral” e “Negação”, e preditora negativa para a estratégia “Humor”. Em contrapartida, a adesão a uma imagem pessoal de Deus esteve associada a apenas uma estratégia, a única do instrumento relacionada a aspectos religiosos/espirituais: “Voltar-se à religião”. Os autores apontam para a urgência de consideração dessas diferentes percepções de Deus nas pesquisas, tendo em vista as diferenças das crenças e práticas religiosas entre os países.

Em um estudo feito com pacientes alemãs, Zwingmann et al. (2006) descobriram que tanto o *coping* religioso positivo quanto o negativo contribuíram para o *coping* depressivo, mas não para o *coping* focalizado no problema. O *coping* depressivo foi predito negativamente pelo *coping* religioso positivo e positivamente pelo *coping* religioso negativo, o que indica que ambos os padrões de *coping* religioso predisseram a adaptação psicossocial. Embora o *coping* depressivo tenha sido menos utilizado nesse estudo, esse revelou-se como sendo um forte preditor para a ansiedade e depressão, sendo que o *coping* religioso correspondeu a 14% da variância do *coping* depressivo. O *coping* religioso negativo foi predito pela idade e pelo estado civil, demonstrando que mulheres mais velhas e sem parceiro apresentam mais *coping* religioso negativo. Já o *coping* religioso positivo não foi predito por nenhuma variável. Além disso, nenhuma relação significativa foi encontrada entre variáveis clínicas e os estilos de *coping* religioso.

Também realizado com mulheres alemãs, Zwingmann et al. (2008) verificaram que a ansiedade esteve negativamente relacionada ao *coping* religioso positivo e positivamente associada ao *coping* religioso negativo. O comprometimento religioso não apresentou associação significativa com a ansiedade, em contrapartida, apresentou uma forte associação com o *coping* religioso positivo. O *coping* religioso negativo, por sua vez, não apresentou associação com o comprometimento religioso, tampouco com o *coping* religioso positivo. Como no estudo de Zwingmann et al. (2006), não foram encontradas associações significativas entre variáveis clínicas e o *coping* religioso. Todavia, mulheres mais velhas apresentaram maior comprometimento religioso, maiores índices de *coping* religioso negativo e menor ansiedade, enquanto as mulheres com maior nível de escolaridade ou que moravam com um companheiro obtiveram um menor índice do *coping* religioso negativo. De modo particular, esse estudo apresentou diferenças relacionadas à afiliação religiosa e demais variáveis investigadas, demonstrando que mulheres católicas (45%) relataram maiores níveis de comprometimento religioso, maiores índices de *coping* religioso positivo e menor ansiedade, enquanto que as protestantes (38%) demonstraram maior *coping* religioso negativo. De acordo com os autores, o uso do padrão negativo de *coping* religioso foi relativamente baixo na amostra.

Por fim, Aukst-Margetić et al. (2009) constataram que mulheres com maior religiosidade estavam convencidas de que a fé ajudou-as na cura da doença e que a concordância com essa afirmativa estava positivamente associada com o apoio social que um envolvimento religioso oferece. Além disso, a percepção de que a fé ajudou a lidar com o câncer esteve fortemente

apoiada entre aquelas mulheres que tinham mais filhos. Já a concordância com a afirmativa de que a doença diminuiu a fé esteve fortemente associada com piores índices de qualidade de vida. Neste estudo, destacou-se o alto índice da afirmativa “a doença aumentou a minha fé”, enfatizando a importância da religiosidade no processo de *coping* e adaptação ao câncer de mama.

Variáveis Clínicas

Somente uma das pesquisas (Laarhoven et al., 2010) não foi realizada por uma amostra composta exclusivamente por mulheres com câncer de mama. Três foram realizadas com mulheres recentemente diagnosticadas (Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), duas com pacientes em qualquer estágio da doença (Aukst-Margetić et al., 2009; Hebert et al., 2009), uma com mulheres antes e depois do procedimento da biópsia (Gall et al., 2009), uma com pacientes sob cuidados paliativos (Laarhoven et al., 2010), uma com mulheres diagnosticadas com a doença pela primeira vez e que estavam recebendo tratamento quimioterápico ou radioterápico (Morgan et al., 2006) e uma com sobreviventes do câncer de mama (Schreiber, 2011).

Dentre os estudos que apresentaram o nível do câncer das participantes, todos tinham como maioria os estágios iniciais da doença: 33% em estágio I e 48,7% em estágio II (Aukst-Margetić et al., 2009), 75,3% entre os estágios 0 e II (Gall et al., 2009), 70% em estágio I e II (Hebert et al., 2009), 72,1 % em estágio II (Morgan et al., 2006), 92% em estágio I e II (Thuné-Boyle et al., 2011), 31% em estágio I e 47% em estágio II (Zwingmann et al., 2006) e 30% em estágio I e 47% em estágio II (Zwingmann et al., 2008). Schreiber (2011) e Laarhoven et al. (2010) não apresentaram nenhuma variável clínica.

Hebert et al. (2009) não encontraram particularidades no *coping* religioso entre as participantes em diferentes estágios do câncer. Em contrapartida, Gall et al. (2009) verificaram diferenças nos níveis de *coping* religioso entre mulheres nos estágios avançados e iniciais da doença. Todavia, optaram por combinar os grupos nas análises, uma vez que os padrões de mudança no *coping* religioso haviam sido muito similares ao longo do tempo entre as participantes, não existindo associações significativas entre o estágio do câncer e a angústia emocional e o bem-estar. Corroborando com esses resultados, encontram-se Zwingmann et al. (2006) e Zwingmann et al. (2008), que não encontraram nenhuma associação significativa entre as variáveis clínicas (estágio da doença, tempo de diagnóstico e procedimento cirúrgico) e as religiosas, e Morgan et al. (2006), que não encontraram associação significativa entre variáveis clínicas (estágio da doença e tempo de diagnóstico) e o bem-estar espiritual.

Apenas uma pesquisa (Morgan et al., 2006) detalhou as combinações de tratamentos vivenciadas pelas pacientes (63,6% cirurgia e quimioterapia e 36,4% cirurgia, quimioterapia e radioterapia), uma variável clínica que deveria ser incluída pelos estudos quando o tema de investigação é justamente o processo de *coping*/enfrentamento da doença. Cinco estudos apresentaram algumas informações: Aukst-Margetić et al. (2009) recrutaram para o estudo mulheres da unidade de radioterapia, as quais diferiam do tratamento recebido anteriormente; Gall et al. (2009) descreveram que 57% das participantes tinham realizado mastectomia e que 50,6% tinham variadas combinações de tratamento após a cirurgia, tais como quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia; Thuné-Boyle et al. (2011) citaram que 61% das participantes haviam sido submetidas à mastectomia conservadora e que as demais haviam sofrido algum outro tipo de mastectomia, existindo um total de 40% da amostra que realizara esvaziamento

das axilas em nível II; Zwingmann et al. (2006) e Zwingmann et al. (2008) relataram que praticamente todas as participantes do estudo haviam realizado cirurgia de mastectomia.

Variáveis Relacionadas à Religião

Praticamente todas as pesquisas apresentaram as percentagens quanto à filiação religiosa das participantes, sendo, dentre elas, predominantes a Igreja Católica (Gall et al., 2009; Laarhoven et al., 2010; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), a Protestante (Hebert et al., 2009; Schreiber, 2011; Thuné-Boyle et al., 2011) e a Batista (Morgan et al., 2006). Apenas o estudo de Aukst-Margetić et al. (2009) não apresentou esse dado, justificado pelo fato da população da Croácia ser predominantemente Católica (87,98%).

Somado a isso, Gall et al. (2009) avaliaram a frequência a encontros religiosos e a importância percebida da religião/espiritualidade na vida das participantes; Hebert et al. (2009) verificaram, além da frequência a encontros religiosos, a frequência de oração e os níveis de consideração espiritual/religiosa; Zwingmann et al. (2008) mediram o comprometimento religioso (grau de religiosidade que guia a vida diária de alguém).

Medidas de Avaliação de Coping Religioso/Espiritual

Três estudos (Gall et al., 2009; Hebert et al., 2009; Thuné-Boyle et al., 2011) foram realizados com itens selecionados da RCOPE (Pargament, Koenig & Perez, 2000). Já Zwingmann et al. (2006) e Zwingmann et al. (2008) optaram por desenvolver itens semelhantes aos encontrados na *Brief RCOPE* (Pargament et al., 1998), que poderiam se encaixar ao contexto religioso/cultural de seu país, uma vez que ainda não estão disponíveis na Alemanha instrumentos que avaliem o *coping* religioso no seu respectivo idioma.

Morgan et al. (2006) e Schreiber (2011) foram os únicos pesquisadores que utilizaram uma escala completa para a avaliação do *coping* religioso, a *Brief RCOPE* (Pargament et al., 1998) e a *Religious/Spiritual Coping Short Form - RCOPE* – (Pargament et al., 2000), respectivamente. Além disso, Schreiber (2011) procurou identificar como as sobreviventes de câncer de mama viam a Deus e o que elas creem que Ele faz no mundo, através do *Image of God Scale - IGS* (Bader, Dogherty, Froese, Johnson, Mencken, Park & Stark, 2006), um instrumento desenvolvido em Waco (Texas) que permite a identificação de quatro visões de Deus: benevolente, autoritário, crítico e distante. De modo similar, Laarhoven et al. (2010) utilizaram a *Images of God Scale* (Van der Vem, 1998), uma escala holandesa que avalia a adesão a uma imagem de Deus pessoal, impessoal e/ou que não pode ser conhecido e que tem sido utilizada, dentre outros, em um grande estudo (n=1008) sobre o desenvolvimento sociocultural nos Países Baixos.

Aukst-Margetić et al. (2009), de forma particular, utilizaram o *Santa Clara Strength of Religious Faith Question - SCSORF* – (Plante & Boccaccini, 1997), um instrumento que mede a força das crenças religiosas independentemente da denominação ou afiliação religiosa e que já foi validado em pacientes com câncer. Nesse estudo, o uso da religiosidade como um mecanismo de *coping* foi avaliado a partir de três afirmativas, respondidas a partir de uma escala Likert de quatro pontos: “a doença aumentou minha fé”, “a doença diminuiu minha fé” e “minha fé ajudou a lidar com a doença”.

Características Metodológicas

Dentre os estudos analisados, três eram longitudinais (Gall et al., 2009; Hebert et al., 2009; Thuné-Boyle et al., 2011) e os demais transversais (Aukst-Margetić et al., 2009; Laarhoven et al., 2010; Morgan et al., 2006; Schreiber, 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al.,

2008). Esse dado vai ao encontro do observado na revisão sistemática de literatura de Thuné-Boyle et al. (2006), em que a maioria (n=9) das pesquisas eram transversais.

No que se refere ao tamanho das amostras, verificou-se que o número de participantes dos estudos variou entre 11 e 284 ($M = 148,6$, $DP = 84,1$). Dois estudos longitudinais apresentaram as taxas de perda ao longo do tempo: Gall et al. (2009) tiveram perdas de 24,4% e de 23,4% em sua amostra ao longo de dois anos, sendo essas de mulheres com câncer de mama e com diagnóstico benigno, respectivamente. Os autores verificaram que as participantes do estudo não diferiram das desistentes em termos de idade, importância religiosa e espiritual, angústia e bem-estar no pré-diagnóstico (2-4 dias após a biópsia). Contudo, no que tangia ao *coping* religioso, as participantes demonstraram um menor uso da delegação passiva (*coping* religioso negativo) no pré-diagnóstico do que as desistentes; Thuné-Boyle et al. (2011) tiveram uma perda de 19% em sua amostra ao longo de um ano e observaram que a única diferença entre as mulheres que continuaram no estudo em relação às mulheres desistentes era o nível de escolaridade, sendo as médias em anos de estudo de 14,9 e 12,5, respectivamente.

Além disso, foi possível observar que todas as informações foram coletadas em clínicas e/ou hospitais, com exceção de Morgan et al. (2006) e Schreiber (2011), que enviaram o material por correio, oferecendo incentivo financeiro para a participação.

DISCUSSÃO

As pesquisas que tiveram por objetivo avaliar o *coping* religioso encontraram a primazia do padrão positivo quando comparado ao negativo (Gall et al., 2009; Hebert et al., 2009; Morgan et al., 2006; Schreiber, 2011; Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008). No entanto, em alguns estudos o *coping* religioso positivo não apresentou nenhuma relação com o bem-estar físico e psicológico (Hebert et al., 2009; Morgan et al., 2006; Schreiber, 2011), ao passo que o *coping* religioso negativo esteve associado ao aumento de angústia emocional (Gall et al., 2009), de *coping* depressivo (Zwingmann et al., 2006) e de ansiedade (Zwingmann et al., 2008) e de pior ajustamento psicológico (Hebert et al., 2009) e bem-estar físico (Morgan et al., 2006).

Somado a isso, foi possível observar que nesses estudos (Gall et al., 2009; Hebert et al., 2009; Morgan et al., 2006; Schreiber, 2011; Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008) os instrumentos escolhidos para avaliar o *coping* religioso foram apropriados, já que foram utilizados itens selecionados da *RCOPE Scale* (Pargament et al., 2000) ou a escala completa. Conforme Thuné-Boyle et al. (2006), a *RCOPE Scale* (Pargament et al., 2000) oferece uma medida baseada teoricamente que examina toda a gama de estratégias benéficas e prejudiciais de *coping* religioso, abordando tal constructo de uma forma multidimensional. Em contrapartida, no estudo de Aukst-Margetić et al. (2009), o *coping* religioso foi medido através de três afirmativas, que parecem não abranger a complexidade de tal conceito. Como o estudo de Laarhoven et al. (2010) não tinha por objetivo avaliar o *coping* religioso de um modo específico, a escala utilizada foi a de *COPE-Easy* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), que inclui aspectos religiosos.

No que se refere às principais limitações metodológicas dos estudos analisados, destacam-se: o delineamento transversal (Aukst-Margetić et al., 2009; Laarhoven et al., 2010; Morgan

et al., 2006; Schreiber, 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), a ausência de controle de comorbidades e de variáveis psicológicas em mulheres em diferentes momentos de tratamento da doença (Aukst-Margetiæ et al., 2009; Hebert et al., 2009), a impossibilidade de saber por que as pacientes que receberam o material por correio não responderam (Schreiber, 2011), a amostra ser composta apenas por mulheres recém diagnosticadas e, por conseguinte, com melhor prognóstico (Thuné-Boyle et al., 2011; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), a mensuração da adaptação psicossocial através de subescalas de ansiedade e depressão (Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008), a perda de participantes que na avaliação inicial haviam apresentado maiores índices de delegação passiva (Gall et al., 2009), e, por fim, a impossibilidade de generalização dos dados devido ao número reduzido das amostras e às diferenças culturais e religiosas.

Sugere-se que futuros estudos tenham por objetivo específico a avaliação do *coping* religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. Tendo em vista o quão invasivos são os tratamentos de câncer, bem como os seus respectivos impactos físicos e psicológicos nas áreas da sexualidade, maternidade e feminilidade (Silva, 2008; Muller, Hoffman, & Fleck, 2006; Wanderley, 2003), sugere-se que esses venham a explorar de uma forma mais detalhada as implicações das variáveis clínicas no processo de *coping* religioso/espiritual, tais como tempo de diagnóstico, tipo de tratamento realizado, gravidade da doença, recorrência do câncer, etc. Além disso, sugere-se que sejam feitos estudos com pacientes em fase terminal, a fim de investigar a interação dos fatores religiosos/espirituais quando do risco eminente de morte.

O presente estudo revisou, exclusivamente, os artigos que apresentavam os termos “*coping* religioso” ou “*coping* religioso/espiritual” no título, no resumo ou nas palavras-chave, como feito por Thuné-Boyle et al. (2006). Devido a isso, é provável que artigos que investiguem o *coping* religioso através de escalas abrangentes de *coping* tenham ficado excluídos da análise. O material aqui encontrado confirma a escassez de estudos nessa área, tanto que optou-se por incluir na análise o estudo de Laarhoven et al. (2010), que apresentava uma amostra com diferentes tipos de câncer. Não obstante, destaca-se que o termo “*religious/spiritual coping*” foi escrito apenas no resumo de Thuné-Boyle et al. (2011), razão pela qual, ao discutir os resultados deste trabalho, foi utilizado o termo “*coping* religioso”.

REFERÊNCIAS

- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., & Al-Moudhri, M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer-literature: Review and implications for developing countries. *The Breast Journal*, 15, 615–622. doi: 10.1111/j.1524-4741.2009.00812.x
- Alcorn, S. R., Balboni, M. J., Prigerson, H. G., Reynolds, A., Phelps, A. C., Wright, A. A.,... Balboni, T.A. (2010). “If God wanted me yesterday, I wouldn’t be here today”: Religious and spiritual themes in patients’ experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 13, 581-588. doi: 10.1089/jpm.2009.0343
- Andresen, E. M., Malmgren, J. A., Carter, W. B., & Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 77–84.

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294. doi: 10.1590/S1413-294X1998000200006
- Astrow, A. B., Wexler, A., Texeira, K., He, M. K., & Sulmasy, D. P. (2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *Journal of Clinical Oncology*, 25, 5753-5757. doi:10.1200/JCO.2007.12.4362
- *Aukst-Margetić, B., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., Ljubičić, Đ., & Šamija, M. (2009). Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *Collegium Antropologicum*, 33, 1265-1271.
- Bader, C., Dogherty, K., Froese, P., Johnson, B., Mencken, F.C., Park, J. Z., & Stark, R. (2006). *American piety in the 21st century: New insights to the depth and complexity of religion in the U.S.* Texas: Baylor Institute for Studies of Religion.
- Barros, A. C. S. D. (2008). Câncer de mama. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. de C. Macieira, M. T. Veit, et al. (Eds.), *Temas em psico-oncologia* (pp.40-45). São Paulo: Summus.
- Bech, P. (1999). Health-related quality of life measurements in the assessment of pain clinic results. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43, 893–896. doi: 10.1034/j.1399-6576.1999.430906.x
- Bernhard, J., Hiirny, C., Coates, A. S., Peterson, H. F., Castiglione-Gertsch, M., Gelber, R., ... & Rudenstam, C. M. (1997). Quality of life assessment in patients receiving adjuvant therapy for breast cancer: The IBCSG approach. *Annals of Oncology*, 8, 825-835. doi: 10.1023/A:1008269715091
- Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulsky, D. S., Lloyd, S. R., ... Shiomoto, G. (1997). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy–Breast Quality of Life instrument. *Journal of Clinical Oncology*, 15, 974–986.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<417::AID-PON398>3.0.CO;2-4
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570-579.
- Curtis, A. J. (2000). *Health Psychology*. New York: Taylor e Francis Group.
- Diener, E., Emmons R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Fabri, A., Carcangiu, M. L., & Carbone, A. (2008). Histological classification of breast cancer. In E. Bombardieri, G. Bonadonna, & L. Gianni (Eds.), *Breast cancer: Nuclear*

- medicine in diagnosis and therapeutic options* (pp. 3-14). New York: Springer Berlin Heidelberg.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18*, 381-389. doi:10.1590/S0102-79722005000300012
- Feher, S., & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, *8*, 408-416. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<408::AID-PON409>3.0.CO;2-5
- *Gall, T. L., Guirguis-Younger, M. G., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, *18*, 1165-1178. doi:10.1002/pon.1495
- *Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, *12*, 537-545. doi: 10.1089/jpm.2008.0250
- Herrmann, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (1995). *HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version [HADS-D – German Version]*. Huber, Bern, Switzerland.
- Huber S. (2003) *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität. (Centrality and Contents. A new Multidimensional Measurement Model of Religiosity)*. Opladen: Leske and Budrich
- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*. United States of America: Templeton Foundation Press (Original publicado em 2002).
- Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
- *Laarhoven, H. van, Schilderman, J. Vissers, K. C., Verhagen, C. A. H. H. V. M., & Prins, J. (2010). Images of God in relation to coping strategies of palliative cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, *40*, 495-501. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.02.021
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lin, H-R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, *44*, 69-80. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02768.x
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
- McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1992). *POMS Manual: Profile of Mood States*. San Diego: Edits/Educational and Industrial Testing Service.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, *58*, 24-35. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.24
- *Morgan, P. D., Gaston-Johansson, F., & Mock, V. (2006). Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: A pilot study. *Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education*, *17*, 73-77.

- Muller, M. C., Hoffman, F. S., & Fleck, P. (2006). A vivência do câncer de mama e a imagem corporal na mulher contemporânea. In B. S. G. Werlang & M. da S. Oliveira (Orgs.). *Temas em Psicologia Clínica* (pp.203-208). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)* (Manual Freiburg Questionnaire of Coping with Illness (FQCI)). Weinheim: Beltz.
- Mytko, J. J., & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439–450. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<439::AID-PON421>3.0.CO;2-L
- Paiva, G. J. de. (2007). Religião, enfrentamento e cura: Perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 24, 99-104. doi: 10.1590/S0103-166X2007000100011
- Paiva, G. J. de., Zangari, W., Verdade, M. M., Paula, J. R. M. de., Faria, D. G. R. de., Gomes, D. M.,... Gomes, A.(2009). Psicologia da religião no Brasil: A produção em periódicos e livros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 441-446. doi: 10.1590/S0102-37722009000300019
- Panzini, R. G., Rocha, N. S. da, Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. de A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 105-115. doi: 10.1590/S0101-60832007000700014
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710 -724. doi: 10.2307/1388152
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1
- Plante, T. G., & Boccaccini, M. T. (1997). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45, 375-387. doi: 10.1007/BF02230993
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081. doi: 10.1037//0022-3514.57.6.1069
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., & Brower, L. (2000). Spirituality, demographic and disease factors, and adjustment to cancer. *Cancer Practice*, 8, 298-304. doi: 10.1046/j.1523-5394.2000.86006.x
- *Schreiber, J. (2011). Image of God: Effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38, 293-301. doi:10.1188/11.ONF.293-301
- Shaw, C. (1999). A framework for the study of coping, illness behavior and outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1246-1255. doi: 10.1188/11.ONF.293-301
- Silva, L. C. da. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13, 231-237. doi: 10.1590/S1413-73722008000200005
- Snyder, C. R., & Dinoff, B. L. (1999). Coping: Where have you been? In C. R. Snyder (Ed.), *The psychology of what works* (pp.3-19). New York: Oxford University Press.

- Soothill, K., Morris, S. M., Harman, J. C., Thomas, C., Francis, B., & McIlmurray, M. B. (2000). Cancer and faith. Having faith – does it make a difference among patients and their informal carers? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *16*, 256–263. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00097.x
- Sousa, P. L. R., Tillman, I. A., Horta, C. L., & Oliveira, F. M. de (2004). A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: O estado da arte. In E. F. B. Teixeira, M. C. Muller, & J. D. T. da Silva (Eds.), *Espiritualidade e qualidade de vida* (pp.51-64). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Speechley, V., & Rosenfield, M. (2000). *Tudo sobre câncer*. São Paulo: Andrei.
- Stefanek, M., McDonald, P. G., & Hess, S. A. (2005). Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*, *14*, 450–463. doi: 10.1002/pon.861
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- *Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, *63*, 151–164. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.055
- Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, *20*, 771-782. doi: 10.1002/pon.1784
- Van der Vem, J. A. (1998). *God reinvented? A theological search in texts and tables*. Leiden, The Netherlands: Brill.
- Vickberg, S. M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): A systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, *25*, 16–24. doi: 10.1207/S15324796ABM2501_03
- Wanderley, K. da S. (2003). Aspectos psicológicos do câncer de mama. In M. M. M. J. de Carvalho (Ed.), *Introdução à Psiconcologia* (pp.95-101). São Paulo: Editora Livro Pleno.
- Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*, 473–483. doi: 10.1097/00005650-199206000-00002
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., & Blank, T.O. (2009). Facets of Spirituality as Predictors of Adjustment to Cancer: Relative Contributions of Having Faith and Finding Meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 730–741. doi: 10.1037/a0015820
- *Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber J., & Murken, S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*, 533–547. doi: 10.1007/s10865-006-9074-3
- *Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J., & Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, *17*, 361–370. doi:10.1111/j.1365-2354.2007.00867.x