

## O CÂNCER SOB UMA PERSPECTIVA ESPIRITUALIZADA

Jean Paes Landim de Lucena<sup>1</sup>; Lucas Peixoto de Macêdo<sup>2</sup>; Cristian Reinaldo Arenhardt<sup>3</sup>; Eudmar Marcolino de Assis<sup>4</sup>; Ezymar Gomes Cayana<sup>5</sup>

*1;3;4;5 Universidade Federal de Campina Grande; 2 Universidade Federal do Rio Grande do Norte.*

*E-mails: [jeanlucena@gmail.com](mailto:jeanlucena@gmail.com)<sup>1</sup>; [lucasmacedo@live.com](mailto:lucasmacedo@live.com)<sup>2</sup>; [cristian.arenhardt@hotmail.com](mailto:cristian.arenhardt@hotmail.com)<sup>3</sup>; [eudmar@msn.com](mailto:eudmar@msn.com)<sup>4</sup>; [egcayana@gmail.com](mailto:egcayana@gmail.com)<sup>5</sup>*

**Resumo:** O binômio espiritualidade e religiosidade constituem as duas das mais comuns e antigas formas que a humanidade possui de atribuir significado para a vida, bem como dá às pessoas mecanismos de enfrentamento de condições adversas, como o câncer. O objetivo desta revisão da literatura é, a partir de estudos qualitativos, avaliar a relação entre a espiritualidade/religiosidade e o câncer. E, nesse sentido, trazer a importância do tema para estudantes e profissionais da saúde e fornecer uma visão mais integral dos pacientes oncológicos. Para a concretização dessa revisão, foi realizada uma busca – seguindo critérios bem delimitados – na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de onde foram obtidos 29 artigos científicos das bases de dados LILACS, MEDLINE e Index de Artigos Científicos. Verificou-se que a relevância dessa abordagem holística do paciente confronta com o método biomédico, em razão de a religiosidade/espiritualidade do indivíduo ter potencial de interferir de modo positivo ou negativo no enfrentamento do câncer, todavia, há mais relatos de interferências positivas, que se relacionam ao melhor esclarecimento da condição do paciente. Assim, por intermédio da religiosidade/espiritualidade é possível dar um significado à doença, ou ainda ressignificá-la, e enfrentar mais positivamente a enfermidade, logo, constituem-se numa estratégia de enfrentamento capaz de contribuir de forma coadjuvante no tratamento clínico dos pacientes oncológicos, no sentido de – no mínimo – ajuda-los a atenuar sua situação.

**Palavras-chave:** religiosidade, espiritualidade, câncer, enfrentamento.

### Introdução

A palavra Câncer vem do grego Karkinos (caranguejo) e é utilizada para designar neoplasias malignas. As células cancerígenas desenvolvem-se desordenadamente e descontroladamente, o que acaba comprometendo todo o organismo, desequilibrando-o, desenvolvendo sintomas, morbidade e até mortalidade (LÔBO et al.,

2006). A resposta para o que causa o câncer não está bem delimitada. Sendo assim, considera-se que a influência de fatores externos ambientais age de forma direta ou indireta em modificações genéticas das células. As alterações genéticas podem ser herdadas dos progenitores e, assim, elas são transmitidas de geração para geração. Nesse âmbito, é correto afirmar que todo câncer provém de modificações genéticas, que são

herdadas ou adquiridas durante a vida, em genes de controle do crescimento celular (COTAIT, 2000 apud LÔBO et al., 2006, p. 3). Atualmente, existem várias formas de tratamento dessa doença, como quimioterapia, radioterapia e intervenções cirúrgicas, contudo, em nossa sociedade ela ainda é considerada uma doença incurável e que deixa clara a proximidade da morte (KOENIG, 2001 apud GUERRERO et al., 2010, p. 54).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009 apud GUERRERO et al., 2011, p. 54), mais de 70% de todas as mortes por câncer acontecem em países de baixa e média renda, já que os recursos disponíveis para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento são limitados ou inexistentes. Em 2005 13% de todas as mortes foram ocasionadas pelo câncer, o que representa um total de 7,6 milhões de pessoas. A estimativa da OMS é de que nove milhões de pessoas morrerão de câncer em 2015. No Brasil, de acordo com dados de 2010 do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010 apud LÔBO et al., 2006, p. 3) essa é a segunda maior causa de morte no país, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Por isso, diz-se que o câncer no Brasil é um grave problema de saúde pública, tanto no que diz respeito ao controle dos casos registrados como atividades de prevenção, situação socioeconômica e

desigualdades regionais (GUERRERO et al., 2011).

O câncer ainda é uma enfermidade repleta de estigmas que vão além do enfrentamento do diagnóstico, adoecimento e tratamento, logo, a caracterização multifacetada dessa enfermidade aponta para um tratamento cuja importância se equivale aos cuidados oferecidos às implicações sociais da doença. (Di Primio et al., 2010).

Para iniciar esse entendimento é preciso esclarecer o que é a religiosidade e o que é a espiritualidade. Lukoff (1992 apud BARBOSA & FREITAS, 2009, p. 116) e Worthington, Kurusu e McCullough (1996 apud BARBOSA & FREITAS, 2009, p. 116) caracterizam a religiosidade através da adesão de um indivíduo a um sistema de crenças e concepções religiosas específicas, vinculadas – ou não – a uma religião (ex.: catolicismo) ou doutrina (ex.: espiritismo). Nesse cenário, espiritualidade é uma concepção que abarca a capacidade humana de assimilar um sentido que vai além das fronteiras das situações concretas e imediatas da sua existência, em outras palavras é crer em Deus sem ter uma igreja.

Estudos não clínicos ou laboratoriais, como essa revisão, que observam o binômio religiosidade-espiritualidade têm ganhando espaço nos últimos anos, principalmente após a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999

apud GOBATTO & ARAUJO, 2013, p.12) passar a destacar a dimensão espiritual em sua em seu conceito de saúde, tal redefinição deu um alicerce que permitiu a expansão das pesquisas e estudos em saúde sobre a relação que o homem estabelece com a religiosidade e espiritualidade no contexto de enfrentamento da doença.

A partir disso, essa revisão tem o objetivo de analisar a religiosidade e a espiritualidade, como sinônimos, no que diz respeito aos efeitos provocados por ambas construções na vida da pessoa com câncer.

## Metodologia

O método desenvolvido foi o de revisão bibliográfica da literatura, consistindo em busca retrospectiva nas bases de dados LILACS, MEDLINE e Index de artigos científicos. No trabalho em questão, acerca da influência da religiosidade/espiritualidade no quadro de um paciente com câncer, foi pesquisado “a religiosidade/espiritualidade e o câncer” em dois momentos diferentes: no primeiro momento (religiosidade) foram encontrados 32 trabalhos, utilizando-se o filtro “texto disponível” houveram 27 trabalhos e por último com o filtro “português” o número de trabalhos encontrados foi de 25. No segundo momento (espiritualidade) foram encontrados 133

trabalhos, utilizando-se o filtro “texto disponível” 81 trabalhos foram selecionados e por último com o filtro “português” esse número reduziu para 23.

Os critérios de inclusão foram: estar escrito em língua portuguesa, ser do tipo artigo científico, ter sido publicado entre 2007 e 2015, contemplar a relação entre religiosidade/espiritualidade e o câncer.

Os critérios de exclusão foram: textos que não estavam disponíveis na base de dados e réplicas.

Ao final, considerando-se os filtros e os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se 14 artigos na primeira pesquisa (religiosidade) e 15 artigos na segunda pesquisa (espiritualidade).

## Resultados

Os temas religiosidade e espiritualidade são tratados na literatura através de várias definições que podem não ser coincidentes, entretanto, isso não impede que esses termos sejam compatíveis. A religiosidade tem se mostrado como elemento sempre muito presente na experiência dos pacientes, seja sob a forma de estratégias de *coping*, de resiliência, de superação ou resignificação da dor, de promoção de sentido ou mesmo na percepção de sentidos esquecidos, além de – para alguns indivíduos

– constituir-se elemento propulsor da própria cura (FREITAS, 2014). À exemplo disso, uma pesquisa realizada por SOUZA et al, entrevistou nove adolescentes com câncer e constatou que todos, sem exceção, acreditam

que suas crenças tiveram alguma influência na recuperação da sua saúde.

A tabela 1, foi elaborada com o intuito de evidenciar os dados encontrados na literatura consultada, a partir de entrevistas com pacientes e familiares.

Referência	Grupo Estudado	Principais Conclusões
<b>Angelo 2010</b>	Pais de crianças com câncer	Os efeitos da doença sobre a família e sobre os membros individuais da família não são unidimensionais ou lineares, mas multifacetados e recíprocos, afetando toda a família
<b>Mendonça. 2012</b>	Pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico	Pessoas com alta espiritualidade tiveram melhor qualidade de vida em relação a paz
<b>Furlan et al. 2012</b>	Mulheres submetidas a mastectomia	Espiritualidade foi um meio importante para amenizar os dissabores e estresses que essas mulheres vivenciaram.
<b>Guerrero et al. 2009</b>	Pacientes com câncer em tratamento quimioterápico	A fé renova as esperanças de cura e ameniza os sofrimentos
<b>Fornazari et al. 2010</b>	Pacientes com câncer de idade entre 25 e 55 anos.	Fe e religiosidade ajudam na redução do estresse e melhora a qualidade de vida dos pacientes
<b>Teixeira et al. 2008</b>	Pacientes idosos com câncer	A fé religiosa é um instrumento chave para o enfrentamento da doença pois atuam em aspectos como: esperança, o equilíbrio e o fortalecimento, propiciando a luta pela vida e a serenidade para aceitar a doença
<b>Spadacio. 2009</b>	Pacientes com câncer	Prática religiosa foi vivenciada pelos pacientes constituindo-se como estratégia que legitima e ameniza a incerteza diante das questões de caráter moral, pessoal, social e, também, físico, relativas à condição oncológica crônica.

Nesse contexto de ampliação, é observado todo um rol de possibilidades terapêuticas que vêm atraindo a atenção de acadêmicos, profissionais e gestores da área da saúde, ansiosos por estudos que abordem de forma qualitativa e quantitativa, essa última boa parte das vezes empenhada em descrever: o uso das técnicas, a população consumidora e a evidência científica produzida sobre essas práticas (TOVEY et al., 2007 apud SPADACIO & BARROS, 2009, p. 46).

Desde a Revolução Científica, que teve início no século XVI, a explicação das doenças estava baseada no modelo biomédico, que supervaloriza os aspectos físicos e biológicos e busca excluir aspectos psíquicos, sociais e espirituais. No entanto, durante o século XX com o acompanhamento prolongado de pacientes crônicos, constatou-se a influência de fatores psicológicos para a saúde (CASTAÑON, 2007; STRAUB, 2005 apud GOBATTO & ARAUJO, 2013, p.12).

Progressivamente, o paradigma biopsicossocial foi reafirmado em saúde, por preconizar a atenção integral pela inclusão de parâmetros políticos, econômicos e sociais (GURUNG, 2010; STRAUB, 2005 apud GOBATTO & ARAUJO, 2013, p. 12). A utilização da espiritualidade é uma forma de

influenciar positivamente o bem-estar dos pacientes, uma vez que permite que o profissional da saúde tenha uma visão integral da saúde, aborda o sujeito em suas diferentes dimensões e supera o modelo biomédico (ALVES et al., 2010 apud ARRIEIRA et al., 2011, p 317). Pesquisas apontam para diversos efeitos positivos, dentre os quais: redução da ansiedade, habilidade para administração do estresse, impulso para a solidariedade e a cooperação mútua, direcionamento e propósito existenciais (FREITAS, 2014). Carvalho et al, estudou a efetividade da prece na redução da ansiedade em 20 pacientes com câncer, observou que: a prece foi eficaz na redução de ansiedade de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico

## **Discussão**

A Oncologia fez avanços irrefutáveis nas últimas décadas, mesmo assim, ainda hoje a afirmação de Sontag (1984 apud SPADACIO & BARROS, 2009, p. 49) “é o câncer que desempenha o papel de enfermidade cruel e furtiva” é atual e relevante, nesse contexto essa doença ainda evidencia ideias de morte e finitude na vida dos pacientes conduzindo-os a um processo de autoquestionamento de valores, bem como

de seu projeto existencial. Exemplo disso pode ser constatado em estudo realizado com pacientes laringectomizados, para os quais percebeu-se que o diagnóstico do câncer pode representar uma sentença de morte (AQUINO & ZAGO, 2007 apud GUERRERO et al., 2010, p. 55). Ainda nesse âmbito de ressignificação, o binômio religiosidade-espiritualidade pode ter efeito positivo para o paciente: seja atenuando as experiências negativas decorrentes da doença, seja crescendo sua qualidade de vida. (AQUINO & ZAGO, 2007; PRADA, 2006; TARAKESHWAR et al., 2006; THUNÉ-BOYLE et al., 2011, apud GOBATTO & ARAÚJO, 2013, p. 14).

Esta revisão bibliográfica pretende avaliar, de forma qualitativa, a relação existente entre religiosidade/espiritualidade e o processo saúde-doença de pacientes oncológicos, levando-se em consideração a visão do paciente e do profissional de saúde responsável. Além disso, objetiva-se ainda trazer à mente de estudantes e profissionais da saúde a relevância que a religiosidade/espiritualidade tem no processo de tratamento ou cura dos pacientes e também em se conseguir enxergar a pessoa por trás da doença.

Como foi dito anteriormente, a noção de morte e finitude trazida pelo câncer para a vida dos pacientes pode ser encarada de uma

maneira implacável por muitos. Logo, é coerente – conforme elucidado por Kubler-Ross (1981 apud BARBOSA & FREITAS, 2009, p.118) – para muitos desses pacientes encarar a morte eminente se valendo de recursos fundamentados na religiosidade e espiritualidade, que se tornam muito valiosos no modo de lidar com a doença.

Ainda se baseando nos estudos pioneiros de Kubler-Ross (1981 apud BARBOSA & FREITAS, 2009, p. 118 - 119), a aplicação dos estágios da morte e do morrer (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) para a compreensão de como o paciente oncológico desenvolve o enfrentamento da doença pode ser extremamente valioso para os profissionais da saúde, sobretudo no contexto de cuidados paliativos. Vale salientar que, essas etapas do processo de morrer não necessariamente se apresentam de maneira estática, ou sequenciadas como citadas anteriormente.

Ainda é fundamental evidenciar que o paciente oncológico passa por um processo, no ambiente hospitalar, onde “suas queixas são reduzidas a um mal fisiológico desagregado do paciente portador de uma experiência histórica e existencial e que traz em si um significado” (VALENÇA & FONSECA, 2006 apud SPADACIO & BARROS, 2009, P. 50). Nesse sentido, cabe lembrar que de acordo com as entrevistas de

Spadacio e Barros (2009) “os pacientes relataram, por um lado que, buscar o tratamento biomédico, embora sintam que ele os ‘esvazia’ de seus vários significados sociais, circunscrevendo todo o processo em rota apenas ao corpo e à doença”.

Conhecendo o contexto no qual o paciente está inserido, Spadaccio e Barros (2009) apontam que é o preenchimento do “vazio de significados” criado pelo cuidado biomédico que motiva a busca pela religião e pela espiritualidade.

Nesse sentido, a experiência da doença crônica pode ser assimilada de diversas formas: nas percepções e estratégias de convivência; no processo de perda do self, promovido pelas mudanças na autoimagem e no corpo; na ruptura biográfica; nas experiências estigmatizantes; e, também, no âmbito da construção de identidade coletiva da doença crônica (CANESQUI, 2007 apud SPADACIO & BARROS, 2009, p. 49).

Especificamente na enfermidade oncológica, existe um processo pelo qual as estruturas da vida cotidiana, seus significados e seus saberes passam por rupturas, a ruptura biográfica segundo Bury (1982, apud CANESQUI, 2007 apud SPADACIO & BARROS, 2009, p. 49). Isso, segundo o autor, faz com que o paciente procure variados recursos para enfrentar uma nova situação.

Nesse contexto, a prática religiosa é um dos recursos acessados, que permite ao paciente ampliar sua capacidade de negociação, além de se firmar como estratégia que legitima e ameniza a incerteza diante da enfermidade crônica.

Os indivíduos, que são acometidos pelo câncer vivem crises subjetivas e mergulham profundamente em dimensões inconscientes, elaboram novos significados para suas vidas no sentido de reorganizar sua sobrevivência, o que é importante para se conquistar a saúde (VASCONCELOS, 2006 apud ARRIEIRA et al., 2011, p. 315). Nesse processo de reorganização e ressignificação de sua existência entra a espiritualidade e a religiosidade (FARIA E SEIDL, 2006 apud FORAZARI & FERREIRA, 2010, P.270; SALES CA E MOLLINA MAS, 2004 apud GUERRERO et al., 2010, p. 57).

Pode-se dizer que os pacientes, com suas lógicas religiosas próprias, podiam identificar na religião uma referência para ajudar no tratamento do câncer. De forma que, através de uma relação direta, a cura e a religião parecem imbricadas (SPADACIO BARROS, 2009). Ainda vale salientar que, sobre o que foi dito acerca da ressignificação e reorganização, de maneira geral, as terapias religiosas curam ao impor ordem sobre a experiência caótica do sofrimento e daqueles diretamente responsáveis por ele. (RABELO,

1999; CSORDAS, 1983; COMAROFF, 1980; KLEIMAN, 1980; KAPFERER, 1979; LÉVI-STRAUSS, 1967; TURNER, 1967 apud SPADACIO & BARROS, 2009, p. 49). Outro ponto relevante é o papel do fenômeno religioso na compreensão do inexplicável e a aceitação do que nunca fora imaginado, principalmente em situações limites como o câncer, nesse âmbito pode-se dizer que:

“Toda ordem sagrada é uma reafirmação contra o caos [e que em] sua ótica, o ser humano, através da religião é levado a aceitar o sofrimento e até a morte, na medida em que possa ter um significado convincente para os momentos cruciais da vida” (MINAYO, 1998 apud SPADACIO & BARROS, 2009, p.49).

Portanto, a religião e a espiritualidade podem ser utilizadas como forma de enfrentamento da doença oncológica (FERREIRA & FORNAZARI, 2007 apud BATISTA & MENDONÇA, 2012, p. 176; LIBERATO & MACIEIRA, 2008; PANZINI & BANDEIRA, 2007 apud GOBATTO & ARAÚJO, 2010, p.54). O enfrentamento é entendido como esforço cognitivo e comportamental direcionados ao manejo de demandas internas ou externas entendidas como sobrecarga aos recursos pessoais (FOLKMAN et al., 1986 apud BATISTA & MENDONÇA, 2012, p.176). Uma dessas formas de enfrentamento é o coping

religioso/espiritual (CRE) que, segundo Panzini e Bandeira (2007 apud GOBATTO & ARAUJO, 2010, p. 54), é o uso de estratégias religiosas/espirituais para manejar o estresse das adversidades que ocorrem ao longo da vida. O CRE pode ser classificado como positivo, quando o indivíduo baseia-se na premissa da liberdade dada por Deus às pessoas e busca uma forma de tratamento, quando ele acredita que Deus o salvará através dos cuidados da equipe ou quando há uma responsabilidade compartilhada entre o indivíduo e Deus na resolução do problema, ou negativo, quando o paciente deixa de buscar tratamento por acreditar que apenas as súplicas poderão salvá-lo ou quando, por pensar que a doença trata-se de uma punição divina, deixa de procurar atendimento médico (PARGAMENT et. al., 1997 apud GOBATTO & ARAUJO, 2010, p. 54). Além disso, observa-se que níveis muito altos de religiosidade foram associados ao aumento da angústia, ao passo que níveis moderados se associam à diminuição da depressão (KAOPUA et. al.,2007; SILVA & ACKER JIBV, 2007; ALBERNETY et. al., 2002 apud SANCHEZ, 2010, p. 293-294)

Estudo realizado por Carina M. Veit e Elisa K. de Castro (2013) mostrou que as mulheres estudadas, as quais possuíam câncer de mama, utilizaram mais estratégias de CRE positivo do que CRE negativo para lidar com

todo o transtorno gerado pela situação da doença. Isso evidencia que a religião e a espiritualidade têm lugar importante na vida dessas mulheres e devem ser reconhecidas e valorizadas pelos profissionais de saúde.

Ainda que esse estudo esteja direcionado a um público seletivo, as mulheres com câncer de mama entrevistadas, as influências positivas e negativas da religiosidade/espiritualidade podem ser observadas em grande parte dos pacientes oncológicos, o que direciona profissionais da saúde a ficarem atentos a tais fatores e até, caso haja possibilidade, solicitarem ajuda de representantes religiosos ou profissionais especializados nesse tipo de questão para que ajudem no tratamento clínico dos pacientes. Há, nesse contexto, escolas médicas americanas que disponibilizam disciplinas preparatórias para lidar com as questões religiosas e espirituais dos pacientes (KOEING, HOOTEN, LINDSAY-CALKINS, & MEADOR, 2010 apud GOBATO & ARAUJO, 2013, p.14). Por outro lado, constata-se que em muitos países norte americanos e europeus a figura do capelão está consolidada em instituições hospitalares (FITCHETT, KING, E VANDENHOECK, 2010 apud GOBATO E ARAUJO, 2013, p. 14).

Para os profissionais da área da saúde – sobretudo as enfermeiras – no estudo feito por

Teixeira e Lefèvre (2006), a avaliação do discurso do sujeito coletivo aponta para uma correlação positiva entre a manutenção de uma crença e a qualidade do tratamento dedicado ao paciente oncológico, como evidenciado nas falas do coletivo da enfermagem:

*“uma fonte de energia. É a força que impulsiona no dia-a-dia”.*

Além disso, Teixeira e Lefèvre (2006) observaram que o discurso coletivo se apoia numa união entre a competência técnica e o atendimento de caráter benevolente:

*“[...] exercer a profissão com amor e dedicação. Por que não é só profissionalismo”*

Um ponto interessante observado pelas enfermeiras, em sua experiência com o paciente oncológico, corrobora com os achados de Kübler-Ross (1981 apud BARBOSA & FREITAS, 2009, P. 119) acerca dos estágios da morte e do morrer. O sujeito coletivo acredita que o idoso, por ter vivido mais experiências adversas ao longo da vida, lida melhor com o sofrimento e as angústias do processo de morrer, bem como desenvolve – de maneira geral – uma ligação mais intensa com a religiosidade/espiritualidade.

O núcleo sagrado que a religião e a espiritualidade apresentam engloba sentimentos, pensamentos e comportamentos

que emergem a partir de uma busca pelo transcendente, o qual é referido como um ser superior ou como uma verdade absoluta, em concordância com a percepção individual de cada pessoa (Koenig, McCullough, & Larson, 2001 apud VEIT & CASTRO, 2013, p. 422). Portanto, nas situações em que a vida aparentemente está fora de controle, as crenças e práticas voltadas para o sagrado têm a capacidade de promover sentido e confiança, ao invés de medo e insegurança (Pargament, Magyar-Russell, & Murray-Swank, 2005 apud VEIT & CASTRO, 2013, p. 422).

## Conclusão

A forma como a religiosidade e/ou a espiritualidade interferem no enfrentamento do câncer está relacionada ao significado atribuído a doença. A busca pela cura passa por meandros subjetivos, onde a fé assume um caráter de grande magnitude no sentido de minimizar o sofrimento físico e psíquico e assim obter maior expectativa de cura com o tratamento convencional.

Esse estudo mostra a importância do reconhecimento da espiritualidade como estratégia de enfrentamento no planejamento da assistência ao paciente oncológico e aponta para a necessidade de mais estudos sobre esse tema tão relevante nos dias atuais.

## Referências

KOENIG, HG. The healing power of faith. *Ann Long-term care*. 1999;7(10):381-84

COTAIT, AA. (2000) Bases da enfermagem em quimioterapia. São Paulo: Lemar Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.

DI PRIMIO, AO, et al. Rede Social e Vínculos Apoiadores das Famílias de Crianças com Câncer. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 334-42.

LUKOFF, D. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). *The journal of Nervous and Mental Disease*, n. 180, pp. 673-682

WORTHINGTON, JR., E. L; KURUSU, T. A. e McCULLOUGH, M. E. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, n. 119, pp. 448-487.

TOVEY, P, et al. Tradicional, complementary and alternative medicine and cancer care: an international analysis of grassroots integration. London: Routledge Taylor & Francis Group, 2007.

CASTAÑON, G. (2007). Introdução à Epistemologia. São Paulo, SP: EPU.

Psicologia USP, São Paulo, 2013, 24(1), 11-34. 33 Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde* (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.

GURUNG, RAR. (2010). *Health Psychology: A cultural approach* (2a ed.). Wadsworth, OH: Cengage Learning.

ALVES, JS, et al. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(4):430-436.

CANESQUI, AM. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007.

COMAROFF, J. Healing and the cultural order: the case of Barolong boo Ratshidi. *Am. Ethnol.*, v.7, p.637-57, 1980.

CSORDAS, T. The rethoric of transformation in ritual healing. *Cult. Med. Pschiatr.*, v.7, p.333-75, 1983.

KAPFERE, B. Entertening demons. *Sociol. Anal.*, v.1, p.108-52, 1979.

KLEIMAN, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.

LÉVI-STRAUSS, C. Antropologia estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2006.

RABELO, MC. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cad. Saude Publica*, v.9, n.3, p.316-25, 1993.

TURNER, V. The forest of symbols. Ithaca: Cornell University Press, 1967.

VALENÇA, J.; FONSECA, A.B. Processos e percepções de cura a partir do levantamento da produção acadêmica brasileira sobre religião e saúde. *Meditações – Rev. Cienc. Soc. Antropol. Saúde*, v.11, n.2, p.99-112, 2006.

KAOPUA, LSI, GOTAY, C C, BOEHM, P S. Spiritually Based Resources in Adaptation to

Long-Term Prostate Cancer Survival: Perspectives of Elderly Wives. *Health & Social Work* 2007; 32(1): 29-39.

SILVA, CAM, Acker JIBV. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. *Rev Bras Enferm* 2007;60(2):150-4.

ABERNETHY, AD, Chang H T, Seidlitz L, Evinger J S, Duberstein PR. Religious Coping and Depression Among Spouses of People With Lung Cancer. *Psychos* 2002; 43:456-63.

KÜBLER-ROSS, E. (1981). Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes.

LUKOFF, D. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n. 180, pp. 673-682.

WORTHINGTON, JR., E. L; KURUSU, T. A. e McCULLOUGH, M. E. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, n. 119, pp. 448-487.

AQUINO, V. V., & ZAGO, MMF (2007). O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 42-47.

CASTAÑON, G (2007). Introdução à Epistemologia. São Paulo, SP: EPU.

KOENIG, HG, et al (2010). Spirituality in medical school curricula: Findings from a national survey. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(4), 391-398.

PRADA, AA. (2006). Manual de psicooncologia. Bogotá, Colombia: Javegraf.

TARAKESHWAR, N, et al (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646-657.

THUNÉ-BOYLE, ICV, et al (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 20(7), 771-782.

LÔBO, RC de MM; Santos, Nivaldo de Oliveira; Dourado, Gilvan; Lucia, Mara Cristina Sousa de. *Psicol. hosp. (São Paulo)* v.4 n.1 São Paulo jan. 2006.

ALVES, JS, Junges JR, López LC. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(4):430-436.

FITCHETT, G., KING, SDW., & VANDENHOECK, A. (2010). Education of chaplains in psycho-oncology. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Orgs.), *Psycho-oncology* (pp. 605-609). New York, NY: Oxford University Press.

PANZINI, RG, & BANDEIRA, DR (2005). Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516.

PARGAMENT, KI, KOENIG, HG & PEREZ, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.

FERREIRA, RER, Fornazari AS. A influência da fé na qualidade de vida em pacientes oncológicos: relatório final de trabalho de conclusão de curso. Assis: Universidade Paulista; 2007.

FOLKMAN, S, LAZARUS RS, GRUEN, RJ, DE LONGIS, A. Appraisal, coping, health

status and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(3):571-9.

SALES, CA, MOLINA, MAS. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(6): 720-3.

FARIA, JB & SEIDL, EMF. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11, 155-164.

VASCONCELOS, EM. *A Espiritualidade na Educação Popular*. São Paulo: Hucitec; 2006.

FORNAZARI, SA & FERREIRA, RER (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 265-272.

FREITAS, MH de. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor., Curitiba*, v. 6, n. 1, p. 89-105, jan./abr. 2014.

SOUZA, V de M et al. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015 set-out;68(5):791-6.

CARVALHO, CC et al. A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(4):683-9.