

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**Noeli Maria Birk**

**A ESPIRITUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA:  
UM ESTUDO NA ÓTICA DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

Santa Maria, RS, Brasil.

2016

**Noeli Maria Birk**

**A ESPIRITUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA:  
UM ESTUDO NA ÓTICA DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Saúde em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Enf. Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Santa Maria, RS, Brasil

2016

**Noeli Maria Birk**

**A ESPIRITUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO  
NA ÓTICA DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Saúde em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

**Aprovado em 19 de agosto de 2016.**

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Ribeiro Lacerda (UFPR)**

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marlene Gomes Terra (UFSM)**

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Margrid Beuter (UFSM)**

Santa Maria, RS

2016

## DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo*

*Em especial, a minha filha **FERNANDA**, que dá verdadeiro sentido a minha vida. Minha melhor amiga, companheira e incentivadora! A melhor e mais importante, página da minha história. Você me faz um ser humano melhor a cada dia. Amo-te incondicionalmente!*

*Muito obrigada por me compreender e acreditar em mim! Esta conquista é nossa!*

*A minha família, irmãos e irmãs por estarem sempre do meu lado, torcerem e vibrarem com minhas conquistas. Amo vocês!*

*Principalmente meus pais, Lídia Bárbara (in memoriam). **MÃE**, foi você que me despertou o desejo de cuidar; e Bernardo (in memoriam) **PAI**, foi você que me mostrou e ensinou os verdadeiros valores da vida! Onde estiverem, sei que estarão enviando-me anjos de luz. Meu eterno amor e gratidão!*

## AGRADECIMENTOS

Gratidão à **Deus** pelo milagre da vida e por estar sempre presente, amparando-me e fortalecendo-me. Grata pelas alegrias e pelo aprendizado, pelas oportunidades especiais. Grata pela coragem de seguir o que meu coração e minha intuição expressam.

A minha orientadora, **Nara Girardon-Perlini**, não tenho palavras suficientes, para expressar tamanha admiração, carinho e respeito. Você me orientou para a vida e não só para a obtenção de um título. E esse é o verdadeiro educador... aquele que aponta caminhos, que acolhe, que “abraça com o olhar”, que carrega amor no coração, que ensina sobre o amor! Esta é você, minha querida amiga e orientadora. Sou eternamente grata por um dia ter cruzado o teu caminho.

As minhas queridas **Bruna Stam, Viviane e Marlusse** jamais vou esquecê-las. Obrigada pela disponibilidade, compreensão, atenção e presença especial na minha formação!

A minha amiga **Cintia** por sempre me incentivar, compartilhar o meu presente e sonhos futuros. Muito obrigada minha irmã do coração!

A minha amiga **Lucélia**, que me acolheu e estendeu a mão quando eu mais precisava. As tuas palavras, e o teu abraço, me possibilitaram novos caminhos e amizades especiais! Entre elas colegas e amigas do ambulatório de quimioterapia! Muito obrigada a todas, pelo incentivo e carinho!

**As mulheres participantes desta pesquisa!** Aprendi muito com vocês! Obrigada por compartilharem suas experiências em um momento tão singular de suas vidas!

**Aos queridos amigos e colegas** do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, em especial a **Daiane, Gabriela e Tarzie** pela amizade, pelas alegrias e conquistas divididas, que tornaram este período inesquecível!

**Aos professores** do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) e a banca examinadora: **Maria Ribeiro Lacerda, Marlene Gomes Terra e Margrid Beuter**, pela competência e sensibilidade!

**Aos queridos amigos e colegas do Mestrado** pelos momentos de aprendizagem compartilhados!

**Ao HUSM e a UFSM** pela oportunidade e apoio no Mestrado, pela contribuição grandiosa no meu crescimento pessoal e profissional.

***Flor de Lótus - poema lírico***

*No dia em que a flor de lótus desabrochou*

*A minha mente vagava, e eu não a percebi.*

*Minha cesta estava vazia e a flor ficou esquecida.*

*Somente agora e novamente, uma tristeza caiu sobre mim.*

*Acordei do meu sonho sentindo o doce rastro*

*De um perfume no vento sul.*

*Essa vaga doçura fez o meu coração doer de saudade.*

*Pareceu-me ser o sopro ardente no verão, procurando completar-se.*

*Eu não sabia então que a flor estava tão perto de mim*

*Que ela era minha, e que essa perfeita doçura*

*Tinha desabrochado no fundo do meu coração.*

*Rabindranath Tagore*

## RESUMO

### **A ESPIRITUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO NA ÓTICA DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

AUTORA: Noeli Maria Birk

ORIENTADORA: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

O adoecimento por câncer constitui-se em uma experiência humana que, por seus significados socioculturais e estigmas, remete ao enfrentamento de questões de ordem existenciais e a busca por recursos que ajudem a encontrar sentido para o que está sendo vivido. A atenção voltada para a dimensão espiritual torna-se cada vez mais necessária à prática assistencial na saúde, uma vez que a ciência, aos poucos, reconhece o papel fundamental da espiritualidade na dimensão do ser humano. O estudo tem como pergunta de pesquisa: *qual a percepção das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em relação a espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença?* O objetivo geral foi conhecer a percepção das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em relação à espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença. E, os objetivos específicos, foram conhecer os significados que a mulher com câncer de mama atribui à espiritualidade; identificar as estratégias relacionadas à espiritualidade utilizadas no enfrentamento da doença/tratamento; compreender como as mulheres com diagnóstico de câncer de mama percebem o cuidado prestado pela enfermagem no que se refere a espiritualidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, orientada pelo referencial teórico da Teoria do Cuidado Transpessoal, realizada no serviço de oncologia de um hospital de ensino de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados no período de março a junho de 2015, mediante entrevista semiestruturada, com 14 mulheres que realizavam tratamento oncológico, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer N° 991.305. A análise dos dados foi realizada conforme Análise de Conteúdo, que possibilitou a elaboração de quatro categorias, que abordam *a dimensão da mulher com câncer de mama e seus significados, a força que impulsiona enfrentar as adversidades da doença, espiritualidade e autoestima, a enfermagem e o cuidado espiritual*. Os resultados evidenciaram que a espiritualidade foi uma estratégia de enfrentamento efetiva diante do adoecimento por câncer de mama. Conclui-se que este estudo poderá suscitar reflexões que possibilitem repensar as práticas desenvolvidas pela enfermagem no que tange a espiritualidade das pessoas com quem interage, além de contribuir para fortalecer a prática em relação ao cuidado da dimensão espiritual.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Neoplasias de Mama. Enfermagem. Cuidado Transpessoal.

## ABSTRACT

### **SPIRITUALITY OF WOMEN WITH BREAST CANCER: A STUDY IN THE PERSPECTIVE OF THE THEORY TRANSPERSONAL**

AUTHOR: Noeli Maria Birk  
ADVISOR: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Falling ill with cancer is a human experience that, by their socio-cultural meanings and stigmas, refers to facing existential questions and the search for resources to help make sense of what is being lived. The attention focused on the spiritual dimension becomes increasingly necessary to practice in health care, as science gradually recognizes the fundamental role of spirituality in the dimension of the human being. The study's research question: *what is the perception of women diagnosed with breast cancer in relation to spirituality as a coping strategy of the disease?* The overall goal is to understand the perception of women diagnosed with breast cancer in relation to spirituality as the disease coping strategy, and specific objectives are to know the meanings that women with breast cancer attaches to spirituality; identify strategies related to spirituality used in fighting the disease / treatment; know how women diagnosed with breast cancer perceive the care provided by nurses in relation to spirituality. This is a descriptive research with a qualitative approach, guided by the theoretical framework of the Theory of Human Caring, in an department of oncology of a teaching hospital in the central region of the state of Rio Grande do Sul. Data were collected from March to June 2015, through semi-structured interviews with 14 women who underwent cancer treatment, after approval of the Research Ethics Committee, N° 991.305. Data analysis was performed according to the content analysis technique. Resulting in the development of four categories, *that approach the extent of women with breast cancer and their meanings, the driving force to face the adversities of illness, spirituality and self-esteem, nursing and spiritual care.* Therefore, it was understood that spirituality was an effective coping strategy in the face of illness from breast cancer. The results of this study may provoke reflections that allow rethink the practices developed by nurses not only about the spirituality of people they interact, but also bes ides contribute to strengthening the practice in the care of the spiritual dimension.

**Keywords:** Spirituality. Breast cancer. Nursing. Transpersonal care.



## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRCA 1	<i>Breast cancer genes</i> (genes do câncer de mama)
BRCA 2	Genes do câncer de mama
CEP	Comitê de Etica em Pesquisa
CTMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
CTCriaC	Centro de Tratamento da Criança com Câncer
GAP	Gabinete de Projetos
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUBMED	National Librari of Medicine National Institutes of Health
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFPR	Universidade Federal do Paraná
URI	Universidade Regional Integrada
UTIA	Unidade de Terapia Intensiva do Adulto

## LISTAS DE FIGURAS

Figura 1	Classificação dos estádios do câncer de mama.....	21
Figura 2	Artigos localizados e selecionados nas bases de dados.....	25
Figura 3	Representação sistemática da primeira etapa de análise.....	48
Figura 4	Exemplifica a etapa de exploração do material, momento de extração das unidades de registro e contexto.....	49
Figura 5	Diagrama representativo das categorias e subcategorias de análise do estudo. Santa Maria, RS/Brasil, 2016.....	53

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
2.1	GERAL.....	18
2.2	ESPECÍFICOS.....	18
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
3.1	O CÂNCER DE MAMA.....	19
3.2	ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE: UMA REVISÃO CONCEITUAL....	22
<b>3.2.1</b>	<b>Espiritualidade e saúde</b> .....	24
<b>3.2.2</b>	<b>Espiritualidade e o câncer de mama</b> .....	30
<b>4</b>	<b>TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL: O REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	33
4.1	PRESSUPOSTOS DA TEORIA TRANSPESSOAL.....	35
4.2	PROCESSO <i>CLINICAL CARITAS</i> .....	37
<b>5</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	43
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	43
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	43
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	45
5.4	COLETA DOS DADOS.....	45
5.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	47
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
5.7	DIVULGAÇÃO DOS DADOS.....	51
<b>6</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	52
6.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS.....	52
6.2	A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA E SEUS SIGNIFICADOS.....	54
<b>6.2.1</b>	<b>Entre o sentido e o vivido</b> .....	54
<b>6.2.2</b>	<b>A expressão da espiritualidade</b> .....	58
<b>6.2.3</b>	<b>A espiritualidade e o sentido de vida</b> .....	60
6.3	A FORÇA QUE IMPULSIONA ENFRENTAR AS ADVERSIDADES DA DOENÇA.....	61
<b>6.3.1</b>	<b>A fé e a esperança como força para viver</b> .....	61
<b>6.3.2</b>	<b>As crenças transcendentais</b> .....	63
<b>6.3.3</b>	<b>Família e amigos</b> .....	65
6.4	ESPIRITUALIDADE E AUTOESTIMA.....	68
<b>6.4.1</b>	<b>Reconstruindo o belo</b> .....	68
<b>6.4.2</b>	<b>Essência espiritual do Eu</b> .....	73
6.5	A ENFERMAGEM E O CUIDADO ESPIRITUAL.....	76
<b>6.5.1</b>	<b>O cuidado vivenciado</b> .....	77
<b>6.5.2</b>	<b>Medo do desconhecido</b> .....	82
<b>6.5.3</b>	<b>A espiritualidade e o ambiente de cuidado</b> .....	85
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	89
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	92
	<b>APÊNDICES</b> .....	106
	<b>ANEXOS</b> .....	112

# 1 INTRODUÇÃO

*“A espiritualidade não pode ser esquecida, pois é ela que nos faz humanos” (Viktor Frankl 1905/1998).*

O desejo de compreender e trabalhar o tema espiritualidade emergiu das conversas informais no grupo de pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Em um diálogo com minha professora orientadora, demonstrei interesse em escrever um projeto para participar do processo de seleção ao mestrado acadêmico. Lembro-me ainda do impacto da frase por ela pronunciada: “Você tem que pesquisar algo que te faça feliz!”. Isto permitiu-me um momento reflexivo sobre as situações que havia vivenciado e presenciado na minha vida pessoal, profissional e acadêmica, potencializando minha escolha pelo tema. Considero, assim, que as palavras de Rubem Alves retratam o momento vivido.

A vida é assim: a gente escolhe um caminho na esperança de que ele vá nos conduzir a um lugar de alegria. Tolos, pensamos que a alegria está no final do caminho. E caminhamos distraídos, sem prestar atenção. Afinal de contas, caminho é só caminho, passagem, não é o ponto de chegada. Com frequência, a gente não chega lá, porque morre antes. Mas há uns poucos que chegam ao lugar sonhado só para descobrir que a alegria não mora lá. Caminharam sem compreender que a alegria não se encontra ao final, mas às margens do caminho (ALVES, 2002, p.15).

Diante disso, costumo dizer que não escolhi ser enfermeira, a enfermagem que me escolheu. Em 1988, cursava o Curso Técnico em Contabilidade, mas em busca de trabalho, participei de um processo seletivo para Atendente de Enfermagem no Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. A oportunidade dada pelo grupo de enfermeiras que acreditou no meu potencial possibilitou-me encontrar o caminho profissional. No ano seguinte, cursei o Auxiliar de Enfermagem e, por 11 anos, desempenhei minhas funções na Unidade de Terapia Intensiva do Adulto (UTIA).

No ano de 1999, surgiu a oportunidade de prestar vestibular para Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada (URI), campus Santo Ângelo, RS, Brasil. Para realizar o curso necessitei mudar de cidade e de trabalho. Hoje, sei que foi a melhor escolha, não sem dificuldades e perdas. Precisei afastar-me da minha filha, por quatro anos, para conseguir trabalhar e estudar. Nesse período, perdi meu pai devido um Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico. Porém, tive o privilégio de acompanhá-lo nesse período de convalescência e, um tempo depois, o adoecimento e morte de minha mãe, na mesma UTI onde comecei minha vida profissional e, a qual sou eternamente grata ao cuidado sensível dos meus colegas.

Todas as situações que, de alguma forma, fugiram do controle, serviram para crescimento pessoal e profissional e tornaram-se experiências de intenso aprendizado. Nem sempre na vida as coisas acontecem precedidas de explicações. Geralmente, damos sentido aos fatos com o passar do tempo, com calma, reflexão e autoconhecimento.

Vale destacar que convivo com mulheres com o diagnóstico de câncer em tratamento quimioterápico desde 2006, não por escolha própria, mas em virtude de assumir uma vaga no concurso público para enfermeira assistencial no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), quando fui designada para atuar neste setor. Na convivência diária, com os mais diversos pacientes oncológicos, presenciei, por diversas vezes, o sofrimento relacionado à dor, à perda, à angústia e ao sentimento de impotência. Mas também, observei a fragilidade humana, sustentada na fé e na esperança, bem como a melhora das relações familiares.

Meu interesse relacionado ao câncer de mama se intensificou, especialmente pela empatia com essas mulheres que me chamavam especial atenção. Comecei a observar que a espiritualidade presente em algumas delas, parecia ser fator favorável ao enfrentamento da doença e, também, aos efeitos colaterais dos quimioterápicos. Nesses casos, a espiritualidade era manifestada por atitudes otimistas e perseverantes, por comportamentos ativos diante das adversidades e uma força interior que as mobilizava e impulsionava a manter a esperança.

Também, ficava refletindo sobre situações relacionadas à assistência prestada pelos profissionais. Nesses momentos, muitas vezes, observei que o paciente havia resolvido seu problema em relação à dor ou outra queixa física, porém, parecia apresentar um tipo de “dor” advinda da frieza e da impessoalidade do atendimento, da insensibilidade e da falta de compreensão por parte de quem lhe atendeu. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990), a definição de saúde é o “completo bem estar físico, psíquico, social e espiritual e não somente a ausência de doença e enfermidades”. Penso que para promover a saúde de forma integral, não se pode olhar o ser humano fragmentado e atendê-lo por partes, pois como afirma Watson, (2002) a doença poderá até ser curada, mas permanece porque o cuidado de saúde não foi atingido.

Assim, justifico a escolha por esse tema que aborda a espiritualidade das mulheres com diagnóstico de câncer de mama, como resultado aos convites que a vida me faz. Acredito que o universo nos envia desafios, e que vale a pena aceitá-los; que existe um sentido e uma razão mais nobre a motivar nossas escolhas.

O tema espiritualidade relacionado ao adoecimento ainda é recente. Porém, cada vez mais sua importância científica tem sido reconhecida, principalmente na área da saúde. Inúmeros estudos foram desenvolvidos relacionados à espiritualidade e qualidade de vida, bem como com o enfrentamento de doenças, a promoção e a reabilitação da saúde (PENHA, SILVA, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; MELO et al., 2015). A atenção voltada para a dimensão espiritual torna-se cada vez mais necessária à prática assistencial na saúde. Assim, a ciência, aos poucos, vem reconhecendo o papel fundamental da espiritualidade na dimensão da vida do ser humano (KOENIG, 2012; MARQUES et al. 2015; MOREIRA-ALMEIDA, LUCCHETTI, 2016).

Destaca-se que o termo espiritualidade, neste estudo, é compreendido como toda atitude que favorece à vida, podendo estar relacionado à religião, ou não. A espiritualidade é um conceito complexo que converge de vários saberes como a arte, a ética, a moral e a religião. O conceito de “*alma/espiritualidade*” refere-se ao espírito, ao eu interior ou essência da pessoa e está ligado ao autoconhecimento, uma força interior e um poder que pode expandir a capacidade humana, permitindo que a pessoa transcenda o seu eu interior. Aciona nas pessoas ações subjetivas capazes de promover um novo significado às situações de adversidades que se apresentam (WATSON, 2002, p. 83).

Evidências científicas<sup>1</sup> atestam que, especialmente no caso do câncer, o desgaste emocional e físico é maior para os pacientes e que há uma resposta positiva ao tratamento quando existe suporte espiritual. Estudos descrevem que fatores emocionais podem afetar a saúde física, por meio do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, principalmente emoções negativas. Pode-se nomear: o estresse, ansiedade, depressão, fadiga, raiva e hostilidade, elas danificam as respostas dos sistemas fisiológicos de maneira negativa, contribuindo para a suscetibilidade às doenças (SEYBOLD, 2007; ANDERSON, 2008, KOENIG, 2012).

Dessa forma, o sistema nervoso funciona por meio de extensas redes de conexões que controlam emoções, desejos e hábitos. Quando essas estruturas estão relaxadas, conexões neurais vibram e se fortalecem. Nessa ação, mensagens químicas são enviadas para uma estrutura profunda do cérebro, conhecida por amígdala, que controla as reações do medo, produzindo o efeito da calma. Em resposta ao estresse, o cérebro libera hormônios de excitação, como a Noradrenalina e a Dopamina e reduz consideravelmente as comunicações entre os circuitos neurais. Como consequência, ocorre alteração no

---

<sup>1</sup> Informações conforme divulgadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) em 2010.

estado de espírito da pessoa, tornando-a infeliz ou agressiva. Nesse caso, o autocontrole depende de um ato de equilíbrio. A espiritualidade é um deles. A capacidade em ter fé resulta em afeição à vida, confiança e calma. Juntas, elas controlam as emoções e relaxam as redes de conexões do sistema nervoso, isso o torna equilibrado para emissões de sinais químicos, que, ao invés de resultar em dor e medo, transforma-os em satisfação e coragem (WATSON, 2007, SEYBALD, 2007; KOENIG, 2012).

De acordo com Lucchese (2007), até pouco tempo, pesquisadores evitavam estudar as relações entre espiritualidade, religiosidade e saúde. As crenças e práticas religiosas eram tidas como subjetivas, de pouca relevância e seu benefício, se havia algum, não era possível quantificar. Em consequência disso, a maioria dos profissionais da saúde desconhece ou ignora as necessidades religiosas e espirituais dos pacientes. Porém, para Chopra (2012, p. 23), negar o valor da experiência subjetiva é descartar boa parte do que faz a vida valer a pena, como por exemplo “o amor, a confiança, a fé, a beleza, a compaixão, a verdade, a arte, a moralidade e a própria mente”. Amor e beleza são experiências essenciais na vida espiritual (CHOPRA, 2012).

É importante ressaltar que o entendimento da espiritualidade, como parte do conceito de saúde, teve início, de modo estruturado, em hospitais brasileiros há menos de dez anos (BRASIL, 2010). No Rio Grande do Sul, alguns congressos têm abordado esse tema como elemento importante no cuidado de saúde, como por exemplo, em Porto Alegre, no mês de setembro de 2007, quando ocorreu o primeiro evento nacional sobre espiritualidade, no qual pesquisadores e profissionais de diversas áreas da saúde discutiram o papel da espiritualidade e da religião no contexto da atenção à saúde. O evento objetivou a integração dos envolvidos no tema, bem como a socialização de conhecimentos que possibilitassem novos avanços nas áreas do ensino, da pesquisa e da prática assistencial (LUCHESE, 2007).

Especialmente na última década, observa-se a ampliação de estudos sobre o entendimento da espiritualidade dada a importância de trazer subsídios aos profissionais das diversas áreas, mas, em especial, aos que lidam com sofrimento e morte. Nesse contexto, o adoecimento por câncer constitui-se em uma experiência humana que, por seus significados socioculturais e estigmas, remete ao enfrentamento de questões de ordem existenciais e a busca por recursos que ajudem a encontrar sentido para o que está sendo vivido (SILVA, SILVA, 2014; MARTINS, OURO, NERI, 2015).

Assim, considera-se que o câncer de mama, dentre todos os tipos, é o que predomina entre as mulheres em todo o mundo, depois do câncer de pele não melanoma,

responde por 25% dos casos novos a cada ano. Sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, segundo dados estatísticos do INCA (BRASIL, 2015). Nesse sentido, percebe-se a necessidade de investimento em ações que promovam, além da detecção precoce, a manutenção da qualidade de vida de mulheres com a doença.

Na experiência de adoecer por câncer de mama, estudos têm, repetidamente, apontado a espiritualidade como uma dimensão importante em todas as fases do adoecimento, a qual é acessada pelas mulheres e que as ajuda a enfrentar e viver esse período difícil. Também, evidenciam-na como uma fonte de apoio que possibilita às mulheres sentirem-se mais amparadas, fortes, confiantes, esperançosas e motivadas para realizarem o tratamento oncológico e lidarem com os efeitos colaterais e outras adversidades que se apresentam no decorrer do adoecimento (BARROS, et al., 2014; VERAS et al., 2015; SORATTO et al., 2016).

Além disso, as Políticas Públicas de Saúde e de atenção em oncologia preconizam a integralidade no atendimento às pessoas, bem como o respeito a suas individualidades, culturas e valores. A espiritualidade, assim, constitui-se em uma das dimensões a ser considerada no decorrer do cuidado prestado. Entretanto, ainda se observam lacunas sobre o modo como as pessoas relacionam sua dimensão espiritual às situações de adoecimento no cotidiano da assistência recebida e como essa dimensão pode proporcionar melhores condições de saúde e qualidade de vida (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; MOREIRA-ALMEIDA, LUCCHETTI, 2016;).

Nessa perspectiva, considera-se que, no processo de cuidado às mulheres com câncer de mama, a enfermagem tem presença e atuação direta nas diferentes etapas do adoecimento. Todavia, durante o tratamento quimioterápico, entende-se que ela tem necessidade de compreender a percepção da mulher com câncer de mama sobre a dimensão espiritual<sup>2</sup> e ainda refletir sobre a prática do cuidado prestado pela enfermagem.

Diante disto, tem-se como objeto de estudo, a espiritualidade de mulheres com câncer de mama e o cuidado de enfermagem. Para tanto, o estudo será desenvolvido sob o referencial da Teoria do Cuidado Transpessoal, segundo Jean Watson (1979). Ademais, a seguinte questão norteará a pesquisa: *qual a percepção das mulheres com câncer de mama em relação à espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença?*

---

<sup>2</sup> Torna-se importante esclarecer: que termos como suporte/apoio espiritual e dimensão espiritual serão utilizados com o mesmo sentido de espiritualidade.



A Teoria do Cuidado Transpessoal favorece tanto a arte como a ciência no cuidado humano e é inspirada em modelos que arte e ciência se convergem, integrando diversos modos de conhecer, ser e fazer. Reconhece que tudo no universo está relacionado. Existe um reconhecimento da coesão de mente-corpo-espírito-natureza. Ainda, busca valorizar aspectos relacionados às experiências subjetivas do ser humano, à significação pessoal destas experiências, às diversas formas de enfrentamento das situações envolvidas no cotidiano do ser humano, como a espiritualidade (WATSON, 2008).

Para Watson, (2002, p. 89) a mente e as emoções das pessoas são as “janelas da alma”. O cuidado de enfermagem é, por diversos momentos, físico e envolve procedimentos e técnicas, sendo objetivo e baseado em fatos. Porém, as respostas do cuidado humano e a presença da enfermagem no relacionamento com os pacientes transcendem o mundo material e físico limitado pelo tempo e pelo espaço. Dessa maneira, acontece o contato com o mundo emocional/espiritual e subjetivo da pessoa como caminho para o “ser” interior e o sentido mais alto do ser humano.

Cabe salientar que, nesta dissertação, *percepção* é a capacidade psíquica de conhecer os fenômenos e as situações através dos sentidos, o efeito ou a faculdade de perceber, adquirir conhecimento, compreender e ouvir. Nessa mesma perspectiva, “*enfrentamento*” tem a ver com o conceito de “*intencionalidade*” e da relação com a dimensão transpessoal. O termo intencionalidade, no campo de mente e corpo, torna-se um termo técnico e filosófico que significa: “*estar direcionado para um objeto mental*” (WATSON, 2002, p.119). A intencionalidade refere-se a ter consciência acerca de algo ou algum conteúdo de consciência, como a crença, vontade, expectativa, atenção, ação e até mesmo o inconsciente. Relaciona-se com os sistemas de crenças e a perspectiva espiritual, a cura e a consciência (WATSON, 2002).

Vale dizer que a esse processo de “mobilização emocional, comportamental e cognitivo”, Peçanha (2008, p. 209) denomina de enfrentamento. Outros autores, como Panzini e Bandeira (2005) utilizam o termo *coping* religioso-espiritual (CRE) para referir-se ao uso de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas pelas pessoas para enfrentar o estresse diário e/ou advindo das crises que ocorrem ao longo da vida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Conhecer a percepção das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em relação à espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer os significados que a mulher com câncer de mama atribui à espiritualidade;
- Identificar as estratégias relacionadas à espiritualidade utilizadas no enfrentamento da doença/tratamento;
- Compreender como as mulheres com diagnóstico de câncer de mama percebem o cuidado prestado pela enfermagem no que se refere a espiritualidade.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

*“Quem olha para fora sonha; quem olha para dentro desperta”  
(Carl Jung).*

Neste capítulo, será apresentada a revisão da literatura que fundamenta o problema de pesquisa e abarca conhecimentos relativos ao câncer de mama e à espiritualidade.

#### 3.1 O CÂNCER DE MAMA

O Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2015) conceitua o câncer como um conjunto de mais de 100 doenças e se caracteriza, principalmente, com o crescimento desordenado e a capacidade de invadir outros órgãos e vasos. O câncer de mama configura-se como um grupo heterogêneo de doenças, com manifestações distintas. A heterogeneidade pode ser observada pelas diversas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes características genéticas e, como consequência, diferentes respostas terapêuticas. O aspecto de irregularidades nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre estes, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos (BRASIL, 2015).

As estatísticas evidenciam que, mundialmente e no Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o tipo de neoplasia mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição (BRASIL, 2015). Para 2016, estima-se que o Brasil terá 57.960 casos novos. Eles representam uma taxa de incidência de 56,2 casos por 100.000 mulheres. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes (BRASIL, 2015).

É importante destacar que o sinal mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais e sintomas do câncer de mama são edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. A secreção associada ao câncer geralmente é transparente e pode ser rosada ou avermelhada devido à presença de

glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila. O câncer de mama é considerado, relativamente, de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente. No entanto, quando diagnosticado tardiamente, em estágios avançados e com metástases, a cura, muitas vezes, torna-se difícil (BRASIL, 2014).

Os principais fatores de risco estão ligados à idade, alterações do sistema endócrino e genético. Mulheres mais velhas, sobretudo a partir dos 50 anos de idade, têm maior risco de desenvolver câncer de mama. O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas com o envelhecimento aumentam, de modo geral, esse risco. Os aspectos endócrinos estão relacionados, principalmente, ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco conforme o tempo de exposição (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011, BRASIL, 2014).

Vale salientar que apresentam risco aumentado às mulheres com história de menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos. Outros fatores de risco incluem a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, ao consumo regular de bebida alcoólica, obesidade, principalmente quando o acréscimo de peso se dá após a menopausa, e sedentarismo (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011, INCA, 2015).

Ainda, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o histórico familiar, especialmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos, é importante fator de risco para o câncer de mama e podem indicar predisposição genética associada à presença de mutações em determinados genes, especialmente BRCA1 e BRCA2. Entretanto, o câncer de mama de caráter hereditário corresponde a cerca de 5-10% do total de casos.

Como estratégia de rastreamento, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o exame mamográfico pelo menos a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. Independente da faixa etária, a orientação é de que o exame clínico da mama seja realizado em todas as mulheres que procuram os serviços de saúde. Para a mulher com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir dos 35 anos de idade (BRASIL, 2015).

O diagnóstico e o prognóstico do câncer de mama dependem do estadiamento da doença, que revela o grau de comprometimento, bem como o tratamento a ser recomendado. Ele envolve etapas, cujas condutas terapêuticas podem ser: cirurgia, radioterapia, tratamento sistêmico (quimioterapia e hormonioterapia) e reabilitação.

Geralmente, o tratamento demanda o ajuste de um método terapêutico, o que aumenta a possibilidade de cura, reduz as perdas anatômicas, preserva a estética e a função dos órgãos comprometidos (BRASIL, 2015).

Os cinco estádios do câncer de mama são classificados conforme o quadro a seguir (BRASIL, 2014).

Figura 1. Classificação dos estádios do câncer de mama.

<b>Estádio da Doença</b>	<b>Descrição</b>
<b>Estádio 0</b>	Compreende três doenças distintas: carcinoma ductal in situ, doença de Paget e carcinoma lobular in situ. São Neoplasias não invasivas.
<b>Estádio I</b>	Tumores $\leq 2$ cm com linfonodos negativos
<b>Estádio II</b>	Tumores $\leq 2$ cm com linfonodos comprometidos ou tumores de 2 e 5cm com linfonodos negativos ou comprometidos
<b>Estádio III</b>	Tumores $\leq 5$ cm com linfonodos grosseiramente comprometidos e/ou fixos (imóveis) ou tumores $> 5$ cm com linfonodos comprometidos ou tumores que comprometem a parede torácica e/ou pele com ou sem linfonodos envolvidos.
<b>Estádio IV</b>	Metástase em algum órgão à distância.

Em casos de doença em estádios I e II, a conduta indicada é a cirurgia como modalidade terapêutica inicial. Ela pode vir a ser conservadora, ressecando apenas o tumor ou a mastectomia, em que se realiza a retirada parcial ou total da mama. Para avaliação do prognóstico e definição terapêutica, os linfonodos axilares são analisados quanto à presença de doença. Após a cirurgia, conforme a avaliação, o tratamento pode ser complementado com radioterapia, quimioterapia e/ou hormonioterapia (BRASIL, 2014).

O estágio III condiz com os tumores maiores, localmente avançados e os casos em que há amplo comprometimento de linfonodos, porém, com ausência de metástases. Esses tumores, são classificados em operáveis e inoperáveis. Quando o tumor é operável, a primeira terapêutica de escolha é a cirurgia. Nos casos de tumores inoperáveis, o tratamento indicado inicialmente é a quimioterapia neoadjuvante na tentativa de redução do tumor e de torná-lo operável. Quando há resposta positiva, o tratamento passa a ser local, através da cirurgia. Considera-se como estadiamento IV, quando localiza-se metástase à distância. Nesse estágio, a definição do tratamento deve ter como base a probabilidade do tumor responder ao tratamento e o aumento da sobrevida da paciente (BRASIL, 2014).

O objetivo do tratamento cirúrgico é promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico. Sabe-se que a radioterapia é amplamente utilizada no tratamento do câncer de mama e se beneficia da capacidade de penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados, ou raios gama emitido por *radium* ou outro material radiativo em um alvo, reduzindo e, por vezes, eliminando o tumor. O tratamento quimioterápico adjuvante ou preventivo trata de evitar a manifestação de metástases. As substâncias citotóxicas utilizadas são eficazes para destruir células cancerosas, pois interferem em diferentes mecanismos na síntese do ácido nucléico. A hormonioterapia é feita por uma droga com propriedade antiestrogênica (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, especificamente o período do diagnóstico pode ser bastante traumático para a mulher com câncer de mama que se vê diante de uma doença que é ainda considerada ameaçadora à vida. A mama, como um símbolo da feminilidade, está relacionada à maternidade, sexualidade e beleza, e, ao sofrer alterações, pode abalar a noção de identidade da mulher (GOMES; SOARES; SILVA, 2015).

Entende-se que a partir da descoberta de um nódulo na mama, a mulher inicia um processo doloroso de dúvidas e incertezas, seguido pela angústia da procura por ajuda especializada e, com ela, muitas vezes, a longa espera nas salas e consultórios. Além disso, depara-se constantemente com os desafios e os mitos em relação à doença, o significativo impacto no dia a dia, além das mudanças físicas e psicológicas enfrentadas no decorrer do tratamento (NASCIMENTO et al., 2015; REIS, 2015).

Nesse sentido, por ser o câncer de mama uma doença considerada grave e, cujo tratamento apresenta efeitos colaterais muitas vezes agressivos, que acarretam inúmeras consequências à vida da mulher e exigem desenvolvimento de estratégias pessoais internas para lidar com a realidade, considerou-se relevante pensar em como a espiritualidade se apresenta nesse contexto e para essas pessoas. Assim, a seguir, será abordada a perspectiva da espiritualidade.

### 3.2 ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE: UMA REVISÃO CONCEITUAL

Para analisar esse assunto, torna-se essencial a compreensão de que existe uma relação entre os termos “espiritualidade” e “religiosidade”. Porém, apesar de algumas vezes serem utilizados como sinônimos, esses conceitos apresentam propriedades distintas.

Torna-se importante destacar que a espiritualidade pode ser entendida como uma força unificadora que não tem como propósito aumentar a vida de uma pessoa, mas facilitar o seu desenvolvimento, dar sentido e significado para situações de sua vida e existência (WATSON, 2002). Nesse mesmo sentido, Frankl (2013) afirma que o homem não se destrói pelo sofrimento, mas se aniquila quando não encontra um significado para as situações de sofrimento. Define ainda religiosidade como uma espécie de fé inconsciente, a extensão no qual uma pessoa acredita, pratica e segue uma religião.

Nesse sentido, a espiritualidade é toda atitude que favorece a vida e pode estar relacionada à religião, ou não. É tudo que privilegia uma relação consciente com o autoconhecimento, a subjetividade e a transcendência como modo de ser. É estar aberto para novas experiências e a novos conhecimentos. Também, diz respeito às qualidades do espírito humano: fé, solidariedade, tolerância, compaixão e amor (WATSON, 2002). Espiritualidade, não é pensar Deus, mas senti-lo com entusiasmo. É o que nos faz saudável e nos dá vontade de viver e de existir, compreende a busca contínua pelo sentido da vida (FRANKL, 2013).

Dessa forma, a espiritualidade pode ser compreendida como algo que gera em nós uma mudança, uma vez que:

O ser humano é um ser de mudanças, pois nunca está pronto, está sempre se fazendo, física, psíquica, social e culturalmente. Mas há mudanças e mudanças. Há mudanças que não transformam nossa estrutura de base. São superficiais e exteriores, ou meramente quantitativas. (...) Mas há mudanças que são interiores. São verdadeiras transformações alquímicas, capazes de dar um novo sentido à vida ou de abrir novos campos de experiência e de profundidade rumo ao próprio coração e ao mistério de todas as coisas (BOFF, 2006, p. 13-29).

A religiosidade é considerada como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, delineados para aproximar do sagrado ou transcendente, e orientar as relações e responsabilidades com as outras pessoas em uma comunidade, sistemas de culto e dogmas. A pessoa não precisa ser religiosa para ser espiritualizada. A religião é uma das muitas formas do ser humano expressar a sua espiritualidade (BOFF, 2006).

Ainda, de acordo com a Teoria do Cuidado Humano Transpessoal, existe uma dimensão “sagrada” no cuidado, relacionada ao mistério e ao “Amor Cósmico”. Segundo a teórica, viemos do mundo do espírito e retornamos a fonte espiritual em momentos de sofrimento, como por exemplo, em momentos relacionados ao adoecimento (WATSON, 2002). Partindo desta linha de argumentação, a espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal, é concebida como o encontro de dois seres que transcendem o tempo e espaço, caracterizado por experiências espirituais.

Entende-se que os elementos da teoria do cuidado são baseados em um profundo respeito pela existência humana, todas as coisas vivas e mistérios do universo. Existe um reconhecimento da coesão de mente/corpo/espírito/natureza. Ela busca valorizar aspectos relacionados às experiências subjetivas, a significação pessoal destas experiências, as diversas formas de enfrentamento das situações envolvidas no cotidiano do ser humano. Conforme a teoria, as necessidades espirituais vão além, e todas as pessoas, mesmo as que não expressam nenhum credo, possuem crenças não necessariamente religiosas, que dão significado à sua vida (WATSON, 2002).

### 3.2.1 Espiritualidade e saúde

Considerando-se que a relação entre espiritualidade e saúde tem sido objeto de vários estudos realizados nos últimos anos, faz-se necessário conhecer a respeito dessa produção. Assim, com o objetivo de analisar as publicações sobre a espiritualidade no contexto da saúde, foi realizada uma revisão da literatura, buscando conhecer o “estado da arte”, que teve como ponto de partida a questão norteadora: “O que tem sido produzido sobre a temática espiritualidade nas diversas áreas da saúde?”.

O estudo caracterizou-se como uma revisão narrativa de literatura, a qual é também denominada de tradicional por alguns autores, uma vez que apresenta uma temática mais aberta; dificilmente partindo de uma questão específica bem definida; que não exige um protocolo rígido para sua confecção e a busca das fontes não é pré-determinada, sendo geralmente menos abrangente (CORDEIRO, et al., 2007). Contudo, é apropriada para descrever e discutir o “estado da arte” de um determinado assunto (ROTHER, 2007).

A busca pelas publicações foi realizada nas bases de dados PUBMED (*National Library of Medicine National Institutes of Health*), com os MeshTerms (“*Spirituality*” and “*Health*”), na LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) com as palavras “*Espiritualidade*” e “*Saúde*” e SCOPUS, com os termos (“*Spirituality*” and “*Health*”), no mês de junho de 2014. O recorte temporal foi do ano de 2003 a 2013. Este período foi definido baseando-se em artigos atuais, nos quais mencionam que os estudos sobre espiritualidade relacionados à saúde têm sido publicados na última década (SAAD, MEDEIROS, 2008; LUCHETTI, ALMEIDA, GRANERO, 2010).



Para a seleção do material, utilizou-se, como critério de inclusão: artigos disponíveis online, na íntegra, gratuito, no idioma português, inglês ou espanhol e relacionados ao objeto do estudo. Foram excluídos artigos que estavam duplicados em bases de dados diferentes, ou repetidos na mesma base, sendo considerados somente uma vez. Na busca, localizaram-se 110 estudos que, após a leitura dos resumos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram em 33 artigos selecionados e constituíram o corpus da pesquisa para análise, conforme apresentado na figura 2.

Figura 2: Artigos localizados e selecionados nas bases de dados.

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>Termo Utilizado</b>	<b>Resultados</b>	<b>Duplicados</b>	<b>Incompletos</b>	<b>Não respondem a pergunta de pesquisa</b>	<b>Selecionados</b>
<b>PUBMED</b>	“Spirituality and Health”	40	9	10	6	15
<b>SCOPUS</b>	“Spirituality and Health”	30	10	6	8	6
<b>LILACS</b>	Espiritualidade e Saúde	40	10	8	10	12

É oportuno mencionar que a análise foi realizada por meio da leitura e Análise exploratória no momento: estatística simples do material bibliográfico encontrado, sendo empregado um quadro sinóptico que apresentava informações sobre as produções selecionadas: Título, área, ano, idioma, objetivo, metodologia e principais resultados. A leitura dos artigos permitiu evidenciar as principais convergências encontradas, as quais foram sintetizadas, agrupadas, categorizadas e analisadas a partir do segundo momento pela análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

Em relação às áreas de produção das publicações houve predomínio dos profissionais da medicina com 16 estudos (48,5%), a psicologia com nove estudos (27,2%), a enfermagem com sete estudos (22,2%) e a terapia ocupacional com um estudo (3,1%). Quanto ao ano de publicação, verificou-se que os últimos anos vêm apresentando maior índice de publicações de artigos relacionados à espiritualidade e saúde. Nos anos de 2005, 2006, 2008 e 2009 respectivamente, foram publicados dois artigos, que correspondem a (6%), em 2007 três (9%), 2010 cinco (15,6%), 2011 quatro (12,1%), 2012, sete (21,2%) e 2013 seis artigos (18,1%).

A análise, demonstrou prevalência no tema espiritualidade saúde/doença/qualidade de vida, identificados num total de 22 artigos, que correspondem

a (66,7%) seguido de religiosidade/espiritualidade na formação acadêmica e na prática assistencial, com 11 artigos (33,3%). Quanto ao delineamento dos artigos, observou-se predomínio de estudos qualitativos (67%) com 22 publicações, seguido do método quantitativo (24,3%) com oito, e quanti/qualitativos (9,0%) com três artigos. Quanto à origem dos estudos (63,5%), 21 artigos, correspondem a estudos publicados na língua portuguesa e (36,5%), 12 estudos internacionais, publicados no idioma inglês.

Os resultados da análise dos estudos foram realizados de acordo com a semelhança dos conteúdos entre si e foram agrupados, integrados e apresentados a partir de duas temáticas “*Espiritualidade como forma de enfrentamento*” e “*A espiritualidade na prática terapêutica*”, que serão debatidas e discutidas a seguir.

A temática “*Espiritualidade como forma de enfrentamento*” é evidenciada em situações de adoecimento como alicerce dos valores e crenças pessoais, pois contribuem para a satisfação física e psicológica e dão significado e propósito para a vida das pessoas. Percebe-se que para as pessoas que convivem com doenças crônicas, a espiritualidade tem uma influência positiva, contribuindo para promover suporte e sentido à vida (GUIMARÃES, AVEZUM, 2007; LIBERATO, MACIEIRA, 2008). Para Lucchese e Koenig (2013), a espiritualidade ajuda a suportar melhor os sentimentos de culpa, raiva e ansiedade, e aparece como fator significativo no humor depressivo relacionado aos sintomas da menopausa (PIMENTA, et. al., 2011).

De acordo com um estudo realizado na Índia (KANDASSAMY, CHATURVEDI, DESAI, 2011), o bem estar espiritual aparece como um componente importante da qualidade de vida dos pacientes com câncer avançado, e está intimamente relacionado com os sintomas físicos e psicológicos de aflição. Pode-se afirmar que o paciente oncológico busca a espiritualidade como forma de enfrentar a doença, com a finalidade de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança de cura com o tratamento. Corroborando Aquino e Zago (2007), em estudo com pacientes oncológicos, descrevem que eles recorrem à espiritualidade como fonte de alívio e conforto.

Assim, as características da espiritualidade evidenciam que a relação entre a doença e a possibilidade de morte faz do enfrentamento espiritual uma estratégia de redução de angústias e melhoria da qualidade de vida (BREDEMEIER; GOMES, 2007; FORNAZARI; FERREIRA, 2010). Em estudo com pacientes em fase terminal de insuficiência cardíaca, a espiritualidade foi relacionada com amor, sentimento de pertença, significado, enfrentamento, propósito, fé e esperança ((LUCCHESI; KOENIG 2013).

Além disso, estudos epidemiológicos têm mostrado uma relação positiva entre espiritualidade e doenças, isso inclui menores prevalências de depressão, maior sobrevivência, menores níveis pressóricos e menores complicações pós-cirúrgicas (LUCCHETTI; LUCCHETTI; AVEZUM, 2011). A espiritualidade no enfrentamento de doenças terminais oferece proteção, promove a paz e dá significado para os pacientes em final de vida (PERES et al., 2007).

Os resultados dos estudos (GUIMARÃES, AVEZUM 2007; CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008; STROPPA, MOREIRA-ALMEIDA, 2009) revelam que maiores níveis de envolvimento espiritual estão associados positivamente a indicadores de bem estar psicológico, esperança, felicidade e auto estima mais elevada. Ainda, relevantes achados referentes às associações entre a espiritualidade e atividade imunológica, saúde mental, neoplasias, doenças cardiovasculares e mortalidade (SEYBOLD, 2007; STROPPA, MOREIRA-ALMEIDA, 2009, KOENIG, 2012).

Em estudo com pacientes em tratamento dialítico constatou-se que as pessoas que apresentavam um menor nível de espiritualidade solicitavam outros tratamentos para manutenção da vida, tais como condutas de intubação oro traqueal. A espiritualidade passou a existir como um recurso de enfrentamento para os familiares de pacientes principalmente em situações de doença crônica e diante de prognósticos ameaçadores (LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA; GRANERO, 2010). Corroborando, em um estudo sobre a espiritualidade na perspectiva dos pais de crianças em fase final, internados em Unidade de Terapia Intensiva, os relatos foram relacionados à oração, fé, crença na relação pai e filho que permanece para além da vida, conhecimento, sabedoria, esperança, confiança e amor (ROBINSON, 2006).

No convívio com familiares cuidadores, percebe-se o quanto pode ser estressante, física e emocionalmente o cuidado no final da vida, pois há, muitas vezes, demandas que exigem o direcionamento do cuidado para a dimensão espiritual. Cortez e Teixeira (2010) afirmam que a abordagem espiritual implica habilidade e conhecimento, de modo a considerar a espiritualidade um componente da subjetividade que emerge no cuidado em saúde. O cuidado espiritual, segundo Oliveira et al. (2013b), poderá ser reforçado através de uma avaliação das necessidades espirituais, promovendo oportunidade de abordagem sobre crenças pessoais e facilitando contatos com grupos religiosos, se o cuidador e paciente considerarem necessário.

Dessa forma, a temática ***“A espiritualidade na prática terapêutica”*** diz respeito à inclusão do tema espiritualidade na formação dos profissionais de saúde e na prática

assistencial desses. Estudos apontam para a necessidade de compreender a pessoa em sua complexidade, singularidade e, sobretudo, como um ser sensível aos acontecimentos no mundo, além daqueles intrínsecos a sua história pessoal (ESPINDULA; VALLE; BELLO, 2010; COSTA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013b; ESPINHA, et al., 2013). É a partir dessa perspectiva que a dimensão espiritual tem papel fundamental nas situações em que o adoecimento, seja ele físico ou psíquico, coloca em questão o próprio sentido da existência (PENHA; SILVA 2012; GOBATTO, ARAÚJO, 2013).

Em estudo realizado com alunos de um curso de Enfermagem, o medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes foi apontado como a principal barreira relacionada ao assunto. Observa-se que é preciso que o estudante e o profissional tenham uma relação com sua própria espiritualidade (ESPINHA, et al., 2013). Ainda, em estudo com discentes e docentes de enfermagem, eles relatam que a formação acadêmica não oferece informações suficientes para o desenvolvimento dessa competência. Eles citam, o medo de impor suas crenças, falta de tempo e medo de ofender os pacientes como principais barreiras para abordar o assunto, (TOMASSO, BELTRAME, LUCHETTI, 2011). A maioria dos estudantes apontou que temas referentes à saúde e à espiritualidade deveriam fazer parte dos currículos dos profissionais de saúde. É consenso a necessidade de implementação de cenários de aprendizagem durante a formação acadêmica que auxiliem o estudante a realizar o cuidado espiritual (ESPINDULA, VALLE, BELLO 2010; TOMASSO, BELTRAME, LUCCHETTI, 2011; ESPINHA, et al., 2013; BORGES et al., 2013).

Para que o cuidado de enfermagem possa incluir o mundo de quem é cuidado, faz-se necessária a compreensão das crenças religiosas e as diversas formas de expressar a espiritualidade. Nessa perspectiva, a dimensão espiritual necessita fazer parte das reflexões envolvidas no cuidado dos enfermeiros, sendo valorizadas como uma estratégia importante para cuidar das pessoas. Os resultados dos artigos mostram que os profissionais possuem concepções ambíguas sobre a influência da espiritualidade/religiosidade dos usuários na saúde. Respeitam essa dimensão, mas não a utilizam no tratamento e no cuidado (ALVES, JUNGUES; LOPEZ, 2010). A abordagem espiritual implica conhecimento e habilidade, de modo a considerar a espiritualidade como um componente da subjetividade, que emerge no cuidado em saúde (CORTEZ, TEIXEIRA, 2010; PENHA; SILVA, 2012).

Em estudo com enfermeiras atuantes em oncologia, elas apontaram a espiritualidade como uma fonte de energia; força que impulsiona no dia a dia; o crer em

alguma coisa; respeitar o outro; e que nos momentos mais críticos as pessoas aproximam-se mais (TEIXEIRA, LEFÉVRE, 2007). No discurso coletivo das enfermeiras, a fé religiosa as fortalece e as estimula para o trabalho diário, pois há necessidade de uma ação mútua entre a fé e a terapêutica para o benefício dos pacientes (TEIXEIRA, LEFÉVRE, 2007).

Em estudo realizado com estudantes de medicina, identificou-se que eles conceituam a espiritualidade principalmente como a maneira de acreditar em algo transcendente à matéria, a crer na relação com Deus, na religiosidade, em um sentido e significado para a vida humana. O assunto foi correlacionado com "humanização da medicina". Contudo, relatam grande dificuldade para abordar o assunto com os pacientes (BORGES et al., 2013).

Em outro estudo realizado com profissionais médicos, verifica-se a concordância que a crença religiosa pode trazer benefícios aos pacientes, porém a maioria aponta não saber introduzir a dimensão espiritual no atendimento ao paciente (LUCCHETTI, ALMEIDA, GRANERO, 2010) Os pacientes, por sua vez, gostariam de ser abordados sobre a questão da espiritualidade. Pode-se constatar que prevalece, ainda, o desconhecimento da importância da espiritualidade para o diagnóstico, prognóstico e tratamento da pessoa doente (KOENIG, 2012). Ao conhecer e entender o papel da espiritualidade/fé/religiosidade no tratamento do câncer os profissionais de saúde adquirem confiança para abordar os pacientes sobre seus medos e angustias relacionadas a doença (NASCIMENTO et al., 2010; GOMES, SANTOS, 2013).

Em Porto Alegre, RS/Brasil foi desenvolvido um estudo no Hospital São Francisco de Cardiologia da Santa Casa (LUCHESE, 2007). Este buscou relacionar as influências da espiritualidade sobre a doença cardiovascular em indivíduos submetidos a cirurgias cardíacas e infartos. Mais de 300 pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca e quase cem cardiologistas responderam a um questionário. O resultado mostrou que 70% dos pacientes gostariam que os médicos falassem sobre religião com eles, mas apenas 15% dos médicos o fazem. Conforme Lucchese (2007), ainda há um longo caminho a percorrer para efetivar o cuidado espiritual. Porém, afirma que essa temática, definitivamente, está ocupando os pensamentos do ser humano no século XXI.

Verificou-se que a área da psicologia define a espiritualidade como o equilíbrio e sentido da vida, experiência, autoconhecimento e autonomia. Em seus estudos, a psicologia aborda questões especiais sobre as correlações positivas entre convicção e prática religiosa, saúde mental, física e longevidade. A espiritualidade/religiosidade,

quando bem integrada na vida do sujeito, contribui de forma positiva para a sua saúde mental (OLIVEIRA, JUNGUES, 2012).

Estudo sobre a espiritualidade na prática do terapeuta ocupacional, evidencia uma lacuna entre o ensino, teoria e prática. Embora a terapia ocupacional tenha a intenção de ser holística, o estudo conclui que os terapeutas necessitam uma compreensão mais completa do que é espiritualidade e qual o papel deste profissional ao abordar a espiritualidade na avaliação ou tratamento (MORRIS, et al., 2014).

Os resultados deste estudo possibilitam repensar as práticas desenvolvidas pelos profissionais da saúde no que tange a espiritualidade das pessoas com quem interage, além de contribuir para fortalecer a práxis em relação ao cuidado da dimensão espiritual. No cuidado em saúde, a integração da dimensão espiritual necessita ser abordada com profissionalismo ético, conhecimento e habilidade.

Diante das considerações obtidas na revisão de literatura, identifica-se que a espiritualidade emerge como importante fator capaz de agregar qualidade a assistência e, na formação dos profissionais, das diversas áreas de saúde. Destaca-se a necessidade de investimentos em estudos que aprofundem o impacto da espiritualidade nas relações interpessoais no cuidar em saúde.

### **3.2.2 Espiritualidade e o câncer de mama**

É importante salientar que a mulher diagnosticada com câncer de mama poderá apresentar diversos sentimentos. Eles podem tornar-se visíveis, como o desconforto físico e emocional, a ansiedade, mudanças na autoimagem e no comportamento; alterações nos hábitos e estilo de vida, o medo e a insegurança quanto ao tratamento, a possibilidade de recidiva, metástases e receios relacionados à finitude da vida (IBIAPINA et al., 2015; PEREIRA; COUTINHO 2016). O diagnóstico do câncer de mama confronta a mulher com a questão do imponderável. Como toda doença grave, ela traz consigo o medo, a angústia e a perda do domínio sobre a própria vida (CAETANO; GRADIM; SANTOS 2009; NASCIMENTO et al., 2015).

Concomitante a isso, expõe a mulher a sua vulnerabilidade, incorporando várias questões sobre o significado da vida. Ao se deparar doente, a mulher com câncer de mama vai passar pelas etapas do diagnóstico, do tratamento invasivo e de uma nova relação com o seu corpo marcado e por mudanças em sua aparência física (SALIMENA, et al., 2012). Todo o processo de adoecimento é vivido pela paciente e pela sua família como um

momento de angústia, sofrimento e ansiedade. Além do rótulo de uma doença dolorosa e grave, ao ter o diagnóstico de câncer, a mulher, geralmente, vivencia perdas e sintomas adversos e isso acarreta prejuízos nas habilidades funcionais, profissionais e incertezas quanto ao futuro (GOMES; SOARES; SILVA 2015).

No convívio com essas mulheres, consegue-se observar que o câncer de mama provoca uma significativa alteração física, psicológica e social e pode tornar a adaptação à doença e ao tratamento uma experiência difícil e dolorosa. A mama, enquanto símbolo da feminilidade, quando alterada, pode prejudicar a auto percepção e a identidade da mulher. Em situação que ocorre a cirurgia, para a retirada parcial ou total da mama, a mulher pode sentir-se mutilada ((SALIMENA, et al., 2012).

Embora tenha ocorrido uma constante evolução científica e tecnológica em relação ao tratamento oncológico e, principalmente do câncer de mama, é possível perceber que o câncer tem se tornado uma doença crônica que ameaça a vida e carrega o estigma do sofrimento, da angústia e do medo frente às incertezas do futuro. Muitas vezes, porém, tais significados parecem levar as mulheres ao enfrentamento das dificuldades e, assim, produzir uma força interna determinada, principalmente, pela vontade de viver. E, dessa forma, proporciona um significado real à própria vida, sendo capazes de revitalizar-se diante de experiências dolorosas e assustadoras (SILVA et al., 2010; PEREIRA; BRAGA 2016).

Segundo estudo realizado com mulheres com diagnóstico de câncer de mama que responderam a Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE), algumas relataram ter encontrado na espiritualidade ajuda para o enfrentamento das crises físicas e psicológicas causadas pelo diagnóstico e tratamento. (MACIEIRA, CURY, MASTESE, 2007). Cada pessoa demonstra a espiritualidade ao seu estilo, relacionando-a, geralmente, à expectativa de sobreviver ao câncer.

Assim, conforme afirma Guerrero et al., (2011), a doença amedronta e a espiritualidade parece renovar e fortalecer. Essa perspectiva é reforçada ao defender-se que, no exercício da enfermagem, é necessário que o enfermeiro conheça e respeite a dimensão espiritual dos pacientes com câncer de mama ao planejar o cuidado de enfermagem. Deste modo a espiritualidade é reconhecida como estratégia que ajuda no enfrentamento da doença e constitui-se como recurso para o cuidado (PINTO, et al., 2016).

Nesse sentido, a enfermagem é a profissão responsável pela prestação de cuidados que tem como objetivo manter ou melhorar a condição de saúde do paciente, ajudando-o

a atingir, tão rápido quanto possível, a sua capacidade autônoma. Segundo Collière (2003), cuidar significa atender às necessidades do outro, como ser humano, respeitando-o enquanto ser único. E, conforme Waldow (2012), cuidar é um desafio que exige um olhar constante e atento, dirigido às diversas dimensões da vida humana nas várias etapas do ciclo vital.

O cuidado torna-se uma condição prévia que privilegia o nascer da inteligência e amorosidade, o guia antecipado de todo comportamento para que seja livre, responsável e humano. Sem cuidado, nada que é vivo sobrevive. Na perspectiva do autor, o ser humano necessita reencontrar-se com a natureza e o universo. No entanto, este sentimento não surge por ele mesmo. Ele emerge a partir de uma nova experiência espiritual e um novo sentido de ser (BOFF, 2013).



#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO DO CUIDADO TRANSPESSOAL

*É necessário desenvolvermos métodos que preservem o contexto humano e permitam o avanço do conhecimento acerca do mundo da experiência humana (WATSON, 2002, pág. 9)*

O estudo será desenvolvido à luz do referencial teórico da Teoria do Cuidado Transpessoal, elaborado pela enfermeira americana Jean Watson (1979).

O fundamento da Teoria do Cuidado Humano desenvolvido por Watson surgiu entre 1975 e 1979, com a publicação do primeiro livro “*Nursing: The Philosophy and Science of Caring*” (“*Enfermagem: A Filosofia e a Ciência de Cuidar*” (1979/1985), período em que era professora da Universidade do Colorado, na cidade de Denver. A teoria emergiu em decorrência de seus estudos, no transcorrer do Doutorado em Clínica e Psicologia Social (1973), a partir de seus próprios valores, crenças e percepções acerca da vida humana, que se manifestaram clínica e empiricamente em suas experiências e observações. Torna-se importante ressaltar que este primeiro livro, continua sendo o núcleo e estrutura original para a Teoria do Cuidado Humano através dos dez Fatores Caritativos, que foram identificados como os aspectos essenciais do cuidar em enfermagem, (WATSON, 2007).

Em 1985, uma nova edição do livro foi lançada, “*Nursing: Human Science and human care*” (“*Enfermagem: Ciência Humana e Cuidado Humano*). A finalidade dos constructos teóricos era servir de apoio ao desenvolvimento de um plano de estudos para a enfermagem. Segundo Watson (1985), a prática de cuidado da enfermagem retrocedia para os valores da cura e, segundo a autora o ato de cuidar envolve um relacionamento entre duas pessoas, que tem características diferentes de personalidade, porém são iguais em essência e que não depende da cura para ser sustentado em uma verdadeira relação de cuidado. A teoria tornou-se importante guia para a educação, a pesquisa e a prática. Watson (1979) passou a ser considerada precursora no estudo da enfermagem como uma disciplina científica que une a racionalidade e a sensibilidade.

A Teoria do Cuidado Humano (WATSON, 1979) traz como objeto o ser humano valorizado; caracterizada, tanto por ciência como arte, busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana, própria da enfermagem. Nesta perspectiva, a saúde é vista como uma harmonia entre a mente, o corpo e alma, e o cuidar necessita ser integral transmitido através dos tempos na formação do enfermeiro.

Em 2005-2008, a autora redefiniu os conceitos centrais utilizados como base de seu trabalho, assim como introduziu o paradigma do Cuidado Humano Transpessoal na ciência do cuidado. Neste novo modelo de processo, a autora substitui os fatores (*Carative Factors*) da Teoria do Cuidado pelos elementos do *Clinical Caritas*. Ao expor esses elementos e ampliar os conceitos, em 2008, Watson publica a reedição de seu primeiro livro, que recebe o mesmo nome, com detalhes que melhor descrevem o processo de transformação dos fatores de cuidado, e, finalmente, no ano de 2011, porém com data de 2012, lança a reedição do livro publicado em 1985, agora intitulado: "*Human caring science: a theory of nursing*", no qual afirma, pela primeira vez, o entendimento de que seus estudos representam o desenvolvimento de uma "Teoria de Enfermagem". Porém, não a compreende como uma teoria científica "dura", absoluta, verificável, quantificável e rigidamente testável e que leva aos fatos, verdades, mas, ainda assim, uma teoria, porque ajuda o profissional a ver de forma mais ampla e clara, sendo útil na solução de alguns problemas conceituais e empíricos em Enfermagem e nas ciências humanas em geral (Watson, 2012, p. 1).

Refere-se a uma intersubjetividade da relação pessoa para pessoa na qual a enfermeira influencia e é influenciada pela pessoa cuidada. Ambos estão plenamente presentes no momento e sentem uma união com o outro através da formação de uma relação de confiança e ambiente de cuidado onde o verdadeiro ato do "cuidado" acontece. Dessa forma, o cuidar humano torna-se a dimensão da prática profissional que potencializa a integralidade (WATSON, 2008).

O Processo "*Clinical Caritas*" é "amor e cuidado conectados com uma dimensão existencial-espiritual com as experiências e processos da vida humana". Essa prática pode ser chamada de "atenção de fino trato". Ela procura ver o indivíduo com delicadeza, respeito e sensibilidade. Essa teoria engloba tanto a arte como a ciência e é inspirada em modelos nos quais arte e ciência se convergem, incorpora e integra diversos modos de conhecer, ser e fazer. Reconhece que tudo no universo está relacionado (WATSON, 2007).

Para Watson (2002), o cuidar é visto como o ideal moral. É, sobretudo, a essência do ser enfermeira e prioriza a dignidade humana. Significa também, que o cuidado acontece na reciprocidade entre a enfermeira e a pessoa cuidada. Implica uma vocação, vai além de uma simples escolha profissional. A essência da enfermagem é o cuidado, significado de reciprocidade entre a enfermeira e a pessoa que está sendo assistida. Existe

uma alta consideração pela autonomia e pela liberdade de escolha da pessoa com ênfase no autoconhecimento, que promove a saúde, o crescimento individual e familiar.

Na versão atual da Teoria, a autora propõe a efetivação do cuidado orientando-se pelo elemento 10, centralizado nos significados espirituais, nas crenças das mais diversas culturas, nos mitos e nas metáforas, no mundo subjetivo das experiências internas de vida e nas experiências dos outros, permitindo curas milagrosas e reconstituições, sendo estas, consideradas, um fenômeno, um mistério afetado por muitos fatores que não podem ser totalmente explicados. A pessoa cuidada ao reconhecer-se como um ser em evolução, ao conseguir praticar e, evoluir, será capaz de despertar em si o cuidado transpessoal com possibilidade de compreender-se, aceitando a sacralidade do cuidado. Com isso, é necessário estar atento à espiritualidade e à dimensão existencial de seu próprio eu (WATSON, 2012).

Watson (2012) ainda orienta centralizar o cuidado nos elementos (1,2,3) (1) O cuidado necessita ser praticado com amor, sensibilidade e gentileza, acontecendo de forma a ser reconstituído (*healing*) significa estar genuinamente presente. (2) Torna-se imprescindível ir além da ciência moderna e acrescentar esperança e fé para fortalecer a pessoa cuidada diante das adversidades da vida. (3) A dimensão espiritual, como terceiro elemento, é apontada como sendo a ordem maior da prática profissional e necessita ser continuamente estudada e ensinada.

Neste elemento, a enfermagem é introduzida no paradigma espiritual e inclui a sacralidade do ser cuidado, a conexão do ser humano para um plano que extrapola o concreto e visual e a proposição do *healing* (recomposição, restauração, reconstituição do ser) que não deve ser compreendido como cura, e sim um processo de interação entre a duas pessoas que se encontram (*Self*), através de conexões mais profundas com o outro, o ambiente, a natureza e o universo. Os demais elementos são aplicados em consonância com cada situação específica no decorrer da *práxis* do cuidado priorizando a integralidade da pessoa (WATSON, 2008).

#### 4.1 PRESSUPOSTOS DA TEORIA TRANSPESSOAL

Watson (1979) propõe pressupostos básicos para o desenvolvimento de sua teoria em seu primeiro livro (WATSON, 1979, p. 8, 9), os quais são reformulados e expandidos com as publicações de 1985(WATSON, 1985, p. 32, 33), 2002(WATSON, 2002, p. 61-63) e 2008(WATSON, 2008. p. 17, 18, FÁVERO 2013).

- ✓ A ciência do cuidado é a essência da Enfermagem e o núcleo essencial da profissão;
- ✓ O cuidado pode ser mais eficiente demonstrado e praticado interpessoalmente, no entanto, a consciência do cuidado pode ser comunicada além/transcendendo o tempo, o espaço e a fisicalidade (WATSON, 2002);
- ✓ O processo humano intersubjetivo mantém vivo um senso comum de humanidade; ensina sermos humanos através da nossa identificação com os outros, pelo que o humanismo de um se reflete no outro (Watson, 1985, p. 33; 2002, p. 63);
- ✓ Cuidado consiste em *Caritas Processes* (elementos *Clinical Caritas*) que facilitam a restauração (*healing*), integridade da honra e contribuem para a evolução da humanidade;
- ✓ O cuidado efetivo promove restauração (*healing*), saúde, crescimento individual ou familiar e um senso de integridade, perdão; envolve a consciência e a paz interior, transcende a crise, o medo da doença, da enfermidade, do diagnóstico, os traumas, as mudanças da vida;
- ✓ As respostas do cuidado aceitam uma pessoa não somente como ela é agora, mas como ela pode vir a ser/tornar-se;
- ✓ Uma relação de cuidado é aquela que convida ao nascimento do espírito humano, abrindo para um potencial autêntico, estando genuinamente presente, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor opção para si mesma, em um determinado ponto do tempo;
- ✓ O cuidado é mais *healthogenic* (promotor de saúde) do que curativo;
- ✓ A ciência do cuidado é complementar à ciência da cura;
- ✓ A prática do cuidado é central para a Enfermagem. Trata-se de uma contribuição social, moral e científica, um compromisso profissional para com os valores, a ética e os ideais da Ciência do Cuidar, seja na teoria, na prática e na pesquisa.

A Teoria do Cuidado Transpessoal ao abordar o cuidado efetivo apresenta peculiaridades importantes sobre espiritualidade/cuidado em enfermagem. Essas peculiaridades formam o “fundamento filosófico para a ciência do cuidado” (WATSON, 1985). Isso através dos seguintes elementos:

*A formação de um sistema de valores humanístico-altruísta:* sugere que o cuidado de enfermagem é efetivado através do autoconhecimento e experiências de crescimento pessoal (WATSON, 2002). Qualidades essas necessárias para fortalecer e embasar a enfermagem, que então poderá desenvolver comportamento altruísta para com os outros, através de sentimentos e atitudes que constituem a base do cuidado humano. Esses conceitos pessoais devem advir de dentro de cada um de nós (WATSON, 2007).

*Fé e esperança:* a enfermagem necessita transcender o impulso de aceitar somente a medicina curativa, torna-se necessário estar aberto para a compreensão de alternativas de cuidado, como por exemplo: a meditação, o toque terapêutico, musicoterapia, a fé na cura através de crenças, e em si próprio, ou no fator espiritual. A enfermagem pode aliar a fé-esperança para proporcionar uma sensação de bem estar, através das crenças significativas da pessoa (WATSON, 2002).

Outro elemento é o *Cultivo da sensibilidade para si e para os outros:* apenas através do desenvolvimento dos próprios sentimentos que a pessoa pode, verdadeiramente e sensivelmente, interagir no cuidado com o outro (WATSON, 2002). O amar-se, o ser e o sentir são elementos essenciais e efetivos para o cuidado. A autora considera o cuidado como o atributo mais valioso que a Enfermagem tem para oferecer à humanidade (WATSON, 1979).

Assim, os Fatores Caritativos auxiliam a definir um modelo de cuidado para manter a disciplina e profissão de enfermagem; com compromisso ético e uma visão mais profunda da dignidade e dimensão humana (WATSON, 1985).

#### 4.2 PROCESSO *CLINICAL CARITAS*

Os dez elementos a seguir compõem o processo “*Clinical Caritas*”, considerados fundamentais para o embasamento do Cuidado Transpessoal, no momento de efetivar o ambiente de cuidar em enfermagem, na visão holística da autora, constituindo uma evolução dos fatores caritativos anteriormente postulados em sua teoria, em 1979. (WATSON, 2002/2008).

**Elemento 1: Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado.**

Consiste na formação de um sistema de valores humanístico/altruísta; efetivado no cuidado através da sensibilidade, amor e compaixão. Uma consciência de cuidado

envolve altas vibrações de energia e conecta humano-com-humano, coração-com-coração, espírito-com-espírito, de um com o outro (WATSON, 2009).

**Elemento 2: Ser autenticamente presente, fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado.**

Vivenciado ao ser capaz de praticar e manter um sistema profundo de crenças e um mundo subjetivo de vida e do ser cuidado, preservando a fé, a esperança e o respeito. Este elemento se refere ao sistema de crenças da enfermeira, convidando-a a se conectar quando houver necessidade de fé e de esperança para inspirar-se. Para Watson (2008), todos precisam de fé e de esperança para que se conduzam, através das mais diversas situações vivenciadas de transformações e dificuldades da existência humana no plano terrestre.

**Elemento 3: Cultivo de uma prática espiritual própria e do eu transpessoal que vai para além do próprio ego.**

Consiste em cultivar suas próprias práticas espirituais, estando aberto a outras, com sensibilidade e compaixão, em si e no outro.

Watson (2008) destaca este elemento como sendo a ordem maior da prática da enfermagem e salienta ser indispensável o constante aprendizado, e o dever de continuamente aprender e ensinar esse princípio aos outros. Neste *Caritas Processes*, ela retorna ao primeiro elemento, levando, então, naturalmente a uma prática espiritual que se torna transpessoal.

**Elemento 4: Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança.**

Promovido ao manter uma verdadeira relação de cuidado, de ajuda e confiança, efetivado através do olhar, do toque, do silêncio. Efetivar uma relação autêntica de cuidado requer, além de um momento de cuidado capaz de contemplar a unidade total da pessoa (mente-corpo-espírito), capacidades para um cuidado humano ontológico e não técnico por si só (WATSON, 2008; FAVERO, 2013).

**Elemento 5: Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos provenientes de si e do outro.**

É manifestado ao se tornar presente e ao dar apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos, através de uma conexão intensa entre seu próprio espírito e o da pessoa que está sendo cuidada.

Com uma compreensão de que todos os sentimentos envolvidos vêm e vão, a enfermeira deve estar em conexão profunda com o próprio espírito e com o da pessoa cuidada, reconhecendo e honrando a expressão dessas sensações (WATSON, 2009). Quando um dos envolvidos no processo de cuidar é capaz, graças a sua consciência *caritas*, de entrar no espaço da vida do outro e conectar-se com a vida interior subjetiva, está se unindo com o mais profundo espírito do seu *self* e do outro. Essa é a base para um momento de cuidado transpessoal e uma relação de reconstituição (WATSON, 2008; FAVERO, 2013).

**Elemento 6: Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar em práticas artísticas de cuidado-reconstituição.**

Compreende estar atento para o uso sistemático do método científico na tomada de decisões, como parte do processo de cuidado. Procurar comprometer-se com as práticas de cuidado e proteção, através de seu conhecimento criativo, estético, com intuição e sensibilidade.

A Enfermagem e a enfermeira *caritas* empregam o conhecimento de forma criativa, o ser e o fazer unificam o processo de cuidar em busca de possibilidades para a solução conjunta dos problemas dos clientes, famílias e comunidades (WATSON, 2009; FAVERO 2013). A evolução ocorrida na teoria desde 1979 mostra que a enfermeira “*caritas*” exalta o processo de cuidar como um processo criativo, intuitivo, estético, ético, pessoal e até mesmo espiritual, bem como um processo profissional técnico-empírico (WATSON, 2008; FAVERO, 2013).

**Elemento 7: Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino-aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro.**

Efetivado ao comprometer-se de maneira genuína em uma experiência de prática de ensino e aprendizagem; observar e respeitar o indivíduo na sua totalidade, fragilidades e limitações. Watson, (2008) salienta que tanto o conteúdo como a disponibilidade da pessoa cuidada para receber as informações são modificáveis e críticas. O significado que

cada conteúdo/situação tem para a pessoa, afeta sua capacidade de receber e processar as informações. Assim, o processo de ensino torna-se genuinamente transpessoal quando a experiência, a relação, o significado e importância da experiência afetam ambas as partes dentro do encontro do ensino (WATSON, 2008; FAVERO, 2013).

**Elemento 8: Criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados.**

Consiste em promover um ambiente protetor em todos os níveis, onde se está consciente do todo, da estética, do conforto, da dignidade e da paz.

A enfermagem deve compreender que os fatores externos, ambientais são capazes de harmonizar um clima de envolvimento e intimidade necessário para o desenvolvimento do cuidado, como: conforto, segurança, privacidade, comodidade, além de ser limpo, seguro e saudável (WATSON, 2008; FAVERO, 2013).

**Elemento 9: Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado.**

Efetivado ao assistir as necessidades humanas conscientemente potencializando a aliança mente, corpo, espírito.

A enfermagem, ao tocar o corpo da pessoa cuidada, está tocando não só o corpo físico, mas também, toca, em algum plano, sua mente, seu coração e sua alma. Uma enfermeira *caritas* precisa estar consciente desta perspectiva durante a realização dos cuidados e necessita responder a estas necessidades como um privilégio, uma honra e um ato sagrado. Ela sabe que neste ato está se conectando com o outro e contribuindo para o fortalecimento do seu espírito, bem como para seu próprio fortalecimento (WATSON, 2008; FAVERO, 2013).

**Elemento 10: Abertura e atenção às dimensões espiritual, misteriosa, desconhecida e existencial inerentes à vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.**

Compreende estar atento à espiritualidade e à dimensão existencial de seu próprio eu. Reconhecimento da existência de forças fenomenológicas-existenciais-espirituais,



apresenta o fenômeno dos enigmas, o que não pode ser explicado cientificamente, por meio da mente e da medicina moderna. Este elemento permite o mistério, os aspectos filosóficos e metafísicos de experiências humanas, além de fenômenos que não se conformam com visões convencionais da ciência e do pensamento racional. Esse elemento permite os significados espirituais, as crenças culturais, os mitos e as metáforas, o mundo subjetivo das nossas experiências internas de vida e as experiências dos outros, permitindo curas milagrosas e reconstituições, sendo estas, em última instância, um fenômeno, um mistério afetado por muitos fatores que não podem nunca ser totalmente explicados (WATSON, 2007; 2008; FAVERO, 2013).

Com base no exposto, a Teoria do Cuidado Transpessoal tem sido adotada para guiar modelos transformadores de práticas de cuidado, em diversos contextos, em todo o mundo. No entanto, no Brasil, ainda existem poucos estudos sobre a teoria, entre eles se destacam a Universidade Federal do Paraná (UFPR), Santa Catarina (UFSC) e Ceará (UFC). A ciência do cuidar humano tem se tornando um campo interdisciplinar e transdisciplinar de estudo. Tem relevância para todos os profissionais de saúde, educação e campos das ciências humanas (PENHA, 2012).

Nessa perspectiva, Watson (2007) procura unir os paradigmas do cuidado em direção aos modelos transformadores para o século XXI. O avanço científico provocou profundas mudanças na conduta humana, na maneira de pensar, acreditar e ver suas crenças. A modernidade conseguiu que a pessoa deixasse de ser vista na subjetividade, passando a dar mais importância à tecnologia do que ao ser humano.

Nesse sentido, torna-se necessário que a enfermagem moderna olhe o ser humano na sua totalidade com um olhar mais consciente na promoção à saúde, isso para desenvolver medidas de conforto, controle da dor, qualidade de vida, com respeito a pessoa em sua individualidade e integralidade numa constante reintegração mente, corpo, espírito. Deve-se ter uma melhor compreensão do ser humano, com quem é compartilhado o cuidar em enfermagem, enquanto foco de atuação profissional.

A assistência de enfermagem, segundo Watson (2007), necessita privilegiar a promoção da vida, do conforto, do diálogo e da terapêutica, valorizar o potencial individual de cada sujeito para ser um agente ativo nas suas escolhas terapêuticas e no seu processo saúde/doença. À enfermagem cabe buscar novas abordagens que orientem a sua prática no compromisso do cuidar, da sensibilidade de estar e interagir com o outro,

buscando habilidades a fim de unificar as dimensões objetivas e subjetivas presentes no processo de cuidar, pois as experiências não podem ser tecnologicamente quantificadas.

Vale dizer que o ser humano tem peculiaridades próprias e únicas, assim, para evoluir precisa conhecer o significado de seu contexto de vida com a finalidade de realizar escolhas conscientes e responsáveis quando atribui significado às suas experiências. Cuidar em enfermagem é entrar no campo fenomenológico do outro, partindo da compreensão dos significados das experiências de vida de quem cuida e quem é cuidado, considerando a dimensão espiritual nas relações interpessoais que são essenciais ao processo de cuidar em enfermagem (WATSON, 2007).

Diante disso, justifica-se a escolha da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (2008), por considerar esse referencial relevante e adequado para a Enfermagem, diante do paradigma espiritual e o propósito dos objetivos do estudo. O cuidado de enfermagem necessita emergir das necessidades e da existência do outro, em um verdadeiro conjunto de atitudes, através da compreensão, do reconhecimento, da sensibilidade, da fé, da compaixão e do amor, bem como de um profundo respeito pelos mistérios da vida, intrínsecos ao cuidado espiritual e a teoria em questão.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será descrito o caminho metodológico percorrido para a realização da pesquisa de campo, incluindo a caracterização do estudo, o cenário do estudo, os participantes, coleta de dados, a análise dos dados e as considerações Éticas.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Na escolha de um método que pudesse auxiliar a compreensão da realidade vivenciada pelas mulheres com câncer de mama, optou-se pela realização de uma investigação descritiva, com abordagem qualitativa, que busca entender um fenômeno específico em profundidade.

A abordagem qualitativa, conforme Minayo (2014), é utilizada para a obtenção de dados subjetivos relacionados ao universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo conhecer as percepções das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em relação a espiritualidade através dos significados atribuídos às suas experiências de vida. O objeto da pesquisa qualitativa é o universo da produção humana e suas relações, representações e intencionalidades, que dificilmente pode ser quantificadas (MINAYO, 2014). Diante disso, considera-se essa abordagem apropriada para os objetivos da pesquisa.

### 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A realização desta investigação teve como cenário o Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS/Brasil.

Sabe-se que o HUSM é um órgão integrante da UFSM. Reconhecido como um centro especializado em oncologia e atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em média e alta complexidade, para a população de 42 municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul. Desde sua fundação, em 1970, a instituição atua como hospital de

ensino, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde (HUSM, 2015).

O serviço de hemato-oncologia no HUSM teve início em 1966, a primeira administração de quimioterápicos foi realizada em 1987 e o primeiro transplante de medula óssea ocorreu em 1990. O serviço é constituído pelas seguintes unidades: Clínica Médica I (com 21 leitos para pacientes adultos em tratamento hemato-oncológico), Centro de Tratamento da Criança com Câncer (CTCriaC, com 18 leitos para crianças e adolescentes), Ambulatório de Quimioterapia, (atendimento adulto e pediátrico, com 20 poltronas), Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO, com 6 leitos), Ambulatório de Radioterapia (atendimento conforme demanda e agendamento), Espaço de Convivência Turma do Ique (destinado às crianças, adolescentes e familiares socializarem, enquanto aguardam o atendimento do profissional de saúde), Farmácia de Quimioterapia (preparo das quimioterapias conforme os protocolos de infusão), Laboratório de Citogenética Molecular (visa à compreensão do processo de transformação celular, como parâmetros para auxiliar no diagnóstico e/ou prognóstico dos pacientes com câncer).

O Ambulatório de quimioterapia funciona diariamente, de segundas a sextas-feiras, nos turnos da manhã e tarde, das 7h às 19h, prestando serviço ambulatorial de quimioterapia a crianças e adultos, das mais diversas patologias hemato-oncológicas, além de consultas de enfermagem aos usuários em início de tratamento e diversos outros procedimentos relacionados à terapêutica medicamentosa ou diagnóstica.

Segundo informações do setor de Mastologia do HUSM, somente no ano de 2014, de janeiro a junho, 74 mulheres foram internadas no HUSM para cirurgia de remoção de tumores de mama. Desse total, seis delas - o equivalente a 8% - tinham menos de 40 anos. Além disso, por meio da estatística anual realizada no Ambulatório de Quimioterapia (HUSM) foi possível observar um aumento progressivo do número de casos de câncer de mama feminino, uma vez que em 2011 foram computados 84 casos novos; em 2012 foram 85; em 2013 foram 120, em 2014, foram relatados 123 casos. Isso demonstra a importância de atentar para esta perspectiva, associada à abordagem espiritual (HUSM, 2015).

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram 14 mulheres com diagnóstico de câncer de mama em acompanhamento quimioterápico no Ambulatório de Quimioterapia do HUSM, selecionadas aleatoriamente. Elegeram-se como **critérios de inclusão**: participantes com idade superior a 18 anos, estar em tratamento quimioterápico há mais de quatro meses, valorizando um período mínimo para o enfrentamento inicial do diagnóstico e tratamento. E, como **critérios de exclusão**: mulheres sem condições físicas, emocionais ou cognitivas no período da coleta de dados.

Nesse sentido, justifica-se esse recorte temporal, de quatro meses, devido ao tempo em que as mulheres demonstram necessitar para assimilar o diagnóstico e tratamento indicado. Em geral, a comunicação do diagnóstico é seguida por choro, medo e angústias frente a uma realidade desconhecida que se mostra, de imediato, assustadora. Com o tempo, a mulher vai adaptando-se a sua nova realidade, adquire forças para enfrentar e submeter-se ao tratamento e tenta reassumir suas atividades e a vida rotineira (CARDOSO, 2012).

Concomitante a isso, observa-se que na implementação do protocolo quimioterápico, durante os quatro meses iniciais, quando do uso de determinadas drogas antineoplásicas, as mulheres apresentam maiores efeitos colaterais e, conseqüentemente, ficam mais debilitadas, tanto física, quanto emocionalmente. Após esse período, quando ocorre mudança no protocolo e os efeitos colaterais diminuem, elas parecem fortalecer-se e, de algum modo, retomam o controle da situação, estando mais propensas a refletir sobre o que estão vivendo e, portanto, participar de um estudo desta natureza.

O número de participantes foi definido pelo alcance dos objetivos de estudo e tendo como referência estudos realizados com população semelhante (GUERRERO, et al., 2011).

### 5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, composta por perguntas abertas. Nesta pesquisa, especificamente, a entrevista teve como propósito investigar a percepção das mulheres com diagnóstico de câncer de mama sobre o tema espiritualidade, conforme apresentado no Apêndice A.

A entrevista é uma técnica em que o entrevistador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É, portanto, uma forma de interação social; forma de diálogo, em que uma das partes busca coletar os dados e, a outra, se apresenta como fonte de informação. A entrevista semiestruturada foca um tema específico e permite que o entrevistado fale livremente sobre o assunto, usando linguagem própria e emitindo opiniões (GIL, 2008).

O primeiro contato com as participantes do estudo aconteceu de forma informal, após a aprovação do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética (CEP) da instituição, enquanto aguardavam atendimento na sala de espera do Ambulatório de Quimioterapia do hospital. Foi formulado um convite verbal às participantes do estudo, apresentaram-se os objetivos e foi explicada detalhadamente a finalidade da pesquisa às participantes, para que elas compreendessem a importância do fornecimento fidedigno dos dados.

Assim, com as que aceitaram participar, foram estabelecidos horários e locais para a realização das entrevistas, respeitando a entrevistada no sentido de dar-lhe oportunidade de se preparar em vários sentidos (data de retorno, horário e turno disponível). Para a realização da entrevista foi disponibilizada uma sala reservada, segura e livre de possíveis interferências, localizada no próprio Ambulatório de Quimioterapia, propiciando que o encontro acontecesse de forma natural. Com o objetivo de favorecer a informante, para que pudesse verbalizar livremente sobre o tema proposto. O ambiente foi reservado previamente com o coordenador do setor, de acordo com a disponibilidade do serviço.

No momento da entrevista promoveu-se um ambiente calmo, acolhedor e favorável para a coleta de dados. Foram ofertados chá e lenços de papel em local próximo a participante. Antes de começar as entrevistas, a participante foi novamente esclarecida sobre os objetivos, a justificativa e os benefícios do estudo, e como ela poderia contribuir com a pesquisa, bem como o porquê do uso do gravador de voz, para gravação e após transcrição das falas pela pesquisadora. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente uma hora a três horas no total.

Foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE - APÊNDICE C) e procedeu-se a leitura deste, com clareza e em voz alta, após foi solicitada a assinatura em duas vias do documento, das quais uma foi entregue à participante e a outra via permaneceu com a pesquisadora. Para favorecer o vínculo, iniciaram-se as entrevistas com perguntas relativas a dados de identificação como, idade, profissão, escolaridade. As participantes foram identificadas pelo codinome F.L. que significa “Flor de Lótus” e o

número subsequente de cada entrevista (do 1 ao 14) a fim de preservar o anonimato e o caráter confidencial da pesquisa.

Justifica-se a escolha do codinome *Flor de Lótus* devido sua simbologia associada à espiritualidade e ao renascimento inspirando um caminho de purificação e de transcendência. Reverenciada em muitos lugares, ela é considerada como símbolo da pureza espiritual desde Índia, China, Japão e Egito. A flor de Lótus, durante muito tempo, simbolizou a criação, a fertilidade e, sobretudo, a pureza, uma vez que essa flor emerge das águas sujas, turvas e estagnadas. Além disso, representa a beleza e o distanciamento, pois cresce sem se sujar nas águas que a envolvem. A raiz está na lama, o caule na água e a flor no sol. A Flor de Lótus representa um mistério para a ciência, que não consegue explicar a característica própria que possui de repelir micro-organismos e as partículas de pó de suas folhas (CANELLA, 2015; RIBEIRO, 2016).

Como teste piloto, foram realizadas duas entrevistas com pacientes com diagnóstico de câncer de mama em tratamento oncológico, para avaliação do instrumento de coleta de dados, com vistas a sua adequação, sendo que, essas não compuseram os dados de análise.

## 5.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

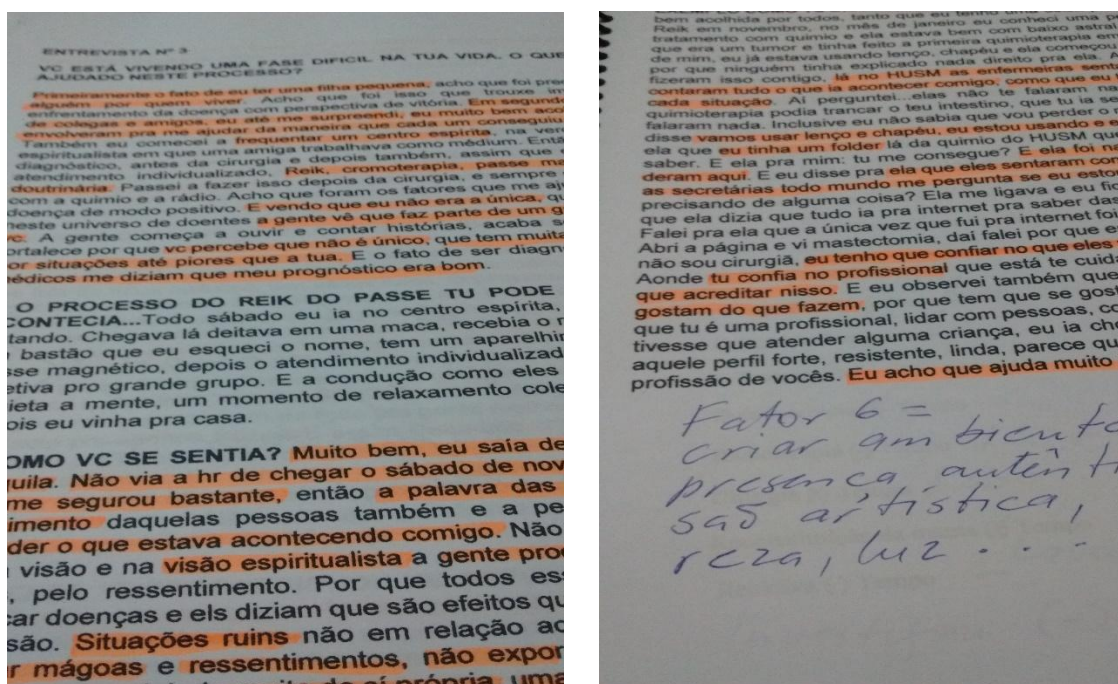
Após a leitura dos registros das falas, as informações foram interpretadas de acordo com a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). A análise de conteúdo é a expressão mais frequentemente utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. Além disso, refere-se a um conjunto de técnicas sistemáticas que buscam através da análise da comunicação descrever as mensagens por meio de inferências (BARDIN, 2011).

Torna-se importante dizer, que esse método de análise busca expressar o verdadeiro significado das informações coletadas, na qual a interpretação requer do pesquisador, segundo a autora, um olhar criterioso e capacidade de síntese. O processo de análise e interpretação dos dados foi desenvolvido em etapas. Inicialmente, os dados sócio demográficos passaram por uma sistematização, o que permitiu caracterizar o grupo das participantes. Em seguida, procedeu-se a transcrição das falas. Os dados sócio demográficos foram agrupados e descritos, utilizando-se as técnicas de análise descritiva.

Para uma aplicação coerente do método, a Análise de Conteúdo deve ter como ponto de partida uma extrema organização. Nesse sentido, a técnica de análise proposta por Bardin (2011), compreende três fases:

**Pré-análise:** nessa fase aconteceu a seleção criteriosa das informações obtidas através do material oriundo das entrevistas das mulheres com câncer de mama de acordo com sua percepção sobre o tema espiritualidade. Através de um olhar atento da seleção dos registros e informações que representassem o universo proposto pelo estudo, os dados foram agrupados ao referir-se a mesma temática, e selecionados de forma que os resultados respondessem aos objetivos da pesquisa, conforme exemplificado na figura abaixo (BARDIN, 2011).

**Figura 3** – Representação sistemática da primeira etapa de análise.



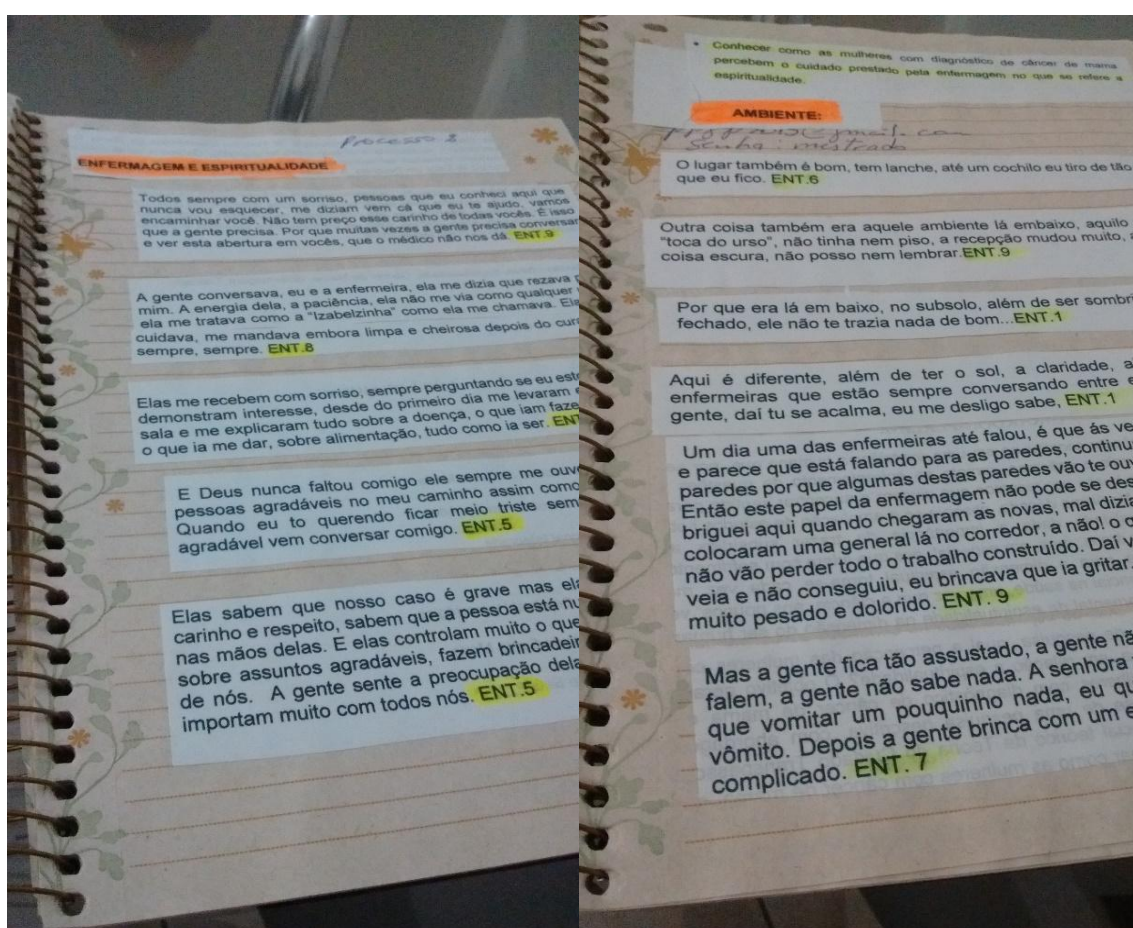
**Fonte:** Produção do pesquisador.

**Exploração do material:** momento de reunir o material, foram definidas as categorias de análise e identificado as unidades de registro e unidades de contexto nos documentos. Essa etapa foi de suma importância, pois possibilitou o acréscimo das interpretações e inferência. A codificação, a classificação e a categorização foram fundamentais aqui. Na execução desta intervenção, os fragmentos de interesse para a pesquisa foram reorganizados e agrupados, por representação e semelhança, surgindo, assim, as



modalidades de codificação para a análise, conforme os objetivos propostos. Por fim, foi realizado o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos, sendo que esta etapa pode ser visualizada na figura abaixo (BARDIN, 2011).

**Figura 4** – Exemplifica a etapa de exploração do material, momento de extração das unidades de registro e contexto.



Fonte: produção do pesquisador

**Tratamento dos resultados:** ocorreu nessa fase a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferidas pelas participantes da pesquisa; momento da intuição, da análise crítica e reflexiva, com a finalidade de articular os resultados obtidos a luz do referencial teórico, a fim de embasar, comparar e discutir teoricamente os resultados visando responder à questão de pesquisa.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar a pesquisa foram respeitados os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de Nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Seguindo os preceitos éticos, o projeto de pesquisa passou por todos os processos necessários para a sua execução, sendo, inicialmente, registrado no Gabinete de Projetos de Pesquisa (GAP-039108) do Centro de Ciências de Saúde. Na sequência, foi solicitada a apreciação e aprovação do serviço de Hemato-Oncologia. Sendo a coleta autorizada pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do HUSM. Após, o protocolo do projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM sob parecer Nº 991.305

Os dados coletados foram utilizados para execução desta pesquisa e composição de um banco de dados. As entrevistas transcritas e os TCLE serão guardados por cinco anos na sala 1339 do Departamento de Enfermagem da UFSM no CCS (prédio 26) no Campus da UFSM, sob a guarda da pesquisadora responsável pelo projeto. Após esse período, os dados serão destruídos.

As mulheres entrevistadas, foram informadas que a participação não envolveria nenhum custo financeiro ou social às participantes, da mesma forma que não haveria benefícios financeiros como forma de retribuição de sua participação. Qualquer intercorrência que pudesse trazer algum dano a participante da pesquisa foi cuidadosamente evitado, porém, algumas participantes apresentaram alguns desconfortos de origem emocional ao refletir sobre sua doença, como crises de choro e verbalizações de situações que as entristeceram. No entanto, elas tiveram todo o auxílio necessário por parte da pesquisadora. A entrevista foi interrompida, foi respeitado um tempo de silêncio. A participante foi questionada se gostaria de interromper sua participação e/ou retomá-la em outro momento ou não. Sendo que, nenhuma demonstrou desejo de interromper. Além disso, as participantes foram esclarecidas, quanto ao serviço de psicologia do Ambulatório de Quimioterapia para avaliação e acompanhamento da situação em tais eventos, se assim desejassem.

## 5.7 DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Como forma de retorno dos resultados da pesquisa aos colaboradores do estudo, prevê-se a entrega de uma síntese do relatório final para a Coordenação do serviço do Ambulatório de Quimioterapia. Ainda, prevê-se uma apresentação do trabalho na íntegra para toda equipe atuante no ambulatório de quimioterapia. Para as participantes do estudo pretende-se realizar uma exposição dos resultados, em momentos a serem definidos conforme a agenda de atendimento do referido setor, bem como exposição dos pôsteres confeccionados e relacionados ao estudo.

## 6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“O que as pessoas mais desejam é alguém que as escute de maneira calma e tranquila. Em silêncio. Sem dar conselhos. Sem que digam: “Se eu fosse você”. A gente ama, não é a pessoa que fala bonito. E, sim, a pessoa que escuta bonito. A fala só é bonita quando ela nasce de uma longa e silenciosa escuta. É na escuta que o amor começa. E é na não-escuta que ele termina” (Rubem Alves, pág.23, 2004).*

Neste capítulo, apresentam-se as características sócio demográficas da população estudada, os resultados e discussão dos dados evidenciados nas entrevistas realizadas com mulheres em tratamento quimioterápico com diagnóstico de câncer de mama e sua percepção sobre a espiritualidade.

### 6.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

A amostra foi composta por 14 mulheres, dentre elas sete residem em Santa Maria, e as demais fazem parte da população dos municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul que tem o serviço de quimioterapia como referência para o atendimento especializado em Oncologia. Quanto à faixa etária, quatro mulheres apresentam idade entre 30 e 40 anos, três entre 40 e 50 anos. Houve predomínio de idade entre 50-60 anos, com cinco mulheres nessa faixa etária, e uma mulher respectivamente para cada faixa etária entre 60 e 70 anos, 70 e 80.

A maioria das entrevistadas, 13 delas, residem em área urbana, somente uma, reside em área rural. Quanto ao estado civil, sete responderam ser casadas, duas solteiras, duas separadas, uma divorciada e duas viúvas. Quanto ao número de filhos, uma entrevistada não teve filhos, três um filho respectivamente, cinco dois filhos, quatro três filhos e uma participante, quatro filhos.

Em relação a profissão dez participantes relataram trabalhar fora e quatro são do lar. Quanto à escolaridade, quatro tinham ensino superior, uma ensino superior incompleto, seis ensino médio, duas ensino fundamental incompleto e uma não frequentou a escola.

Quando questionadas se consideravam-se religiosas, todas responderam que sim. Dentre elas, oito informaram ser praticantes e seis não praticantes. Em relação às religiões que seguem, nove informaram ser católicas, duas a filosofia espírita, duas evangélicas e uma segue a filosofia budista. Quanto à participação e regularidade nas atividades

religiosas, a maioria respondeu ir a igrejas, missas, reuniões, cultos e grupo de estudos com frequência quinzenal ou mensal.

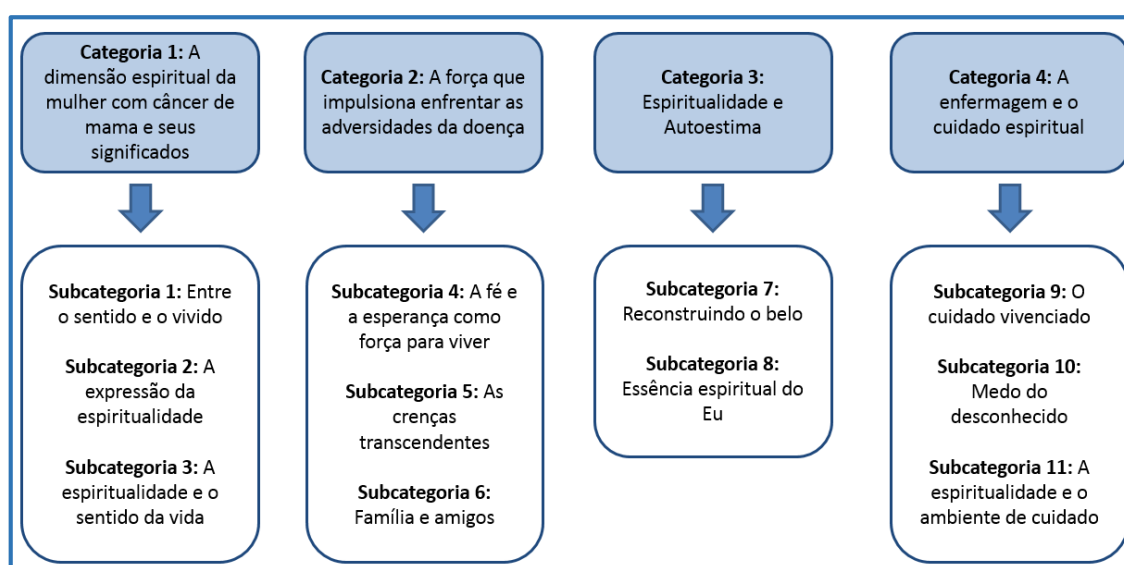
Em relação ao tempo de diagnóstico uma participante faz tratamento há oito anos, duas há sete anos, uma há seis anos, quatro entre um há três anos, e as demais (seis) em tempo inferior a um ano. Quanto ao estágio da doença, cinco estão no estágio II, cinco no estágio III e quatro no estágio IV.

Quanto ao tratamento quimioterápico, todas as entrevistadas estavam em acompanhamento ambulatorial. O tempo foi de cinco meses a oito anos em tratamento. Quanto às seções de radioterapia seis participantes estavam realizando, no tempo decorrido de um mês a seis anos. Em relação à necessidade da cirurgia de mama, as 14 participantes realizaram o procedimento. Isso há cinco meses e sete anos.

Quanto a reconstituição da mama, quatro tem prótese, cinco não realizaram a reconstituição da mama e cinco aguardam o procedimento após finalizar as seções de quimioterapia. Quando questionadas quanto à existência de metástases, cinco confirmaram, há um tempo de dois meses a seis anos. Quanto a recidiva da doença, quatro participantes confirmaram a recidiva, tempo entre dois a seis anos.

Os resultados da análise de conteúdo foram realizados de acordo com a semelhança dos conteúdos entre si, sendo, então, agrupados e integrados a partir de quatro categorias que se subdividem em 11 subcategorias apresentadas a seguir:

Figura 5: Diagrama representativo das categorias e subcategorias de análise do estudo. Santa Maria, RS/Brasil, 2016.



## 6.2 A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA E SEUS SIGNIFICADOS

É interessante destacar que, no dicionário da língua portuguesa, a palavra “significado” aparece definida como “o que é representado ou expresso por um sinal, um sistema de sinais, um gesto, um fato” (FERREIRA, 1999).

O diagnóstico do câncer de mama não afeta apenas a dimensão física da mulher, envolve também aspectos de ordem espiritual. Diante de uma nova realidade que é a confirmação do câncer de mama surgem diversos sentimentos e reações que vão desde a negação até a aceitação. Nesse sentido, parte-se do princípio que todas as pacientes têm algo a falar sobre sua doença, entende-se ser fundamental que a mulher com câncer de mama possa expressar o que está vivendo. Torna-se pertinente analisar como as mulheres lidam com a descoberta do diagnóstico, seus significados e suas formas de fazer o enfrentamento, suas limitações, e as consequências do adoecimento.

### 6.2.1 Entre o sentido e o vivido

As mulheres participantes deste estudo, falam das percepções individuais que o câncer de mama revela. Quando perguntadas sobre como se sentem diante do diagnóstico de neoplasia, demonstram que se encontram frente a uma situação que foge totalmente do seu controle. Observa-se que, ao se depararem com o diagnóstico e a necessidade de realizar o tratamento, todas relataram um forte impacto em suas vidas, resultando em mudanças significativas. Cada experiência é pessoal e única e cada uma tem suas características na forma como buscam enfrentar, compreender e justificar o adoecimento, como evidenciado:

*Eu não sei ainda o porquê da minha doença, mas algum dia eu acho que eu vou descobrir se foi por eu própria, por alguma coisa, por eu agir de alguma maneira que eu deveria ter feito do contrário. Então Deus quis me mostrar algo ou alguma coisa. Mas eu sei que algum motivo teve, eu só não sei qual.*  
(FL2)

*Fui buscar entender o que estava acontecendo comigo, não me vitimando. Na visão espiritualista a gente produz determinadas coisas, pelo estresse, pelo ressentimento. Situações ruins, não em relação aos outros, mas consigo*

*mesma. Guardar mágoas e ressentimentos, não expor, ficar segurando as coisas, se culpando, exigindo muito de si. (FL3)*

*Eu procurei quase que uma luz no fim do túnel, porque quase que eu entrei em desespero, foi o quase, acho que mais ou menos foi isso. Eu procurar, eu respirar, rezar, eu olhar em volta, foi o que me colocou de volta pro chão. (FL7)*

*Primeiro a gente se desespera, mas depois começa a trabalhar este sentimento e começa ver um sentimento de esperança, eu posso, eu consigo! (FL13)*

Vê-se que o temor e a busca por explicações que esclareçam as razões para o adoecimento tornam-se sentimentos muito presentes e significativos nos relatos das mulheres participantes do estudo. Observa-se que o apoio espiritual possibilita a mulher que está passando por um período de incertezas, encontrar conforto e esperança para o enfrentamento do adoecimento, como força, coragem, oração e fé em Deus.

A partir da confirmação do diagnóstico e a definição do tratamento do câncer de mama, inicia-se um caminho, muitas vezes, incerto e desconhecido, às vezes, doloroso, pois marca o corpo, interfere de algum modo na família e nas demais relações de convívio no trabalho e com amigos, tornando incerto os planos para o futuro. Percebe-se, a partir dos relatos, que houve uma oportunidade de autoconhecimento emocional e espiritual, através da busca de respostas e razões que justificassem o adoecimento, entre a descoberta do diagnóstico, e a possibilidade de sobreviver ao câncer.

Nessa perspectiva, a espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal é considerada maior que a existência física, mental e emocional da pessoa, em determinados momentos de sua vida. Está ligada a um elevado grau de consciência, uma força interior e um poder que pode expandir e promover maior acesso às experiências intuitivas, místicas ou milagrosas (WATSON, 2009). Ainda, a espiritualidade privilegia uma relação consciente com o autoconhecimento, com a subjetividade e a transcendência como modo de ser, com novas experiências e novos conhecimentos (WATSON, 2002).

O câncer é considerado uma doença grave e vista com mau prognóstico. Essa compreensão está associada à representação social do câncer que remete à finitude. Nesse sentido, Gobatto e Araújo (2013) destacam que sentimentos como o medo, a revolta e angústia geralmente são decorrentes do estigma do câncer, como uma doença que assusta e que traz sofrimento. Essas emoções podem intensificar o sofrimento da paciente e até dificultar seus projetos de vida e sua aderência ao tratamento. Porém, conforme a mulher busca compreender e enfrentar o adoecimento através da força encontrada na fé e nas

crenças religiosas, como expressão da espiritualidade, os temores podem ser amenizados (ARAÚJO, 2015; BITTENCOURT; NETTO; FERRAZ, 2015).

Corroborando, Seybald (2007) descreve que a capacidade em ter fé resulta em afeição à vida, confiança e calma. Juntas, elas controlam as emoções e relaxam as redes de conexões do sistema nervoso tornando-o equilibrado para emissões de sinais químicos, que ao invés de resultar em dor e medo, transforma-os em satisfação e coragem. Ao aliviar sentimentos de estresse e promover sentimentos saudáveis, a espiritualidade pode influenciar positivamente os sistemas imunológicos, cardiovascular, hormonal e nervoso.

Dessa forma, foi possível identificar relatos otimistas, referindo-se ao momento da confirmação do diagnóstico de câncer de mama. Algumas participantes falam como reagiram quando souberam do diagnóstico e do modo como escolheram manejar a situação.

*Eu dizia: gurias eu estou com um “câncerzinho”, mas vou colocar uma prótese e vou ficar bem linda e maravilhosa. Sabe, eu não conseguia me abater. Então eu tenho pra te dizer que eu não fiquei arrasada, não fiquei! (FL2)*

*Eu não tive medo. Quando as pessoas me perguntam ou se referem a mim sobre a doença ou a palavra câncer, são elas quem tem mais preconceito e mais medo que eu mesma. Eu vivo o presente e esta palavra nunca me assustou. (FL4)*

*Comecei a me levantar, criar coragem e ter força pra enfrentar o que fosse vir. E até hoje, graças a Deus com muita força, esperança e fé de melhorar. (FL6)*

*Eu não me assustei, eu pensei: eu que sei de mim, sei da minha cabeça, não vou deixar me abater, ninguém vai fazer a minha cabeça, sou eu que tenho que me ajudar, e eu posso. Então assim eu não me abalei, não gritei nem nada, sou eu que faço a minha cabeça, não pensei em morrer. (FL10)*

Observa-se uma atitude perseverante, esperançosa e autoconfiante nas falas das mulheres entrevistadas, demonstrando que muitas vezes, não se pode controlar tudo o que acontece, mas pode-se escolher controlar a própria atitude em relação ao desconhecido. Apesar dos efeitos colaterais causados pelo adoecimento e pelo tratamento, observa-se nas mulheres uma expectativa otimista com relação ao futuro, e que, esta postura de coragem e otimismo favorece e promove bem-estar mental, físico e espiritual. Nota-se que demonstram coragem e esperança ao mencionarem a fé/espiritualidade e que reagem às adversidades mais com sentimentos de luta e enfrentamento do que com uma entrega ou aceitação resignada à situação imposta pela doença e o tratamento.



Nesse contexto, Watson (2002, pag. 99) descreve que “*o mundo do espírito*” e da “*alma*” torna-se progressivamente mais importantes à medida que a pessoa cresce e amadurece em suas experiências como indivíduo. Segundo a teorista, o ser humano vem do mundo do espírito e retorna a fonte espiritual em momentos de sofrimento como por exemplo, em momentos relacionados ao adoecimento.

A espiritualidade é um conceito complexo que converge de vários saberes como a arte, a ética, a moral e a religião. O conceito de “*alma/espiritualidade*” refere-se ao espírito, ao eu interior ou essência da pessoa, e está ligado ao autoconhecimento, uma força interior e um poder que pode expandir a capacidade humana, permitindo que a pessoa transcenda o seu eu interior (WATSON, 2002, p. 83). A dimensão espiritual contribui positivamente, como pode ser observado na fala das entrevistadas, apresentando-se como estratégia para lidar com o adoecimento, sobretudo, quando se considera uma perspectiva biopsicossocial de saúde.

Nesse sentido, Liberato e Macieira (2008) salientam que a privação espiritual pode estar na raiz de algumas doenças. As vivências espirituais geralmente proporcionam bem-estar emocional e psíquico, diminuem o senso de perda e isolamento social, promovendo vontade de viver. A pessoa precisa considerar a alma/espírito, assim como o corpo, como ponto de referência para a sua vida. O desenvolvimento espiritual, não está, somente relacionado com práticas ou rituais religiosos, e sim com o milagre da vida. Em cada ser humano há um profundo anseio por uma vida que faça sentido.

A ciência vem comprovando que a espiritualidade pode reduzir o risco de doenças cardiovasculares e diabetes (LUCCHETTI; LUCCHETTI, AVEZUM, 2011; LUCCHESI, KOENIG 2013). Reduz também os sintomas de enfermidades como AIDS, (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) pacientes que apresentavam fé em Deus, compaixão com os outros, uma sensação de paz interior e eram religiosos, tinham melhores chances de sobreviver por um longo período de tempo que aqueles que não possuíam fé ou crenças religiosas (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008; BELLINI et al., 2016).

Ainda, estudo com pacientes oncológicos descrevem a espiritualidade como forma de enfrentamento da doença com objetivo de minimizar o sofrimento e como esperança na recuperação (PINTO et al., 2016).

### 6.2.2 A expressão da espiritualidade

As mulheres entrevistadas, ao serem questionadas sobre o que pensam em relação a espiritualidade, relataram pensamentos altruístas, de confiança, de crença em Deus e de busca por autoconhecimento para controlar suas emoções e se fortalecer no decorrer do adoecimento. Suas vivências aparecem ligadas à dimensão espiritual. Elas consideram que a espiritualidade tem um papel fundamental para a compreensão do seu adoecimento e para conferirem um significado e sentido à doença.

*Eu acredito que tem algo que a gente não vê, não toca, algo superior a nós, mas a gente tem que se agarrar e praticar ou acreditar. (FL1)*

*Eu acho que a espiritualidade a pessoa tem que ter dentro dela, não precisa ficar dentro de uma igreja, independe de uma religião. (FL2)*

*Eu acho que ninguém encontra Deus sem se encontrar primeiro. Eu acho que espiritualidade é evolução, sempre, sempre. (FL4)*

*Eu acho que a gente é a própria espiritualidade. O fato de eu ter consciência de quem eu sou, do que eu faço. Minha espiritualidade sou eu! Como que eu vou separar? Não dá! Não consigo me ver separada. Acho que é uma integração do corpo e da alma. (FL8)*

*Não sei explicar direito, mas eu sinto. Tem coisas que não se coloca em palavras, vem de dentro. Um fardo leve, algo leve que você carrega algo que faz muito bem. Eu sinto falta deste sentimento, algo que me conforta e que eu preciso muito. Igual a uma medicação que eu preciso, parece que as coisas não andam bem sem este remédio na minha vida. Faz parte do meu tratamento, que eu sei que vai me dar força e conforto sempre. (FL12)*

Evidencia-se, na fala das participantes, a estreita relação com o significado de espiritualidade que tem como atributo o transcendente. Os relatos são de fé, crença em algo superior, autoconhecimento e crescimento espiritual. Destaca-se que, quando questionadas, sobre sua espiritualidade, sempre ocorreu um momento de silêncio em que desencadeou um processo reflexivo, de como essas mulheres enfrentam ou aceitam a doença, especialmente diante de momentos de dor, angústia e medo. A espiritualidade torna-se fator importante na construção de estratégias de enfrentamento mais eficazes diante da situação de adoecimento e tratamento do câncer de mama.

Vale salientar que Walsh (2005, p. 66) descreve que “as crenças transcendentais oferecem ‘clareza’ sobre o modo que se vive e ‘conforto’ nas situações de aflição, angústia e dor”; como nos casos de adoecimento por câncer, tornando os eventos inesperados menos ameaçadores e permitindo a aceitação de situações que não podem ser alteradas. A qualidade de vida do paciente com câncer está relacionada à possibilidade destes, em conseguir produzir sentidos subjetivos que os envolvam emocionalmente em

suas diferentes atividades e relacionamentos (GONZALEZ REY, 2010; FERREIRA et al., 2015).

É importante ressaltar que a revelação do diagnóstico do câncer de mama gera várias mudanças na vida da mulher. O diagnóstico, junto com o tratamento, traz consigo uma condição diferente da rotina de vida saudável para o contexto de quem está doente, forçando a uma mobilização de recursos para enfrentar e transcender a situação. Essa nova realidade coloca a espiritualidade como algo que contribui significativamente como recurso de ajuda no enfrentamento da doença, promovendo a esperança de um futuro melhor, como pode ser observado nos relatos.

Conforme Watson (2002, p. 82) “a crença de que uma pessoa possui uma alma, necessita ser olhada com respeito e dignidade, como algo maior e mais poderoso, muitas vezes permitindo experiências misteriosas, místicas ou até milagrosas”. A expressão da espiritualidade é percebida, muitas vezes, na maneira de pensar e agir, nos sentimentos e emoções que se experimenta em algum momento da vida, porém a cultura racional e científica torna difícil de aceitar. Watson descreve os termos “*alma, ser interior e ser espiritual*”, referindo-se ao fenômeno espiritual/existencial.

Nesse sentido, Liberato e Macieira, (2008, p. 415) salientam que a “separação entre espiritualidade e religião é uma das maiores mudanças sociológicas da atualidade”. Por quase dois mil anos, a igreja foi detentora da espiritualidade no Ocidente, e em todo este período cuidar da espiritualidade era tarefa da religião. Atualmente não é mais. O caminho para tornar-se um indivíduo único, está ligado ao seu desenvolvimento espiritual, aprendendo a cultivar sua própria espiritualidade, independente de métodos ou estratégias utilizadas (LIBERATO; MACIEIRA, 2008).

Essa perspectiva pode ser reforçada considerando-se que para Watson (2002) a noção de “*ser espiritual e de um poder interior*”, requer um olhar diferente da maneira como se enxerga as pessoas, a existência, a vida e o mundo. A consciência de cada um, como um ser espiritual, abre infinitas possibilidades. Porém, a ideia de transcendência, é razoavelmente alheia a cultura ocidental. Contudo, de longa data, civilizações antigas, filósofos e poetas tem escrito, acreditado e praticado acerca da transcendência do eu, através de conhecimentos mais elevados, experiências espirituais, experiências místicas, entre outras (WATSON, 2002).

Corroborando, Caetano, Gradim e Santos (2009) em estudo realizado com mulheres com câncer de mama, investigaram as reações e formas de enfrentamento ao receber o diagnóstico da doença. A fé em Deus foi a principal alternativa que as mulheres

buscaram para enfrentar o tratamento. A religiosidade auxiliou a minimizar o desespero, a angústia e a depressão na maioria das mulheres avaliadas. Isso as leva a assumir uma postura mais ativa em relação ao tratamento. Mesmo nas pacientes que citam o avanço da medicina como um apoio na esperança da cura, menções a espiritualidade também estão presentes.

### 6.2.3 A espiritualidade e o sentido de vida

Em muitos momentos da vida, as pessoas são confrontadas com preocupações existenciais acerca de sua existência e sentido das suas vidas. O processo reflexivo empreendido pelas participantes do estudo possibilitou apreender que na dimensão espiritual está presente o sentido da vida, que para a grande maioria das mulheres consiste na família.

*A vida! Viver em geral, tudo! Acho que tudo tem sentido pra mim. O meu trabalho, eu amo o que eu faço, eu quase entrei em depressão por que eu não estava trabalhando, mas eu tentei levar na esportiva. Então pra mim tudo dá sentido. (FL2)*

*Eu acho que é o amor que eu tenho pela minha filha. Ela é saudável, inteligente, esperta, linda, solidária! Não quero deixar minha filha precoce demais, mas se caso o pai do céu me chamar antes... (choro). Já fazem sete anos que eu estou vencendo a doença. Ela tinha um aninho quando eu comecei a me tratar. Amamenteei-a durante um ano, um mês e dez dias. (FL5)*

*Meus filhos! São eles que me dão força pra continuar... Acho que é a esperança de tudo passar, de ver eles formados, encaminhados... Tudo, os ver crescerem... (silêncio, choro) (FL7)*

*A vida! A saúde pra quem é saudável e não da importância, o sol, as crianças, nossa família... Acho que tudo! Eu acredito que existe uma força superior que protege. Sempre nos protege! (FL11)*

*Acho que é poder fazer alguma coisa pelos outros, acho que transformar minha experiência que beneficie os outros que também passam por isso, qualquer pessoa que esteja passando por algum problema de saúde. O que eu puder fazer eu faço, principalmente por que acontece muita coisa na cabeça da gente (FL 12).*

A família foi o enfoque mais recorrente, apontada como motivação e sentido de existência. Os relatos emocionados permeados por sentimentos de amor, gratidão, doação e apego pela vida, apresentam os membros da família, principalmente os filhos como fonte de força e determinação, configurando-se em perspectiva de enfrentamento e superação das dificuldades.

O sentido da vida foi relatado através de reflexões, apontando para a espiritualidade como recurso que auxilia no processo de sentido e experiências vividas.

Foi expresso pelas entrevistadas que a busca por um sentido de viver está relacionada ao apego pela vida, pela saúde e principalmente pela família. Remete, também, a busca por respostas às questões existenciais inerentes ao ser humano, mas que se fazem presentes diante da possibilidade de finitude.

Nessa perspectiva, Frankl (2005, p. 16) salienta que “apesar do drama e sofrimento de situações que se apresentam, quando se encontra um sentido para o que se está vivendo, existe verdadeiramente uma força terapêutica no sentido”. Em relação às questões existenciais, Watson (2002) aponta que estas preocupações, tornam-se mais urgentes quando a vida da pessoa está ameaçada. As decisões são tomadas acerca da existência humana, através de questionamentos de como se vive, quais são as escolhas e prioridades, e quais são os comportamentos de autocuidado em relação à saúde.

Consoante a isso, Watson (2002, p. 91), descreve que “para encontrar soluções, torna-se necessário encontrar significados”. A condição humana de uma pessoa pode não estar tão relacionada com fatores externos, e sim com fatores internos e como este o experiencia. A pessoa é o organismo que experiencia e que compreende, isso ocorre quando há harmonia entre mente, corpo e alma. Assim, “a espiritualidade compreende valores internos que promovem um senso de significado, inteireza e conexão com os outros” (WALSH 2005, p. 67).

### 6.3 A FORÇA QUE IMPULSIONA ENFRENTAR AS ADVERSIDADES DA DOENÇA.

As mulheres entrevistadas destacam a espiritualidade através da fé nas mais diversas formas de expressões como uma estratégia que proporciona serenidade e conforto diante do adoecimento por câncer de mama. As subcategorias: A fé e a esperança como força para viver, As crenças transcendentais, Família e amigos representam componentes de bem estar e confiança no enfrentamento da doença, utilizadas para lidar com as incertezas nas diversas etapas do adoecimento.

#### **6.3.1 A fé e a esperança como força para viver**

Ao perguntar sobre o que tem ajudado no enfrentamento da doença e no tratamento, os relatos das mulheres com câncer de mama foram relacionados à fé e à esperança, nas suas mais diversas formas de manifestação, como a arte, a música, as crenças religiosas, um ser superior e os milagres da vida.

*Acho que a gente tem que ter fé, alguma crença. Eu acho que cultivo minha espiritualidade. (FL4)*

*Acho que a força que a gente nem sabe que tem e a fé. A fé não é nem a muleta, é o que faz tu se manter em pé! (FL8)*

*Se me der vontade eu entro na igreja, sento, fico pensando nas coisas que eu posso fazer ou não posso fazer. Gosto de ir à espírita gosto de ir numa umbanda porque tem música, e eu adoro música... É muito bom. Mas não é isso que move minha espiritualidade, acho que é a gente que tem que acreditar no que você quer fazer, no que tu gosta. (FL10)*

*Eu converso muito com Deus todos os dias, nas mais diversas situações, eu não sou de ir a igrejas, mas estou sempre conversando com ele, agradeço todos os dias o milagre da vida. (FL11)*

*O que me ajuda muito sempre foi a fé. Acho que as pessoas devem olhar com mais atenção para as coisas que acontecem no nosso dia a dia, dar mais valor para as pequenas coisas e pros milagres da vida. (FL14)*

Verifica-se que os relatos demonstram dar entusiasmo às pacientes para continuar a lutar pela sua melhora e coragem para superar a doença. A esperança e a fé no transcendente podem ser observadas em suas falas. Nesse sentido, a fé e a esperança, nas mais diversas manifestações ajuda a reduzir as angústias, promove suporte na dor emocional que o diagnóstico de câncer traz consigo.

Nessa mesma perspectiva, a esperança e a fé/espiritualidade são valores que poderão ser incentivados no decorrer do tratamento. Para Watson (2002), a mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto focal e o ponto de acesso ao corpo e ao espírito. A pessoa é uma parte da natureza, um ser espiritual, nem puramente físico nem puramente espiritual.

Corroborando, Lucchese (2007) descreve que a fé torna-se complementar e importante para a cura das doenças. A questão do sagrado é considerada importante e faz parte da história da humanidade. A dimensão espiritual torna-se uma ajuda para a cura, pois cria um ambiente, uma motivação. A mente e o espírito se mobilizam com a fé, por acreditar em alguma coisa, em uma força maior, em um resultado ou felicidade possível.

Partilhando da mesma ideia, Guerrero et al., (2011), em estudo que investigou a relação entre espiritualidade e câncer na perspectiva do paciente, concluiu que a espiritualidade pode ser uma estratégia de enfrentamento perante o câncer, já que a própria pessoa poderá atribuir significado ao seu processo de saúde e adoecimento, com objetivo de sobrevivência e com apego à fé, para minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança de cura durante o tratamento.

Como descrevem Liberato e Macieira (2008) a fé, como experiência subjetiva, envolvendo a emoção, pode promover alterações na ligação entre a *psique* e o sistema nervoso central, imunológico e endócrino. Pela vivência espiritual, emoções como a ansiedade ou esperança podem influenciar os resultados clínicos do tratamento (MOREIRA-ALMEIRA; LUCCHETTI 2016).

Essa ideia pode ser reforçada quando Koenig (2012, p. 53) salienta que as “interações sociais e estados psicológicos positivos podem elevar as funções imunológica, endócrina e cardiovascular, protegendo contra doenças ou desacelerando sua progressão”. Os fatores psicológicos e sociais influenciam os sistemas fisiológicos do corpo que são diretamente responsáveis pelo equilíbrio da saúde e pela capacidade de combater as enfermidades.

Nessa mesma perspectiva, estudos têm mostrado uma relação positiva entre espiritualidade e doenças, incluindo menores prevalências de depressão, maior sobrevivência, menores níveis pressóricos e menores complicações pós-cirúrgicas entre as pessoas que referem ter fé (KOENIG, 2012; OLIVEIRA et al., 2013; MOREIRA-ALMEIDA, LUCCHETTI 2016).

### 6.3.2 As crenças transcendententes

Todas as mulheres entrevistadas afirmaram possuir vínculo com alguma crença transcendente. A ideia de transcendência, segundo Watson (2002), representa ações para o verdadeiro crescimento humano, ao considerar-se e, aos outros, com respeito e dignidade, como seres espirituais, capazes de contribuir para a evolução individual e da humanidade.

As expectativas de melhora e cura aparecem frequentemente agregadas ao contexto religioso. Ter uma crença parece encorajar as mulheres com câncer de mama, influenciando positivamente a atitude diante de todo o percurso de adoecimento. As crenças pessoais contribuem para dar sentido às situações de sofrimento.

*Eu acredito em Deus, eu acredito no espiritismo, Eu vou à igreja de vez em quando, mas eu rezo muito em casa. Eu acho que cultivo minha espiritualidade. Procuro fazer a minha rotina, normalmente ter boas atitudes. Procuro ir às igrejas, e quando vou acendo velas. (FL4)*

*Minha irmã que é evangélica me pediu se podia levar o pastor lá na minha casa. Foi aí que eu tive muita força. Até hoje, eu dou graças a Deus por eles terem aparecido na minha vida. (FL6)*

*Comecei a frequentar um centro espírita. Eu fazia atendimento individualizado, Reik, cromoterapia, passe magnético, ouvia a doutrinação. Passei a fazer isso depois da cirurgia, e sempre que possível junto com a quimioterapia e a rádio. (FL10)*

*Eu vou à missa também, não sempre, não acho que eu tenho que estar sempre dentro da igreja. Deus, ou esta força superior está em todos os lugares, a gente nunca está sozinho. (FL11)*

*Eu tomava passe de um médium. Parece que depois que eles iam embora eu sempre me sentia melhor, eu chorava, mas era um choro tão bom, parecia que tinha tirado todo o peso das costas, do que tu estavas carregando e nem sabia. Parecia que tu ficavas leve. (FL12)*

Nessa subcategoria, as entrevistadas falam do transcendente, do ser e do estar no mundo. A crença manifestada através da religião/espiritualidade pode ser considerada uma estratégia positiva, para enfrentar e superar o longo período que envolve o diagnóstico e a recuperação do adoecimento por câncer de mama, como observado nos relatos, pois ajuda a promover uma nova ressignificação dos fatos, fornecendo apoio espiritual e emocional, mediante as situações consideradas difíceis.

O ser humano possui uma disposição a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, que pode ou não incluir uma prática religiosa. Nesse sentido, a religião apresenta-se como uma estratégia para atender às necessidades essenciais do ser humano, permitindo a criação de uma identidade de conformidade entre as pessoas em meio à busca de sentido e de significado para a vida. A religião ajuda no enfrentamento das dificuldades e permite novas esperanças na luta pela sobrevivência, diante de situações de adoecimento (OTANI; BARROS; MARIN, 2015; ARAÚJO et al., 2015).

É sabido que o envolvimento religioso habitualmente está associado à melhor saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016). Em pesquisa realizada com pacientes oncológicos, a qual objetivava investigar o enfrentamento religioso (religiosidade e espiritualidade/ resiliência) com o processo de qualidade de vida de pessoas com câncer, os resultados confirmaram a possibilidade de que a fé influencia positivamente a saúde e qualidade de vida desses pacientes. A busca por significado e o suporte emocional foram os atributos que mais se destacaram. Os pacientes oncológicos consideram que existe influência da espiritualidade na resiliência para enfrentar o adoecimento e tratamento (FORNAZARI; FERREIRA, 2010; SORATTO et al., 2016).

Nesse sentido, Rodrigues (2012) defende que a religiosidade e a espiritualidade podem ser importantes aliados para pessoas doentes, porém, são as consequências do enfrentamento religioso que determinarão se o impacto da espiritualidade foi positivo ou negativo. As estratégias positivas são aquelas que melhoram a saúde mental, que



promovem o crescimento espiritual e reduzem o estresse. As estratégias negativas são aquelas que resultam em piora da qualidade de vida e da saúde; como por exemplo, quando o indivíduo não adere ao tratamento por acreditar na cura divina.

Ainda, Rocha e Ciosak (2014) em estudo sobre a espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso, salientam que a espiritualidade/religiosidade/fé interferem de inúmeras maneiras, de forma positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida, fortalecem e promovem resiliência, melhor qualidade de vida e o controle da doença crônica.

As estratégias apontadas como orações e devoção promovem sentimento de gratidão, e bem estar, dando suporte e estímulo no decorrer do tratamento, promovem um nível elevado de bem-estar espiritual como observado nos relatos. A espiritualidade aparece na importância dada às orações, a frequência com que as participantes frequentam às missas e igrejas e na presença da fé religiosa em santos e imagens, como forma de expressar e se conectar com a fé e a religião.

De acordo com o exposto, Zenevitz e Santos (2013), em estudo sobre crença em símbolos espirituais no processo de envelhecimento, descrevem que o ser humano ao fazer uso desses elementos sagrados, consegue expressar sua espiritualidade de várias maneiras, religiosas ou não, utilizando metáforas, imagens, rituais, poesia, arte e música. A espiritualidade pode ser experimentada dentro ou fora das crenças religiosas. Pargament, (2001) afirma que, as pessoas encontram em Deus a explicação para o que não compreendem e a religião se torna um recurso universal. Nesse sentido, toda religião pertence, ao menos em parte, à espiritualidade, mas nem toda espiritualidade é, essencialmente, religiosa.

Ainda, em estudo (SICA; ROCHA; FLECK, 2011) com objetivo de avaliar a qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais em adultos com e sem problemas crônicos de saúde os resultados sugerem que as crenças precisam ser consideradas como um fator importante no processo saúde-doença. A espiritualidade necessita ser levada em conta quando do planejamento da assistência com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes (SORATTO et al., 2016).

### **6.3.3 Família e amigos**

Um aspecto importante a ser destacado nesta pesquisa é o papel que os amigos e a família desempenham frente a espiritualidade da mulher com diagnóstico de câncer de

mama. Historicamente, a família sempre foi a primeira referência nos momentos felizes e também nas dificuldades. O câncer é uma doença que traz consigo mudanças importantes que costuma interferir na dinâmica familiar. Em situações de adoecimento, percebe-se uma nova estruturação intrafamiliar e social para o enfrentamento da situação, em que cada integrante busca fazer a sua parte, ocorrendo muitas vezes, modificações de comportamentos e de atitudes (MISTURA, CARVALHO; SANTOS, 2011).

Dessa maneira, identifica-se que individualmente as entrevistadas relataram aspectos em que alguns familiares modificaram seu comportamento como forma de proporcionar bem estar espiritual. Essa percepção foi considerada pela paciente como uma forma de demonstrar afeto e preocupação. O cuidado e carinho da família e amigos, apontados como elementos ativadores da dimensão espiritual torna-se evidente nas falas como recurso para o enfrentamento da doença e do tratamento.

*Eu redescobri amigos, conheci novos amigos e descobri os que sempre foram. Pessoas que fazia anos que não me viam, foram me visitar me ligaram, tu não faz ideia, isso foi tão bom (Choro)... Peço perdão, mas eu queria ter várias doenças pra continuar assim, eu jamais quero perder estas amizades. (FL2)*

*O fato de eu ter uma filha pequena. Acho que foi predominante ter alguém por quem viver. Em segundo lugar o apoio de colegas e amigos, eu até me surpreendi, eu fui muito bem acolhida, todos se envolveram pra me ajudar. (FL3)*

*A minha espiritualidade é uma coisa 'gozada', quem me ensinou foi o meu neto. Um dia nós estávamos andando ele pegou, saiu da bicicleta, tirou o tênis e olhou pra mim e disse: Vó quando a gente está muito cansado a gente tira o calçado e fica com o pé na terra. Daí a gente fica forte". Daí eu tirei o tênis, nós dois deitamos na grama. Quando eu estou muito pra baixo eu venho aqui (na universidade) tiro meus calçados, coloco o pé na grama, abraço uma árvore. Gente isso é luz, é energia, é conexão com a vida. (FL9)*

*Foi tudo, a família, o pastor, a mãe que sempre me dizia uma palavra boa, estava lá sempre comigo me dando força. (FL13)*

O envolvimento da família e amigos aparece nos relatos como uma conexão importante e significativa diante das situações de dificuldades. Sendo assim, pode-se afirmar que o câncer afeta a paciente, tornando-a vulnerável emocionalmente e, ao mesmo tempo, aberta a diferentes formas de intervenção. Dessa forma, conhecer essa realidade possibilita aos profissionais, familiares e ao próprio paciente o desenvolvimento de estratégias que possam atenuar o impacto dos efeitos da doença em sua vida.

Nessa perspectiva, segundo Watson (2002, p. 102), as “*necessidades humanas* consistem na necessidade de ser amado, cuidado, aceito, compreendido e valorizado”. Abrange a necessidade humana de união, que transcende a vida individual de cada um.

“As pessoas precisam uma das outras de uma forma ‘*cuidativa e amorosa*’” (WATSON, 2002, p. 91).

Ainda, conforme Rodrigues (2012) a família tem o papel de manter a esperança do paciente, que não precisa, necessariamente, estar relacionada com a cura, porém, como uma forma de encarar a doença positivamente, e enfrentar o sofrimento e angústias no decorrer do processo de adoecimento. Ainda, de acordo com essa ideia, Kubler-Ross (2008) salienta que o apoio recíproco entre o paciente e sua família contribui positivamente para o estágio de aceitação da doença.

Cabe destacar que as falas das mulheres permitem apreender que houve mudanças na família, em relação a espiritualidade após o diagnóstico e durante o tratamento de modo geral. O cuidado/afeto da família tornou-se mais evidente, houve maior proximidade na dinâmica familiar.

*A minha mãe é muito católica, ela reza por mim e por toda a família. Em relação às crianças acho que só melhorou. Eles estão fazendo o trabalho de Páscoa, levaram pão pra dividir, coisa que no passado a gente nem pensava nisso, perto da Páscoa a gente fazer alguma coisa assim. Pra eles é muito importante, eu vejo eles se envolvendo mais. (FL1)*

*Eu ia chamar atenção nunca nem escutavam, coisas de gurizada. E depois que eu adoeci, eu notei que todos se reorganizaram, trabalhando, estudando, me cuidando mais. (FL4)*

*A doença eu acho que me aproximou mais da minha irmã, do pai e da mãe não, continuam o mesmo. Acho que mudou muito a relação entre eu e ela. Não que a gente não se desse, mas era cada uma na sua casa, agora ela está mais afetiva. (FL6)*

*O meu neto foi que me despertou, segurou a minha mão quando eu mais precisava. Até comentei com a mãe dele, mas de onde ele tirou isso? Ele diz que quando ele anda fica forte, ele gosta de estar na grama, e ele só fez sete anos. (FL9)*

Na maioria das vezes, são os membros da família que acompanham todo o processo de adoecimento por câncer de mama. Torna-se evidente, nos relatos das entrevistadas, o papel fundamental que os familiares desempenham no período da doença, uma vez que as suas reações podem influenciar as emoções da paciente.

Observa-se que o carinho e o cuidado que a família demonstra, auxilia a mulher no enfrentamento da doença. Percebe-se a importância dessa atitude e a emoção das pacientes quando relatam sobre o apoio recebido por parte dos familiares, como eles se reorganizaram em função do adoecimento e como se sentiram acolhidas.

Segundo Bervian e Girardon-Perlini (2006) a família passa por diversas situações difíceis, novas ou não, durante o curso da doença, porque são situações inerentes a doença

crônica, fazendo parte da experiência familiar. No período de espera até a decisão pela busca de diagnóstico, a paciente e também os familiares, passam, muitas vezes, por conflitos emocionais, vivendo momentos de dúvidas, insegurança e incertezas.

Em estudo sobre a repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar, apresentou como resultado que o apoio, a presença, a solidariedade da família e amigos promoveu a melhora do estado geral destas mulheres, garantindo uma maior autoestima e confiança na sua reabilitação (CONDE; et al., 2016). Portanto, a espiritualidade presente no cuidado da família e os amigos favorecem as mulheres a encontrar força e sentido em suas vidas, para enfrentar as dificuldades do adoecimento.

Dessa maneira, a família é vista como aquela que proporciona segurança física e emocional. “O porto seguro” em que cada membro ocupa um papel importante no convívio diário. Os sentimentos compartilhados, assim como a união, a ajuda, a compreensão, o amor e o respeito mútuo, são fundamentais para promover a superação de momentos de crise e adoecimento.

Corroborando, Silva e Silva (2014) reforçam que valores como amor, esperança, alegria, perdão e compaixão são o combustível da espiritualidade. A espiritualidade habita nas pessoas e na vida, no senso de humanidade, de amizade e de família. Ainda, segundo Caetano e Soares (2005) em estudo com mulheres mastectomizadas no processo de avaliação do *self*-pessoal e *self*-físico, a felicidade depende de diversos fatores, como a presença da família, a ajuda de amigos e a crença da fé em Deus.

## 6.4 ESPIRITUALIDADE E AUTOESTIMA

No processo de enfrentamento do câncer de mama, e no lidar com o corpo frente à ausência da mama, do cabelo e dos diversos efeitos colaterais que envolvem o tratamento, a mulher necessita reelaborar uma nova imagem corporal, e nesse sentido, buscar estratégias que possam melhorar sua autoestima e fortalecê-la espiritualmente.

### 6.4.1 Reconstruindo o belo

O tratamento quimioterápico geralmente é longo, distribuído em ciclos e pode trazer inúmeros desconfortos à mulher, entre eles, a alopecia (queda dos cabelos), a redução do peso no início do tratamento, e logo após, devido ao uso de alguns medicamentos, o aumento de peso, náuseas, vômitos, a fadiga, entre outros. A alopecia é

um dos efeitos colaterais mais notório do tratamento do câncer de mama. Ocasionado, mais especificamente, pela ação que a terapia antineoplásica adotada na maioria dos protocolos de quimioterapia exercem sobre as células responsáveis pelo desenvolvimento capilar. Essas substâncias citotóxicas são capazes de destruir células cancerosas e interferem em diferentes mecanismos de síntese do ácido nucleico (BRASIL, 2014).

Ao referirem-se aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, algumas mulheres apontaram as alterações corporais como uma das dificuldades vividas no decorrer da experiência. A alopecia destaca-se como principal fator de desconforto, pois relatam sentirem-se observadas e julgadas pelo olhar de familiares e desconhecidos. Também foi relatado o sentimento de piedade que muitas vezes identificam no comportamento das pessoas.

*Uma coisa que eu cuidei no período que eu estava sem cabelo, completamente sem cabelo, era nunca ficar sem lenço perto deles, (os pais) não por mim... Proteção pra eles. Claro que quase morria de calor, então às vezes eu ia pro meu quarto tirava o lenço, ligava o ar, me abanava. Depois botava o lenço e voltava lá pra sala com eles. (FL2)*

*Odiava não ter sobrancelhas. Não ter cabelo não era o problema. O problema era não ter sobrancelhas e cílios. Parece que a gente fica sem fisionomia. Teve pessoas que ficaram incomodadas, teve pessoas na minha família que nunca foram me visitar que não queriam me ver daquele jeito. (FL4)*

*Quando eu andava careca, isso muitas vezes assustava as pessoas, outras vezes me olhavam com olhar de piedade, era uma coisa estranha, porque eu nunca quis a piedade de ninguém. Não é um sentimento bom. Mas ao contrário, uma vez eu estava no supermercado e veio um rapaz com a namorada e me abraçaram. Primeiro pediram licença e disseram: 'nós não estamos com pena da senhora'. Foi tão bom aquele abraço. (FL9)*

*Nunca fiquei com vergonha da minha careca. Saí sem lenço, nem me importava. As outras pessoas que se importavam mais de me ver. (FL10)*

Observa-se nas falas que o câncer de mama provoca alterações físicas, psicológicas e sociais que tornam a adaptação à doença e ao tratamento uma experiência difícil e dolorosa para as mulheres. Embora a queda do cabelo seja transitória, nesse período a mulher perde sua fisionomia, sentindo-se descaracterizada. Segundo elas, a perda dos cabelos e pelos evidencia o diferente, o não belo, justificando o sentimento de compaixão sentido pelo olhar do outro.

Torna-se importante, na perspectiva do apoio espiritual, que a mulher encontre forças para vivenciar a experiência do tratamento, da melhor forma possível. A percepção das mulheres com câncer de mama para uma mesma situação é individual. Assim, a queda do cabelo tem significado diferente para cada uma delas.

Nesse sentido, Watson (2002) defende que espiritualidade é encontrar sentido nos mais diversos acontecimentos, aprendendo a observar a beleza que há no respeito pela vida, o direito e os deveres de todo conhecimento adquirido. Espiritualidade é valorizar as experiências e permitir-se a aceitação de cada processo como ele é como ele se apresenta, pois cada etapa essencialmente conduz a evolução espiritual.

Contribuindo, nessa discussão, estudo relacionado com a experiência do câncer de mama, as participantes consideraram a perda do cabelo como o pior efeito colateral da quimioterapia, por ser visualmente evidente e por fazer com que as mulheres não se reconheçam, comprometendo sua autoestima e imagem corporal (OTANI; BARROS; MARIN, 2015).

Nesta mesma perspectiva, Reis (2015) em seu estudo sobre os efeitos colaterais no cotidiano da mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico reforça que a queda do cabelo e das sobrancelhas foi considerada o pior momento do tratamento e que apresenta efeito depressivo nas mulheres, pois além de estarem fisicamente abatidas, as mulheres necessitam refazer a construção do seu “eu”, além de estar lidando com a pressão da sociedade que as observa como doentes. As interações humanas, também estiveram presentes na experiência de cada fase, e no enfrentamento de todo processo, sendo que o modo como a mulher enfrenta a alopecia possui semelhança com as relações humanas e com o que é culturalmente conferido pela sociedade.

Neste sentido, torna-se visível que o tratamento para a mulher com câncer de mama é debilitante. Ela acompanha gradativamente, a desconstrução da própria imagem, porém as mulheres entrevistadas, muitas vezes, apesar das dificuldades, demonstraram manter a autoestima, a vaidade e a beleza mesmo sem cabelos, sem sobrancelhas, sem cílios:

*Eu me achei bonita careca, eu me achei bonita de touca e de lenço, e me odiei de peruca. Foi um troféu digamos assim, de autoconfiança pra mim. Eu me senti melhor assumindo o que estava acontecendo, compreendendo e ficando feliz. (FL1)*

*Acho que foi o período que eu mais comecei a me cuidar em relação a maquiagem, me maquiei muito mesmo. Tinha que segurar a careca através de roupas e maquiagem, sempre muitos acessórios e me fez muito bem. (FL3)*

*Foi muito difícil sim. Mas um dia eu estava deitada, estava muito triste, e veio um raio de sol bem no meu rosto e eu pensei: eu vou ser uma doente muito feia, desbotada, com cara triste. Então eu vou fazer o que eu posso por mim, o resto vou deixar nas mãos de Deus. Dali em diante eu comecei a batalhar. Usava peruca, fazia o maior sucesso, minha irmã dizia que todos os flash eram pra mim. (FL5)*

*Eu sempre lidei muito bem com isso, nunca me apeguei ao físico pra me achar bonita. Qualquer jeito eu me achava bonita. (FL8)*

*Os meus filhos sempre me colocando pra cima, minha filha me dizendo que eu estava linda, que ficava bem legal. (FL13)*

Observa-se nos relatos uma atitude ativa diante do adoecimento e dos efeitos colaterais ao tratamento, principalmente físicos. De certo modo, pode-se perceber que as mulheres conseguem encontrar beleza/felicidade nas adversidades. Sentimentos de alegria são mencionados na descoberta de lenços, perucas e maquiagens. A queda do cabelo, torna-se um fato pequeno diante do diagnóstico. A doença oportuniza um novo olhar sobre si, o que, por sua vez, poderá oportunizar um novo significado às suas experiências de vida, de forma a promover o fortalecimento espiritual.

É importante destacar que as mulheres entrevistadas demonstram capacidade de reagir frente ao novo aspecto físico, reforçando seu posicionamento proativo diante da doença e de todo o processo difícil advindos das consequências do adoecimento e do tratamento. Revelam também, a capacidade de sentir alegria, de vivenciar conquistas em relação ao corpo e a nova aparência, e de com isso, continuar gostando de si.

Em estudos que discutem a religiosidade no manejo das situações estressoras provocadas pelo câncer de mama (MARTINS; OURO; NERI, 2015; MARTINS; FARIAS; SILVA, 2016) os resultados apresentam a religiosidade como estratégia para minimizar os sintomas de angústia e a depressão na maioria das mulheres avaliadas, com isso, levando-as a assumir uma postura mais ativa em relação ao tratamento.

Negrini e Rodrigues (2000) em estudo sobre o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente no tratamento quimioterápico, citam o profissional enfermeiro como referência para as mulheres no momento do enfrentamento do câncer de mama. Na maioria das vezes, as mulheres não estão preparadas para o enfrentamento de tais dificuldades, que incluem a aceitação da nova imagem corporal, mudanças nos planos e projetos de vida, nos mais diferentes aspectos. O estudo conclui que os enfermeiros são os profissionais que conseguem entender as pacientes nos momentos de angústia física e biopsicossocial.

Desta mesma forma, a mama, enquanto símbolo da feminilidade, quando alterada, pode prejudicar a auto percepção e a identidade da mulher. A mastectomia ou setorectomia/quadrantectomia consiste na retirada do tumor que implica na remoção parcial ou total da mama. O procedimento cirúrgico acontece antes do tratamento quimioterápico ou após, conforme o estadiamento da doença, depois da realização de um conjunto de análises laboratoriais e radiológicas. Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação (INCA, 2014).

Como resultado do procedimento cirúrgico surge uma cicatriz contribuindo para a percepção do corpo como marcado ou mutilado (GOMES; SOARES; SILVA 2015) o que acresce o risco de sentimentos negativos. Observa-se que a retirada da mama corresponde a um momento difícil na vida da mulher, provoca sofrimento e mudanças relevantes de ordem física, psicológica e emocional. As mamas simbolizam o feminino, possuem relação com a sensualidade, a vaidade e a aspiração por um corpo bonito.

Diante das evidências de que esse padrão de beleza não mais corresponde, a espiritualidade oferece conforto e direciona para que vão além da materialidade do corpo. Essa forma de olhar o mundo e olhar-se ajuda a seguir em frente e aceitar a situação.

*Chega uma hora que a realidade bate. Então se não tiver fé tu vai olhar pros lados e vai dizer: mas quem sou eu? O que estou fazendo aqui? Estou horrível, feia, por que isso, por que aquilo. Por que agora não sou mais mulher, porque tem gente que se acha menos mulher por que tirou uma mama! (FL8)*

*Me olhei sem cabelo e olhei o meu peito. Ali foi o primeiro dia, eu falei com Deus sobre a minha vida... (choro) Pra mim primeiro foi brabo! Por que assim, quando eu era moça, eu andava sempre de saia comprida, até os meus 40 anos. Mas eu andava com meus peitos pra fora! Então pra mim o peito era o tudo de bonito que eu tinha. Era o que atraía o homem, onde as mulheres ficavam olhando. Então a roupa caía bem. Então como ia ser? Aquele dia eu fiquei muito revoltada. (FL9)*

*Fiz a cirurgia em outubro e em dezembro já comecei a quimioterapia. Deu tudo certo, a cirurgia cicatrizou bem e eu já saí com uma prótese, então nem me enxerguei sem mama. E nesse tempo não me desesperei em nenhum momento, continuei vivendo, trabalhando nas minhas costuras, por enquanto estou trabalhando em casa, mas depois quero voltar. (FL11)*

Os relatos evidenciam uma nova realidade, inteiramente desconhecida, que assusta. As mulheres referem sentir-se incompletas, em consequência da mutilação, sentimentos de angústia diante da perda da mama, associada a baixa-estima, tornam-se presentes nos depoimentos. No entanto, observam-se os sentimentos de força e confiança, presentes em um momento singular de suas vidas. Cada entrevistada parece expressar sua espiritualidade relacionando-a a um aprendizado, à esperança e ao crescimento pessoal como forma de enfrentamento para superar o adoecimento por câncer de mama. Segundo Saad e Medeiros (2008) a espiritualidade, nesse sentido, pode ser compreendida como “o conjunto de crenças que traz vitalidade e significado aos eventos da vida”.

Então, pode-se dizer que a mastectomia costuma abalar a autoestima da mulher e quando associada à quimioterapia, o trauma pode ser maior, em decorrência dos efeitos colaterais, podendo suscitar sentimentos como o medo, a depressão, a angústia e a tristeza entre outros (VERAS; JUNIOR; CARVALHO, 2015).

Desde abril de 2013, é previsto por lei que as mulheres mastectomizadas tenham direito à cirurgia reparadora imediata. A cirurgia de reconstrução mamária é considerada



uma das fases mais reconfortantes do doloroso processo de tratamento (INCA, 2014). O sentimento de mutilação relacionado à mastectomia e os danos da autoimagem, entre eles a queda de cabelo e dos pelos corporais, são dois dos aspectos mais difíceis para as mulheres com câncer de mama.

Neste sentido, atualmente, diferentes iniciativas têm buscado destacar a figura feminina, para além da doença. Ao tornarem públicas, suas histórias e lutas, as mulheres que passaram pela mastectomia incentivam outras mulheres a vencerem obstáculos, preconceitos e, assim, resgatar novamente sua autoestima. Nesta mesma perspectiva, o incentivo de amigos, familiares e grupos de apoio também fortalecem as pacientes durante o longo e incerto processo de tratamento e recuperação (INCA, 2014).

Em estudo com o objetivo de avaliar a autoestima, a depressão e a espiritualidade de pacientes submetidas à mastectomia com linfadenectomia axilar, os resultados evidenciaram que a espiritualidade é uma valiosa ferramenta que auxilia a mulher enfrentar a doença que a expõe ao risco de morte, influenciando positivamente a sua saúde (OLIVEIRA et al., 2013). Corroborando com isso, Moura (et al., 2010) em estudo que avalia os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas os resultados evidenciaram que o apoio espiritual foi determinante na expressão de sentimentos positivos para essas mulheres, evidenciado na força e coragem para superar as limitações; confiança e conforto para amenizar o sofrimento e enfrentar os momentos difíceis do adoecimento.

Por conseguinte, o conhecimento de estratégias que favoreçam às pacientes que foram submetidas à mastectomia (BITTENCOURT; NETTO; FERRAZ, 2015) bem como o suporte psicológico e espiritual são necessários para a mulher superar os efeitos colaterais decorrentes da doença e do seu tratamento, como objetivo de possibilitar uma nova relação consigo mesma (OLIVEIRA et al., 2013).

#### **6.4.2 Essência espiritual do Eu**

No processo do adoecimento, as diversas situações difíceis e o sofrimento podem contribuir para que as mulheres percebam uma nova forma de enxergar a vida, de mudar suas prioridades e promover novas atitudes no relacionamento consigo, com o outro e com Deus. A espiritualidade conduz o conjunto mente, corpo e espírito (WATSON, 2005).

Nesse sentido, os depoimentos revelam um reconhecimento em relação à doença como mais que físico, envolvendo emoções, pensamentos e autoconhecimento, possibilitando uma maior noção de si em relação a espiritualidade.

*Eu me sinto mais perto de Deus do que antes. Porque assim quando a gente tem saúde a gente não valoriza as pequenas coisas. Hoje por exemplo, se eu tivesse saúde eu faria doação de medula, eu doaria sangue pra quem precisasse. E essas pequenas coisas que quando eu era saudável eu só pensava em fazer hora extra, em ganhar dinheiro. Hoje eu vejo que todo o dinheiro que eu ganhei eu gastei na minha saúde. Então eu penso que espiritualidade é o equilíbrio assim neste mundo. O equilíbrio espiritual que a gente tem que trazer pra saber conviver neste mundo que é muito materialista. (FL5)*

*Eu acho que a espiritualidade se pudesse ser uma escolha de vida pra todo o mundo, acho que seria um caminho a ser apontado. Porque tem coisas que a gente precisa olhar com carinho, com atenção, sozinhos a gente não vai dar conta de fazer o que a gente tem que fazer aqui neste mundo físico. E a gente não enxerga mesmo. Então seria um caminho de aprendizado de autoconhecimento, a gente precisa entender por que estamos neste mundo e pra que viemos. (FL8)*

*Entre as tantas coisas, o câncer me aproximou de Deus. Eu tive que chegar pra ele e falar: 'Ô meu! E agora?'. Larguei bíblia, larguei tudo de mão e sentei um dia com ele. Eu sem cabelo, não tinha me olhado no espelho ainda, caiu o cabelo e eu não tinha me olhado, nem o peito... Ali foi o primeiro dia, eu falei com Deus sobre a minha vida, pra mim. Não fui pedir nada pra ninguém... (choro). Então eu chorei, chorei muito, por demais. Acabei caindo na cama e dormi. Acordei umas 2 horas depois, aí me olhei de novo, parece que... Aquele sono, pra algum lugar eu fui! É a sensação que eu tenho até hoje, algum lugar eu fui. Daí olhei aquele cabelo, o que eu vou fazer com ele. Careca, vou usar lenço, peruca, o que eu vou fazer? Porque o peito tu esconde, comecei a analisar ali comigo, foi muito gozado, comecei a analisar. Então o jeito que eu encontrei Deus, é um jeito muito louco. Comecei a conversar todos os dias com Deus. Converso, todos os dias, estou andando, quando eu vejo eu estou falando em voz alta. Então a doença veio pra eu me ver, eu poço pedir a Deus por mim! (FL9)*

Nos relatos das entrevistadas, observa-se a expressão da espiritualidade através de palavras como força interior, gratidão, autoconhecimento e perseverança. A espiritualidade parece exercer um papel positivo e significativo como estratégia de enfrentamento das situações adversas causadas pelo diagnóstico e o tratamento do câncer de mama. Demonstram, também, promover senso de disciplina e esperança, conseqüentemente, maior aderência ao tratamento.

Em suas falas, as mulheres referem que adotaram posturas diferentes àquelas anteriores à doença. Através de atitudes reflexivas e mudanças de comportamentos, conseguiram promover maior senso de responsabilidade perante a vida, sendo que, essa mudança foi influenciada pela vivência do adoecimento pelo câncer de mama. As mulheres podem apresentar sentimentos como o medo, a revolta e a tristeza, porém estas emoções promovem estímulo, para seguir o tratamento e dar lugar a novas emoções, vivências e experiências. O aprendizado espiritual ocorre quando existe disposição de entendimento e aceitação.

Nessa perspectiva, Saad e Medeiros (2008) descrevem que a espiritualidade promove crescimento pessoal, gera esperança, altruísmo e idealismo, além de dar propósito para a vida e para o sofrimento. Nos relacionamentos interpessoais, motiva tolerância, unidade e senso de pertencimento a um grupo. No relacionamento transpessoal, desperta o amor, e a crença de não estar só.

Corroborando, Fabbro e Westin (2009), em estudo realizado com mulheres com câncer de mama sobre suas reações e formas de enfrentamento, concluíram que a doença foi um “divisor de águas”, na vida dessas mulheres, e que, passaram a ver o mundo de forma diferente, e conseqüentemente, a maneira como enfrentam os problemas.

Nessa mesma perspectiva, os relatos a seguir demonstram que no momento em que as mulheres com câncer de mama começam a aceitar o que acontece, aceitam a si próprias e encontram entendimento e significados para a doença. Elas se fortalecem espiritualmente para novas experiências, promovendo sentimentos de esperança e vida como forma de enfrentamento.

*Eu consegui me transformar, mais humana, pensando no próximo. Eu pensei que nunca mais fosse conviver com as dores do câncer e o que traz de ruim a doença. Mas agora convivendo, eu consigo, agora de novo, pela segunda vez. Eu consigo ver algo de bom, eu me tornei mais sensata, mais paciente e tranquila, vivendo o dia! Claro que eu penso no futuro, porque eu quero viver o futuro, mas eu consigo viver um dia de cada vez. (FL1)*

*Eu repensei toda a minha vida, eu acho! E isso não é egoísmo, é amor próprio é auto cuidado. Comecei a gostar de ficar sozinha, parece que agora minha companhia me agrada, antigamente não era assim. (FL.3)*

*Já passei por tanta coisa que poderia ter me aniquilado espiritualmente, fisicamente e psicologicamente. Perdi meu filho e dois anos depois eu estava com este diagnóstico! O câncer é um detalhe na nossa vida. Até pra sofrer a gente tem que ser inteligente. (FL8)*

*Tem que ter equilíbrio e eu sempre acreditei, sofrer não é chorar, não é se fazer de vítima, não é segurar as pessoas perto da gente por que está doente, não é isso! Sofrer é tu entender o que está acontecendo contigo e tentar fazer disso uma pessoa melhor. (FL12)*

O fato de a mulher assumir a sua condição de doente torna-se uma expressão essencial de fortalecimento. Observa-se nos relatos das mulheres que elas conseguem ver o câncer não como o centro de suas vidas, mas indicam que a doença é também uma oportunidade para vislumbrar novas possibilidades e dividir experiências. E que novos sentidos podem se tornar presentes nessa nova forma de conviver com o câncer de mama.

Assim, podem sentirem-se vivas e ativas, a doença se apresenta como uma experiência de vida e de crescimento pessoal, a partir das novas oportunidades percebidas.

Segundo a teoria do Cuidado Transpessoal a pessoa procura um sentido de harmonia, integrando mente, corpo e alma. Considerando que a harmonia está associada à saúde e a desarmonia, conseqüentemente, associada à doença. Ainda, pensamentos negativos geram energias de baixa frequência que desencadeiam desequilíbrios físicos, emocionais e espirituais. O processo inverso representa a saúde. Os mecanismos para acessar essa dimensão são descritos pela autora, através de técnicas de autoconhecimento que visam à autotransformação como por exemplo, a espiritualidade, as crenças, a meditação, a prática da yoga e as terapias complementares (WATSON, 2008).

Ainda, conforme a teórica, “quanto mais formos capazes de vivenciar verdadeiramente o ‘Eu’, existirá um grau mais elevado de saúde” O “*Eu*” interior se alegra na plenitude da espiritualidade, estando ciente que tudo reflete no somatório de experiência de cada momento vivido. Dessa maneira, origina-se harmonia interior entre mente, corpo e espírito (WATSON, 2002, p. 103). Nesse mesmo sentido, Koenig (2012) descreve que o modo como as pessoas pensam, acreditam e sentem afeta a saúde física. Esperança e otimismo são emoções positivas que motivam e energizam as pessoas que enfrentam situações difíceis e estressantes.

Nessa perspectiva, tais percepções, impulsionam as mulheres ao enfrentamento das dificuldades como observado nos relatos anteriores, produzindo, assim, uma força interna determinada, principalmente, pela vontade de viver. Dessa forma, proporcionam um significado real à própria vida, sendo capazes de revitalizarem-se diante de experiências dolorosas e assustadoras (SANTO et. al., 2013). Assim, conforme afirma Guerrero et al., (2011), a doença amedronta e a espiritualidade parece renovar e fortalecer.

## 6.5 A ENFERMAGEM E O CUIDADO ESPIRITUAL

A enfermagem, ao longo de sua história, vem sendo construída a luz de modelos científicos humanistas de atenção à saúde. É por meio do cuidado com a pessoa e com a vida, sob uma abordagem humanista, que se dá a verdadeira identificação profissional, pois a essência da enfermagem constrói-se com base na relação pessoa a pessoa (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2012). Dessa forma, a utilização de referenciais teóricos na prática profissional da enfermagem torna-se um facilitador para efetivar ações

do cuidar que privilegiam o ser humano no seu processo de adoecimento, com o objetivo de restabelecer a saúde por meio do cuidado de enfermagem.

Passa-se então a descrever os dez elementos, conforme o apreendido do processo *Clinical Caritas* da Teoria Transpessoal, dirigido às mulheres com câncer de mama, diante do cuidado de enfermagem, a confiança em um ser superior e o ambiente como fator de cuidado e reconstituição (WATSON, 2012).

### 6.5.1 O cuidado vivenciado

As mulheres com câncer de mama descrevem o cuidado vivenciado em relação à equipe de enfermagem, como cuidado incondicional, evidenciado durante o tratamento quimioterápico e no longo convívio com a enfermagem.

Nesta perspectiva, de acordo com Souza e Gomes (2012) o cuidado incondicional/integral envolve as dimensões biológica, psicológica, social, ecológica e espiritual. Quando a pessoa é concebida nessa perspectiva, no processo de adoecimento, observa-se que não é apenas uma parte do corpo que fica comprometida, porém, as demais áreas da vida também podem ser afetadas.

*Elas explicavam o tempo da medicação: 'Agora são os remédios pra vômito e mal estar. É essa que vai cair o cabelo, o xixi vai sair vermelho, mas não é sangue não se preocupa'. Isso é muito importante pra gente. Dizem: 'Cuida da alimentação, toma bastante água. (FL5)*

*Acho que eu sempre fui muito bem acolhida por todos. As enfermeiras sentaram e conversaram comigo, me contaram tudo o que ia acontecer, como que eu tinha que me cuidar e proceder em cada situação. (FL7)*

*A gente chega te recebem com bom dia, boa tarde, ninguém te discrimina. Acho que sim, isso com certeza é cuidar da espiritualidade. Quando cheguei a primeira vez, elas foram muito importantes, me chamaram pra conversar, disseram que era uma consulta de enfermagem. Me falaram o que ia acontecer, o que eu podia fazer pra melhorar e ajudar no tratamento. E todas as vezes que eu volto, querem sempre saber como que eu passei, como está minha alimentação, minhas necessidades, se dói alguma coisa. Acho que isso não tem preço. (FL10)*

Observa-se nas falas que estabelecer uma relação de confiança com a enfermagem, torna-se fundamental. Cabe ressaltar que o enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo junto aos pacientes. Conforme o protocolo de quimioterapia escolhido pela equipe médica, de acordo com o estadiamento da doença, a paciente é atendida semanalmente pela enfermagem, o que facilita a formação de vínculo.

Compreende-se nos relatos que a enfermagem promove o atendimento das expectativas e necessidades da mulher acometida pelo câncer de mama, a partir da consulta de enfermagem, e, com essa atitude de cuidado, promove suporte físico, emocional e espiritual. Vale destacar a importância das orientações passadas verbalmente e por meio de material impresso, pois as pacientes, demonstram que, essas informações de autocuidado, as tornam mais seguras no transcorrer do tratamento.

Nesse contexto, observa-se a presença do elemento do processo *Clinical Caritas* que refere-se a **Prática do amor/amabilidade e equidade para Si e para o Outro** em consonância com um sistema de valores humanístico-altruísta, através da prática do amor e gentileza no cuidado. Observa-se nos relatos que, em relação ao cuidado espiritual, torna-se necessário privilegiar a promoção da vida, do conforto, do diálogo e da terapêutica, valorizando o potencial individual de cada paciente, para ser um agente ativo nas suas escolhas terapêuticas e no processo de saúde e doença (WATSON, 2012). É a reciprocidade existente entre a enfermagem e o paciente que auxilia na tomada de decisões e no planejamento das ações de cuidado. A espiritualidade neste sentido, é o respeito com a própria vida, é exercer o direito de ir em direção a tudo que constrói, que desperta a gratidão nas oportunidades concedidas; e no dever da enfermagem exercer o cuidar com requinte ético.

Ainda, nessa mesma perspectiva, inclui **o cultivo da uma prática Espiritual própria e um Self transpessoal que vai para além do próprio ego**, que determina o cultivo da sensibilidade para si e para os outros ultrapassando o próprio ego, efetivado no cuidado através de práticas de evolução pessoal. O ser humano tem peculiaridades próprias e únicas, assim, para evoluir precisa conhecer o significado de suas experiências de vida com a finalidade de realizar escolhas conscientes e responsáveis. Cuidar em enfermagem é entrar no campo fenomenológico do outro, da compreensão dos significados das experiências de vida de quem cuida e quem é cuidado, considerando a dimensão espiritual nas relações interpessoais que são essenciais ao processo de cuidar em enfermagem (WATSON, 2012).

Torna-se necessário estar presente de forma incondicional, escutar e perceber o que as pacientes querem dizer, estabelecer um olhar que vai além dos sentidos, com empatia e respeito. A práxis do cuidado, somente é, eficaz no **desenvolvimento e permanência de uma autêntica relação de cuidado** efetivado através de um relacionamento de ajuda e confiança. O cuidado vai além das técnicas; ele é promovido

através de gestos e atitudes, na escuta, nas expressões faciais, e até no silêncio (WATSON,2012).

Nesse sentido, a Teoria do Cuidado Transpessoal contempla o ser humano de forma holística, corpo, mente e alma, e sugere um olhar consciente em relação aos cuidados. O processo de restauração (*healing*) só pode ser efetivado quando o cuidado em saúde compreende esses níveis. Os elementos dessa teoria são baseados em um profundo respeito pela existência humana, todas as coisas vivas e mistérios do universo. Existe um reconhecimento da coesão de mente, corpo, espírito, e natureza (WATSON, 2012).

Ainda, segundo Boff (2014) deve-se buscar a espiritualidade com simplicidade, baseado no mistério da vida humana, na ética da responsabilidade, da solidariedade e da compaixão, baseado no cuidado, no trabalho bem feito, na competência, na honestidade e na transparência das ações.

Nessa perspectiva, ao se referirem ao modo como elas eram cuidadas no aspecto espiritual pela equipe de enfermagem, e, na forma que acontecia esse cuidado. Os relatos evidenciam que o enfermeiro transmite e demonstra sua dimensão espiritual através de ações de cuidado e sentimentos, como o amor, a coragem, a alegria, a calma, o estar e se fazer presente através de uma postura ética e empática.

*Não sei te dizer diretamente, mas eu acho que a proximidade, a conversa, o ver como indivíduo único, estar ali do lado, se colocar à disposição. Isso eu acho muito importante. Então o cuidado, a atenção, o se sentir cuidado, o se sentir importante como pessoa. Tu não és só um remédio correndo, tu és uma pessoa! Então esta preocupação, o carinho a conversa, que não deixa de ser espiritualidade, então eu acho isso muito importante e faz muita diferença. (FL3)*

*O carinho e atenção de todas elas era uma maneira... Não falavam de religião contigo, entendeu? Então sim, acho que pela atenção e pelo carinho, não com palavras e orações, nada disso, na maneira delas, passavam uma espiritualidade com certeza. (FL6)*

*Acho que a enfermagem cuida muito do lado espiritual da gente sim, ficam nos acalmando, dando força, demonstram que se importam com nossos vômitos, se estamos nos alimentando pra não perder peso, dizendo que a gente está linda, mesmo sem cabelo, sem sobrancelhas. Oferecem lanches eu não posso reclamar de nada, só agradecer. (FL14)*

Evidencia-se que o cuidado espiritual promovido pela equipe de enfermagem é percebido através de gestos, ações e certos sinais. Entre eles destacam-se o carinho, a atenção, a paciência, o respeito e a proteção na relação entre a equipe e as pacientes. Essa relação pode ser observada no diálogo e na cumplicidade, além de ser reconhecida como uma relação terapêutica, sentida através do apoio contínuo e sincero.

Observa-se nos relatos que é necessário **estar autenticamente presente; possibilitar, sustentar e honrar profundamente o sistema de crença e o mundo subjetivo do Outro/Si**, efetivado ao incentivar a fé-esperança. A enfermagem necessita transcender o impulso de aceitar somente a medicina curativa, torna-se necessário estar aberto para a compreensão de alternativas de cuidado, como por exemplo, a meditação, o toque terapêutico, musicoterapia, a fé na cura através de crenças, em si próprio, e no fator espiritual. A enfermagem pode aliar a fé-esperança para proporcionar uma sensação de bem estar, através das crenças significativas da pessoa a fim de unificar as dimensões objetivas e subjetivas presentes no processo de cuidar, pois as experiências não podem ser tecnologicamente quantificadas (WATSON, 2012).

Outro elemento contemplado nas falas das entrevistadas é **estar presente para apoiar a manifestação de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profundo consigo e com *Ser-para-o-Cuidado*** evidenciado na promoção e a aceitação da expressão destes sentimentos efetivado através de uma conexão intensa entre seu próprio espírito e o da pessoa que está sendo cuidada (WATSON,2012). A partir do cuidado transpessoal o enfermeiro permite a incerteza e o desconhecido, incentiva a narrativa como forma de expressar o entendimento, estimula a reflexão de sentimentos e experiências, permite a expressão da espiritualidade conforme as crenças de cada paciente. Conforme Watson (2005) o enfermeiro possibilita relações de cuidado em ambientes de cuidado para promover o crescimento espiritual.

Nessa perspectiva, para Watson (2012) o enfermeiro transmite através da postura e sentimentos o que viveu, realizou ou aprendeu. As pacientes tornam-se unidas a esses sentimentos e expressões, e conseqüentemente, também os vivenciam. O enfermeiro une-se ao paciente, a um nível que transcende o físico e que preserva a subjetividade e a fisicalidade dos pacientes, sem as reduzir a um objeto de trabalho. Um momento de cuidar envolve uma ação e escolha tanto pela enfermeira como pelo paciente O momento de aproximação apresenta-lhes a oportunidade de decidir como estar no momento e na relação, como o que fazer com e durante o momento.

Quanto mais individualizados são os sentimentos que o enfermeiro transmite, mais intenso será o processo de cuidar, valorizando **a abertura e atenção às dimensões espiritual, misteriosa, desconhecida e existencial inerentes à *Vida-Morte-Sofrimento***; através da aceitação das forças existenciais fenomenológicas, que se configura estar atento à espiritualidade e a dimensão existencial do seu próprio eu, cuidando espiritualmente de si e do ser cuidado (WATSON,2012).



Os relatos reforçam a importância do cuidado espiritual na assistência, uma vez que as mulheres reconhecem o cuidado espiritual empregado pelo enfermeiro como um fator importante para o tratamento.

Nesse sentido, Watson (2002, p. 21), salienta que:

A enfermagem precisa se reconhecer e perceber-se diferente das ciências tradicionais. Torna-se importante que a enfermagem questione o modelo impessoal e objetivo da ciência para as “experiências únicas e globais do paciente”. O paradigma da ciência da enfermagem deve permitir que os fenômenos humanos surjam e sejam investigados”. (WATSON, 2002, p. 21)

Ainda, segundo Boff (2014, p. 111) o grande desafio para as pessoas é combinar trabalho com cuidado. Conforme o autor, eles não se opõem, mas se complementam e “juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada a materialidade e, por outro, a espiritualidade”.

Considerando os pressupostos do cuidado transpessoal, o enfermeiro através da espiritualidade, da individualidade, e da sinceridade, pode extrair várias combinações de expressão e sentimentos. A clareza das expressões assiste os enfermeiros no cuidar. Alguns pacientes podem confiar mais em atitudes e movimentos, outros em palavras, sons, toques, ou mesmo, no silêncio e expressões não verbais. Enfermeiros e pacientes podem se comunicar através do “estado de alma” (WATSON, 2012).

*Quando tu confia no profissional que está te cuidando tu tens mais de 70% de cura, tu tem que acreditar nisso. E eu observei também que todas, pelo o que eu pude perceber, gostam do que fazem, porque tem que se gostar do que faz. Tu não pode estar ali só por que tu é uma profissional, lidar com pessoas, com crianças... se fosse eu, se eu tivesse que atender alguma criança, eu ia chorar junto. E não pode. Eu acho que ajuda muito quem tu tem do teu lado. (FL7)*

*A gente conversava, eu e a enfermeira, ela me dizia que rezava por mim. A energia dela, a paciência, ela não me via como qualquer uma, ela me chamava pelo nome. Ela me cuidava, me mandava embora limpa e cheirosa depois do curativo, sempre, sempre! (FL8)*

*Eu sempre me senti muito bem cuidada por todas, sempre preocupadas com a gente, demonstram que se importam, perguntam como que foi a última quimioterapia. A gente se sente valorizada quando entra lá dentro. (FL11)*

*O bom dia delas faz muita diferença pra gente, não fazem ideia o quanto é importante ser bem acolhida, cuidada com carinho. O trabalho da enfermagem é muito bonito, a gente percebe que elas gostam do que fazem. (FL12)*

Evidencia-se a habilidade do enfermeiro de interagir e estar disponível às pacientes, isso aliado à sensibilidade, conhecimento e habilidades técnicas. Permitindo uma assistência diferenciada, que favoreceu o bem-estar espiritual das mulheres

entrevistadas. Os relatos evidenciam que atitudes como saber ouvir, esclarecer dúvidas, explicar procedimentos e tratamentos proporcionam segurança, confiança e minimizam as angústias.

Uma relação transpessoal de cuidar demonstra uma forma especial de cuidado, priorizando valores, princípios e atitudes, caracterizando-se em uma união com o outro, elevando a consideração pela pessoa e pelo seu estar no mundo. No seu cuidar profissional, o enfermeiro cultiva uma consciência de cuidar, podendo ser desenvolvida diariamente em sua vida profissional e pessoal (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

A arte do cuidar transpessoal em enfermagem, como um ideal moral, é um meio de comunicação e expressão de sentimentos e atitudes, através da participação total e ativa da enfermagem. Torna-se um meio de evolução onde um indivíduo se move em direção a um elevado sentido do ser e de harmonia que envolve mente, corpo e alma, com o objetivo de manter a dignidade e integridade humana. Ainda o cuidar transpessoal torna-se terapêutico, através de energias que são próprias da dimensão espiritual, como o amor, o cuidado, fraternidade, perdão, solidariedade e confiança (WATSON, 2002, FAVERO et al., 2009).

Nesse sentido, em relação ao cuidado vivenciado pelas entrevistadas, torna-se necessário salientar que o medo e o desconhecimento em relação ao tratamento quimioterápico é uma dimensão da experiência destas mulheres, que precisa ser olhado com atenção e cuidado pela equipe da enfermagem.

### **6.5.2 Medo do desconhecido**

As sessões de quimioterapia geram ansiedade e receio nas mulheres com câncer de mama, relacionado a uma nova situação totalmente desconhecida. O tratamento quimioterápico foi apontado pelas entrevistadas como um momento doloroso e difícil de ser superado. Isso muitas vezes acontece em função da paciente não saber lidar com o mal-estar generalizado, somado à baixa resistência imunológica provocados pela quimioterapia.

Assim, a falta de informações sobre como que exatamente o medicamento age no corpo também colabora para aumentar o medo e a angústia. O tratamento quimioterápico aparece como forma de sofrimento, somado ao medo e a incerteza.

*A gente fica tão assustada, a gente não sabe, por mais que nos falem, a gente não sabe nada. A senhora vai vomitar um pouquinho! Que vomitar um pouquinho nada, eu quase fui no ralo! Foi muito vômito! (FL7)*

*Tive muito medo porque eu não conhecia nada, não sabia das reações. Era totalmente desconhecido. Cheguei com muito medo, mas a equipe toda orientando, acolhendo, sempre alguém indo e vindo, sempre em grupo. Não era só uma que pegava veia e ficava cuidando, eram todas, alarmava uma bomba sempre alguém levantava e ia, e olha que tinha dias que eu não sabia como davam conta de tanta gente. (FL13)*

*Acho que cuidar da gente neste momento faz muito bem pra gente, não sabemos nada do que vai acontecer e olhar para as enfermeiras, sentir confiança, faz diferença. A gente vai respirando mais calmo e vai passando este período tão difícil, a gente volta mais vezes e parece que vão ficando da família. (FL14)*

Observa-se nas falas que o tratamento quimioterápico é considerado de difícil compreensão pelas pacientes, podendo gerar percepções distorcidas e imaginárias, tornando-se intimidante. As mulheres relacionam o cuidado de enfermagem como um apoio importante e efetivo, minimizando o sofrimento e favorecendo a adesão ao tratamento.

Tanto as habilidades técnicas quanto as de carinho e sensibilidade foram reconhecidas pelas mulheres. As falas revelam atitudes de atenção, paciência, respeito e proteção na relação do cuidado e, foram destacadas como ferramentas eficazes na assistência promovendo bem estar espiritual. A competência técnica nos procedimentos, também foi enfatizada sendo relacionada à segurança e ao apoio tão necessários nessa fase da vida.

Nessa perspectiva a equipe de enfermagem, necessita ser presente no cuidado a mulher com câncer de mama, ao oferecer apoio e esclarecimento sobre procedimentos, técnicas e os efeitos colaterais dos quimioterápicos, assim a enfermagem promove o cuidado transpessoal.

Nesse contexto, evidencia-se que o **uso criativo do “Self” e de todos os outros conhecimentos reconhecidos como parte do processo do cuidar para engajamento em um processo de recuperação de saúde por intermédio da arte**, efetivado no comprometimento com as práticas de cuidado e proteção, através do conhecimento criativo, estético, intuitivo e sensível. O cuidar transpessoal é baseado na premissa de que a enfermagem necessita desenvolver um conhecimento científico relacionado com um vasto oceano, não estabelecido (pela ciência), “de potencialidades humanas, chamadas de potencialidades espirituais” (WATSON, 2002, p. 117).

Nesse contexto, ao esclarecer sobre a quimioterapia e informar as mulheres, revela-se ações **nas experiências de ensino-aprendizagem dentro do contexto do cuidar**, comprometendo-se genuinamente em uma experiência de prática de ensino e aprendizagem, através da observação e respeito ao paciente na sua totalidade, fragilidade e limitações. A união entre o paciente e o enfermeiro na perspectiva da autora permite que ambos tenham um relacionamento mais efetivo com o seu lado espiritual (WATSON, 2012).

*Aqui é um hospital que não se tem acesso as informações através do médico. O papel que não fazem lá em baixo com a gente, as enfermeiras fazem aqui. Porque é pesado pra gente, muito pesado e dolorido. Acho que faz toda a diferença um hospital onde a enfermagem estuda e tem como foco o doente, que acredita que é possível. (FL9)*

*A gente vê pessoas que não se importam: 'Tá aqui o soro, o remédio, é uma máquina'. E não dá pra julgar por que elas estão fazendo o trabalho delas, mas tu pode fazer o teu trabalho de várias formas diferentes. Pode só fazer, ou pode fazer a diferença se você assim querer. (FL8)*

Sabe-se que o enfermeiro através da individualidade, sinceridade e clareza, pode extrair várias manifestações e expressões de sentimentos. Durante as seções de quimioterapia, diante de uma situação nova, as pacientes ficam assustadas, e a equipe de enfermagem necessita proporcionar suporte espiritual para auxiliar a paciente no enfrentamento desse processo.

Evidencia-se nos relatos, que a relação de cuidado entre a enfermagem e as mulheres foi entendida por estas de modo mais próximo, o que pode facilitar a comunicação. Nesse sentido, para Costa (2012) a equipe de enfermagem torna-se um elo entre os demais profissionais e a instituição. A enfermagem é vista como coparticipante no processo de cuidar. Observa-se um elevado valor no relacionamento entre a equipe e o paciente evidenciado através do altruísmo humano, sensibilidade e confiança (WATSON, 2002).

Nessa perspectiva, Watson descreve que “a arte do cuidar” acontece quando a enfermeira olha o paciente e a si com “cuidar e preocupação” (WATSON, 2002, p. 118) expressando esse sentimento através de atitudes de cuidado como a delicadeza e a sensibilidade observada e sentida pela paciente. Assim, é na capacidade do enfermeiro demonstrar e receber expressões de cuidado que a atividade artística da enfermagem e do cuidar se baseia.

O cuidado de enfermagem é efetivado através do autoconhecimento e experiências de crescimento pessoal, qualidades essas necessárias para fortalecer e embasar o

profissional enfermeiro, que então poderá desenvolver comportamento altruísta para com os outros (WATSON, 2002, 2005; OLINISKI, LACERDA, 2006). Esses conceitos pessoais devem advir de dentro de cada um de nós (WATSON, 2012).

Como observado nos relatos, quando o profissional de enfermagem passa a identificar e valorizar as crenças individuais, a relação entre saúde física, emocional e espiritual, ele consegue promover o Cuidado Transpessoal. A enfermagem necessita cuidar das necessidades da paciente sem descuidar de si mesma. Pensar o cuidado, neste sentido, é cuidar a medicação, alimentação, a reflexão, o lazer, a meditação, a arte, para quem cuida e quem é cuidado (WATSON, 2012).

Corroborando, Rabelo (2014) salienta que o ouvir e o conversar estão relacionados com ações que individualizam o cuidado prestado pela enfermeira. Isso evidencia que ao prestar o cuidado, a enfermeira desenvolve uma autêntica relação de ajuda e confiança. Na mesma perspectiva, (BERENGUER, 2012; ALMEIDA; et al., 2015.) salientam a necessidade do enfermeiro compreender o real significado de espiritualidade para o paciente e como eventos significativos, como a doença, podem afetá-lo, para que, na prática do cuidado, possa lidar com as alterações em níveis de dimensão humana, de forma holística e ética, uma vez que a avaliação e o cuidado espiritual devem ser parte do cuidado integral do paciente.

Dessa maneira, pensando na integralidade do cuidado, destaca-se a importância do ambiente como fator importante na dimensão espiritual. Com enfoque nas relações humanas, envolvendo pessoas e o ambiente e, como isso afeta, o estado de saúde.

### **6.5.3 A espiritualidade e o ambiente de cuidado**

Para melhor compreensão dessa categoria, faz-se necessário esclarecer que o serviço de quimioterapia, foi transferido de local recentemente. Nesse sentido, o ambiente relacionado ao cuidado espiritual é evidenciado nas falas das participantes desse estudo como um local com mais conforto, capaz de promover mais segurança e intimidade junto à equipe.

*Eu comecei o tratamento lá embaixo, (antigo ambulatório) aqui ficou bem diferente, é mais aberto, tem mais claridade, parece que a gente fica mais tranquila. É bem mais espaçoso, era muito escuro e frio. A primeira vez que eu fui tive tão má impressão, lá dentro não, eu vi que todas eram muito boas, mas lá fora a gente se assustava. (FL14)*

*Quando cheguei lá embaixo, no ambulatório velho, me assustei, pensei o que vão fazer comigo? Era tudo escuro, fechado, fiquei apreensiva. Parecia um*

*buraco, falando bem o português. Mas que bom que mudou, aqui é tudo tão melhor, tem claridade, luz, é espaçoso, a energia é totalmente diferente. As duas primeiras quimioterapias vermelhas eu fiz lá. Quando eu subi aqui e vi todo este espaço, a sala de espera, quando eu entro às vezes as gurias dizem: 'Minha linda não tem a poltrona preta pra ti hoje'. Eu digo: 'Não faz mal, pode ser qualquer uma'. (FL13)*

*Outra coisa também era aquele ambiente lá embaixo, aquilo era a 'toca do urso', não tinha nem piso, a recepção mudou muito, aquela coisa escura, não posso nem lembrar. (FL9)*

*Porque era lá em baixo, no subsolo, além de ser sombrio, era todo fechado, ele não te trazia nada de bom. Aqui é diferente, além de ter o sol, a claridade, ainda tem as enfermeiras que estão sempre conversando entre elas e com a gente, daí tu se acalma, eu me desligo sabe. (FL1)*

*O lugar é bom, tem lanche, até um cochilo eu tiro de tão bem que eu fico. (FL6)*

Constata-se nas falas que muitas das participantes do estudo iniciaram o tratamento no local antigo, o qual era chamado de “toca do urso”. Era considerado sem vida, escuro e frio. Ao se referirem comparativamente ao novo espaço, as mudanças podem ser percebidas como um fator favorável relacionado ao cuidado terapêutico através de manifestações como sol, luz, energia, vida, e conforto.

Nessa perspectiva, observa-se a **criação de um envolvimento saudável em todos os níveis, tanto físico como não físico, sócio cultural e espiritual de apoio sustentador, protetor e (ou) corretivo**, onde se está consciente do todo, da estética, do conforto, da dignidade e da paz, podendo influenciar no modo como o tratamento é percebido. É certo que isso possibilita um ambiente de restituição para o corpo físico e espiritual que respeite a dignidade humana, através da promoção de uma relação de cuidado consciente (WATSON, 2012).

Promover um ambiente de apoio, de proteção física, psicossocial e/ou interpessoal é um dos principais requisitos para o cuidado transpessoal. A enfermagem necessita ficar atenta ao ambiente de cuidado, ao paciente como uma pessoa única, e ainda, as necessidades de luz, arte, água, limpeza, privacidade, nutrição, beleza, segurança, assepsia, medidas de conforto e o tempo dos outros/paciente. Existe entre o ambiente e o ser humano um processo de interação constante que pode facilitar, criar ou impedir um cuidado efetivo que envolve a enfermagem e os pacientes (WATSON, 2012).

Entende-se que a enfermagem dispõe de recursos e atitudes pessoais para proporcionar conforto, privacidade e segurança ao paciente, relacionado a um ambiente estético e limpo. Um ambiente agradável melhora o estado emocional e afetivo, facilita as interações com a paciente e promove um sentimento de bem estar espiritual. O

ambiente de cuidado é aquele que oferece desenvolvimento potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si em determinado momento (WATSON, 2008).

Watson (2002) defende a necessidade de um ambiente de reconstituição (*healing*), em todos os níveis, físicos e não físicos, o que implica um ambiente sutil de energia e consciência, no qual totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados. *Healing* é compreendido no sentido de recompor e reestruturar a saúde da pessoa, integrando mente, corpo e alma, em uma unicidade e não somente com o objetivo de cura (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006).

Fávero et al., (2009), descrevem que o enfermeiro necessita incluir na prática do cuidado elementos como o ambiente e o clima adequado. São aspectos capazes de favorecer o vínculo e a aproximação entre o enfermeiro e o paciente, imprescindíveis para o desenvolvimento do cuidado e promoção de bem-estar, confiabilidade, conforto, além da limpeza e sanidade. Corroborando, Saviato e Leão (2016) em estudo que investiga a relação empática com a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, no contexto atual da Enfermagem evidenciam que torna-se imprescindível aliar aspectos técnicos e humanísticos na assistência de Enfermagem, além de buscar a valorização da abordagem da empatia na formação e capacitação de profissionais da saúde.

Para Watson (2002) existe uma hierarquia considerada relevante para a ciência do cuidado, classificada na necessidade de sobrevivência que compreende o alimento, a água, eliminação e ventilação; necessidades funcionais que envolvem atitude e sexualidade; necessidades integradoras que compreendem a aquisição e afiliação e por fim as necessidades de busca de crescimento que, envolvem a necessidade de auto realização intrapessoal e interpessoal., este processo de cuidado é observado na **assistência a partir da gratificação das necessidades humanas conscientemente, potencializando mente corpo e espírito em todos os aspectos do cuidado.** A importância do cuidado de enfermagem durante o tratamento quimioterápico fica evidenciado:

*Fico aqui praticamente o dia todo. Chego aqui 6:30 horas da manhã porque venho de transporte. E as enfermeiras são atenciosas, ficam perguntando todo tempo se a gente está bem, se está sentindo alguma coisa. (FL6)*

*Quando eu estou querendo ficar meio triste sempre uma pessoa agradável vem conversar comigo. Elas sabem que nosso caso é grave, mas elas tratam com todo carinho e respeito, sabem que a pessoa está num momento frágil, ali nas mãos delas. E elas controlam muito o que vão falar, falam mais sobre assuntos agradáveis, fazem brincadeiras, cuidam muito bem de nós. A gente sente a preocupação delas. Elas se importam muito com todos nós. (FL5)*

*Eu acho que só quem tem esta visão mais espiritualizada, pode chegar ou consegue chegar e mostrar isso, amparar e acolher o doente. Isso é muito importante porque é um momento muito difícil. (FL3)*

Dessa forma, segundo Watson, (2002) as necessidades humanas consistem em ser amado, cuidado, aceito, compreendido e valorizado. Compreendem a necessidade humana de união, de transcender a vida individual de cada um, e encontrar harmonia existencial. Na criação e manutenção de um ambiente de reconstituição, considerando as correlações com o ambiente, o cosmos e o universo. O enfermeiro necessita ser o ambiente e o paciente precisa ser visto como uma pessoa única. O cuidado em saúde deve englobar a maneira de vida, as condições sociais e o ambiente, no conjunto, corpo, mente e alma (DOS SANTOS et al.; 2014).

A pessoa é compreendida como um ser em constante evolução nas suas relações com o outro, com o ambiente e a natureza. O processo de saúde/doença/morte é percebido e compreendido conforme a cultura que o paciente está inserido, bem como as ações de enfermagem. Torna-se necessário lembrar que a interação entre a enfermagem e a pessoa que é cuidada visa estabelecer relações e trocas, de várias naturezas e com várias finalidades, porém invariavelmente desenvolvidas em um ambiente. Considerar a importância desse ambiente implica reconhecer sua capacidade de interagir, influenciar e oferecer estrutura ao cuidado, sendo este estruturar ativo, contínuo e variável, pensando na integralidade do paciente, seus valores e crenças (NASCIMENTO, ERDMANN, 2009; SANTOS et al.; 2014).

No livro *Notes on Nursing* (Notas sobre Enfermagem), publicado em 1859, os fundamentos de Florence são muito presentes nos dias atuais sobre a necessidade de saúde como a água, o ar, os ambientes, as pessoas, as roupas, o silêncio, a iluminação e organização dos quartos e, também, sobre a pessoa/enfermeira, relacionado a inteligência, raciocínio, sensibilidade e dignidade, com capacidade de demonstrar real interesse pelo paciente (LIMA, 2010; CORTEZ, 1989).

Pensar o ambiente físico hospitalar na perspectiva da dimensão espiritual oportuniza a possibilidade de, ao mesmo tempo em que a enfermagem colabora com o processo terapêutico do paciente através da valorização e dignidade, também, contribui para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais envolvidos no cuidado. Por conseguinte, refletir sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal nos mostra o quanto a prática do cuidado em enfermagem necessita se aprimorar para completar a lacuna do real cuidado e desempenhar a missão da enfermagem como profissão e, neste sentido, evoluir na prática e pesquisa.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou compreender a percepção da mulher com câncer de mama e a espiritualidade como forma de enfrentamento da doença e, ainda, refletir sobre a prática do cuidado prestado pelo profissional enfermeiro. Considera-se que este objetivo traz contribuições importantes para o cuidado em enfermagem na área da oncologia ao expor os significados atribuídos a espiritualidade por aquelas que vivenciam o adoecimento e o cuidado de enfermagem.

Aprender a “estar” com as mulheres que vivenciam o diagnóstico de câncer de mama exigiu imergir numa situação existencial concreta, aberta a uma relação intersubjetiva em um espaço de compreensão das experiências, em suas várias nuances expressivas, envolvendo corpo, mente e espírito. Respeitando cada participante como um ser único em seus aspectos psíquicos, sociais, espirituais e também na perspectiva do cuidado transpessoal.

A análise dos relatos das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico evidenciou, a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal, que a espiritualidade por elas manifestada constitui uma dimensão presente no contexto do adoecimento, representando um recurso que as fortalece e motiva para viver. Isso significa uma possibilidade concreta para efetivar-se o cuidar em enfermagem, valorizando cada paciente em seu aspecto integral e, considerando sua espiritualidade.

No contexto do cuidado, todo paciente deve ter a oportunidade para significar a sua experiência de saúde-doença, antes que os profissionais de saúde envolvidos determinem o tratamento terapêutico ou intervenções. O paciente tem opiniões e significados próprios, ligados a sua história de vida e suas experiências, e necessitam ser livres para examinar tal significado e incorporá-lo, ou não, na escolha terapêutica proposta pelo profissional de saúde.

Ao efetivar o cuidado, nesta perspectiva, a enfermagem, necessita internalizar o cuidado espiritual como uma de suas muitas preocupações, pois esta atitude poderá favorecer a organização diária das tarefas do enfermeiro se descentralizando de suas demandas tecnicistas com vistas à apreensão de dimensões humanas que beneficiem a dignidade e estimulem a esperança dos pacientes.

O princípio do cuidado transpessoal, defendido na teoria utilizada como referencial deste estudo, como modelo de cuidado centrado no indivíduo, na sua singularidade e na sua integralidade permite afirmar que a Teoria do Cuidado

Transpessoal é um importante referencial teórico para orientar a prática da dimensão espiritual na enfermagem. A Teoria possibilita compreender com riqueza de detalhes/interpretações a percepção da mulher com câncer de mama sobre a espiritualidade como forma de enfrentamento da doença.

O fundamento teórico e a valorização da dimensão espiritual podem contribuir profundamente para maior magnitude do cuidado em enfermagem e, conseqüentemente, para efetiva recuperação dos pacientes envolvendo corpo, mente e alma. O olhar atento ao ambiente de cuidado aliado à reflexão sobre a dimensão espiritual de si e da pessoa que está sendo cuidada, contribuem para o constante aprimoramento do cuidado de enfermagem, segundo a Teoria Transpessoal. Desta forma, o enfermeiro será capaz de compreender e, conseqüentemente, transformar as interações com os pacientes, possibilitando atenção mais completa às necessidades de quem está sendo cuidado com empatia, respeito e ética.

Na presente pesquisa, a espiritualidade foi uma estratégia de enfrentamento positiva diante do adoecimento por câncer de mama. Os aspectos das crenças religiosas e transcendentais, manifestadas através da fé, da força superior, da esperança e do altruísmo, foram destaque. Percebe-se que essas crenças espirituais são citadas como estratégias/apoio nos momentos difíceis, e também, como uma maneira de ressignificar os acontecimentos na vida das mulheres.

Por conseguinte, os resultados refletem a importância da espiritualidade no tratamento de pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico. A dimensão espiritual, relacionada ao adoecimento/tratamento pode ser evidenciada por atitudes de envolvimento, carinho, cuidado discernimento e autoconhecimento, bem como pela transcendência, a fé em um ser superior que promove o sentido da vida e confere dignidade ao ser humano.

A espiritualidade foi apontada como motivadora para que as mulheres cuidassem melhor de seu corpo físico e adotassem um estilo de vida mais saudável. E, por fim, a possibilidade de compartilhar as suas experiências e aprendizados, configurou-se em formas de ajudar outras mulheres sob as mesmas circunstâncias e também ajudar a si. Observa-se que as diversas situações e dificuldades que se apresentaram no decorrer do adoecimento e tratamento, foram destacadas como um desafio, como uma oportunidade de transformação pessoal.

Dessa forma, entende-se que a família e amigos, principalmente os filhos, representam a fonte de força e motivação para que as mulheres busquem na espiritualidade

coragem e confiança para acreditar e lutar pela realização do tratamento e dos cuidados necessários. Em relação ao ambiente terapêutico, as mulheres relataram a melhora significativa do espaço físico. Consideraram o ambiente mais acolhedor, relacionado ao sol, luz, energia, aliado ao cuidado.

Os resultados do estudo revelam que as mulheres têm muito a falar e a ensinar a respeito de suas vivências espirituais como pacientes em tratamento oncológico e do quanto estas podem contribuir para a qualidade de vida. Diante disso, torna-se importante que a enfermagem utilize sua sensibilidade e criatividade, a fim de incentivar e fortalecer as crenças individuais de cada paciente como forma de favorecer o enfrentamento das adversidades vividas no período de adoecimento, com ética e respeito, sem analisar ou julgar, fundamentada em uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança.

A equipe de enfermagem mostrou-se integrada à dimensão espiritual, no entendimento das entrevistadas, observado através do cuidado promovido e o vínculo com as pacientes. As mulheres percebem o enfermeiro como um profissional capacitado, que lhes proporciona o cuidado espiritual de forma eficaz. Nesta perspectiva, torna-se necessário valorizar e respeitar a paciente em suas crenças individuais, e também, aquelas ligadas à história do câncer, que fazem parte do inconsciente, devido ao estigma de finitude que o diagnóstico traz consigo. Assim, a experiência de vivenciar com as entrevistadas toda sua história de adoecimento foi transformadora e enriquecedora.

Portanto, a dimensão espiritual torna-se essencial na práxis do cuidado e necessita ser olhada e avaliada pelo enfermeiro, pois se configura como parte integrante do ser humano. É necessário que a enfermagem juntamente com toda equipe de saúde envolvida no cuidado, demonstre importância e interesse na história espiritual das pacientes e como elas enfrentam a própria doença. E, que a mulher com câncer de mama precisa de cuidados para sua dimensão espiritual e existencial e não somente para sua saúde física.

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível introduzir a temática na formação e capacitação dos profissionais para que estes promovam o cuidado na perspectiva da espiritualidade e integralidade do ser humano. Nesse sentido, cabe à enfermagem, mostrar-se disponível ao abordar o assunto, na prática diária do cuidado, na formação acadêmica e, por conseguinte na pesquisa e extensão.

Diante disso, tem-se convicção de que muitos aspectos não foram totalmente explorados, e que dada a relevância do tema, necessitam ser melhor estudado, buscando aprofundar o conhecimento sobre a espiritualidade em outras situações de adoecimento e, com isso compreender como as pessoas vivenciam esse processo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. G. et al. Qualidade de vida e cuidado de enfermagem na percepção de mulheres mastectomizadas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria RS, v. 5, n. 4, p. 607-617, 2015. Disponível em:

<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17103/pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016.

ALVES, R. **Livro sem fim**. Edições Loyola, 2002.

ALVES, J.S; JUNGES, J.R; LÓPEZ, L.C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010.

ANDERSSON, G. Chronic pain and praying to a higher power: useful or useless? **Journal of religion and health**, v. 47, n. 2, p. 176-187, 2008. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-007-9148-8#/page-1> Acesso em: 03 Ag. 2014.

AQUINO, V.V.; ZAGO, M.M.F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 42-7, jan.-fev. 2007.

ARAÚJO, M. A. M. et al. Os Conceitos de Sentido da Vida: reveladores da espiritualidade da pessoa com câncer. **Revista Logos & Existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial**, João Pessoa, PB. v. 4, n. 2, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/view/21726/14706>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BARDIN, L.; **Análise de Conteúdo**, Edição Revista Atualizada, 2011.280 p.

BARROS, A. G. et al. Relações de cuidado de mulheres diagnosticadas com câncer. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife v. 8, n. 7, jul. 2014.

BELLINI, J. M. et al. Qualidade de vida de mulheres portadoras do HIV. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 28, n. 4, p. 350-354, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000400010&script=sci_arttext). Acesso em: 17 jul. 2016.

BERENGUER, S.M.A.C. **Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) Veriati Universidade Portuguesa Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15386> Acesso em: 10 out. 2015.

BERVIAN, P.I.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. A família (con) vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 2, p. 121-8, 2006.

BITTENCOURT, J.F.V.; NETTO, I.F.; FERRAZ, L. M. Mulheres mastectomizadas: estratégias para o enfrentamento da nova realidade. **Vita et Sanitas**, v. 8, n. 8, p. 19-38, 2015. Disponível em: <http://www.fugedu.com.br/upload/journals/1/articles/3/public/3-12-1-PB.pdf>.> Acesso em: 17 jul. 2016.

BOFF, L. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante. 2006. 60p.

\_\_\_\_\_. **O cuidado necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013. 296p.

\_\_\_\_\_. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014. 248p.

BORGES, D.C. et al. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 6-11, jan. Mar. 2013.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/> Acesso em: 10 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. A mulher e o câncer de mama no Brasil. / Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 46 p.: Disponível em: <http://controlecancer.bvs.br/>

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em oncologia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 356p.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. **Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física.** Rio de Janeiro: INCA, 2014. 16p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. **Série A: Normas e Manuais Técnicos.** Cadernos de Atenção Primária, nº 29. Brasília, 2010

\_\_\_\_\_, **Resolução nº 466/12.** Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>> Acesso em: 10 jul. 2014.

BREDEMEIER, J.; GOMES, W.B. Percepção de qualidade de vida de pessoas com fibrose cística: um estudo sobre a adequação dos instrumentos de medida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 35-43, jan.-abr. 2007.

CAETANO, J.A.; SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do *self*-físico e *self*-pessoal. **Revista de Enfermagem. UERJ**, v. 13, p. 210-216, 2005.

CAETANO, E.A.; GRADIM, C.V.C.; SANTOS, L.E.S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Revista de Enfermagem. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 257-61, abr.-jun. 2009.

CANELLA, L.C.I. Arte e sagrado: a simbologia do lótus no budismo tibetano. **Anais do XIV Simpósio Nacional da ABHR**, Juiz de Fora, MG, 15 a 17 de abril de 2015.

Disponibilizado em:

<http://www.abhr.org.br/plura/ojs/index.php/anais/article/view/1055>. Acessado em: 22 set 2015.

CALVETTI, P.U.; MULLER, M.C.; NUNES, M.L.T. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, p. 523-530, 2008.

CARDOSO, D. H. **Estratégias para promoção da resiliência com mulheres sobreviventes ao câncer de mama.** 2014. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/38b3eff8baf56627478ec76a704e9b52.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CHOPRA, D. **A perspectiva espiritual: Deepak. Ciência X Espiritualidade: dois pensadores, duas visões de mundo.** Tradução de Claudio Carina. Rio de Janeiro, Sextante, 2012. p. 19-33.

COLLIÉRE, M.F. **Cuidar...A primeira arte da vida.** Lisboa: Lusociência, 2003. 448p.

CONDE, C. et al. A repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. **CIAIQ Investigação Qualitativa em Saúde, 2016**, v. 2, 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/913/897>. Acesso em: 17 jul. 2016.

COSTA, W.B. et al. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 16, n. 1, p. 31-37, jan. mar. 2012.

CORDEIRO, A.M.; OLIVEIRA, G.M.; RENTERÍA, J.M. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, nov. dez. 2007.

CORTEZ, E.A.; TEIXEIRA, E.R. O enfermeiro diante da religiosidade do cliente. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 114-119, jan. mar. 2010.

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

ESPÍNDULA, J.A.; VALLE, E.R.M.; BELLO, A.A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1229-1236, nov-dez 2010.

FABBRO, M.R.C.; WESTIN, U.M. Histórias de vida e câncer de mama: revendo a vida. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 403-410, jul.-set; 2009.

FAVERO, L. **Construção de um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda / Luciane Favero** – Tese 173p. (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

\_\_\_\_\_ et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma

década de produção brasileira. **Acta Paulista Enfermagem** v. 22, n. 2, p. 213-8, 2009.

\_\_\_\_\_; PAGLIUCA, L.M.F.; LACERDA, M.R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 500-505, 2013.

\_\_\_\_\_; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 490-6, 2012.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, V. S. et al. Vivências emocionais e perspectivas de futuro em mulheres com câncer de mama. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 42-63, jan. 2015 .

FORNAZARI, S.A.; FERREIRA, R.E.R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272, abr-jun. 2010.

FRANKL, V. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Editora Sinodal, 2013. 136 p.

\_\_\_\_\_. **Um sentido para a vida**: psicoterapia e humanismo. Tradução Victor Hugo Silveira Lapenta. Aparecida, São Paulo: Ideias& Letras. 11º ed. 2005. 159p.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008. p.197

GOBATTO, C.A.; ARAÚJO, T.C.C.F. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11-34, jan.-abr. 2013.

GOMES, A.; SANTO, C. E. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, Ago. 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7214/5210> Acesso em: 06 Abr. 2016.



GOMES, N. S.; SOARES, M. B.O.; SILVA, S. R. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 19, n. 2, p. 120-132, 2015.

GONZÁLEZ REY, F. L. As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 328-345, 2010.

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

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007.

IBIAPINA, S.R. et al. Aspectos psicoemocionais de mulheres pós-mastectomizadas participantes de um grupo de apoio de um hospital geral. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 135-142, 2015. Disponível em: <  
[http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/775/pdf\\_243](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/775/pdf_243)> Acesso em: 15 jul. 2016.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

LIBERATO, R.P.; MACIEIRA, R.C. Espiritualidade no enfrentamento do câncer. **Temas em Psico-Oncologia**, p. 414-431, 2008.

LIMA RAG. Notas sobre Enfermagem: enfermeiras fazendo a diferença na saúde global [Editorial]. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. Mai-jun 2010 Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_01.pdf). Acesso em: 10. Fev. 2016.

LUCCHESI, F. Ciência, Espiritualidade e Saúde: um encontro possível? **I Congresso Brasileiro de Espiritualidade e Religiosidade na Saúde Mental**. Porto Alegre, Set. 2007. Disponível em: <http://www.espiritualidadeesaude.com.br/>> Acesso em. 20 out. 2014.

LUCCHESI, F.A.; KOENIG, H.G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular**. São José do Rio Preto, Mar; v.28, n.1, p.103-28, jan. mar. 2013.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A.L.G.; AVEZUM, J.R.A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 55-57, jan.-fev. 2011.

LUCCHETTI; ALMEIDA, L.G.C.; GRANERO, A.L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v. 32, n. 1, p. 128-132, jan. mar. 2010.

KOVÁCS, M.J. Espiritualidade e psicologia: cuidados compartilhados. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 46-55, abr.-jun. 2007.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KANDASSAMY, U.N.; CHATURVEDI, S.K.; DESAI, L. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. **Indian Journal Cancer. India** v.48, n. 1, p. 55-59, jan. mar. 2011. Disponível em: <<http://www.indiancancer.com/article.asp?issn=0019509X;year=2011;volume=48;issue=1;spage=55;epage=59;aulast=Kandasamy>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

KOENIG, H.G. **Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Tradução de Iuri Abreu. – Porto Alegre, RS. Editora: L&pm, 2012. 242p.

MACIEIRA, R.C.; CURY, M.C.S.; MASTESE, J.C. Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**. v. 17, n. 3, p. 102-106, set. 2007.

MARQUES, L.F.et al. A religiosidade/espiritualidade (r/e) em profissionais/trabalhadores da saúde. **INTERAÇÕES-Cultura e Comunidade**, Minas Gerais, v. 10, n. 18, p. 195-209, 2015. Disponível em: <http://200.229.32.55/index.php/interacoes/article/view/9750>.> Acesso em: 17 jul. 2016.

MARTINS, M. M. B; FARIAS, M. D. B. S; SILVA, I. S. Sentimentos pós mastectomia em mulheres atendidas em uma associação de apoio às pessoas com câncer. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. 2, p. Pág. 596-607, 2016. Disponível em: <http://gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/1509>. Acesso em: 18jul. 2016.

MARTINS, A.R. B.; OURO, T.A; NERI, M. Compartilhando vivências: contribuição de um grupo de Apoio para mulheres com câncer de mama. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 131-151, jun. 2015 .

MATHIAS, J.J.S.; ZAGONEL, I.P.S.; LACERDA, M.R. Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 332-7, set. 2006.

MDT. **Manual de Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses**. 9.ed. Universidade Federal de Santa Maria. Pró-Reitoria e Pós-Graduação e Pesquisa. Santa Maria: Ed. UFSM. 2015. 72 p.

MELO, M.C.S.C. **Mulheres em risco familiar para o câncer de mama: uma hermenêutica da prevenção secundária**. 2009. 172 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MELO, C. F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. psicol.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002)>. Acesso em: 17 de jul. 2016.

MISTURA, C.; CARVALHO, M.F.A.A; SANTOS, V.E.P. Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 3, p. 351-359, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição, 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das Pesquisas em Ciência, Saúde e espiritualidade. **Cienc. Cult.** [Online]. 2016, vol.68, n.1, pp. 54-57. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252016000100016&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252016000100016&script=sci_arttext).> Acesso em: 15 de jul. 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A; KOENIG, H.G. LUCCHETTI, G. Implicações clínicas da espiritualidade para a saúde mental: Revisão de evidências e orientações práticas **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 36, n.2, p. 176-182, junho de 2014.

MORRIS, D.N. et al. Spirituality in Occupational Therapy: Do We Practice What We Teach? **Journal of Religions and Health**. v.53, n.1, p. 27-36. 2014.

Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-012-9584-y#/page-1>>. Acesso em: 25. Jun. 2014.

MOURA, F.M.J.S.P, et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 477-84, 2010.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 437-40, 2010.

NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 215-21, mar.- abr. 2009.

NASCIMENTO, K., et al.; Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15598>> Acesso em: 17 Jul. 2016.

NEGRINI, M. R.; RODRIGUES, A. R. F. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente junto a mulheres mastectomizadas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo v. 24 n. 4, p. 255-263, jul.-agos.2000.

NIGHTINGALE F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; 1989.

OLIVEIRA, M.R.; JUNGES, J.R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, Natal, set. Dez. 2012.

OLIVEIRA, M.C.M.; et al. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com linfadenectomia axilar. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 1- 14, jul.-set. 2013.

OLIVEIRA, G.R.; et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 140-4, abr.-jun. 2013.

OTANI, M.A.P.; BARROS, N.F.; MARIN, M.J.S. A experiência do câncer de mama: percepções e sentimentos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p.

229-239, jul.- set. 2015.

PANZINI; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, set.- dez. 2005.

PARGAMENT, K. Research suggests correlation between religion and well-being. **Research News & Opportunities in Science and Theology**, v.1, n. 11/12, p. 37, 2001.

PEÇANHA, N.L.D. Câncer: Recursos de enfrentamento na trajetória da doença. **Temas em psico-oncologia**, p. 209-217, 2008.

PENHA, R.M.; **A espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: Análise de Conceito**. 2012. 224p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; São Paulo, 2012.

PENHA, R. M.; Silva, M. J. P. et al. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 260, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a02v21n2>.

PEREIRA, D.; BRAGA, A. A.M. A mastectomia e a ressignificação do corpo no feminino. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/601/592>.> Acesso em: 17 de jul. 2016.

PERES, Mario Fernando Prieto et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives of Clinical Psychiatry**, 2007.

PEREIRA, A. G.; COUTINHO, I.M.S. Os sentidos e os efeitos sociais da informação televisiva em saúde: um estudo de recepção com pacientes do câncer de mama. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2016. ISSN 1981-6278. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1002>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

PIMENTA, A.F.F. et al. **Sintomas da menopausa**: A espiritualidade associada com a gravidade dos sintomas. 2011. 362p. Tese. (Doutorado em Psicologia) ISPA – Instituto Universitário. Lisboa/Portugal. 2011.

PINTO, A. C. et al. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Saúde.Com**, Bahia, v. 11, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/263/303>.> Acesso em: 17 de jul. 2016.

RABELO, A.C.S. **Cuidado clínico transpessoal de enfermagem dirigido ao ser-cardiopata no peri operatório de cirurgia cardíaca** 2014. 129p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará; Fortaleza- Ceará, 2014.

REIS, A.P. A. **Alopecia: cotidiano da mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico**. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2015. Disponível em: <https://bdt.unifal-mg.edu.br:8443/bitstream/tede/328/5/Dissertacao%20de%20Ana%20Paula%20Alonso%20Reis.pdf>.> Acesso em: 15 de jul. 2016.

RIBEIRO, N.R. Flor de Lótus: saiba porque ela é um dos símbolos mais profundos e antigos que existem. **Revista Pazes**, 23, jan. 2016. Disponível em: <http://www.revistapazes.com/flordelotus/> acesso em: 14 fev. 2016

ROBINSON, M.R.; et al. As questões da espiritualidade, no final de vida na unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Pediatria**. Set.v.118, n.3, p.719-29, set. 2006.

RODRIGUES, R. S.; **O aconselhamento pastoral e a sua abordagem em pacientes oncológicos: da crise à intervenção**. 2012. 95p. Dissertação (Mestrado em Teologia) - Escola superior de Teologia São Leopoldo, São Leopoldo RS, 2012.

ROTHER, E.T.; Revisão sistemática versus revisão narrativa. **Acta paulista Enfermagem. São Paulo**, vol.20 n.2 Abr./Jun. 2007.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSAK, S.I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 92-98, 2014.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. Espiritualidade e Saúde. **Einstein: Educação Continuada em Saúde**. São Paulo, v.6, n 3, p. 135-6. 2008

SALIMENA, A.M.O.; et al. Mulheres enfrentando o câncer de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 16, n. 3, p. 339-347, jul.-set. 2012.

SANTO, C.C. et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 18, n. 2, p. 372-8, abr.-jun. 2013.

SANTOS, I. et al.; Processo clínico e integridade do cuidar em enfermagem de pessoas com câncer: investigação piloto. **Revista Enfermagem UERJ**, 21, mar. 2014.  
Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10011>>. Acesso em: 17 Jul

SANTOS, M. R. et al. A prática do cuidado do enfermeiro com famílias de criança à luz de Jean Watson. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. (espe.) p. 80-86, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/103046-180353-1-PB.pdf>> Acesso em: 17 de julho de 2016.

SAVIETO, R. M.; LEAO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma Reflexão Sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, mar. de 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100198](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198)>. Acesso em 16 de julho de 2016.

SEYBOLD, K.S. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. **Journal of behavioral medicine**, v. 30, n. 4, p. 303-309, 2007. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10865-007-9115-6#page-1>>. Acesso em: 07 set. 2014.

SICA, N; ROCHA M. P.; FLECK, A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 1, p. 19-2338, 2011.

SILVA, S.E.D.; et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 727-34, set-out. 2010.

SILVA, J.B.; SILVA, L.B. Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. **Revista Logos & Existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial**, v. 3, n. 2, p. 203-215, 2014.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: A comunicação nas relações interpessoais em saúde. 10º ed. Edições Loyola, São Paulo, jan. 2015. 133p.

SORATTO, M.T. et al. Espiritualidade e Resiliência em Pacientes Oncológicos. **Saúde e Pesquisa**, Maringá PR. v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016. Disponível em:

[file:///C:/Users/Cliente/Downloads/4284-20846-2-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/4284-20846-2-PB%20(2).pdf).> Acesso em 15 jul. 2016.

SOUZA, E.A.; GOMES, E.S. A visão de homem em Frankl. **Revista Logos & Existência**: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial, v. 1, n. 1, p. 50-57, 2012.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 190-196, 2009.

TEIXEIRA, J.J.V.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia** v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

TOMASSO, C.S.; BELTRAME, I.L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. V. 19 n. 5, set – out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM). **Hospital Universitário de Santa Maria/Histórico**. Santa Maria, 2015. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/>>. Acesso em: 30 fev. 2016.

VERAS, L.A.T; JUNIOR, E.F.V; CARVALHO, P.M.G. Enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 195-201, 2015.

ZENEVICZ, L.T.; SANTOS, W.F. Crença em símbolos espirituais no processo de envelhecimento. **Revista Fisi Senectus**, Uno Chapecó, v. 1, n. 1, p. 51-60, jan.-jun. 2013.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Editora Vozes Limitada, 2012. 196p.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. Editora Roca, 2005. 328p.

WATSON J. **Caring science as sacred science**. Philadelphia: F.A Davis; 2005.

\_\_\_\_\_. Teoria do cuidado humano e vivências subjetivas Watson ?? s: Fatores Caritativos / caritas processos como um guia disciplinar para a prática profissional de



enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v 16, n. 1, p.129-135, março de 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100016&script=sci_arttext). Acesso em 16 de julho de 2016.

\_\_\_\_\_. **Caritas Processes refined from Inova Health.** 2007. Disponível em: <http://watsoncaringscience.org/about-us/caring-science>> Acesso em: 02 ag. 2014.

\_\_\_\_\_. **Enfermagem Pós-Moderna e Futura:** um novo paradigma da enfermagem. Tradução de João M. Machado Enes. Loures (POR): Lusociência; 2002.

\_\_\_\_\_. **Enfermagem:** ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Rio de Janeiro: Lusociência; 2002.

\_\_\_\_\_. **Nursing: the philosophy and science of caring.** Boston: Little, Brown; 1979 disponível em: <http://watsoncaringscience.org> Acesso em: 10 Jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Nursing** human science and human care. East Norwalk C.T: Appleton Century Grofts; 1985.

\_\_\_\_\_. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. **Revista addition.** Colorado (USA): University Press of Colorado; 2008.

\_\_\_\_\_. Caring as the essence and science of nursing and health care. **Mundo saúde.** 2009 abr-jun; 33(2):143-9.

WATSON J. **Human caring science: a theory of nursing.** 2nd ed. Ontario: Jones & Bartlett Learning; 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro dos dados de identificação das mulheres entrevistadas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

#### 1- Caracterização das participantes:

Procedência: Área rural ( ) Área urbana ( )

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Número de filhos \_\_\_\_\_ Idade dos filhos: \_\_\_\_\_

Trabalha ( ) Sim ( ) Não

Profissão \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Religião ( ) Sim ( ) Não Qual \_\_\_\_\_

Praticante ( ) Não praticante ( )

Participa com que regularidade e em que atividades? \_\_\_\_\_

#### 2- Condições Clínicas:

Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Estágio da doença: \_\_\_\_\_

#### 3- Tratamentos:

Quimioterapia ( ) Tempo \_\_\_\_\_

Radioterapia ( ) Tempo \_\_\_\_\_

Cirurgia ( ) Tempo \_\_\_\_\_

Reconstituição da mama ( ) Tempo \_\_\_\_\_ Metástase ( ) Tempo \_\_\_\_\_

Recidiva ( ) Tempo \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Perguntas norteadoras para a entrevista****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

- 1) Você está vivendo uma fase difícil em sua vida. O que tem lhe ajudado neste processo?
- 2) O que você pensa sobre a espiritualidade?
- 3) O que você acha que dá sentido à sua vida?
- 4) Como você percebe a espiritualidade em sua vida?
- 5) Sua vivência relacionada a espiritualidade se modificou depois do seu adoecimento? De que forma?
- 6) O que você faz/realiza em relação a sua espiritualidade?
- 7) E na sua família como você percebe a espiritualidade? Houve mudanças após o seu adoecimento? Quais?
- 8) Como você pensa que a enfermagem poderia cuidar de você no aspecto espiritual? Isso tem acontecido?

**APÊNDICE C - Termo de Confidencialidade**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS**  
**DADOS**

**Título do projeto:** “A espiritualidade de mulheres com câncer de mama: um estudo na ótica da Teoria Transpessoal”.

**Pesquisador responsável: Orientadora:** Enf.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Nara Marilene Girardon-Perlini

**Autora:** Enf.<sup>a</sup>. Md.<sup>a</sup>. Noeli Maria Birk

**Instituição/Departamento:** Centro de Ciências da Saúde - Programa de pós-graduação em enfermagem - Mestrado em enfermagem – UFSM **Telefone:** (055) 3220 8029 (PPGEnf/UFSM).

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevista gravada no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS/Brasil. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto e demais produções científicas oriundas desta, como artigos, trabalhos para eventos científicos. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339 - 97105-900 – Camobi, Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof.<sup>a</sup>. Pesquisadora Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 19/03/2015, e recebeu o número Caae 40679515.1.0000.5346

Santa Maria, RS, ..... de.....de 2015

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria – RS.  
**Telefone:** (55) 3220 9362 **Fax:** (55) 3220 8009 **E-mail:** [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com)

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**Título do estudo:** “A espiritualidade de mulheres com câncer de mama: um estudo na ótica da Teoria Transpessoal”.

**Pesquisador/ Autora:** Mda. Noeli Maria Birk

**Pesquisador/Responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

**Telefone e endereço:** (55) 3220-8029 (PPGEnf/UFSM) Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339, CEP 97105-970 - Santa Maria - RS.

**Local da coleta de dados:** Hospital Universitário de Santa Maria, RS.

Eu Noeli Maria Birk, mestranda em enfermagem da Universidade Federal Santa Maria (UFSM), convido-a participar como voluntária desta pesquisa.

**Objetivo:** Esta pesquisa pretende conhecer como a mulher com diagnóstico de câncer de mama percebe a espiritualidade como forma de enfrentamento durante o adoecimento. Acredita-se que conhecer sobre a temática espiritualidade seja importante para o cuidado de enfermagem, uma vez que a espiritualidade tem importância na relação com a saúde e a doença.

**Procedimentos:** Para participar você precisará responder a uma entrevista falando sobre sua espiritualidade. Sua participação será fundamental para a realização do estudo. No entanto, destacamos que você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Esclarecemos que você não terá nenhuma despesa, assim como nenhuma gratificação por participar no estudo. As entrevistas serão realizadas durante o período em que você estiver no hospital para o seu tratamento. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas em eventos ou publicações, sem a

identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação e suas informações.

**Riscos:** Informamos que, no decorrer da entrevista, é possível que aconteçam desconfortos devido ao tempo da conversa, ou você poderá sentir-se emocionada ao falar sobre sua doença e o que está vivendo. Caso isto aconteça, você poderá interromper sua participação e/ou optar por retomá-la em outro momento ou não. Neste momento poderemos conversar sobre o que você está sentindo sem que essa conversa seja considerada para o estudo. Se você desejar, podemos encaminhá-la ao serviço de psicologia. Por outro lado, a sua participação no estudo poderá contribuir para que você possa falar sobre o que está vivendo e reconhecer o que lhe ajuda neste momento.

**Benefícios:** Os resultados deste estudo podem trazer benefícios para o cuidado de enfermagem por possibilitarem repensar as práticas e contribuir para o cuidado espiritual. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada no serviço público. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelas pesquisadoras.

**Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informada, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

---

Assinatura da entrevistada

---

Pesquisadora: Noeli Maria Birk

---


Pesquisadora responsável: Enf. Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Avenida Roraima, 1000  
Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética Cidade Universitária - Bairro Camobi  
- 97105-900 - Santa Maria – RS **Telefone:** (55) 3220 9362 **Fax:** (55) 3220 8009  
**E-mail:** [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com)

ANEXOS

ANEXO A – FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS



**Gerência de Ensino e Pesquisa**  
do Hospital Universitário de Santa Maria

FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP: 148 / 2014      Data: 22/12/2014

Pesquisador: Nara Mari Tere Oliveira Girardon Perini      Função: Professora Adjunta

SIAPE: 13222351      Telefone: 9973 5986      Unidade/Curso: ENFE/CCS      E-mail: nara.girardon@h.usm.br

Título: A espiritualidade na perspectiva do familiar com mulher com câncer de mama: contribuições para o cuidado de enfermagem

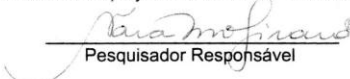
**TIPO DE PROJETO:** (  ) Pesquisa ( ) Extensão ( ) Institucional

**FINALIDADE ACADÊMICA:** ( ) TCC ( ) Especialização (  ) Dissertação ( ) Tese ( ) Outro

**TIPO DE PESQUISA:** ( ) Inovações Tecnológicas em Saúde ( ) Operacional ( ) Clínica (  ) Básica ( ) Políticas Públicas de Saúde

**FONTE DE FINANCIAMENTO:** (  ) Recursos Próprios ( ) HUSM ( ) Agência Pública de fomento nacional ( ) Agência Pública de fomento internacional ( ) Indústria Farmacêutica ( ) Grupo de Pesquisa


OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.



Prof.ª Dr.ª Nara M. Girardon Perini  
Pesquisador Responsável      COREN/RS 43046

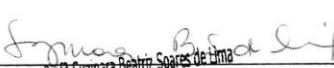
Avaliação e Aprovação Setorial

Atenção Chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.

Setores envolvidos	Concorda com o projeto	Assinatura e carimbo dos responsáveis
<u>Unb. QTX</u>	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim      ( ) Não	
	( ) Sim      ( ) Não	<small>Enyla Suzinara Beatrix Soares de Lima</small>
	( ) Sim      ( ) Não	<small>Chefe da Divisão de Enfermagem</small>
	( ) Sim      ( ) Não	<small>HUSM - FBSEERH</small>
	( ) Sim      ( ) Não	<small>COREN 56.571</small>
	( ) Sim      ( ) Não	
	( ) Sim      ( ) Não	
	( ) Sim      ( ) Não	
	( ) Sim      ( ) Não	

PARECER COMISSÃO CIENTIFICA GEP: APROVADO      Data: 29/12/2014

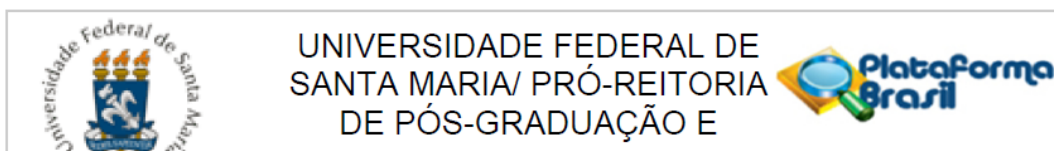
PARECER AO CEP



Prof.ª Suzinara Beatrix Soares de Lima  
Unidade na Divisão de Enfermagem  
HUSM - FBSEERH  
COREN 56.571

Data: 29/12/2014





## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Espiritualidade na perspectiva da mulher com câncer de mama: contribuições para o cuidado de enfermagem

**Pesquisador:** NARA MARILENE OLIVEIRA GIRARDON-PERLINI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40679515.1.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 991.305

**Data da Relatoria:** 14/04/2015

#### **Apresentação do Projeto:**

O projeto se intitula "Espiritualidade na perspectiva da mulher com câncer de mama: contribuições para o cuidado de enfermagem" e se vincula ao mestrado em Enfermagem.

No resumo do projeto consta o seguinte texto: "O adoecimento por câncer constitui-se em uma experiência humana que, por seus significados socioculturais e estigmas, remete ao enfrentamento de questões de ordem existenciais e, a busca por recursos que ajudem a encontrar sentido para o que está sendo vivido. Na última década, observa-se a ampliação de estudos sobre a temática da espiritualidade dada a importância de trazer subsídios aos profissionais das diversas áreas, mas, em especial, aos que lidam com sofrimento e morte. A atenção voltada para a dimensão espiritual torna-se cada vez mais necessária à prática assistencial na saúde, uma vez que a ciência, aos poucos, vem reconhecendo o papel fundamental da espiritualidade na dimensão do ser humano. O estudo tem como pergunta de pesquisa: qual a percepção das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em relação a espiritualidade? O objetivo geral é conhecer a percepção das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em relação à espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, orientada pelo referencial teórico da Teoria do Cuidado Transpessoal. Os dados serão

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

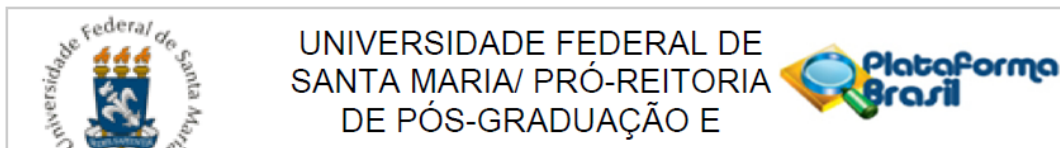
**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 991.305

coletados mediante entrevista semiestruturada e terá início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A análise dos dados será realizada de acordo com o método de Análise de Conteúdo. Os preceitos éticos serão baseados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 que define as normas e diretrizes envolvendo pesquisas com seres humanos. Os resultados deste estudo poderão suscitar reflexões que possibilitem repensar as práticas desenvolvidas pela enfermagem no que tange a espiritualidade das pessoas com quem interage, além de contribuir para fortalecer a práxis em relação ao cuidado da dimensão espiritual."

Na p. 30 do projeto consta que "a realização desta investigação, terá como cenário, o Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)." As participantes da pesquisa serão mulheres com diagnóstico de câncer de mama em acompanhamento quimioterápico no Ambulatório de Quimioterapia. A amostra que constituirá a pesquisa será de aproximadamente 14 mulheres, tendo como referência estudos realizados com população semelhante (GUERRERO, 2011) e que atendam os seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos, apresentar disponibilidade física e emocional (estar consciente, lúcida e orientada, com capacidade de verbalização preservada) para participar do estudo e estar em tratamento quimioterápico há mais de quatro meses, valorizando um período mínimo para o enfrentamento inicial do diagnóstico e tratamento".

Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, composta por perguntas abertas.

Consta, ainda, orçamento, cronograma e roteiro da entrevista.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

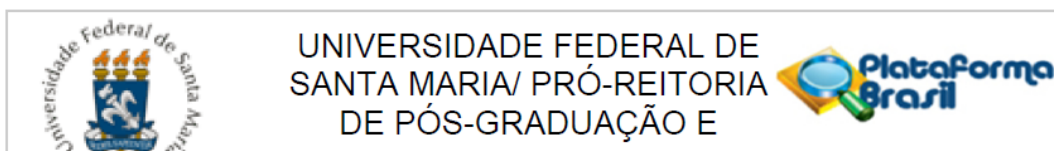
Na p. 12 do projeto consta que os objetivos são:

"Geral: conhecer a percepção das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em relação à espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença.

Específicos:

- conhecer os significados que a mulher com câncer de mama atribui à espiritualidade;

<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
<b>Bairro:</b> Camobi <b>CEP:</b> 97.105-970
<b>UF:</b> RS <b>Município:</b> SANTA MARIA
<b>Telefone:</b> (55)3220-9362 <b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 991.305

- identificar as estratégias relacionadas à espiritualidade utilizadas no enfrentamento da doença/tratamento.
- conhecer como as mulheres com diagnóstico de câncer de mama percebem o cuidado prestado pela enfermagem no que se refere a espiritualidade."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No TCLE consta a seguinte descrição de riscos e benefícios: "Informamos que, no decorrer da entrevista, é possível que aconteçam desconfortos devido ao tempo da conversa ou você poderá sentir-se emocionada ao falar sobre sua doença e o que está vivendo. Caso isto aconteça, você poderá interromper sua participação e optar por retomá-la em outro momento ou não. Neste momento poderemos conversar sobre o que você está sentindo sem que essa conversa seja considerada para o estudo. Se você desejar podemos encaminhá-la ao serviço de psicologia. Por outro lado a sua participação no estudo poderá contribuir para que você possa falar sobre o que está vivendo e reconhecer o que lhe ajuda neste momento. Os resultados deste estudo podem trazer benefícios para o cuidado de enfermagem por possibilitarem repensar as práticas e contribuir para o cuidado espiritual."

Considerando-se as características do projeto, esta descrição pode ser considerada suficiente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

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

Foram apresentados de modo suficiente.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
<b>Bairro:</b> Camobi	<b>CEP:</b> 97.105-970
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> SANTA MARIA
<b>Telefone:</b> (55)3220-9362	<b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com