

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**  
**RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CÂNCER**

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.031-021>

**Igor Marcelo Castro e Silva**

Programa de Doutorado em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo

Médico Departamento de Patologia, Universidade Federal do Maranhão, Brasil. Praça Madre de Deus, 01, anexo ao Hospital Geral, São Luís, Maranhão

**Beatriz Castro e Silva de Albergaria Barreto**

Estudante de Medicina na Universidade de Salvador

**Andrea Marques da Silva Pires**

Médico Departamento de Patologia, Universidade Federal do Maranhão, Brasil. Praça Madre de Deus, 01, anexo ao Hospital Geral, São Luís, Maranhão

**Yara Maria Cavalcante de Portela**

Médico do Departamento de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Brasil.

**Carmen Lúcia Penteado Lancellotti**

Programa de Doutorado em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo

M.D Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil. Rua Dr. Cesário Motta Jr, 61- São Paulo- SP. CEP: 01221-020

---

**RESUMO**

Objetivo: Verificar a correlação entre religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer de mama. Método: Estudo analítico longitudinal, prospectivo, realizado entre janeiro de 2019 e março de 2020, em um hospital público do Maranhão. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e os instrumentos EORTC-QLQ-C30, EORTC-QLQ-BR23 e Escala DUREL. Os dados foram verificados pelo teste de Shapiro-Wilk, coeficiente de correlação de Pearson e Spearman. Resultados: Participaram da pesquisa oitenta mulheres, com idade média de 52 anos, casadas, com ensino médio, brancas, católicas. Observou-se correlação positiva entre religiosidade e qualidade de vida em todas as etapas do tratamento quimioterápico. Conclusão: A associação positiva entre religiosidade e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico foi a conclusão do nosso estudo. A religiosidade é um fator essencial de qualidade de vida nas doenças oncológicas.

**Palavras-chave:** Câncer de mama. Quimioterapia. Religiosidade. Qualidade de Vida. Mulher.



## 1 INTRODUÇÃO

Pacientes com câncer apresentam muitos estressores que podem afetar sua qualidade de vida (QV) <sup>(1,2,3)</sup>. Portanto, é de grande valia que a equipe multidisciplinar avalie a QV para desenvolver estratégias que melhorem a QV <sup>(4,5,6)</sup>.

Dentre esses recursos está a religiosidade, entendida como a adesão a práticas que o indivíduo acredita e segue. O enfrentamento religioso pode se apresentar como um elemento que contribui para a adesão ao tratamento <sup>(7,8)</sup>.

O objetivo deste estudo foi verificar a correlação entre religiosidade e QVRS de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico.

## 2 MÉTODO

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo longitudinal, observacional e analítico do tipo coorte prospectiva, com seguimento de seis meses.

### 2.2 POPULAÇÃO

Mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico no Serviço de Quimioterapia do Hospital Estadual de Câncer Tarquínio Lopes Filho, localizado na cidade de São Luís - Maranhão. Foram incluídas mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico exclusivo, em qualquer estágio da doença, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos aqueles que estavam em tratamento hormonal e/ou radioterapia.

### 2.3 AMOSTRA

A amostra foi dimensionada de forma não probabilística, incluindo sequencialmente todas as pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico de janeiro de 2019 a março de 2020.

### 2.4 RECOLHA DE DADOS

Após apresentação inicial e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os dados foram coletados pelos pesquisadores, por meio de entrevistas individuais e preenchimento de questionários e instrumentos no primeiro dia de tratamento (fase 01) e ao final de seis meses (fase 02), ao final dos ciclos de quimioterapia.

As entrevistas foram realizadas durante a sessão de quimioterapia, em local adequado, com duração aproximada de 60 minutos. Foram utilizados três questionários: questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, construído pelos pesquisadores com dados como idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação profissional, atividade religiosa, diagnóstico médico, cirurgias prévias,

esquemas quimioterápicos aplicados na primeira fase; os questionários de QVRS elaborados pelo *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire -Core 30* (EORTC QLQ-C30) e pelo *Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer Module (QLQ-BR23)*, ambos em português e validados no Brasil, aplicados em todas as fases da pesquisa. O questionário EORT QLQ C30 é autoexplicativo, composto por 30 questões e dividido em três dimensões: qualidade de vida geral, escalas funcionais (função física, função emocional, função cognitiva, função geral e função social) e escalas de sintomas (fadiga, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, náuseas e vômitos, constipação, diarreia e dificuldade financeira). O questionário BR23, um módulo específico para pacientes que tiveram câncer de mama, é composto por 23 questões divididas em duas dimensões: escalas funcionais (imagem corporal, perspectiva futura, função sexual e satisfação sexual) e escalas de sintomas (efeitos da quimioterapia, preocupação com a queda de cabelo, sintomas mamários e sintomas no braço). Para a avaliação do coping religioso, foi utilizada a Escala de Religiosidade de Duke (DUREL), validada para a cultura brasileira por Taunay<sup>(9)</sup>. Trata-se de um instrumento que possui cinco itens que medem o envolvimento religioso associado ao desfecho de saúde. O item 1 trata da religiosidade organizacional (OR), no qual se verifica a frequência das reuniões religiosas. O item 2, religiosidade não organizacional (NOR), trata da frequência de atividades religiosas privadas, como orações e programas religiosos na televisão aberta. Os itens 3 a 5 compreendem a religiosidade intrínseca (RI) e denotam a perspectiva da busca da experiência da religiosidade como objetivo individual<sup>(9)</sup>.

## 2.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados deste estudo foram analisados quantitativamente, aplicando-se os princípios da estatística descritiva e inferencial. Elas foram digitadas em planilha Excel, com dupla digitação das respostas e sua validação. Após a validação do banco de dados, os procedimentos estatísticos foram realizados no programa SPSS versão 19, considerando um nível de significância de 5%.

Para a análise descritiva das variáveis nominais ou categóricas, foram utilizadas medidas de posição, valores mínimos e máximos e desvio padrão para as variáveis contínuas.

Foi realizada análise bivariada, demonstrando a relação de associação entre as variáveis, na qual foi utilizado o Teste Exato de Fisher. A Correlação Linear de Spearman também foi utilizada para avaliar a correlação entre os domínios do WHOQOL e da escala DUREL. Para verificar diferenças entre os grupos, foram utilizados o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e o teste de Mann-Whitney.

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de

### 3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 80 mulheres, cuja média de idade foi de  $52,54 \pm 9,54$  anos, predominantemente brancas, casadas, católicas, com escolaridade média<sup>(10)</sup>.

Em relação à avaliação da QVRS dos pacientes na fase 01, observamos maiores escores médios de QV para as dimensões da escala funcional (função física) e da escala de sintomas (dispneia, perda de apetite, náuseas e vômitos, constipação, diarreia, efeitos da quimioterapia, preocupação com queda de cabelo e sintomas no braço). Os piores escores médios de QV estavam presentes na escala funcional (função sexual) e na escala de sintomas (Insônia) (Tabela 1)<sup>(10)</sup>.

Tabela 1: Valores mínimos, máximos, médios e desvios-padrão das respostas para os domínios dos questionários de Qualidade de Vida no tratamento quimioterápico oncológico fase 01 e fase 02.

<b>Questionário EORTC QLQ-C30</b>									
	<b>Dimensões</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média ± Desvio Padrão</b>		<b>Dimensões</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média ± Desvio Padrão</b>
<b>Fase 01</b>	<b>Qualidade de vida geral</b>	58,33	83,33	77,71 ± 7,36	<b>Fase 02</b>	<b>Qualidade de vida geral</b>	50	75	66,15 ± 5,19
	<b>Escala funcional</b>					<b>Escala funcional</b>			
	<i>Função física</i>	86,67	100	97,25 ± 3,63		<i>Função física</i>	80	100	94,50 ± 5,49
	<i>Função emocional</i>	58,33	100	81,35 ± 10,71		<i>Função emocional</i>	58,33	91,67	78,13 ± 8,00
	<i>Função cognitiva</i>	83,33	100	95,83 ± 7,26		<i>Função cognitiva</i>	83,33	100	96,88 ± 6,55
	<i>Função geral</i>	83,33	100	92,71 ± 8,32		<i>Função geral</i>	50	100	78,13 ± 18,10
	<i>Função social</i>	33,33	100	66,88 ± 25,09		<i>Função social</i>	33,33	66,67	62,08 ± 8,38
	<b>Escala de sintomas</b>					<b>Escala de sintomas</b>			
	<i>Fadiga</i>	0	22,22	5,56 ± 7,50		<i>Fadiga</i>	0	33,33	9,44 ± 9,37
	<i>Dor</i>	0	33,33	3,96 ± 7,61		<i>Dor</i>	0	33,33	0,83 ± 5,24
	<i>Dispneia</i>	0	0	0		<i>Dispneia</i>	0	0	0
	<i>Insônia</i>	0	33,33	16,25 ± 16,77		<i>Insônia</i>	33,33	33,33	33,33 ± 0,10-7
	<i>Perda de apetite</i>	0	0	0		<i>Perda de apetite</i>	0	33,33	16,67 ± 16,77

	<i>Náuseas e vômitos</i>	0	0	0		<i>Náuseas e vômitos</i>	0	50	19,38 ± 17,48
	<i>Constipação</i>	0	0	0		<i>Constipação</i>	0	0	0
	<i>Diarreia</i>	0	0	0		<i>Diarreia</i>	0	33,33	4,58 ± 11,55
	<i>Dificuldade financeira</i>	0	33,33	3,75 ± 10,60		<i>Dificuldade financeira</i>	33,33	33,33	33,33 ± 0,10-7
<b>Questionário EORTC QLQ-BR23</b>									
	<b>Dimensões</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média ± Desvio Padrão</b>		<b>Dimensões</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média ± Desvio Padrão</b>
<b>Fase 01</b>	<b>Escala funcional</b>					<b>Escala funcional</b>			
	<i>Imagem corporal</i>	0	66,67	25,73 ± 18,57		<i>Imagem corporal</i>	16,67	50	34,06 ± 6,10
	<i>Perspectivas futuras</i>	33,33	66,67	34,58 ± 6,37		<i>Perspectivas futuras</i>	33,33	66,67	40,00 ± 13,42
	<i>Função Sexual</i>	0	16,67	8,54 ± 8,38		<i>Função Sexual</i>	0	16,67	4,38 ± 7,38
	<i>Satisfação sexual</i>	-	-	-		<i>Satisfação sexual</i>	-	-	-
	<b>Escala de sintomas</b>					<b>Escala de sintomas</b>			
	<i>Efeitos da quimioterapia</i>	0	0	0		<i>Efeitos da quimioterapia</i>	0	19,08	12,50 ± 6,49
	<i>Queda de cabelo</i>	0	0	0		<i>Queda de cabelo</i>	0	100	48,33 ± 36,32
	<i>Sintomas da mama</i>	0	16,67	4,90 ± 4,72		<i>Sintomas da mama</i>	0	16,67	8,54 ± 1,86
	<i>Sintomas no braço</i>	0	0	0		<i>Sintomas no braço</i>	0	11,11	7,50 ± 5,24
					<b>Fase 02</b>				

Na fase 02, foram registradas melhores classificações para a escala funcional (função cognitiva) e escala de sintomas (dispneia e constipação). As piores avaliações foram descritivas para a escala funcional (função sexual) e escala de sintomas (preocupação com a queda de cabelo) (Tabela 1) <sup>(10)</sup>.

Quanto à religiosidade, de modo geral, os índices apresentaram valores medianos em ambas as fases do tratamento. Para o OR, as médias foram de 2,00 ± 0,00 (mín. 2 e máx. 2) (fase 1) e 1,31 ± 0,47 (mín. 1 e máx. 2) (fase 2). Para o NOR, as médias foram descritas como 2,21 ± 0,41 (mín. 2 e máx. 3) (fase 1) e 2,00 ± 0,00 (mín. 2 e máx. 2) (fase 2). No índice de RI, os valores médios foram de 4,61 ± 0,93 (mín. 3 e máx. 6) (fase 1) e 4,84 ± 1,32 (mín. 3 e máx. 8) (fase 2). (Tabela 2).

Tabela 2: Valores mínimos, máximos, médios e desvios-padrão das respostas para os domínios do questionário Duke Religiosity Scale (DUREL) no tratamento quimioterápico oncológico fase 01 e fase 02.

<b>Fase 01 - Escala de Religiosidade de Duke (DUREL)</b>			
<b>Números-chave</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média ± Desvio Padrão</b>
<i>Religiosidade organizacional (OR)</i>	2	2	2,00 ± 0,00
<i>Religiosidade Não Organizacional (NOR)</i>	2	3	2,21 ± 0,41
<i>Religiosidade intrínseca (RI)</i>	3	6	4,61 ± 0,93
<b>Fase 02 - Escala de Religiosidade de Duke (DUREL)</b>			
<b>Números-chave</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média ± Desvio Padrão</b>
<i>Religiosidade organizacional (OR)</i>	1	2	1,31 ± 0,47
<i>Religiosidade Não Organizacional (NOR)</i>	2	2	2,00 ± 0,00
<i>Religiosidade intrínseca (RI)</i>	3	8	4,84 ± 1,32

Ao comparar a Escala de Religiosidade nas duas fases do tratamento, observou-se que os índices de OR ( $t = 13,18$ ; G.L. = 79;  $p = 0,000$ ) e NOR ( $t = 4,62$ ; G.L. = 79;  $p = 0,000$ ) apresentaram diminuição significativa no escore de avaliação (Tabela 3). Enquanto RI, não apresentou variação significativa entre os dois períodos de avaliação dos pacientes ( $t = -1,69$ ; G.L. = 79;  $p = 0,095$ ) (Tabela 3).

Tabela 3: Comparação entre os escores médios do questionário Duke Religiosity Scale (DUREL) na fase 01 e fase 02 do tratamento quimioterápico oncológico.

<b>Números-chave</b>	<b>Questionário da Escala de Religiosidade de Duke (DUREL)</b>			
	<b>Fase 01</b>	<b>Fase 02</b>	<b>Diferença</b>	<b>Valor de p<sup>(a)</sup></b>
	<b>Média ± Desvio Padrão</b>	<b>Média ± Desvio Padrão</b>		
<i>OU</i>	2,00 ± 0,00	1,31 ± 0,47	0,69	0,000*
<i>NEM</i>	2,21 ± 0,41	2,00 ± 0,00	0,21	0,000*
<i>RI</i>	4,61 ± 0,93	4,84 ± 1,32	-0,23	0,095

(uma) Teste t de Student para amostras pareadas/ \*Diferença significativa,  $p < 0,05$

Legenda: OR - Religiosidade organizacional; NOR - Religiosidade não organizacional; RI - Religiosidade intrínseca.

A matriz de correlação entre os domínios da QV e a Escala de Religiosidade (DUREL) na fase 01 do tratamento quimioterápico indicou associações positivas para: GQL e NON; GQL e RI; Escala funcional de Qualidade de Vida Geral (GQL) e EORTC QLQ-C30, escala funcional EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, escala funcional de Qualidade de Vida Geral (GQL) e EORTC QLQ-BR23, NOR e R (Tabela X). Também foram registradas associações negativas entre: escala de sintomas GQL e EORTC QLQ-C30, escala de sintomas GQL e EORTC QLQ-BR23, escala funcional e escala de sintomas EORTC QLQ-BR23 (Tabela 4).

Tabela 4: Matriz de correlação entre os domínios de Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23) e os índices da Escala de Religiosidade de Duke (DUREL) no tratamento quimioterápico oncológico de fase 01.

Variáveis	Escala Funcional (a)	Qualidade de Vida Geral (a)	Escala de Sintomas (a)	Escala Funcional (b)	Escala de Sintomas (b)	NÃO (c)	IR(c)
Escala Funcional (a)	-	0,348*	-0,126	0,534*	-0,151	0,147	0,217
Qualidade de Vida Geral (a)	0,348*	-	-*0,244	0,350*	-*0,311	0,156*	0,201*
Escala de Sintomas (a)	-0,126	-*0,244	-	-0,081	0,131	0,214	0,084
Escala Funcional (b)	0,534*	0,350*	-0,081	-	-*0,455	0,076	0,180
Escala de Sintomas (b)	-0,151	-*0,311	0,131	-*0,455	-	0,109	-0,067
NÃO (c)	0,147	0,156*	0,214	0,076	0,109	-	0,381*
IR(c)	0,217	0,201*	0,084	0,180	-0,067	0,381*	-

(a) EORTC QLQ-C30 / EORTC (b) QLQ-BR23 / (c) Escala de Religiosidade de Duke (DUREL) / \* Diferença significativa,  $p < 0,05$

Legenda: NOR = Religiosidade Não Organizacional; RI = Religiosidade Intrínseca.

Na matriz de correlação com as mesmas variáveis na fase de tratamento 02, foram observadas relações positivas entre: escala de sintomas EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, escala funcional EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, RI e GQL (Tabela 12). Foram descritas relações negativas para: NOR e GQL, EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-C30 symptom scale, EORTC QLQ-C30 functional scale e EORTC QLQ-BR23 symptom scale (Tabela 5).

Tabela 5: Matriz de correlação entre os domínios de Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23) e os índices da Escala de Religiosidade de Duke (DUREL) no tratamento quimioterápico oncológico de fase 02.

Variáveis	Escala Funcional (a)	Qualidade de Vida Geral (a)	Escala de Sintomas (a)	Escala Funcional (b)	Escala de Sintomas (b)	NÃO (c)	IR(c)
Escala Funcional (a)	-	0,101	-0,448*	0,251*	-0,366*	0,145	-0,014
Qualidade de Vida Geral (a)	0,101	-	-0,165	0,087	-0,053	-0,019*	0,121*
Escala de Sintomas (a)	-0,448*	-0,165	-	0,104	0,472*	0,032	0,004
Escala Funcional (b)	0,251*	0,087	0,104	-	-0,213	-0,007	0,018
Escala de Sintomas (b)	-0,366*	-0,053	0,472*	-0,213	-	-0,121	-0,086
NÃO (c)	0,145	-0,019*	0,032	-0,007	-0,121	-	0,001
IR(c)	-0,014	0,121*	0,004	0,018	-0,086	0,001	-

(a) EORTC QLQ-C30 / EORTC (b) QLQ-BR23 / (c) Escala de Religiosidade de Duke (DUREL) / \* Diferença significativa,  $p < 0,05$

Legenda: OR = Religiosidade Organizacional; RI = Religiosidade Intrínseca.

## 4 DISCUSSÃO

A média de idade das entrevistadas foi de 52 anos, a maioria era casada, com ensino médio completo, dados corroborados por pesquisas realizadas nacional e internacionalmente, como os estudos realizados em Fortaleza - Ceará, Belo Horizonte - Minas Gerais e Tailândia, que investigaram a QVRS de mulheres com câncer de mama. (11,12,13)

Com o crescimento exponencial dos casos de CM, as consequências do tratamento quimioterápico sobre as condições físicas, psicológicas, sociais e espirituais/religiosas desse público também sofreram fortes mudanças, abrindo espaço para melhores e contínuas investigações da influência da TC na QV desses pacientes<sup>(14)</sup>.



A avaliação da QVRS, portanto, tem sido listada como uma ferramenta essencial na mensuração do impacto da doença no paciente, gerando indicadores de gravidade e progressão da doença<sup>(15)</sup>.

Este estudo envolveu a descrição de dados do mundo real sobre mudanças na QVRS ligadas à TC. Isso ajuda a equipe multidisciplinar a quantificar e qualificar os efeitos da TC em potenciais<sup>(16)</sup> caracteres biopsicossociais.

Neste estudo, a QVRS dos pacientes é pior quando comparada a fase 01 com a fase 02 do tratamento. O GQL diminuiu devido à TC, inferindo que a mulher com CM considerou a piora do seu estado de saúde durante a TC. Isso também foi observado em Binotto<sup>(16)</sup>, Jang et al<sup>(17)</sup> e Wildes<sup>(18)</sup>, que mostraram que a saúde geral piorou após a TC e piorou os sintomas conferidos pelo tratamento quimioterápico.

Este estudo também examinou a religiosidade e sua relação com a QVRS em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico.

Os resultados do estudo explicitaram uma correlação direta entre NOR e RI com GQL na fase 01 e RI e GQL na fase 02 do tratamento. O GQL foi significativamente maior em pacientes com RI alta.

Zamanian *et al.*<sup>(19)</sup>, Jang et al<sup>(17)</sup>, Aukst-Margetic<sup>(20)</sup>, Wildes et al<sup>(18)</sup>, apesar das diferenças metodológicas e culturais, mostraram que *o enfrentamento* religioso positivo foi associado a melhor QVG, enquanto *o enfrentamento* religioso negativo foi significativamente associado a pior QVRS, como nosso estudo.

Carvalho<sup>(21)</sup>, ao relacionar os domínios do WHOQOL-bref com as dimensões de religiosidade da escala de Durel, identificou correlação significativa entre o domínio físico e a RI. Infere-se que a diminuição das atividades religiosas individuais (orações, meditações) aumenta a dor física, como observado em nosso estudo. A RI avalia o quanto a religião pode influenciar o comportamento individual e a vida diária, explicando o quanto e como o paciente vê a importância da religião em sua vida<sup>(22)</sup>.

Nos últimos tempos, uma diversidade de evidências inferiu uma relação entre religiosidade e GQL sem um mecanismo claro dessa relação. Estudos têm induzido que a religiosidade foi associada a mecanismos de suporte biopsicossocial que podem mitigar a gravidade dos sintomas do CM<sup>(23)</sup>. Sadath e<sup>(24)</sup> Scheder<sup>(25)</sup> explicaram que as mulheres com CM se alinham a doenças com risco de vida, preservando a esperança, compensando a perda e conservando ativamente suas vidas pessoais por meio do processo de aprendizagem experiencial. Esse processo de aprendizagem permitiu que os pacientes criassem ou descobrissem oportunidades que lhes permitissem manter ou obter prazer na vida, mesmo que o sofrimento persistisse durante o problema do câncer<sup>(24,25)</sup>.



Diante de nossos resultados, da importância da GQL no tratamento do câncer, das inúmeras mudanças físicas, psicológicas e religiosas dos pacientes com CM, é essencial obter informações apesar do cuidado religioso dentro do holístico.

Os profissionais de saúde, especialmente aqueles que trabalham diretamente com pacientes oncológicos, tendem a otimizar a assistência quando consideram aspectos religiosos na abordagem humanizada do cuidado. Também proporciona um melhor discernimento por parte do profissional sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, implementando o vínculo, o respeito, a integridade e a motivação durante a terapia.

Enfatizamos a importância de apoiar a própria religiosidade desses profissionais de saúde, estar disponível como um recurso religioso para seus pacientes e reconhecer, compreender e atender às necessidades religiosas dos pacientes.

## **5 CONCLUSÃO**

A associação positiva entre religiosidade e qualidade de vida em mulheres com CM em tratamento quimioterápico oncológico foi a conclusão do nosso estudo. A religiosidade é um fator essencial para a qualidade de vida nas doenças oncológicas, otimizando a capacidade de enfrentamento da doença, tanto para os pacientes quanto para os cuidadores, sejam familiares e/ou profissionais. Assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde realizem estudos sobre religiosidade, com o objetivo de melhores intervenções durante o tratamento de mulheres com CM.

## **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para a concepção e desenho, aquisição de dados ou análise e interpretação dos dados; participou da redação do artigo ou da revisão crítica do artigo para conteúdo intelectual importante; concordou em submeter ao periódico atual; deu aprovação final da versão a ser publicada; e concordar em ser responsável por todos os aspectos do trabalho.

## **DIVULGAÇÃO**

Os autores não relatam conflitos de interesse associados a esta publicação.



## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2019). \*Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil\*. INCA.
2. Brandão, M. L., Fritsch, T. Z., Toebe, T. R. P., & Rabin, E. G. (2021). Association between spirituality and quality of life of women with breast cancer undergoing radiotherapy. \*Revista da Escola de Enfermagem da USP, 55\*, e20200476. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0476>
3. Costa Vieira, R. A., Biller, G., Uemura, G., Ruiz, C. A., & Curado, M. P. (2017). Breast cancer screening in developing countries. \*Clinics (São Paulo), 72\*, 244–253.
4. World Health Organization. (1997). \*WHOQOL: Measuring quality of life\*. World Health Organization.
5. Gomes, M. C. A., Contim, V. R., Silva, B. S., Barros, P. P., & Rodrigues, B. S. S. L. (2019). Qualidade de vida de pacientes oncológicos. \*Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 28\*(2), 61–65.
6. Paula, J. M., & Sawada, N. O. (2015). Health-related quality of life of cancer patients undergoing radiotherapy. \*Revista Rene, 16\*(1), 106-113.
7. Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde Psicologia. \*Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26\*(2), 265-272.
8. Borges, M., Guaritá, A. C. Y. A., & Campos, C. S. C. (2021). Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do câncer de mama: Revisão integrativa da literatura. \*Brazilian Journal of Health Review, 4\*(1), 1002-1021.
9. Taunay, T. C. D., Gondim, F. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. A., Andrade, L. M. S., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). \*Revista de Psiquiatria Clínica, 39\*(4), 130-135.
10. Castro E Silva, I. M., & Penteadó Lancellotti, C. L. (2021). Health-related quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy in Brazil. \*International Journal of General Medicine, 14\*, 10265-10270. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S343804>
11. Phenwan, T., Peerawong, T., & Tulathamkij, K. (2019). The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients: A qualitative study. \*Indian Journal of Palliative Care, 25\*(1), 119-123. [http://dx.doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_101\\_18](http://dx.doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_101_18)
12. Bezerra, K. B., Silva, D. S. M., Chein, M. B. C., et al. (2013). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. \*Cadernos de Saúde Pública, 18\*(7), 1933–1941. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700008>
13. Barbosa, P. A., Cesca, R. G., & Pacifico, T. E. D. (2017). Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. \*Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 17\*(2), 385–399. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000200010>
14. Andrade, A. L. P., Maciel, E. M., Rodrigues, G. P., et al. (2019). Influência do Tratamento Quimioterápico no Comportamento Alimentar e Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos.

\*Revista Brasileira de Cancerologia, 65\*(2), e-08093. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n2.93>

15. Frenzel, A. P., Pastore, C. A., & Gonzalez, M. C. (2013). The influence of body composition on quality of life of patients with breast cancer. *\*Nutrición Hospitalaria*, 28\*(5), 1475–1482.

16. Binotto, M., Reinert, T., Werutsky, G., et al. (2020). Health-related quality of life before and during chemotherapy in patients with early-stage breast cancer. *\*Ecancermedicalscience*, 14\*. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1007>

17. Jang, J. E., Kim, S. W., Kim, S. Y., Kim, J. M., Park, M. H., Yoon, J. H., et al. (2013). Religiosity, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer: A 1-year prospective longitudinal study. *\*Psycho-Oncology*, 22\*, 922–929.

18. Wildes, K. A., Miller, A. R., de Majors, S. S., & Ramirez, A. G. (2009). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *\*Psycho-Oncology*, 18\*, 831–840.

19. Zamanian, H., Eftekhari-Ardebili, H., Eftekhari-Ardebili, M., Shojaeizadeh, D., Nedjat, S., & Taheri-Kharamah, Z. (2015). Religious coping and quality of life in women with breast cancer. *\*Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16\*, 7721–7725.

20. Aukst-Margetić, B., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., Ljubčić, D., & Samija, M. (2009). Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *\*Collegium Antropologicum*, 33\*, 1265–1271.

21. Carvalho, P. N. R. V. (2014). *\*Qualidade de vida e religiosidade de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico\** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional da UFC. [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/34924/1/2014\\_dis\\_pnrvcarvalho.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/34924/1/2014_dis_pnrvcarvalho.pdf)

22. Koenig, H. G., McCullough, M., & Larson, D. B. (2001). *\*Handbook of religion and health: A century of research reviewed\**. Oxford University Press.

23. Ahmadi, Z., Darabzadeh, F., Nasiri, N., & Askari, M. (2015). The effects of spirituality and religiosity on well-being of people with cancer: A literature review on current evidences. *\*Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 4\*, e28386.

24. Sadati, A. K., Lankarani, K. B., Gharibi, V., Fard, M. E., Ebrahimzadeh, N., & Tahmasebi, S. (2015). Religion as an empowerment context in the narrative of women with breast cancer. *\*Journal of Religion and Health*, 54\*, 1068–1079.

25. Schreiber, J. A., & Brockopp, D. Y. (2012). Twenty-five years later – What do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *\*Journal of Cancer Survivorship*, 6\*, 82–94.