

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DIOGO INÁCIO DOS SANTOS

**A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE NO ENFRENTAMENTO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Juazeiro do Norte – CE
2018

DIOGO INÁCIO DOS SANTOS

**A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE NO ENFRENTAMENTO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio como requisito para a obtenção de grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Esp. Marcos Teles do Nascimento

A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE NO ENFRENTAMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Diogo Inácio dos Santos*
Marcos Teles do Nascimento**

RESUMO

Sabe-se, através de coleta de dados epidemiológicos, que o câncer atinge altos índices da população brasileira, sendo atualmente, a segunda causa de mortalidade em todo o território nacional. Contudo, apesar dos avanços tecnológicos e científicos no tratamento oncológico ocorridos nas últimas décadas, o diagnóstico de neoplasia maligna ainda é considerada uma sentença de morte para os sujeitos acometidos. Dessa forma, o sujeito passa a elaborar estratégias de enfrentamento através de um processo de reflexão e ressignificação de sua vida, geralmente relacionadas à religiosidade e à espiritualidade. Assim, o presente estudo objetivou compreender as diferentes formas de enfrentamento ao câncer através da religiosidade e da espiritualidade; além de conceituar o câncer e seus diferentes tipos; abordar aspectos históricos e culturais acerca do câncer; descrever os conceitos de religiosidade e espiritualidade; e verificar a existência de características do enfrentamento religioso/espiritual que facilitam e/ou dificultam a qualidade de vida da pessoa com câncer. Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, de abordagem qualitativa realizada no período entre agosto de 2018 a novembro de 2018. O câncer é um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento anormal e desordenado de suas células. Seus tipos estão relacionados com o grau de invasividade e localidade ou tipos de células afetadas. Nota-se que ao longo da história, o câncer tem sido percebido de diferentes formas, o que evidencia a forte influência cultural na concepção da doença. De acordo com estudos recentes, a religiosidade e a espiritualidade têm sido mais investigadas em sua relação com o processo saúde-doença, sendo verificada uma correlação positiva para indicadores de saúde mental e qualidade de vida. O presente estudo aponta para a importância de que o profissional da psicologia adote uma compreensão integral do sujeito em todos os seus aspectos além de verificar que o enfrentamento religioso/espiritual, quando focado na resolução ativa das problemáticas vivenciadas em uma perspectiva pensada no futuro, contribui de forma significativa para a adesão ao tratamento; para a redução do estresse e da ansiedade e na busca de significado para sua vida. Assim, esse estudo possibilita uma compreensão profunda e integral acerca do câncer, desmistificando o processo e rompendo com crenças enraizadas pela cultura e seus respectivos estímulos. O estudo ainda possibilita a elaboração de intervenções psicoterapêuticas mais eficazes, trazendo tanto propostas preventivas, como de promoção da saúde.

Palavras-Chave: Câncer; Psicologia; Enfrentamento; Religiosidade; Espiritualidade.

ABSTRACT

It is known, through data collection, that cancer reaches high rates of the Brazilian population, being currently the second cause of mortality in all the national territory. However, despite the technological and scientific advances that have occurred in the last decades in cancer treatment, the diagnosis of malignant neoplasm is still considered a death sentence for the affected individuals. In this way, the individual develops coping strategies through a process of reflection and resignification of his life, usually related to religiosity and

*Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO),
Email: diogoinacio89@gmail.com

**Professor Orientador Especialista em Metodologia do Ensino Superior e Ensino à Distância (FAEL);
Especialista em Psicologia Aplicada à Educação (URCA)
Juazeiro do Norte – CE
Email: marcosteles@leaosampaio.edu.br

spirituality. Thus, the present work aims to understand the different forms of coping with cancer with the use of religiosity and spirituality; besides conceptualizing the cancer and its different types; address historical and cultural aspects of cancer; describe the concepts of religiosity and spirituality; and verify the existence of characteristics of religious and spiritual coping that facilitate or hinder the quality of life of the person with cancer. This is a bibliographical review with a qualitative approach, carried out between August 2018 and November 2018. Cancer is a set of more than 100 diseases that increase abnormal and disordered cell growth. Their types are related to the degree of invasiveness and locality or types of cells affected. It is noted that throughout history, cancer has been perceived on different forms, showing the strong cultural influence in the conception of the disease. According to recent studies, religiosity and spirituality have been further investigated in their relation to the health-disease process, being verified a positive correlation for indicators of mental health and quality of life. The present study shows how important it is for the psychology professional to adopt a comprehensive understanding of the individual and all its aspects, as well as verifying that religious and spiritual treatment, when focused on the active resolution of problems in a perspective for the future, contributes significantly to adherence to treatment; for the reduction of stress and anxiety and the search for meaning for your life. Thus, this study enables a deep and comprehensive understanding of cancer, demystifying the process and breaking down beliefs rooted in culture and their respective stigmas. The study also allows the development of more effective psychotherapeutic interventions, bringing preventive and health promotion proposals.

Keywords: Cancer; Psychology; Coping; Religiosity; Spirituality.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com estudos recentes e coleta de dados epidemiológicos através do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2017), Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a) e IBGE (BRASIL, 2017b), o câncer é uma condição patológica que atinge altos índices da população brasileira, sendo a segunda causa de mortalidade em todo o território nacional, totalizando 215.217 óbitos apenas no ano de 2016. Contudo, apesar dos avanços médicos-científicos e tecnológicos no tratamento oncológico ocorridos nas últimas décadas, o diagnóstico de neoplasia ainda é considerado como uma sentença de morte para os sujeitos acometidos (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015; KARKOW et al., 2015; RAMALHO et al, 2018).

Nesse sentido, o indivíduo se imerge em crenças enraizadas pela cultura, muitas das vezes, concepções míopes e superficiais a respeito do que é o câncer, vivenciando assim inúmeras formas de preconceito, dúvidas e insegurança, o que gera desconforto e sofrimento emocional.

Dessa forma, o paciente busca elaborar estratégias de enfrentamento, também chamado de *coping*, através de um processo de reflexão e ressignificação de sua vida, geralmente relacionadas à religiosidade e/ou à espiritualidade, ou seja, a transcendência de si mesmo (SEIDL, TRÓCCO, ZANNON, 2001). Entretanto,

ainda se comete erros epistemológicos ao confundir os termos espiritualidade com religiosidade, se fazendo necessária uma compreensão mais ampla desses conceitos.

Sabe-se ainda que uma das intervenções clínicas mais relevantes dentro das terapias comportamentais de terceira geração, o *mindfulness* tem aparecido em estudos como um dos fatores que melhora significativamente os impactos psicológicos causados pela patologia, assim como facilita uma aproximação do sujeito com a espiritualidade (PEREIRA, 2011).

Assim, tem-se como objetivo principal compreender as diferentes formas de enfrentamento ao câncer através da religiosidade e da espiritualidade; colocando-se como objetivos secundários, conceituar o câncer e seus diferentes tipos; abordar aspectos históricos e culturais acerca do câncer; descrever os conceitos de religiosidade e de espiritualidade; e verificar a existência de características do enfrentamento religioso/espiritual que facilitam e/ou dificultam a qualidade de vida da pessoa com câncer.

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, de abordagem qualitativa, seguindo as definições propostas por Gil (2002), realizado entre o período de agosto de 2018 à novembro de 2018. As palavras-chave utilizadas para o levantamento de dados foram: (1) psicologia; (2) psico-oncologia; (3) câncer; (4) religiosidade; (5) espiritualidade e (6) enfrentamento, analisados e colhidos através das plataformas: (I) Scielo; (II) Pepsic e (III) Google Acadêmico. Os critérios para inclusão de artigos e livros foram prioritariamente aqueles que fazem aproximações diretas com os objetivos da pesquisa. Para artigos que tratam de conceitos básicos não houve restrição de datas de publicação, entretanto, para artigos que tratam sobre coleta de dados epidemiológicos, intervenções terapêuticas e que mantêm relação com aspectos culturais nas estratégias de enfrentamento, foram utilizados prioritariamente, artigos publicados do ano de 2013 ao ano de 2018. Para livros, não houve restrição de data de publicação.

2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CÂNCER

2.1 O QUE É CÂNCER

Segundo o Jornalista e escritor Bueno (2006), a palavra câncer deriva do latim "*cancrī*", que significa "caranguejo". Dentro da própria língua, passou-se a

Juazeiro do Norte – CE

2018

conceituar com o mesmo nome os tumores de mamas, que segundo alguns autores, os vasos sanguíneos que partem delas se assemelham com as patas do crustáceo.

Para Vasconcelos (2000), a palavra neoplasia deriva-se da junção entre as palavras gregas “*neo*” e “*plasis*”, cujo significado é novas formações. Também chamada de tumor, a mesma pode ser benigna ou maligna, essa última, relacionada com o câncer.

De acordo com o INCA (2018a), o câncer se caracteriza pelo desenvolvimento anormal e descoordenado das células que invadem órgãos e tecidos. Rapidamente essas células agressivas e incontroláveis se acumulam e formam tumores, também chamados de neoplasias malignas.

O autor Ferreira Filho (2004) salienta que embora seja um evento muito raro, o câncer geralmente deriva-se de uma única célula, decorrente da perda da capacidade de sofrer sua morte programada, chamada apoptose. Sabendo que o corpo humano contém trilhões de células onde sofrem o processo de divisão ao longo de sua vida, é possível que alguma sofra mutação genética e produza células neoplásicas.

Há o risco de células alteradas e invasivas migrarem para outros tecidos, seja por comunicação direta (quando os tecidos são circunvizinhos) ou indireta (através da corrente sanguínea, e vasos linfáticos). Esse fenômeno, chamado de metástase é potencialmente devastador, pois quanto mais tecidos afetados, menor é a controlabilidade e as chances de cura (PRADO, 2014; ONCOGUIA, 2015).

Entretanto, um dos fatores que diferem a neoplasia benigna da maligna é a diferenciação das células desenvolvidas do seu tecido original. Enquanto a neoplasia benigna cresce de forma lenta, expansiva e com características no tecido local; a neoplasia maligna cresce de forma rápida, infiltrativa, destrutiva e com características de pleomorfismo ou atipia celular, ou seja, que mudam sua forma durante seu processo de desenvolvimento, se diferenciando das células do local original (VASCONCELOS, 2000; INCA, 2011; PRADO 2014).

Assim, o câncer, também chamado de neoplasia maligna, é uma das patologias que mais debilitam, em aspectos físicos e emocionais, o sujeito acometido. Essa, apesar de apresentar tratamentos científicos revolucionários no último século, ainda tem características extremamente devastadoras. No entanto, com os suportes técnicos, profissionais e emocionais necessários e um olhar integral para o sujeito, o tratamento pode ter altos índices de cura (CARVALHO, 2002).

2.2 TIPOS DE CÂNCER

Considera-se que as patologias neoplásicas podem atingir seja qual for a estrutura física do corpo humano. Ou seja, de acordo com as características das células alteradas, pode-se identificar vários tipos de tumores. Desse modo, o câncer abrange: leucemias; sarcomas; carcinomas; linfomas e mielomas; tumores do sistema nervoso central; e melanomas (PRADO, 2014).

As leucemias são caracterizadas pelo aparecimento de células alteradas geneticamente chamadas de células blásticas, ou células jovens, que invadem o tecido hematopoiético da medula óssea, prejudicando a formação de novas células sanguíneas como hemácias (glóbulos vermelhos), leucócitos (glóbulos brancos) e plaquetas (OLIVEIRA, 2017).

Ainda segundo o autor supracitado, podem ser categorizadas quanto à citomorfologia e ao estado de maturação. Quanto à citomorfologia, elas podem ser mielóides, quando há uma alteração nos mieloblastos, ocorrendo uma supressão das células da medula óssea; e linfóides, quando há alteração nos linfoblastos.

Quanto ao estado de maturação, as leucemias podem ser divididas em agudas e crônicas. As agudas se caracterizam pela proliferação clonal das células seguidas de bloqueios maturativos, ou seja, está relacionada à alteração da medula óssea que leva a anormalidade na produção de células sanguíneas (SILVA et al., 2006). Já as crônicas apesar de também afetarem células sanguíneas, progridem de uma forma mais lenta, atacando os linfócitos, que são responsáveis pela defesa do organismo contra infecções e corpos estranhos (BERGANTINI, 2005).

De acordo com o Instituto Oncoguia (2013/2018), o sarcoma é um tipo de câncer que tem seu desenvolvimento localizado em tecidos conjuntivos do corpo. Eles podem ser subdivididos em osteosarcomas e sarcomas de partes moles. Os osteosarcomas costumam se desenvolver nos longos ossos que compõem os membros periféricos do corpo como braços e pernas, apesar de poder se desenvolver em qualquer osso do corpo. Já os sarcomas de partes moles podem se desenvolver em tecidos como tecidos fibrosos, vasos sanguíneos, gordura e músculos.

Os carcinomas são as manifestações neoplásicas mais comuns nos seres humanos, podendo se desenvolver em vários tecidos diferentes. Chama-se

carcinoma o câncer que surge de um tecido epitelial, ou seja, dos tecidos da pele e da maioria dos órgãos (ONCOGUIA, 2015/2016).

A denominação Linfoma é utilizada para designar vários tipos de câncer que se originam nas células do sistema linfático, cuja são responsáveis pelo fortalecimento do sistema imunológico do corpo, protegendo-o contra corpos estranhos. Nesse sentido, os linfomas podem ser divididos em Hodgkin (LH) e não Hodgkin (LNC), se diferenciando quanto a sua etiopatogenia, topografia e progressão patológica (BARBOSA et al., 2015).

Assim, os Linfomas Hodgkin (LH) são neoplasias linfoproliferativa caracterizada pela histopatologia pela presença de células modificadas de diferentes morfologias (MONTEIRO et al., 2016). Surgem quando um linfócito, geralmente do tipo B, se modifica, transformando-se em uma célula maligna, podendo crescer descontroladamente e se reproduzir, se espalhando para outras células (INCA, 2018b).

Já os Linfomas não Hodgkin são os mais comuns na infância (INCA, 2018c). Também são considerados neoplasias linfoproliferativa, entretanto, se diferencia dos linfomas Hodgkin, pois, apesar de se desenvolverem através de células malignas, ainda possuem algumas características do tecido original, sendo assim, mais fácil de controlar (ONCOGUIA, 2015/2017).

Os mielomas são caracterizados pela reprodução clonal das células plasmáticas da medula óssea, acarretando no enfraquecimento dos ossos, supressão das atividades renais, diminuição da capacidade hematopoiética e vulnerabilidade imunológica. Representa aproximadamente 1% de todas as neoplasias malignas, sendo a segunda neoplasia hematológica mais comum (PAULA, 2009).

As neoplasias do sistema nervoso central, apesar de ser considerada rara e potencialmente letais, elas podem ocorrer em diferentes localidades, sejam no encéfalo, cerebelo ou células da glia. Representam cerca de 2% de todas as neoplasias malignas, tendo maior incidência em sujeitos do sexo masculino (DA CUNHA, 2016).

Por fim, o câncer de pele é o tipo que tem a maior taxa de incidência tanto para o sexo masculino, quanto o feminino no Brasil. O melanoma é um tipo de câncer de pele que afetam as células produtoras de melanina, chamadas de melanócitos, tendo sua predominância em adultos de cor branca (INCA, 2018d).

Dessa forma, os melanomas representam cerca de apenas 4% dos tumores de pele, embora este seja considerado na comunidade científica o de maior importância, pois apresenta taxas de mortalidade bastante significativas em relação a todos os tipos de câncer de pele, cerca de 79% (DIMATOS et al., 2009).

Em síntese, percebe-se que embora as neoplasias tenham características invasivas, onde as células afetadas se desenvolvem de forma anormal e descoordenada, e tenham suas semelhanças, as mesmas se diferem quanto à topografia, agressividade e sua localidade. Assim, temos os diferentes tipos de câncer, que são categorizados para facilitar a compreensão e o diagnóstico, a fim de obter maior eficácia no tratamento.

2.3 CÂNCER: REFLEXÕES HISTÓRICAS

Sabe-se que o câncer é umas das patologias mais temidas dos últimos séculos, onde aproxima o sujeito acometido à possibilidade de sua terminalidade (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015; KARKOW et al., 2015; RAMALHO et al., 2018). Diante dos avanços científicos mediados por pesquisas médicas, acabou-se discutindo com maior profundidade a natureza da doença. Entretanto, apesar de todas as investigações realizadas na área da oncologia, nunca se descobriu uma verdadeira causa para a mutação celular, e sim, colocou-se sobre questão inúmeros fatores.

Ao pensar que ao decorrer da evolução das espécies proposta por Darwin (2009), as mutações genéticas foram a base para o surgimento de novas espécies, então se pode inferir que as mutações ocorridas nas células dos corpos, seria uma continuação equivocada dessas transformações celulares propostas por cientistas e filósofos evolucionistas. Assim, as neoplasias seriam partes de natureza comum, contudo, não eficiente, de mutações previstas não coordenadas (INCA, 2018a).

Nesse sentido, acredita-se que o câncer sempre existiu desde o surgimento da humanidade, por se tratar de uma mutação genética multicausal. Segundo a paleopatologista Sabine Eggers, da Universidade de São Paulo (USP), não seria um equívoco acreditar nessa ideia, pois, atestam fósseis de 8.000 anos a.C. e papiros com detalhamentos de tumores de 1.600 anos a.C (NUCCI, 2003).

Ao decorrer dos séculos, a noção de corpo integral interligou mente e corpo e que a saúde era o produto desse equilíbrio e do indivíduo como um todo com o meio ambiente. Essas ideais constituíam o pensamento dos adeptos da Medicina

Ocidental, cujos fundadores foram Hipócrates e Galeno. Os mesmos chegaram a observar que mulheres deprimidas apresentavam maior probabilidade de apresentar câncer (CARVALHO, 2002).

Apesar da Medicina Oriental sempre considerar o homem como unidade indivisível, no Ocidente, essa concepção desapareceu por um longo período de tempo. Na Idade Média, a dominância da Igreja sobre assuntos políticos e científicos, possibilitou a crença de que doenças eram castigos sobrenaturais e que havia uma separação eminente entre corpo e alma, retornando aos aspectos místicos sobre a compreensão de saúde e doença (STRAUB, 2014).

Após a renascença, o pensamento do filósofo e matemático francês, René Descartes (1596-1650) influenciava o pensamento científico da época. O mesmo defendia a tese de que havia uma separação explícita entre o corpo, que funcionava como uma máquina, e a mente. Descartes trabalhava para romper o pensamento místico e supersticioso colocado na Idade Média, se recusando a acreditar que a mente influencia o corpo. Assim, o estudo da mente era adotado à filosofia e a religião, ao passo que o estudo do corpo era delegado à medicina científica, contribuindo para a adoção do modelo biomédico, que propõe que doenças são produtos de distúrbios fisiológicos ou desequilíbrios bioquímicos (CARVALHO, 2002; STRAUB, 2014).

É certo que o pensamento dualista de Descartes contribuiu de forma significativa para o avanço científico da medicina fisiológica e celular, gerando enormes descobertas para a área. Contudo, limitaram-se as explicações causais das doenças apenas a fatores orgânicos e biológicos, gerando um olhar míope e reducionista.

Baseado no dualismo cartesiano, a medicina racionalista da pós-renascença focou-se no estudo anatômico do corpo humano, buscando compreender o funcionamento interno do organismo e superar a antiga teoria humoral de Hipócrates, substituindo-a pela então teoria anatômica da doença. Dessa forma, o médico italiano Giovanni Morgagni (1682-1771) realizou diversos estudos através de autópsias humanas, acreditando assim que o câncer, assim como outras doenças, são produtos de alterações e mudanças fisiológicas nos órgãos internos, no sistema muscular e esquelético do corpo, chegando a publicar, a partir disso, o primeiro livro didático de anatomia médica (STRAUB, 2014).

Foi também nesse período que o dinamarquês Anton van Leeuwenhoek (1632-1723) construiu o primeiro microscópio (MANNHEIMER, 2002). Assim, se pôde observar que as estruturas sanguíneas, assim como as musculares possuíam pequenas cavidades separadas por paredes que constituíam unidades, a qual chamaram de células. Essas descobertas serviram como base para os esboços científicos do século XIX, onde Rudolf Virchow (1858-1902) ressaltou a ideia de que a doença é consequência das anormalidades no funcionamento das células, o que, por sua vez, aproximaria as compreensões atuais sobre as neoplasias (COLLINI, 1999; STRAUB, 2014).

Entretanto, a compreensão sobre as alterações celulares neoplásicas ainda não explicaria a gênese da doença, mas facilitaria o entendimento sobre o funcionamento anormal, mutações e diferenças básicas com células normais, o qual serviria de base para estudos posteriores.

Com o avanço do modelo biomédico no século XX, as limitações nos estudos realizados para investigar a gênese das doenças se tornaram cada vez mais evidentes. Nesse sentido, surgiu a necessidade de observar novos fatores que influenciavam a natureza das patologias que não eram explicadas a partir de um único fator primário, tornando eminente a complexidade do processo de adoecimento (NUCCI, 2003).

Seguindo esse pensamento revolucionário na área da medicina, a psicossomática surgiu a partir das descobertas de Sigmund Freud (1856-1936), que tinha o objetivo de explicar e entender as causas de natureza psicológica de doenças que não se explicam biologicamente. Esses estudos contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da área da psicossomática (CERCHIARI, 2000).

Franz Alexander (1891-1964), fortemente influenciado pela abordagem psicanalítica, desenvolveu a ideia de que cada doença varia conforme a natureza emocional que desencadeou a resposta fisiológica. Assim, o mesmo afirma que o transtorno psicossomático seria “consequência de estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo” (CARDOSO, 1995, p.12). Dessa forma, Alexander defende a ideia que as diferentes doenças psicossomáticas corresponderiam a diferentes fatores psicológicos, relacionados a conflitos ou situações do cotidiano (CERCHIARI, 2000). No entanto, a psicossomática se desenvolveu e logo incluiu, não apenas as causas psicológicas que originam adoecimentos, mas também, a consequência

desses adoecimentos no psicológico do indivíduo, mantendo uma relação mútua e uma aproximação direta entre corpo e mente (PERES, 2006).

Por outro lado, coube a alguns cientistas pensar não apenas em fenômenos estáticos como mente e corpo no processo saúde-doença, mas também a forma com que nos relacionamos com o mundo, através de nossos vínculos sociais e comportamentos. Um dos mais respeitados cientistas que chegou a investigar o comportamento humano foi B. F. Skinner (1904-1990). Ele inseriu o conceito de comportamento operante, afirmando que “os homens agem sobre o mundo, modificam-no e, por sua vez, são modificados pelas consequências de suas ações” (1957/1978, p.15).

Assim, Skinner rompeu com a ideia de homem como um mero receptáculo que responde ao meio, passivo e reflexo de ações externas alheias a ele, mas como um sujeito que age, ator de sua própria realidade (MICHELETTO; SÉRIO, 1993).

Portanto, a compreensão analítico-comportamental acerca de saúde-doença, compreende três aspectos simultaneamente, a qual Skinner chamou de níveis de seleção. O primeiro, chamado de Filogenético, compreende aspectos ligados a biologia, a organicidade e a hereditariedade; o segundo, chamado Ontogenético, está relacionado as experiências individuais da pessoa com o meio; e o terceiro, chamado Cultural, associa-se as relações sociais e a aprendizagem por terceiros, transmitidas através da cultura (SKINNER, 2007).

Segundo (GONGORA, 2003), embora Skinner não enfatize os termos saúde-doença em aspectos psicológicos, a saúde pode ser compreendida pela capacidade de um organismo se adaptar as variáveis ambientais e aos estímulos aversivos e variar suas respostas através de seu repertório comportamental, sendo um problema, a dificuldade de alcançar esses fatores, ocasionando assim, um possível adoecimento.

Skinner ainda trouxe uma visão holística de homem, considerando o ser único e indivisível, buscando a integralidade e a totalidade do sujeito. Dessa forma, rompeu-se de vez com o dualismo cartesiano, fortalecendo assim uma nova concepção, o monismo, que serviu como base para intervenções na área da saúde.

Desse modo, a partir de meados do século XX, houve um estreitamento gradativo de relações entre a medicina e a psicologia, podendo atuar assim, em equipes multidisciplinares em hospitais e equipamentos de saúde. Assim, pensou-se em discutir um modelo que integrasse todos os aspectos referentes ao processo

saúde doença como uma rede muticausal, evidenciando assim o modelo adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o biopsicossocial-espiritual (DE MARCO, 2006).

Nesse sentido, é notório que o câncer se configura em alterações celulares, contudo, essa não é uma explicação causal da patologia. Com essas novas ideias advindas com o avanço médico, pode-se considerar que o câncer pode estar associado não apenas a predisposição biogenética do indivíduo, mas também a sua qualidade de vida, junto aos aspectos psicológicos e sociais.

Nota-se ainda, que as concepções de saúde e doença ao longo da história da humanidade estão diretamente interligadas as construções sociais e culturais da época, permeando diversas áreas do conhecimento, e sendo modificada e repensada ao longo dos séculos.

3 FATORES CORRELACIONADOS AO CÂNCER

Sabe-se que os diversos estudos que investigam os fatores que influenciam de forma direta ou indireta o surgimento de novas patologias avançaram consideravelmente ao abordar os diversos aspectos da vida do sujeito. A superação do modelo biomédico e do dualismo cartesiano facilitou o trabalho de cientistas que buscavam uma compreensão geral do complexo processo saúde-doença (BARROS, 2002).

Nesse sentido, o câncer se mostrou em grandes números de sujeitos acometidos, principalmente nos países desenvolvidos. Dessa forma, na década de 1970, os Estados Unidos da América fomentou diversas pesquisas na área, além de um grande investimento em equipamentos de saúde, declarando uma verdadeira “Guerra ao Câncer”, tendo como produto inúmeras descobertas a respeito do câncer, relacionadas principalmente a seu crescimento e sua propagação. Prado (2014) afirma que talvez a descoberta mais notável dentre todas as pesquisas realizadas nesse período foi que o câncer origina-se inicialmente de modificações genéticas associadas a fatores externos, e não como doença exclusivamente hereditária.

Ao decorrer dos anos, considerou-se estudar as causas internas e externas do câncer. As causas externas estão relacionadas com o meio em que o sujeito está inserido, juntamente com os hábitos e costumes, dentro de uma comunidade, relacionados a aspectos sociais e culturais. Já as causas internas estão, na maior

partes dos casos, relacionados a pré-determinação genética, apontando para a capacidade de defesa do organismo a agressões externas. Assim, a relação entre os fatores causais podem aumentar ou diminuir a probabilidade de modificações malignas no DNA (Ácido Desoxirribonucleico) da célula (NUCCI, 2003).

Segundo Nucci (2003), poucas patologias se mostram ser tão dependentes de uma compreensão multifatorial quanto o câncer, necessitando reconhecer os diversos fatores psicossociais que a envolve. Tendo em vista os diversos avanços científicos e tecnológicos utilizados no tratamento do câncer, esse último vem adquirindo características crônicas, e, em muitos casos, possibilidades de cura, cabendo-se pensar na dimensão social envolvida diretamente com a recuperação completa da saúde do sujeito acometido e com a integração social do indivíduo à sociedade.

Para Straub (2014), outros fatores como idade e gênero também afetam a suscetibilidade ao câncer. O mesmo afirma, com bases em estudos do NCI (National Cancer Institute) realizadas em 2010 nos EUA, que embora os homens, ao longo da vida, apresentem maior índice de câncer do que as mulheres, as mulheres têm maior probabilidade de apresentarem qualquer tipo de câncer antes dos 60 anos de idade. Também nos EUA, embora a maior incidência em homens seja de câncer de próstata e em mulheres seja de câncer de mama, o câncer de pulmão continua a ser a principal causa de morte tanto em homens como em mulheres. Onde e se o câncer irá se desenvolver também está correlacionado com a idade, assim como, quanto mais as pessoas envelhecem, mais suscetíveis a desenvolverem o câncer. Em contraponto, o câncer ainda é a segunda causa de mortalidade entre crianças de 1 a 14 anos de idade.

Ainda de acordo com Straub (2014), um estudo realizado por epidemiologistas da Oxford University Press, em Nova Iorque, apontou que menos de 25% de todos os cânceres se desenvolveriam de qualquer forma, fortemente influenciados por fatores genéticos e biológicos incontroláveis. Entretanto, fatores controláveis como o uso de tabaco, alimentação, uso de álcool e atividades físicas desempenham maior relevância no surgimento dessa patologia.

De acordo com American Cancer Society (2010), no ano 2000, cerca de 20% das mortes ocorridas nos EUA estava relacionado ao uso contínuo do tabaco, sendo que a maior parte dessas mortes foi consequência de câncer em decorrência do tabaco. Já para National Cancer Institute (2010), o uso do tabaco pode desencadear

o câncer em diferentes localidades, como na boca, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, pulmões, útero e colo, rins e até na bexiga. Acredita-se que cerca de 20% das pessoas diagnosticadas com câncer de pulmão que fumavam antes do diagnóstico, continuam fumando (SCHNOLL et al., 2003).

Já um estudo realizado por Dos Santos et al. (2012) com pacientes diagnosticados com câncer no trato aerodigestivo superior do Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes na cidade de Vitória no estado do Espírito Santo nos anos de 2005 a 2007, verificou que 79% usavam álcool, e 88,2% usavam tabaco. Dessa forma, pode-se inferir que esses são uns dos fatores que mais potencializam o desenvolvimento do câncer, além de deficiências imunológicas, hereditariedade e dietéticos.

Já em relação à alimentação, Munhoz et al. (2016), afirmam que nenhum alimento isolado é capaz de prevenir o câncer, contudo, a combinação exata de determinados alimentos promove uma excitação do sistema imunológico, o fazendo resistir contra o desenvolvimento da doença. Segundo os mesmos autores, estudos apontam que hábitos alimentares saudáveis desempenham importante papel no processo de carcinogênese, atuando como preventor de cânceres, enquanto hábitos alimentares maléficos atuam como desencadeadores de tumores.

Straub (2014) salienta que o sedentarismo é um importante fator de risco para o surgimento de determinados tipos de câncer. Munhoz et al. (2016) corroboram com essa informação, afirmando que o sedentarismo está relacionado com o desenvolvimento de alguns tipos de câncer, mesmo indivíduos com peso considerado adequado. Dessa forma, esses autores apontam que atividade física regular é um forte opositor aos efeitos deletérios do tratamento oncológico do sujeito acometido, assim como um fator preventivo para o câncer. Prado (2014) afirma que a atividade física tem variados efeitos no tratamento do câncer, pois enfrenta o sedentarismo, auxilia na redução do acúmulo de lipídeos no corpo, assim como facilita o bem-estar, proporcionando uma melhor qualidade de vida para o indivíduo.

Além disso, fatores emocionais como o estresse vivenciado pela sociedade contemporânea, principalmente a partir da grande revolução industrial e das redes de globalização, contribuiu de forma significativa para o aumento dos índices de câncer. Dessa forma, fatores como a aceleração das atividades cotidianas; o aumento da densidade demográfica nas grandes cidades, sobrecarga de trabalho; excesso de responsabilização; esgotamento relacionado ao trabalho com exaustão

física e psicológica; excesso ou insuficiência de controle em relação aos procedimentos, ritmo e outros aspectos do trabalho; ambiguidade ou conflito de papéis ou revezamento de turno; preocupação com status sociocultural; diferenciação de gênero; entre outros, esses chamados de agentes estressores, colabora com o aumento dos níveis de estresse (STRAUB, 2014).

Para Viktor Frankl (1905-1997), o estresse contemporâneo pode estar relacionado à falta de sentido para a vida e à superficialidade das relações, que submerge os homens em um grande vazio existencial, relacionado com o mal-estar na civilização e com a mecanização dos corpos (GOMES, 1992). Já Marx reconhece que os principais estressores do cotidiano referem-se às metodologias ultrapassadas de trabalho, salientando assim que o trabalho morto se associa a exposição à produtividade exacerbada que dificulta o processo de racionalização e torna o trabalho mecânico, o que gera sofrimento e mal-estar na civilização (FARIAS, 2015).

Assim, o estresse atua na fisiologia do corpo liberando grande quantidade de cortisol, hormônio excitatório que causa hipertenacidade nos músculos, taquipsiquia (aceleração das atividades cognitivas, como o pensamento), e até mesmo a imunossupressão, deixando os sujeitos vulneráveis a diversos tipos de acometimento patológico (MARGIS, 2003).

Portanto, observa-se que o câncer possui um espectro multifatorial, tendo causas relacionadas aos aspectos biológicos e psicossociais. Assim, deve-se atentar para um olhar amplo e humanizado, compreendendo o sujeito em sua integralidade, evitando olhares míopes e reducionistas, a fim de considerar a história de vida, contexto e subjetividade do sujeito.

4 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E ENFRENTAMENTO AO CÂNCER

A seguir serão discutidas as diferenças conceituais entre os termos religiosidade, espiritualidade e religião, bem como as diferentes formas de enfrentamento ao câncer através da religiosidade e da espiritualidade vivenciados pelos sujeitos acometidos, assim como seus resultados positivos e negativos no processo de tratamento. Além disso, será abordada de forma breve, a importância do *mindfulness* como ferramenta terapêutica para a melhora significativa da sintomatologia física e emocional diante do diagnóstico de neoplasia maligna e para o crescimento da espiritualidade no sujeito.

4.1 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO: DIFERENÇAS CONCEITUAIS

Por muito tempo, os conceitos de religiosidade e espiritualidade foram confundidos erroneamente. Embora a religiosidade seja uma das diferentes maneiras de vivenciar a espiritualidade, nem sempre a espiritualidade tem a ver com religiosidade. Segundo Fleck et al. (2003), a espiritualidade vai além de crenças e valores, causa reflexões sobre o significado da vida e motivos para existir. Já a religiosidade se caracteriza pela vivência subjetiva de crença, seguimento e prática de uma religião, se diferenciando da anterior pela possibilidade de doutrina e adoração específica compartilhada por um grupo de pessoas.

Por sua vez, Frankl aponta que a espiritualidade está ligada a abertura do ser humano para a autotranscendência. O mesmo afirma que a autotranscendência se apresenta na vontade de sentido, que vai de encontro com o significado para a vida, se abdicando de si mesmo e se colocando à serviço de algo (GOMES, 1992; CARRARA, 2016).

Ross (1995) definiu espiritualidade e contribuiu bastante para sua caracterização. Para ela a dimensão espiritual depende de três fatores: (1) indispensabilidade de encontrar significado e motivos para viver; (2) imprescindibilidade de esperança e vontade para viver; (3) necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. Assim, torna-se essencial a necessidade de um direcionamento, motivos e significados para viver, de modo que a incapacidade de encontrar significados pode levar o indivíduo a vivenciar um sofrimento através de sentimentos de vazio e desespero.

Frankl, ao contrário de muitos outros estudiosos da relação entre religião e psicologia, acredita que a religião pode ser encarada como um fator positivo, não negando que existem casos que a religião causa algumas limitações no enfrentamento do sujeito. Apesar de ser desnecessária para uma vida com sentido, a religião soma a existência humana e torna-se capaz de fortalecê-la em diferentes aspectos, dando um sentimento de totalidade (CARRARA, 2016).

A religião é definida por Skinner (1953/2003) como uma Agência de Controle, que está relacionada com um laço com o sobrenatural que cria ou altera contingências. Assim, a aproximação do sujeito a essa agência religiosa por meio de um ser superior que controla as contingências disponíveis, além de reforçar e punir,

traz certezas de um futuro mais agradável, o que, de certa forma, garante a felicidade em longo prazo.

Logo, torna-se evidente as diferenças conceituais entre esses termos, onde a religiosidade está relacionada à vivência subjetiva de um determinado credo religioso; a espiritualidade caracteriza-se pelas reflexões sobre o significado da vida e motivos para viver sem necessariamente estar relacionada com religião; e religião são um conjunto de crenças, valores e rituais estabelecidos dentro de uma instituição (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

4.2 O ENFRENTAMENTO AO CÂNCER ATRAVÉS DA RELIGIOSIDADE E DA ESPIRITUALIDADE EM SUJEITOS ACOMETIDOS: O *MINDFULNESS* COMO FERRAMENTA DE AUXÍLIO TERAPÊUTICO

Sabe que o câncer ainda é considerado uma sentença de morte para os sujeitos acometidos, afetando negativamente o cotidiano dos portadores. Crenças enraizadas pela sociedade, estereótipos e concepções reducionistas, somam-se ao impacto do diagnóstico e ocasiona um forte impacto emocional (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015; KARKOW et al., 2015; RAMALHO et al., 2018). Assim, para lidar com essa condição, o sujeito passa a elaborar diferentes estratégias de enfrentamento, destacando-se a religiosidade e a espiritualidade, que prevalece em grande parte dessa população.

A espiritualidade é uma grande ferramenta que o sujeito acometido pelo câncer se utiliza para enfrentar dores, perdas ou situações não esperadas através de uma aproximação de valores, crenças e de um processo de ressignificação de sua própria vida e de eventos que apontam para sua fragilidade e finitude (PINTO et al., 2015).

Dessa forma, o enfrentamento ou *coping* é definido por Lazarus e Folkman como:

um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais (1984, p. 141).

As estratégias de enfrentamento são classificadas conforme suas funções e podem estar focadas nas emoções ou nos problemas. De acordo com Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), o enfrentamento focado nas emoções tem como função a

regulação de respostas emocionais causadas por eventos ou estímulos aversivos, podendo ser caracterizado por comportamentos de fuga e/ou esquiva. Segundo os mesmos autores, o enfrentamento focado nos problemas possibilita com que o sujeito busque estratégias ativas de planejamento e solução de problemas, aproximando-se dos possíveis estressores. Assim, o enfrentamento ao câncer pode ser focado nas emoções ou nos problemas, deixando uma via de mão dupla com direcionamento baseado na percepção e no histórico de vida do sujeito.

Para Panzini e Bandeira (2007), a religiosidade e a espiritualidade são formas bastante eficazes de enfrentamento para os sujeitos acometidos pelo câncer, entretanto, é a função desse enfrentamento que ditará se os resultados apresentados na saúde do paciente mostram-se positivos ou negativos (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Algumas abordagens teóricas, como exemplo a Psicologia Positiva, considera a espiritualidade como um fator de proteção à saúde, seja com indivíduos adoecidos, ou com indivíduos saudáveis (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007). Outros estudos apontam a espiritualidade como importante fator na influência de crenças, percepções e julgamentos de informações, que possibilita a compreensão, organização e enfrentamento de eventos estressores, como é o caso da hospitalização oncológica (GOBATO; ARAÚJO, 2010).

Segundo Koenig, Pargament e Nielsen (1998), entendem-se como estratégias de enfrentamento positivo, aquelas que promovem melhoras na saúde mental, na redução do estresse, no crescimento espiritual e na cooperatividade. Já as estratégias de enfrentamento negativo estão relacionadas a efeitos prejudiciais na qualidade de vida e bem-estar físico, assim como a não adesão ao tratamento por acreditar em intermédios transcendentais.

Em um estudo realizado com dez pacientes oncológicos da Associação Voluntária do Câncer de Assis – SP percebeu-se, através de um processo de categorização dos relatos verbais, que surgiram cinco categorias relacionadas à função do enfrentamento religioso/espiritual: suporte emocional; cura; busca de significado; contribuições no tratamento; e controle (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

A partir da análise realizada através do estudo supracitado, pode-se perceber que as categorias denominadas: suporte emocional; busca de significado; e contribuições no tratamento são consideradas positivas, pois possibilitam que o

sujeito ressignifique sua vida e construa, através de comportamentos ativos e saudáveis, seu equilíbrio emocional, sua autonomia e co-participação em seu próprio tratamento. Em contraponto, as categorias cura e controle, podem surgir como algo que dificulta a aquisição de variabilidade comportamental, pois o sujeito acredita em intervenções divinas como algo que vai curá-lo ou que tem poder sobre todas as coisas, deixando o sujeito inerte a determinadas situações estressoras.

Outros estudos sobre enfrentamento concentram-se na investigação da forma como cada indivíduo reage e lida com eventos passados e acontecimentos presentes, apontando para a importância do *coping* pró-ativo, voltado para as perspectivas futuras. Com isso, a compreensão das maneiras subjetivas que cada sujeito lida com eventos iminentes possibilita que os mesmos elaborem estratégias para prevenir ou alterar as consequências negativas de eventos potencialmente aversivos (PEREIRA, 2011).

De acordo com a autora supracitada, o *coping* pró-ativo se distingue do *coping* reativo na medida em que o primeiro está relacionado a esforços cognitivos e comportamentais para lidar com eventos futuros críticos e potencialmente aversivos, enquanto o segundo está relacionado à defrontação de eventos passados e/ou presentes. Assim, o *coping* pró-ativo estabelece possibilidades de crescimento pessoal e facilita na solução de problemas delicados, com foco na estabilidade emocional, na mudança de percepção e no poder da razão, enquanto o reativo pode impossibilitar que o sujeito se liberte de lamentações e sentimentos de culpa, dificultando o processo de enfrentamento.

As características individuais dos padrões de comportamento e as influências culturais no processo de enfrentamento também são consideradas importantes fatores a serem incorporados nos estudos. Assim, as terapias comportamentais de terceira geração visam promover a qualidade de vida através de mudanças positivas, sendo evidenciados dados resultantes das pesquisas sobre autocompaixão e o *Mindfulness*.

Para Hayes, Follette e Linehan (2004), a autocompaixão consiste no reconhecimento e na sensibilidade do sofrimento, que se manifesta no cuidado com o bem-estar e a qualidade de vida do outro, através da compreensão do sofrimento sem julgamentos prévios e audiência não-punitiva, com o objetivo de aliviar suas aflições. Por sua vez, *Mindfulness* é caracterizada pela clareza e consciência que mostra-se diante do foco da atenção intencional, livre de julgamentos morais, com

foco no presente, às coisas originais, que apresentam-se como são em sua essência, além do aproveitamento da oportunidade de atuar e operar diante de determinados eventos, ao invés de apenas reagir passivamente.

Dessa forma, a nível das terapias comportamentais de terceira geração, a Acceptance and Commitment Therapy (ACT), em português, Terapia de Aceitação e Compromisso se destaca como uma área de sucesso do *mindfulness*. A ACT é uma abordagem terapêutica focada no uso da cognição, na linguagem e na relação terapêutica a fim de uma determinada mudança. Tem como objetivo ampliar a flexibilidade psicológica em circunstâncias em que o indivíduo apresenta fuga ou esquiva, fazendo um evitamento experiencial.

Em estudos correlacionais com a aplicação de *mindfulness* em intervenções clínicas nos cuidados a pacientes oncológicos, evidenciaram-se melhorias significativas no humor, no sono e na redução do estresse (BAER, 2003). Outros estudos relacionados a doenças crônicas e manifestações dolorosas, demonstraram uma redução de processos dolorosos, no cansaço, no humor e nos sintomas ansiosos (KABAT-ZINN, 2005).

Percebe então os inúmeros benefícios da utilização do *mindfulness* como ferramenta terapêutica, o qual leva para o sujeito, melhorias no protagonismo e no autoconhecimento, direcionando-o para uma melhora significativa dos sintomas clínicos e psicológicos, além de facilitar a aproximação e o aumento da espiritualidade (CARMODY; BAER, 2008; PEREIRA, 2011).

Portanto, pode-se compreender que o controle sobre as contingências e sobre a própria vida é de fundamental importância, pois traz segurança e tranquilidade para o sujeito, em contrapartida, aquilo que não se tem controle pode vir a gerar ansiedade e preocupação (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o câncer é uma condição multicausal associada a inúmeros fatores, sejam eles internos, como hereditariedade e predisposição genética; ou externos, como hábitos comportamentais, como exemplo, o uso de álcool, tabaco, alimentação e sedentarismo; cognitivos como pensamentos e percepção de eventos potencialmente aversivos e emocionais, como o estresse.

Assim, o câncer, também chamado de neoplasia maligna pode se apresentar em diferentes tipos, a depender da sua localização e grau de invasividade, podendo

ser, algumas vezes, fatal. Entretanto, apesar dos grandes avanços médicos e científicos na área da oncologia e a diversas possibilidades terapêuticas desenvolvidas nas últimas décadas, o câncer ainda é considerado uma sentença de morte para os sujeitos acometidos.

Nesse sentido, o sujeito elabora estratégias cognitivas e comportamentais, geralmente associadas à religiosidade e espiritualidade, que manifestam-se em grande parte dos sujeitos acometidos. De acordo com estudos recentes, a religiosidade e a espiritualidade têm sido cada vez mais investigadas no processo saúde-doença, sendo verificada uma correlação positiva para os indicadores de vivências religiosas e espirituais, a saúde mental e a qualidade de vida.

Nota-se que ao longo da história, o câncer foi percebido de diferentes formas, tendo como causas, desde as manifestações de espíritos malignos à compreensão biológica das alterações celulares. Dessa forma, fica evidente a influência de fatores culturais na compreensão de doenças, cabendo atentar-se para esses aspectos.

Os resultados obtidos no presente estudo apontam para a importância do profissional da psicologia adotar uma compreensão da totalidade do paciente oncológico, devendo ser considerados seus aspectos religiosos e espirituais, bem como suas crenças e valores. Também foi verificado que o enfrentamento religioso/espiritual contribui de forma significativa para a adesão ao tratamento, para a solução ativa de problemáticas, na redução do estresse e ansiedade e na busca de significado e/ou resignificação de sua vida através da perspectiva futura.

O *mindfulness* apresenta uma grande importância no suporte terapêutico no processo de enfrentamento ao câncer. Como uma das ferramentas das terapias comportamentais de terceira geração que visam o bem-estar e a qualidade de vida, possibilita uma aproximação direta do sujeito com sua espiritualidade, facilitando o seu prognóstico.

Assim, esse estudo proporciona uma compreensão profunda e integral acerca do câncer, desmistificando o processo e rompendo com crenças enraizadas pela cultura e seus respectivos estímulos. O estudo ainda possibilita com que o profissional da psicologia elabore estratégias de intervenções psicoterapêuticas mais eficazes, trazendo tanto propostas preventivas, como de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Fatos e números de câncer para afro-americanos**: 2009-2010. American Cancer Society, 2010. Disponível em: <http://www.cancer.org/downloads/STT/cffaa_2009-2010.pdf> Acesso em: 03 nov 2018.
- BAER, R. A.. O treinamento do mindfulness como uma intervenção clínica: uma revisão conceitual e empírica. **Psicologia Clínica: Ciência e prática**, v.10, n. 2, p. 125-143, 2003.
- BARBOSA, S. F. C., et al.. Aspectos epidemiológicos dos casos de leucemia e linfomas em jovens e adultos atendidos em hospital de referência para câncer em Belém, Estado do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua , v. 6, n. 3, p. 43-50, set. 2015.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e sociedade**, v. 11, p. 67-84, 2002.
- BERGANTINI, A. P. F. et al.. Leucemia mielóide crônica e o sistema Fas-FasL. **Revista brasileira de hematologia hemoterapia**, v. 27, n. 2, p. 120-25, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016** : uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017a.
- _____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2016**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2017b.
- BUENO, M.. **A origem curiosa das palavras**. 4ª Edição. 2006.
- CALVETTI, P. U.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T.. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, n. 4, p. 706-717, 2007.
- CARDOSO, N. M. P.. **Doença Oncológica e Alexitimia**. Contributo Pessoal. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, 1995.
- CARMODY, J.; BAER, R. A.. Relacionamentos entre a prática da atenção plena e os níveis de mindfulness, sintomas médicos e psicológicos e bem-estar em um programa de redução do estresse baseado em mindfulness. **Jornal de medicina comportamental**, v. 31, n. 1, p. 23-33, 2008.
- CARRARA, P. S.. Espiritualidade e saúde na logoterapia de Victor Frankl. **Interações**, v. 11, n. 20, p. 66-84, 2016. – CE

CARVALHO, M. M.. Psico-Oncologia: História, Características e Desafios. **Psicologia USP**, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002.

CERCHIARI, E. A. N.. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília , v. 20, n. 4, p. 64-79, 2000.

COLLINI, S.. **Passos ingleses**: ensaios em cultura e história . Oxford University Press, 1999.

DA CUNHA, J. P. R. M. et al. **Análise de doentes diagnosticados com tumores do sistema nervoso central e respetiva avaliação dos " Long Term Survivors", ao longo de 10 anos, no Centro Hospitalar do Porto**. 2016.

DARWIN, C.. **A origem das espécies**. Tradução da 6ª edição original e última revista por Darwin: The Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life. 6th Edition, with additions and corrections to 1872. John Murray, Albermarle Street, London, 1876. Primeira edição original: 24 de Novembro de 1859. Tradução: Ana Afonso, Editora: Planeta Vivo, Portugal, 2009.

DE MARCO, M. A.. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2006.

DIMATOS, D. C. et al.. Melanoma cutâneo no Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. Suplemento 01, p. 14, 2009.

DOS SANTOS, R. A. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 21-29, 2012.

FARIAS, T. F. A.. **Dialética do trabalho e libertação humana na teoria de Karl Marx**. 2015.

FERREIRA FILHO, A. F.. Conceitos gerais do câncer e do tratamento quimioterápico. **Psico-oncologia e interdisciplinaridade**: uma experiência na educação à distância. Porto Alegre: Edipucrs, p. 59-72, 2004.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 446-455, 2003.

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

GIL, A. C.. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, n. 61, p. 16-17, 2002.

GOBATTO, C. A.; ARAUJO, T. C. C. F.. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 1, p. 52-63, 2010.

GOMES, J. C. V.. **Logoterapia**: a psicoterapia existencial humanista de Viktor Emil Frankl. São Paulo: Loyola, 1992.

GONGORA, M. A. N.. Noção de Psicopatologia na Análise do Comportamento. **Primeiros passos em análise do comportamento e cognição**, p. 93-109, 2003.

HAYES, S.C.; FOLLETTE, V. M; LINEHAN, M.. (Ed.). **Mindfulness e aceitação**: Expandindo a tradição cognitivo-comportamental. Guilford Press, 2004.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 2011. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf> Acesso em 20 out. 2018.

_____. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **O que é o câncer**. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322> Acesso em: 18 ago. 2018a.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Linfoma de Hodgkin**. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_hodgkin> Acesso em: 13 out. 2018b.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Linfoma não Hodgkin**. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_ao_hodgkin> Acesso em: 15 out. 2018c.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Pele Melanoma**. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma/definicao> Acesso em: 15 out. 2018d.

KABAT-ZINN, J.. **Virando nossos sentidos**: Curando a nós mesmos e ao mundo através do mindfulness. Hachette UK, 2005.

KARKOW, M. C. et al.. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.19, n. 3, p 741-751, 2015.

KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J.. Enfrentamento religioso e estado de saúde em adultos idosos hospitalizados. **O Jornal de doenças nervosas e mentais** v. 186, n. 9, p. 513-521, 1998.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S.. **Estresse, apreciação e enfrentamento**. , 1984.

MANNHEIMER, W. A. **Microscopia dos materiais**: uma introdução. Editora E-papers, 2002.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.

MICHELETTO, N.; SÉRIO, T. M. A. P.. Homem: objeto ou sujeito para Skinner?. **Temas em Psicologia**, v. 1, n. 2, p. 11-21, 1993.

MIRANDA, S. L.; LANNA, M. A. L.; FELIPPE, W. C.. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 870-885, 2015.

MONTEIRO, T. A. F. et al.. Linfoma de Hodgkin: aspectos epidemiológicos e subtipos diagnosticados em um hospital de referência no Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 7, n. 1, p. 27-31, mar. 2016.

MUNHOZ, M. P. et al.. Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 37, n. 2, p. 09-16, 2016.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). **Prevenção do câncer de mama**. U.S. National Institutes of Health. 2010. Disponível em: <<http://www.cancer.gov>> Acesso em: 03 nov 2018.

NUCCI, N. A. G.. **Qualidade de vida e câncer**: um estudo compreensivo. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, T. F.. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com leucemia aguda de um hospital público do Distrito Federal. **Revista de Enfermagem da FACIPLAC**, v. 2, n. 3, 2017.

ONCOGUIA. Instituto Oncoguia. **Como reconhecer um carcinoma espinocelular**. 2015/2016. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/como-reconhecer-um-carcinoma-espinocelular-/8426/979/>> Acesso em 13 out. 2018.

_____. Instituto Oncoguia. **O que é metástase?** 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-metastase/7478/889/>> Acesso em: 21/09/2018.

_____. Instituto Oncoguia. **Qual a diferença entre linfoma não Hodgkin e linfoma de Hodgkin?** 2015/2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/qual-a-diferenca-entre-linfoma-nao-hodgkin-e-linfoma-de-hodgkin/5326/751/>> Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Instituto Oncoguia. **Sobre o Sarcoma de Partes Moles**. 2013/2018. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/sobre-o-cancer/2706/156/>> Acesso em: 26 set. 2018.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R.. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo. v. 34, p. 126-135, 2007.

PAULA, R. O. et al.. **Mieloma múltiplo**: características clínicas e laboratoriais ao diagnóstico e estudo prognóstico. 2009.

PEREIRA, A. S.. Psicologia Saúde e Espiritualidade. In: **Livro de ACTAS ACTS of Congress**. p. 7-15, 2011.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. Pereira; NASELLO, A. G.. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 136-145, 2007.

PERES, R. S.. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicologia clínica**, p.165-177, 2006.

PINTO, A. C. et al. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Rev. Saúde Com.**, v.11 n. 2, p. 114-22, 2015.

PRADO, B. B. F.. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 21-24, 2014.

RAMALHO, M. N. A. et al.. Cuidados paliativos: percepção de familiares cuidadores de pessoas com câncer/Palliative care: the perception of family caregivers of cancer patients. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2., 2018.

ROSS, L.. A dimensão espiritual: sua importância para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes e suas implicações para a prática de enfermagem. **International Journal of Nursing Studies**, v. 32, n. 5, p. 457-468, 1995.

SCHNOLL, R. A. et al. Preditores longitudinais do uso continuado de tabaco entre pacientes diagnosticados com câncer. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 25, n. 3, p. 214-221, 2003.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C.. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SILVA, G. C. et al.. Diagnóstico laboratorial das leucemias mielóides agudas. **Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial**. Rio de Janeiro, RJ. Vol. 42, n. 2, p. 77-84, 2006.

SKINNER, B. F.. **O Comportamento Verbal**. São Paulo: Cultrix/EDUSP, 1978. Publicação original de 1957.

_____. Seleção por consequências. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, São Paulo, v.9, n.1, p.129-137, 2007.

_____. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. (Trabalho original publicado em 1953)

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**: uma abordagem biopsicossocial. Artmed Editora, 2014.

VASCONCELOS, A. C.. **Patologia geral em hipertexto**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.