



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM – CBE

ELTON DE LIMA MACÊDO

**A RELIGIÃO COMO ALTERNATIVA COMPLEMENTAR NO
TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS MAMÁRIAS: AS INTERFACES DA
INFLUÊNCIA DO LÍDER ESPIRITUAL**

CUITÉ -PB
2016

ELTON DE LIMA MACÊDO

**A RELIGIÃO COMO ALTERNATIVA COMPLEMENTAR NO
TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS MAMÁRIAS: AS INTERFACES DA
INFLUÊNCIA DO LÍDER ESPIRITUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem do Centro de Educação e Saúde
(CES), Universidade Federal de Campina
Grande (UFCG) em cumprimento as exigências
legais para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Dantas Farias
de Andrade.

**CUITÉ -PB
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M141r Macêdo, Elton de Lima.

A religião como alternativa complementar no tratamento das neoplasias mamárias: as interfaces da influência do líder espiritual. / Elton de Lima Macêdo. – Cuité: CES, 2016.

78 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Luciana Dantas Farias de Andrade.

1. Espiritualidade. 2. Oncologia. 3. Enfermagem. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083

ELTON DE LIMA MACÊDO

**A RELIGIÃO COMO ALTERNATIVA COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DAS
NEOPLASIAS MAMÁRIAS: AS INTERFACES DA INFLUÊNCIA DO LÍDER
ESPIRITUAL**

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade
Orientadora – UFCG

Prof^ª. Dra. Alana Tamar Oliveira de Sousa
Membro – UFCG

Prof^ª. Dra. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima
Membro – UFCG

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por nunca ter me desamparado. Muito obrigado meu Senhor, por ter me fortalecido durante essa longa caminhada, pela sabedoria proporcionada e a manutenção da minha saúde. Reconheço que sem o seu amor incondicional eu não teria conseguido.

À minha Mãe, **Rosileide**, mulher de fibra e de garra, que busca sempre ofertar o melhor para seus filhos. Que na ausência de meu pai, nunca deixou se abalar e não nos fez desistir da vida. Mainha meu MUITO OBRIGADO por sempre acreditar que eu seria capaz de vencer, por sempre estar ao meu lado nos momentos de alegria e de tristeza, sendo meu porto seguro. Todas as vitórias alcançadas em minha vida lhes dedico, pois tudo que tenho em minha vida, só foi possível porque a senhora estava comigo. Mãe EU TE AMO!!!

Ao meu Pai, **Everaldo** (*in memoriam*), que mesmo ausente nunca me deixou desistir, pois esta foi a herança que o senhor me deixou NUNCA DESISTIR, SEMPRE LUTAR, e desta maneira eu cheguei aqui. Mesmo com sua ausência física, sempre lhe tive ao meu lado pois és meu anjo da guarda. TE AMO PAI, SAUDADES!!!

Aos meus Irmãos, **Rucyelle e Ruan**, obrigado pelo apoio e companheirismo nessa longa caminhada, pois apesar das brigas...kkkkk, (qual o irmão que não briga?) sempre fomos companheiros. Amo demais vocês!!!

Aos meus familiares, **Avós, Tios, Tias e Primos**, obrigado por sempre acreditarem em mim, pelos conselhos, e pelas oportunidades. Agradeço pelos momentos de alegrias e reuniões familiares, isto foi muito importante para aliviar meus estresses.

As minhas grandes amigas, **Sandro filho, Émyle, Carol, Cândida, Osmael, Lysrayanne, Laura, Renato, Aniely, Pablo, Geordânia, Alynne e Darliane**. Obrigado pela amizade! Sou grato a cada um de vocês pelos momentos que vivemos juntos, pelos conselhos e pela atenção. Isso foi essencial para me manter firme ao longo dessa caminhada. Cada um de vocês é especial em minha vida, pois mesmo com a distância existente entre nós, a nossa amizade nunca foi abalada, sempre foi fortalecida e nunca me deixaram sozinho. OBRIGADO!!!

As amigas que irão além das paredes da Universidade, **Maria Vitoria, Elisângela, Genário, Margarida, Milca, Tamirys, Gilzimore e Débora**, Obrigado por me aturarem nesses longos 5 anos (risos). Vocês sempre estiveram comigo, sempre me apoiaram, (apesar

das brigas né Tamirys?) Nunca deixamos nada abalar nossa amizade, e ela permanecerá ao longo de nossa vida. Guardarei comigo cada momento que vivi ao lado de vocês, pois realmente vivemos uma intensidade de momentos. AMO MUITO VOCÊS, a saudade já toma conta do meu coração.

À turma, **Enfermagem 2011.2**, agradeço por fazerem parte da construção desse sonho. Em mim vocês deixarão as saudades dos bons momentos que vivemos nesses 5 anos e 3 meses.

À minha querida Orientadora, **Professora Luciana Dantas**, aqui não caberia a tamanha gratidão que tenho pelas oportunidades que a senhora me deu! Louvo e agradeço a Deus pelo dom de sua vida! OBRIGADO pelos ensinamentos, conselhos e pela paciência nesses dois anos que trabalhamos juntos. Saiba que tenho uma admiração enorme pela pessoa íntegra e justa, pela enfermeira e professora excelente que és!

À minha amada, amiga e querida Professora, **Glenda Agra**. Aqui expresso minha eterna gratidão pelas oportunidades e ensinamentos. OBRIGADO por me ensinar a fazer ciência, por sua amizade, puxões de orelha, conselhos e motivações. A senhora sabe o quanto te quero bem, com seu jeito espontâneo, alegre que cativou meu coração, e assim lhe tenho carinhosamente como Mãezoca. AMO VOCÊ!!!

À banca examinadora, **Alyne Mendonça e Alana Tamar**, por fazerem parte de minha história acadêmica, e por aceitarem participar desse momento único em minha vida e por todos os ensinamentos, correções e sugestões frente a esse estudo.

Aos **Mestres do Centro de Educação e Saúde-CES/Campus Cuité**, por todo aprendizado repassado! Cada ensinamento foi crucial na minha vida acadêmica e de agora em diante, profissional. Que Deus vos abençoe, para que possam continuar formando grandes profissionais.

À Fundação Assistencial da Paraíba (**FAP**) pelo reconhecimento da pesquisa científica como um dos eixos principais para melhoria da assistência à saúde das pessoas, por abrirem as portas da Instituição para a realização deste estudo, no qual estimo meus agradecimentos especiais à professora RAILDA SHELSEA pela acolhida.

E por fim, a cada mulher diagnosticada com câncer de mama que se dispôs voluntariamente a participar do estudo. À vocês expresso meus sinceros agradecimentos e orações para que Deus ajude-as a enfrentar a doença. MUITO OBRIGADO!!!

“Sei que o mundo se refere muitas vezes a mim como um desses exemplos de liderança. Só posso aceitar tais louvores sabendo que sou um num coletivo que o meu país e sua história produziram.”

(Nelson Mandela)

RESUMO

MACÊDO, E. L. **A religião como alternativa complementar no tratamento das neoplasias mamárias: as interfaces da influência do líder espiritual.** Cuité, 2016. 78 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Unidade Acadêmica de Enfermagem. Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Cuité- PB, 2016.

A religião é objeto de estudo para os seres humanos na busca da concretização de sua essência na humanidade. Ao encontrar a religião como alternativa para seus anseios internos, os fiéis encontram nos líderes espirituais os principais orientadores no processo patológico. Neste ínterim, não se sabe se a espiritualidade e religiosidade usada como uma alternativa complementar no tratamento das neoplasias mamárias permitem atenuar o sofrimento do adoecimento, assim, é necessário que os cuidados biomédicos e religiosos aconteçam simultaneamente durante a assistência ao doente. Este estudo teve como objetivo analisar os limites e as possibilidades da influência do líder espiritual diante de pacientes que buscam a religião como alternativa complementar ao tratamento oncológico das neoplasias mamárias. É um estudo de natureza predominantemente qualitativa baseado metodologicamente no materialismo histórico e dialético, no qual foi realizada com 19 pacientes com diagnóstico de neoplasia mamária em um hospital escola e filantrópico do município de Campina Grande, na Paraíba. Depois do levantamento de dados iniciou-se a análise do material empírico pela técnica de análise de discurso proposta por Fiorin. Neste contexto a partir das contradições existentes, possibilitou-se chegar à essência do concreto pensado, visualizando duas categorias analíticas (religiosidade e suas interfaces no enfrentamento das neoplasias mamárias e líder espiritual: limites e potencialidades de sua influência no enfrentamento das neoplasias mamárias) e sete categorias empíricas (a religião e a fé como alternativas para o enfrentamento das neoplasias mamárias, práticas religiosas utilizadas como tratamento para as neoplasias mamárias, a fé em Deus como suas possibilidades terapêuticas e cura das neoplasias mamárias, a igreja promovendo práticas religiosas para o alívio do sofrimento, medidas terapêuticas proporcionadas pelas lideranças espirituais para o enfrentar o processo neoplásico mamário, alternativas terapêuticas de cura motivadas pelas lideranças espirituais diante das neoplasias mamárias e negatizando a assistência das lideranças espirituais diante das neoplasias mamárias). Este estudo possibilitou elucidar que a terapêutica religiosa tem sido utilizada como complementar para o tratamento das neoplasias mamárias, o qual deve enfatizar a união da religião e da ciência diante do enfrentamento do processo oncológico mamário dos indivíduos, visto que as lideranças espirituais possuem limitações e potencialidades ao motivarem a religiosidade diante do adoecimento.

Palavras-chave: Religião. Espiritualidade. Oncologia. Liderança. Enfermagem.

ABSTRACT

MACÊDO, E. L. **Religion as a Complementary Alternative for the Treatment of Breast Cancer: The Interfaces of the Influence of the Spiritual Leader.** Cuité, 2016. 78 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Unidade Acadêmica de Enfermagem. Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Cuité- PB, 2016.

Religion is an object of study for humans in the quest of achieving of the essence in humanity. Finding religion as an alternative to their problems, the faithful find spiritual leaders as main guiding in the pathological process. In this case, it is unknown whether spirituality and religion used as a complementary alternative for the treatment of breast neoplasms attenuate the suffering of illness, so it is necessary that the medical and religious care occur simultaneously during the care to the patient. This study aimed to analyze the limits and possibilities of influence of the spiritual leader for the patients who seek religion as a complementary alternative to the oncological treatment of breast tumors. It is a qualitative study methodologically based on historical and dialectical materialism, carried out with 19 patients diagnosed with breast cancer at a hospital school and philanthropist in the city of Campina Grande, Paraíba. After data collection began the analysis of the empirical material through the technique of discourse analysis proposed by Fiorin. In this context from existing contradictions it enabled to get the essence of concrete thought, visualizing two analytical categories (religion and their interfaces in facing breast cancer and spiritual leader: limits and potential of its influence on coping with breast cancer) and seven empirical categories (religion and faith as alternatives for dealing with breast cancer, religious practices used as treatment for breast cancer, faith in God as their therapeutic possibilities and cure of breast cancer, the church promoting religious practices for relief from suffering, treatment provided by spiritual leaders to face the breast neoplastic process, healing therapeutic alternatives motivated by spiritual leaders on the breast tumors and denial the assistance of spiritual leaders in the face of breast cancer). This study made it possible to elucidate the religious therapy has been used as a supplement for the treatment of breast cancer, which should emphasize the union of religion and science on the coping of the breast cancer process of individuals, once the spiritual leaders have limitations and potentials to motivate religiosity against the illness.

Keywords: Religion; Spirituality; Oncology; Leadership; Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características sociodemográficas das mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias que estão realizando tratamento oncológico no Hospital Escola e Filantrópico no Município de Campina Grande, PB, 2016.....38

TABELA 2 -Características clínicas das mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias que estão realizando tratamento oncológico no Hospital Escola e Filantrópico no Município de Campina Grande, PB, 201641

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Apresentação das categorias analíticas e categorias empíricas.....	42
--	----

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

CES- Centro de Educação e Saúde

CBE- Curso de Bacharelado em Enfermagem

FAP- Fundação Assistencial da Paraíba

INCA- Instituto Nacional do Câncer

HCPA- Hospital das Clínicas de Porto Alegre

HUAC- Hospital Universitário Alcides Carneiro

MHD- Materialismo Histórico Dialético

SBPH- Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar

UAENFE- Unidade Acadêmica de Enfermagem

UERJ- Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFMG- Universidade Federal de Campina Grande

UFPE- Universidade Federal do Pernambuco

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

USP- Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

<i>1.1. Contextualização do problema e justificativa</i>	15
<i>1.2 Objetivos</i>	17
<i>1.2.1 Objetivo Geral</i>	17
<i>1.2.2 Objetivos Específicos</i>	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
<i>2.1 Religiosidade e espiritualidade</i>	19
<i>2.2 Oncologia e Neoplasia mamária</i>	22
<i>2.3 Liderança</i>	28
<i>2.4 Liderança espiritual e sua influência na oncologia</i>	29
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	32
<i>3.1. Considerações metodológicas</i>	32
<i>3.2. Tipo da pesquisa</i>	33
<i>3.3. Cenário da Pesquisa</i>	33
<i>3.4. Participantes da Pesquisa</i>	33
<i>3.5 Produção do material empírico</i>	34
<i>3.6 Análise do material empírico</i>	35
<i>3.7 Aspectos éticos da pesquisa</i>	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
<i>4.1. Apresentação dos resultados e discussão</i>	38
<i>4.2. Perfil sócio demográfico das mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias em tratamento oncológico</i>	38
<i>4.3. Categorias analíticas e Categorias empíricas</i>	41
<i>4.3.1 CATEGORIA ANALÍTICA I: Religiosidade e sua interfaces no enfrentamento das neoplasias mamárias</i>	42
<i>4.3.2 CATEGORIA ANALÍTICA II: Líder Espiritual: Limites e potencialidades de sua influência no enfrentamento das neoplasias mamárias</i>	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A –	67
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
APÊNDICE B –	69
INSTRUMENTO PARA COLETA DE MATERIAL EMPÍRICO	69

ANEXO A –	72
TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....	72
ANEXO B –	73
TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE	73
ANEXO C –	74
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	74
ANEXO D –	75
CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM	75
ANEXO E –.....	76
DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS.....	76
ANEXO F –.....	77
DECLARAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR.....	77
ANEXO G –	78
DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERCITÁRIO ALCIDES CARNEIRO- HUAC....	78

Considerações Introdutórias



FONTE: Google imagens, 2016

1 CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

1.1. *Contextualização do problema e justificativa*

A religião é objeto de estudo para os seres humanos, sendo estudada por filósofos, sociólogos e antropólogos e outros profissionais, na busca para concretizar sua essência na humanidade, levando em consideração que, apesar de ser invisível, é na religião que o indivíduo, muitas vezes, busca soluções para os problemas da vida. Quando associado ao processo patológico, os enfermos normalmente procuram a religião com o intuito de aliviar a dor e o sofrimento trazido pela doença para suas vidas (COUTINHO, 2012; GUERRERO et al., 2011; SOUZA, 2009).

Destarte, os conceitos de religião e espiritualidade podem estar ligados ao cotidiano das pessoas, mas eles divergem, ou seja, para se ter uma vida espiritual não é necessário seguir uma doutrina religiosa, uma vez que a espiritualidade pode ser definida como algo abstrato no interior do ser humano, visto que a pessoa, ao expressar amor, ser solidário ao outro e viver em harmonia com a comunidade, já se torna alguém espiritualizado (FRANCISCO et al., 2015; SOLER et al., 2012).

Ao encontrar a religião como alternativa para seus anseios internos, os fiéis encontram nos líderes os principais orientadores na busca pela salvação da alma, práticas religiosas, no processo patológico e etc. Para Espíndula, Valle e Belo (2010) os líderes religiosos se comportam perante a religiosidade e espiritualidade das pessoas influenciando-as através de seu acolhimento, sua prestação de serviços, oração, e etc, motivando, muitas vezes a deixarem de seguir o tratamento alopático, uma vez que eles acreditam que essa prática religiosa conduz à cura tão almejada, e que pode ser interpretado no cotidiano do processo carcinogênico, visto que se trata de uma doença bastante debilitante e vulnerável à morte.

As doenças neoplásicas são consideradas como a segunda causa de mortalidade de indivíduos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, o que acarreta uma série de problemas para a saúde das pessoas. Em razão disso, gera uma série de dificuldades para o sistema público de saúde do mundo, sendo essas econômicas, sociais e de rastreamento (BONOMO et al., 2015; SALIMENA et al., 2013; RODRIGUES; POLIDARI, 2012).

Os processo oncológicos caracteriza-se por apresentar mais de 100 tipos de cânceres, apresentando com maior frequência o de próstata, mama, pele não melanoma e colón retal. Segundo o Ministério da Saúde (2016), o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima-se para o ano de 2016, 57.960 novos casos de câncer de mama feminino em nível nacional, para o estado da Paraíba. A estimativa é que, a cada 100 mil mulheres, aproximadamente 39

apresentarão neoplasia mamária, informação considerada preocupante. Assim este estudo aprofundará as neoplasias mamárias, que são mais frequentes no sexo feminino, causando no Brasil uma maior taxa de morbimortalidade nesta população decorrente deste tipo de câncer (BRASIL, 2012; PINHEIRO et al., 2013).

Neste ínterim, não se sabe se a religiosidade e a espiritualidade usada como alternativa complementar no tratamento das neoplasias mamária é satisfatória, assim, é necessário que os cuidados biomédicos e religiosos aconteçam simultaneamente durante a assistência ao doente, uma vez, quando há exaltação da religião e ciências médicas em segundo plano terapêutico pode proporcionar um efeito contrário à terapêutica necessária para o sujeito obter resultados exitosos (BATISTA; MENDONÇA, 2012).

Observando a influência do líder espiritual no tratamento complementar da paciente com neoplasia mamária, este trabalho torna-se relevante para o meio científico, pois servirá como modelo para pesquisas futuras, visto a escassez de estudos com esta temática específica. Por esta razão, tem-se como objeto de estudo a influência exercida pelo líder espiritual aos pacientes submetidos a tratamentos alopáticos de neoplasias mamárias.

Mediante a possibilidade de realização de estudos que investiguem até que ponto as opiniões das lideranças espirituais interferem significativamente nas condutas alopáticas e no tratamento das neoplasias mamárias dessas mulheres surgiu a necessidade de elucidar o seguinte questionamento: o comportamento das pacientes com câncer de mama diante das orientações de autocuidado do líder espiritual influencia no seu estado de saúde?

Este estudo fundamenta-se metodologicamente no Materialismo Histórico Dialético que propõe que a essência dos fenômenos empíricos está intrínseca no cotidiano dos sujeitos. Desta maneira, é necessário levantar reflexões sobre os comportamentos da humanidade, visto que a essência do fenômeno não está explícita em sua *pseudoconcreticidade*, ou seja, na concentricidade aparente, mas no desvelamento de suas mediações e de suas contradições internas fundamentais (MANDÚ et al., 2011).

A realização deste trabalho justifica-se que o câncer de mama apresentam-se com maior incidência nos pacientes atendidos na Fundação Assistencial da Paraíba e pela vicissitude de que as relações religiosas e espirituais auxiliem estes pacientes no enfrentamento do processo oncológico mamário. Com isto, pretende-se ampliar o conhecimento sobre a influência do líder espiritual aos pacientes que buscam a religiosidade e espiritualidade para superação das limitações da neoplasias mamárias defendendo a importância da sua complementaridade para o tratamento alopático.

O fato do mesmo ser realizado em um hospital oncológico de referência para a região paraibana, servirá de modelo para futuras pesquisas multicêntricas que subsidiem profissionais de saúde, líderes comunitários, docentes e discentes no tocante ao aprofundamento teórico, em nível de graduação, trazendo uma maior abrangência desta influência nas doenças crônicas não transmissíveis, o que suscita a reflexão da presença da religião como uma forma de tratamento complementar de baixo custo.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar os limites e possibilidades da influência do líder espiritual diante das pacientes que buscam a religião como alternativa complementar ao tratamento das neoplasias mamárias.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das pacientes;
- Caracterizar as transformações históricas da influência religiosa como tratamento alternativo para pacientes em tratamento oncológico;
- Desvelar as contradições existentes na influência do líder espiritual diante das pacientes que buscam a religião como alternativa complementar ao tratamento oncológico;
- Observar as relações estabelecidas entre o líder espiritual e as pacientes em tratamento oncológico.

Referencial Teórico



FONTE: Google imagens, 2016

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Religiosidade e espiritualidade

A palavra religião tem origem do *latim*, que significa “*religar*” ou “*releger*”(COUTINHO, 2012). Segundo Pinto (2010) é uma forma do homem se ligar ao transcendente, ao sagrado e, a partir de então, construir a sua essência de um ser religioso.

A religião é objeto de estudo para os seres humanos, sendo estudados por filósofos, sociólogos, antropólogos, na busca de concretizar a sua essência na humanidade, sendo o ser humano visto individualmente e coletivamente, eles procuram proporcionar discussões que corroborara para ciência da religião que, apesar de ser invisível, é nela que o indivíduo, muitas vezes, procura solucionar os problemas que a vida traz (COUTINHO, 2012; SOUZA, 2009).

Dados do censo demográfico mostram as religiões predominantes no Brasil, sendo a religião católica, representada por 64,6% da população, seguida pela religião evangélica que, apesar de nos últimos anos ter crescido, representa 22,2% nos brasileiros e os espíritas que aparecem com 2,0%. Assim, é perceptível que a religião católica seja seguida por mais da metade da população brasileira (LIMA, 2012).

A vida traz características próprias, que serão modificadas e aperfeiçoadas pela sociedade. Neste intuito de construção de uma identidade própria, as práticas religiosas irão seguir de acordo com a crença de cada indivíduo, permitindo que qualquer um possa construir sua religião e, a partir de então, buscar a comunicação com o ser supremo (PINTO, 2010; SOUZA 2009).

Neste contexto, a religião relacionam-se às instituições, onde as pessoas expressam suas crenças e seguem suas doutrinas, no sentido de encontrar as respostas que irão dar sentido à vida. No entanto, os conceitos de religião e religiosidade não podem ser observados de forma fragmentada, ou seja, a religiosidade é a forma como as pessoas se comportam e expressam sua religião no cenário das instituições religiosas que, a partir de então, irão demonstrar suas crenças em um ser supremo (; BRANCO; BRITO; SOUZA, 2014; SILVA; SIQUEIRA, 2009).

A respeito do conceito de religiosidade, Arreira et al. (2011) conceituam como crenças e rituais praticados pelas pessoas com o propósito de comunicar-se com o ser supremo. Do mesmo modo, as práticas religiosas utilizadas são formas que as pessoas utilizam para exercer uma comunicação com o sobrenatural, com a finalidade de que é necessário aceitar os fatores determinantes impostos por cada religião, uma vez que as religiões são formadas por um

conjunto de doutrinas e rituais, permitindo ao indivíduo o exercício da espiritualidade e reflexão da vida (BATISTA; MENDONÇA, 2012).

O que fundamenta a busca pela religiosidade é a oração, devoção e fé. Esses três princípios permitem que o indivíduo encontre o caminho para salvação da sua alma, o conforto da vida e a esperança. Contudo, no que diz respeito à oração, ela permite que as pessoas conversem com Deus e obtenham as respostas que elas buscam, podendo ser realizado pelas lideranças religiosas, através da comunicação com Deus, permeado pelos cultos, missas e confissões, uma vez que convidam as pessoas a buscarem o ser supremo visando salvação e ratificação de suas crenças. Desta forma, o líder religioso é o principal protagonista na busca das pessoas pela religiosidade (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

A religiosidade não é apenas buscar o transcendente, mas é considerada uma estratégia para mudanças no estilo de vida das pessoas. Essas transformações visam seguir as doutrinas impostas pelas religiões, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, manutenção da saúde. No que diz respeito ao enfrentamento das doenças, a religião permite que as pessoas sintam-se mais fortes, busquem a cura, renovem esperanças na fé, o que torna o sofrimento da enfermidade menos doloroso, mesmo que, em muitos casos, os indivíduos considerem a doença como um castigo divino. Até os indivíduos que encaram o sofrimento como um castigo divino procuram a igreja para realizar suas práticas religiosas com a finalidade de se redimir diante de Deus, melhorar seu estado de saúde, restabelecer seu vínculo com a comunidade e tornar a vida mais harmônica (ARREIRA et al., 2011; GUERRERO et al., 2011; GOBATTO; ARAÚJO, 2010).

Os conceitos de religião e espiritualidade podem estar ligados ao cotidiano das pessoas, mas eles divergem, ou seja, para se ter uma vida espiritual, não é necessário seguir uma doutrina religiosa, uma vez que a espiritualidade pode ser definida como algo abstrato no interior do ser humano, visto que o próprio ser, ao expressar amor, ser solidário ao outro e viver em harmonia com a comunidade, já se torna uma pessoa espiritualizada (FRANCISCO et al., 2015; SOLER et al., 2012).

A palavra espiritualidade vem do latim, que significa “*spiritu*”, ou seja, leva o ser humano a um contato com Deus para a busca da fé, uma vez que é nela que se encontra uma ligação com o Deus e o universo, que busca-se na fé e na espiritualidade (SOLER et al., 2012; ARRIEIRA et al., 2011; FORNAZARI, FERREIRA, 2010). Pedrão e Beresin (2010) afirmam que, por meio da espiritualidade, busca-se conhecer a essência das religiões.

Levando-se em consideração a espiritualidade das pessoas, apresentam-se duas maneiras desta ser expressa: por meio da forma objetiva e da forma subjetiva. A forma objetiva

pode ser observada no ato do indivíduo procurar a religião para comunica-se com Deus. Já a expressão subjetiva parte do interior do ser humano, no momento em que ele encontra o ser transcendente, ou seja, a espiritualidade surge na necessidade de querer conversar com o ser supremo (COUTINHO, 2012). Soler et al. (2012) afirmam que os fatores multidimensionais e subjetivos estão no interior das pessoas, mas estes terão influência das crenças e culturas de cada ser, em razão de que cada indivíduo busca Deus para completar o vazio da vida.

A construção da espiritualidade humana se dá por meio do intelectual de cada ser, uma vez que é necessário que o indivíduo, em seu interior, busque estar em sintonia consigo mesmo, com a natureza e com o superior, para que se possa construir a sua espiritualidade e promover as transformações da vida, visto que a espiritualidade está na essência de cada indivíduo e que é preciso confiar para se buscar a Deus (SOLER et al., 2012).

O cotidiano e as situações vivenciadas por cada indivíduo é que vão intensificar a espiritualidade na vida de cada ser, uma vez que o processo patológico favorece a procura da espiritualidade para aliviar a dor que a doença tráz para a vida dos enfermos. No entanto, para que as pessoas possam experimentar de forma positiva essa espiritualidade, faz-se necessário que os fatores intrínsecos e extrínsecos estejam em harmonia para que ocorra a comunicação com o ser supremo, visto que se não ocorrer esta interação entre os fatores citados, o indivíduo não conseguirá comunicar-se satisfatoriamente (GUERRERO et al., 2011).

O indivíduo, ao se deparar com algum problema, seja ele espiritual, emocional ou físico, busca a religião, uma vez que ela se torna positiva na vida das pessoas para o enfrentamento dos problemas cotidianos. Apesar disso, o fato da crença ser exacerbada nas doutrinas impostas pelas religiões pode contribuir para que o doente não procure as práticas biomédicas como primeira escolha, tornando essa alternativa de busca negativa (GOBATTO; ARAÚJO, 2013).

Contudo, não se sabe se a religiosidade e a espiritualidade usada como uma alternativa no tratamento das enfermidades é eficaz. Assim, é necessário que os cuidados biomédicos e religiosos aconteçam simultaneamente durante a assistência ao doente, em razão de que, a exaltação da religião e as ciências médicas em segundo plano terapêutico irá proporcionar um efeito contrário à terapêutica necessária para o sujeito obter resultados satisfatórios (BATISTA; MENDONÇA, 2012).

No processo de adoecimento do indivíduo, os profissionais da saúde consideram que a espiritualidade está na essência do ser humano, visto isso, traz uma melhora no estado de saúde do indivíduo. No entanto, as práticas de saúde prestadas às pessoas é fragmentada e mecanicista, as quais permitem observar e atender o enfermo de forma integral, uma vez que os profissionais de saúde não foram preparados para trabalhar com a espiritualidade do ser humano. Em razão

disso, torna-se um obstáculo para o enfrentamento das doenças com apoio espiritual ao sujeito (CERVELIN; KRUSE, 2015; GOBATTO; ARAÚJO, 2013; ARRIEIRA et al., 2011;).

Os estudos de Nascimento et al. (2010), Arreira et al. (2011) e Cervelin e Kruse (2015), no que diz respeito ao profissional de saúde ao proporcionar um cuidado espiritual ao paciente, esclarece que é necessário que ele tenha um ponto de vista diante da espiritualidade, tenha experiências concretas no que se refere ao cuidado espiritual, respeite a religião do paciente, independentemente de sua crença, não influencie na religião do doente, bem como, tenha uma postura de: saber ouvir o enfermo, ser solidário e colocar-se no lugar do outro, uma vez que, o ato de arquitetar uma relação entre paciente e profissional de saúde, conseqüentemente, irá construir um cuidado espiritual, permitindo uma atenção integral ao indivíduo.

Nesta perspectiva, a espiritualidade no doente tem o objetivo de: renovar a esperança da fé, comunicar-se com Deus e ter confiança na fé, uma vez que a espiritualidade desenvolve-se no processo patológico, em razão disso, a própria essência do ser humano, faz com que o indivíduo busque o ser transcendente. No entanto, o cuidado espiritual muitas vezes não é ofertado pelos profissionais de saúde durante as hospitalizações dos doentes, sendo necessário o apoio de grupos de orações e líderes religiosos, no sentido de obter o conforto religioso (CERVELIN; KRUSE, 2015; ARRIEIRA et al., 2011;).

2.2 Oncologia e Neoplasia mamária

As doenças crônicas não transmissíveis vem acarretando uma série de problemas para a saúde das pessoas. Em razão disso, gera dificuldades para o sistema público de saúde do mundo, sendo eles econômicos, sociais e de rastreamento das doenças permitindo o aumento na taxa de mortalidade das pessoas decorrentes das patologias crônicas. Contudo, as doenças cardiovasculares se apresentam como a primeira causa de morte da população, em seguida, evidenciam-se as neoplasias malignas como segunda causa de mortalidade do indivíduo (BONOMO et al., 2015; SALIMENA et al., 2013; RODRIGUES; POLIDARI, 2012).

Salimena et al. (2013) trazem que, em 2030 estima-se 27 milhões de novos casos de câncer no mundo, em razão disso, 17 milhões irão morrer decorrentes de uma neoplasia maligna. No Brasil, a estima-se para o ano de 2016, 749.810 mil novos casos de câncer, uma vez que na região nordeste calcula-se 135 mil casos de processo neoplásicos, sendo na Paraíba, para cada 100 mil habitantes, 216 pessoas serão acometidas pelas neoplasias (BRASIL, 2016).

A palavra câncer deriva do grego *korkinos* que significa caranguejo, este termo foi empregado pela primeira vez por Hipócrates, sendo este formado por mais de 100 tipos de

cânceres, apresentando com maior frequência o de próstata, mama, pele não melanoma e colón retal. Este estudo aprofundará as neoplasias mamárias, que são mais frequentes no sexo feminino, causando no Brasil uma maior taxa de morbimortalidade nesta população decorrente deste tipo de câncer (PINHEIRO et al., 2013; BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2016), o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima para o ano de 2016, 57.960 novos casos de neoplasias mamárias feminina em nível nacional, para o estado da Paraíba a estimativa é que, a cada 100 mil mulheres, aproximadamente 39 apresentarão neoplasia de mama, informação considerada preocupante.

Deste modo, o processo carcinogênico mamário caracteriza-se como um conjunto de células com crescimento e propagação descontroladas podendo desenvolver-se em uma mama ou ambas, ou seja, ao invés das células sofrerem apoptose, elas irão sofrer alterações tanto em número, formato, quantidade e alterações genéticas, que irão torná-las incomuns para manter o corpo humano em estado de homeostasia. Sendo assim, as células cancerígenas podem se organizar no organismo: em sua forma *in situ*, ou seja, quando apresenta-se morfológicamente como uma cápsula bem delimitada na camada superficial do tecido; ou na forma invasiva, quando as células cancerígenas invadem outras partes do corpo (BRASIL, 2012; RODRIGUES; POLIDARI, 2012).

A etiologia multifatorial que leva ao desenvolvimento do processo carcinogênico mamário está relacionada aos fatores intrínsecos e extrínsecos do indivíduo, enfatizando-se homens e mulheres, nos quais, podem-se citar: tabagismo, práticas alimentares não saudáveis, exposição a produtos tóxicos, atividades ocupacionais, condições ambientais, raça, fatores genéticos, medicamentos, duração da atividade ovariana nas mulheres, etc. Contudo, o câncer de mama é predominante diagnosticado em mulheres com faixa etária média de 50 anos de idade, podendo-se desenvolver na fase reprodutiva (PINHEIRO et al, 2013; SILVA et al., 2013; CARVALHO et al., 2011).

Assim, essa patologia traz sofrimentos tanto para essas mulheres quanto para os familiares. Sendo assim, os sintomas mais frequentes nos pacientes diagnosticados com câncer de mama envolvem: angústias, medos, instabilidade emocional, dor, confusão, infecções, etc, uma vez que o padecimento pode ser mais intenso quando se encontra na fase avançada da doença, fato este que, com a aproximação da morte e a impossibilidade da cura, estes sinais são mais evidenciados (BONOMO et al., 2015; SILVA et al., 2013; REZENDE et al., 2010).

Sendo assim, o paciente, ao deparar-se com a proximidade da morte e com o diagnóstico de câncer que, em muitos casos é incurável, enfrenta uma série de sentimentos que são descritos didaticamente por cinco estágios, podendo ser vivenciados em sequência, de maneira

incompleta ou variando de acordo com a evolução e tratamento da enfermidade. No entanto, todas essas etapas também são experimentadas de diversas maneiras pelos familiares, fato este decorrente da doença trazer tanto sofrimento para a família quanto para o paciente (ALVES; DULCI, 2014; MENEZES; BARBOSA, 2013).

Desta forma, podem-se descrever os cinco estágios emocionais em: negação, que se caracteriza por negar a doença, ou seja, a pessoa não aceita o diagnóstico e faz uma reflexão negativa sobre o mesmo; o segundo estágio envolve a raiva, expressa pelo sentimento de culpa consigo mesmo por ter câncer, uma vez que pode demonstrar comportamentos irracionais com as pessoas que estão à sua volta; a terceira fase é chamada de barganha, que nada mais é do que os sinais de esperança que surgem no indivíduo, ou seja, é criar força, coragem para superar o processo oncológico, compreendendo a enfermidade como algo natural da vida; o quarto momento apresenta-se como depressão, em que o enfermo não quer mais viver decorrente da neoplasia, deixando de seguir o tratamento, acreditando que a morte será a solução para o sofrimento da doença oncológica; por fim, a aceitação do câncer que permite ter dias melhores e o menor sofrimento possível, ou seja, é o sentimento positivo para ajudar o indivíduo a realizar adequadamente o tratamento prescrito e encarar as angústias da fase terminal das neoplasias malignas que não chegaram à cura almejada (ALVES; DULCI, 2014).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirma que, a partir do diagnóstico e do estadiamento é que se pode observar todas as características das células cancerígenas que formaram o tumor e a evolução do câncer no organismo. Sendo assim, as mesmas podem ser identificadas de duas formas: benignas e malignas, na qual as células benignas são contornadas, bem delimitadas e organizadas na superfície do tecido, conseqüentemente, o indivíduo apresentará um melhor prognóstico de cura, normalmente são identificadas precocemente.

No entanto, as células malignas possuem a capacidade de acometer todo o tecido, invadir órgãos e espalhar-se pelo corpo, terão assim, grandes chances de desenvolver metástases no organismo, em decorrência disto, as chances de cura das pessoas serão mínimas, levando a uma menor expectativa de vida do doente. Nesse sentido, o sistema de classificação TNM avalia o estadiamento do câncer, visto que, o grau de disseminação das neoplasias malignas pelo o corpo, é mensurado por meio do tamanho, características primárias e secundárias(T), localização do tumor, comprometimentos de linfonodos(N) e a presença ou ausência de metástases(M), fato estes, associado as manifestações fisiológicas do corpo, idade e etc é que vai determinar o grau de estadiamento do câncer (BRASIL, 2012).

Destarte, estadiamento das neoplasias mamárias é descrito didaticamente em quatro tipos: Os estádios I e II são os tumores localizados no órgão de origem, o estágio III são os

cânceres com disseminação local extensa, atingindo os linfonodos regionais e os tumores com metástases à distância são considerados grau IV (PINHEIRO et al., 2013.)

Após a confirmação diagnóstica do câncer de mama, que diante da realização de exames clínicos, de imagens e histopatológicos, permite obter todas as características e localização do tumor. Diante disso, a equipe multiprofissional de saúde irá determinar estratégias terapêuticas a fim de que os indivíduos possam receber uma assistência qualificada e otimizada durante o tratamento do câncer, fato este que aumentará a expectativa de vida, estimativa de alcance de cura e alívio do sofrimento ocasionado pelo processo oncológico (GRABOIS; OLIVEIRA; CARVALHO, 2013; SILVA, et al., 2013; BRASIL, 2012).

Consoante o exposto, o diagnóstico precoce do câncer é a melhor forma para prolongar a vida dos pacientes acometidos pelas neoplasias mamárias, ou até mesmo, assegurar a cura do indivíduo, principalmente nas pessoas que estão expostas aos fatores de risco supracitados. Uma vez que o cuidado deve ser direcionado exclusivamente ao indivíduo de forma holística e individualizada. Contudo, faz-se necessário que a família também receba assistência, em razão de sofrimentos emocionais, psicológicos, físicos, econômicos, etc (BRONBERG; HANTORI; NAZARIO, 2013; BRASIL, 2012; BATISTA; MENDONÇA, 2012; RODRIGUES; POLIDARI, 2012).

A partir do momento em que o doente não tem o diagnóstico precoce, provavelmente enfrentará maiores problemas com a doença e, na maioria das vezes, chegará ao óbito, ou seja, a demora para o início do tratamento e o diagnóstico da neoplasia pode ser decorrente do fato da assistência à saúde ser localizada distante dos domicílios da população, baixa escolaridade, menor poder aquisitivo, mulheres em fase reprodutiva, etc, desta forma, aumentando a taxa de mortalidade das pessoas com neoplasias malignas (PINHEIRO et al., 2013; BRASIL, 2012).

Podem-se descrever como principais tratamentos oncológicos utilizados nos serviços de saúde para neoplasias mamárias: o cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, cuidados paliativos e espiritual. O que determinará qual a terapêutica a ser escolhida será como o estadiamento do tumor se apresenta no momento do diagnóstico, a resposta do indivíduo ao tratamento alopático proposto, idade do paciente e prevenção contra recidivas do câncer, visto que o paciente pode utilizar estes tratamentos de forma individualizada ou simultaneamente (BRONBERG; HANTORI; NAZARIO, 2013; BRASIL, 2012; BATISTA; MENDONÇA, 2012; RODRIGUES; POLIDARI, 2012;).

O INCA preconiza que nos tumores em estádios I e II o tratamento cirúrgico seja a principal terapêutica para as neoplasias mamária. No qual são classificadas em dois tipos: As cirurgias conservadoras (Quadrantectomia), caracterizam-se pela retirada da glândula da mama

onde está localizado o tumor, no qual aumentam as chances de recidivas do tumor diminuindo, assim, a eficácia desta terapêutica, já a mastectomia é a retirada de forma drástica de uma ou das duas mamas com avaliação do linfonodo sentinela e irradiação para outras localidades, permitindo um controle regional e de sobrevida ao paciente (BRONGERG, HANTORI, NAZARIO, 2013; MAJEWKI et al., 2012;).

No entanto, o tratamento cirúrgico quando existem probabilisticamente as chances de recidivas e grande extensão do tumor, assim, antes ou depois do procedimento cirúrgico realizam-se seções de quimioterapia para eliminação das células cancerígenas, ou diminuição do tumor. Contudo, a maioria dos casos para eliminação das células cancerígenas, após, à cirurgia se utiliza radioterapia (FRAZÃO, SKABA, 2013; PINHEIRO et al., 2013)

A quimioterapia é outro tipo de tratamento realizado de forma sistêmica, principalmente utilizada em pacientes com diagnósticos de tumores mamários em estádios III e IV, visto que esta terapêutica atua de forma sistêmica, no qual leva à destruição das células cancerígenas e sadias, proporcionando a destruição de possíveis metástases, conduz, teoricamente, à cura e melhorando a sobrevida daqueles pacientes sem perspectiva de cura (BRASIL, 2012; MAJEWKI et al., 2012).

Os quimioterápicos utilizados no tratamento do câncer de mama são de base medicamentosa, hormonal e biológica. Contudo, o estadiamento do câncer vai determinar como a quimioterapia será administrada no paciente, visto que quando o tumor encontra-se em estágio III, pode ser considerado operável ou não, fato este que determina qual o tipo de quimioterapia a ser utilizada, ou seja, quando o tumor é operável a quimioterapia utilizada será adjuvante, no entanto, em tumores não operáveis utiliza-se a quimioterapia neoadjuvante (FRAZÃO, SKATA, 2013; MAJEWKI et al., 2012).

Continuando, pode-se descrever a radioterapia como a aplicação de raios que irá irradiar o local onde está alojado o processo carcinogênico. Assim, este tratamento pode ser realizado em dois tipos de pacientes: um tipo conduz à regressão do tumor, extinguindo as células cancerígenas que estão localizadas no local de atuação dos raios com grandes possibilidades de cura do indivíduo. O outro tipo de paciente com indicação de radioterapia encontra-se em fase terminal da doença quando a terapêutica utilizada visa aliviar as dores e os sangramentos provocados pela invasão intensa do tumor no organismo (BRONBERG; HANTORI; NAZARIO, 2013; BRASIL, 2012).

Com o avanço da neoplasia mamária, identificação de metástases e piora no estado geral, probabilisticamente, o prognóstico e a proximidade da morte tornam-se mais evidentes, fato este observado em pacientes em estágio IV, o que acarreta a cuidados e internações

hospitalares mais intensas, visto que o enfermo precisa de uma assistência contínua para aliviar os sintomas que, na fase terminal do câncer, estão mais persistentes. Neste contexto, os cuidados paliativos são comuns, uma vez que não se trata de uma assistência específica que visa a cura, mas a oferta de uma melhor qualidade de vida do doente, visando o alívio do sofrimento emocional, físico, espiritual e familiar, prestada por uma equipe multiprofissional (CERVELIN; KRUSE, 2015; MARÇAL et al, 2015; FRAZÃO, SKATA, 2013).

O tratamento espiritual, na fase terminal, tornar-se mais evidente na vida dessas mulheres. Ao se deparar com a proximidade da morte, em que a patologia se encontra sem possibilidade alopática de cura, os autores acreditam que esta situação levará o indivíduo à busca pela religião como alternativa para aliviar o sofrimento em detrimento à aproximação da morte, uma vez que o tratamento biomédico já não consegue aliviar os sintomas, e é nesta perspectiva que o cuidado espiritual deve ser proposto, para amenizar as angústias da doença e permitir a comunicação com divindades/Deus (GOBATTO; ARAUJO, 2013; ARRIEIRA et al., 2011).

No âmbito hospitalar, o apoio espiritual é ofertado por meio das capelanias que são instituições religiosas que ofertam apoio religioso nos hospitais, sendo o cuidado espiritual proporcionado de forma individual e independente das crenças ou doutrinas religiosas. Desta forma, são ofertadas orações, louvores, palavras de conforto e leitura da palavra de Deus, a fim de que o paciente possa comunica-se com o ser supremo e tentar aliviar o sofrimento da proximidade da morte. Vale salientar que há pacientes que se denominam católicos, protestantes, espíritas, etc, podendo limitar seu apoio espiritual em âmbito hospitalar aos líderes e fiéis que conhece e representam a instituição religiosa que frequenta (FRANCISCO et al., 2015; GOBATTO; ARAUJO, 2013; ARRIEIRA et al., 2011).

O cuidado espiritual é reconhecido pelos profissionais de saúde que asseguram a necessidade dessa prática constante a ser executada durante a assistência prestada ao indivíduo. No entanto, os profissionais que também deveriam ofertar este tipo de cuidado não estão preparados para oferecê-los aos pacientes com câncer, decorrente, em muitos casos, de situações de conflitos com a fé dos doentes, falta de preparo, desrespeito, desqualificação da assistência espiritual. Assim, o cuidado espiritual pode ser proporcionado: ouvindo, conversando, orando, louvando, respeitando, etc, no momento em que os profissionais da saúde oferecem tecnologias leves aos enfermos, tendem a promover uma assistência holística e, conseqüentemente, ofertam um tratamento humanizado (BRANCO; BRITO; SOUSA, 2014; BATISTA; MENDONÇA, 2012; ARRIEIRA et al., 2011; FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

2.3 Liderança

A qualidade dos serviços prestados à sociedade, em âmbito religioso ou da saúde, está relacionada diretamente aos trabalhadores das instituições. Desta forma, as instituições privadas, filantrópicas ou públicas necessitam de pessoas que executem suas funções com excelência, cujo objetivo é satisfazer os clientes que procuram ou fazem uso de determinado serviço oferecido pelas organizações. Contudo, a organização das tarefas de cada instituição é concebida às lideranças de cada órgão ou setor, assim, o líder deve estar atento, supervisionar as atividades de cada sujeito, ficar vinculado aos interesses dos funcionários, cumprir as metas estabelecidas, acatar democraticamente as sugestões do grupo e sempre orientar as ações da equipe continuamente, ou seja, o bom funcionamento de um estabelecimento vai depender da atuação do chefe (SANTOS et al., 2013; ALBUQUERQUE; COSTA; SALAZAR, 2012).

O ato de liderar pode estar intrínseco em cada ser humano, de maneira que, o mesmo nasce com características de liderança que são expressas diante de situações vivenciadas por cada indivíduo de acordo com as experiências advindas da vida. Contudo, a formação do líder pode ser obtida por meio do conhecimento científico que prepara o indivíduo a tornar-se profissional, chefe de um grupo ou empresa, possibilitando, assim, expressar o conhecimento adquirido nas organizações. Destarte, a vivência e as rotinas dos locais de trabalho podem tornar um indivíduo líder, ou seja, a liderança pode ser conquistada por meio da observação de como o líder de uma determinada instituição exerce sua liderança diante uma equipe e, em razão disto, aquele que era subordinado pode tornar-se chefe da equipe na qual estava inserido (FERNANDES; SOARES, 2012; SÁ; AZEVEDO, 2010).

O comportamento ou estilo de liderança é descrito didaticamente por três formas: autoritário, democrático e *laissez-faire*. O modelo autoritário ou autônomo é expresso quando a liderança atua sozinha sem ouvir opiniões, impondo regras sobre a equipe, ou seja, tomada de decisões baseadas na opinião própria sem consulta prévia aos liderados do chefe (FERNANDES; SOARES, 2012).

O estilo democrático apresenta-se contrário ao líder autoritário, ou seja, o líder escuta e discute com a equipe, onde o grupo participa do processo de otimização do serviço prestado à organização, visto ocorrer diálogos e discussões para a construção do processo de trabalho (SILVA; BATISTA; PEIXOTO, 2011).

O terceiro tipo de liderança é chamado *laissez-faire* no qual o termo significa “deixar fazer, deixarei passar”, ou seja, o líder tem a função de cumprir as metas estabelecidas pela

organização dando-lhe a liberdade para criar estratégias não convencionais para obter êxito nos objetivos proposto, uma vez que não precisa, necessariamente, de supervisão nas atividades realizadas por ele e seus subordinados (FERNANDES; SOARES, 2012; SILVA; BATISTA; PEIXOTO, 2011).

Defende-se que liderar requer atitudes participativas, ter postura sem impor poder, valorizando o trabalho em equipe, visto que o mesmo irá inferir nas atitudes, nas crenças e sentimentos dos trabalhadores liderados, no qual o autoritarismo com o indivíduo é aplicado de forma desigual, ou seja, o gestor irá interferir no trabalho realizado pelos subordinados. Contudo, o controle do serviço vai depender da cultura de cada localidade de trabalho. Assim, o líder tem que se adequar ao local que dirige, uma vez que as situações de conflitos podem ocasionar desgastes nos estabelecimentos, ou seja, ser chefe não é apenas organizar o serviço, mas respeitar seus funcionários visando à harmonia e produtividade da equipe (ARAUJO et al., 2013; SANTOS et al., 2013; GOSENDO; TORRES, 2010).

2.4 Liderança espiritual e sua influência na oncologia

As instituições religiosas, em sua organização, necessitam de uma liderança, visto que as mesmas irão desenvolver ações de organização do serviço, econômicas, sociais e políticas, ou seja, o líder da igreja irá estabelecer metas para que desenvolvam suas atividades de forma otimizada. No que diz respeito às atividades econômicas, como o cuidado com o patrimônio das instituições, no qual, através de dízimos e doações, a igreja possa exercer suas atividades cotidianas, atrelado a isso, procurar levar às pessoas carentes, através de campanhas de arrecadação de donativos, uma melhor qualidade de vida, reorganizando a sociedade menos favorecida (BLANES, 2014).

Para a ocupação de cargos eclesiásticos prestigiados que as igrejas e demais organizações religiosas dispõem em seu interior, os líderes religiosos procuram se destacar nas atividades cotidianas visa adquirir a confiança e demais habilidades e competências necessárias para os cargos importantes que demonstra seus interesses políticos e ideológicos e, possivelmente, e logra êxito ao assumir a liderança almejada (BLANES, 2014).

A liderança espiritual deve possuir um dom carismático e fraterno, ou seja, o mesmo está disposto a levar o indivíduo ao encontro com o ser transcendente, fortalecimento da fé em Deus e esperança para viver dias melhores. Sendo assim, o líder aproxima as relações entre as pessoas e o ser superior, ou seja, interfere na essência do homem, visto que, a partir das crenças de cada ser, será influenciado pelo líder a comunicar-se com Deus. Contudo, as ações que o

líder desenvolve junto aos fiéis otimizando a aproximação do sujeito com Deus são através das orações, evangelizações, vigílias, orientações, capacitações, louvores, etc, dependendo de cada organização religiosa (MENEZES, 2012; SOUZA, 2009).

Diante das situações vivenciadas pelos fiéis da igreja, o líder precisa compreender suas limitações, ou seja, o mesmo não tem a possibilidade de resolver os problemas de toda comunidade. Desta forma, o líder espiritual não é “super-homem”, ele deve conscientizar-se sobre sua essência enquanto ser humano, quebrar as barreiras e os medos, visto que ele não se torna menos espiritualizado ou afastado de Deus se não conseguir resolver os problemas dos seres humanos. A afinidade entre o fiel e o líder é primordial para que ambos entenda a verdadeira função dos líderes, uma vez que o mesmo, com seu conhecimento teológico e atitude vocacional, permite ao indivíduo a aproximação com Deus (MENEZES, 2012).

Diante de um processo oncológico, o indivíduo busca pela espiritualidade como forma de aliviar seu sofrimento, visto que a doença é bastante debilitante. Nesta perspectiva, o líder espiritual oferece apoio à pessoa com este tipo de enfermidade, ou seja, por meio das visitas no ambiente hospitalar, os padres, pastores, orientadores espirituais proporcionam ao sujeito um cuidado espiritual, uma vez que o mesmo, em um leito de internação, não pode participar dos cultos, missas, sessões espíritas, etc. Desta maneira, através das visitas do líder, eles irão rezar, orar, louvar e ouvir a palavra de Deus na perspectiva de comunicar-se com o ser transcendente, possibilitando alívio da angústia ocasionada pela doença neoplásica mamária (CERVELIN; KRUSE, 2015; SILVA, 2011).

Segundo Espíndula, Valle e Belo (2010), o líder espiritual ao ofertar apoio ao paciente oncológico, principalmente envolvendo câncer de mama, pode influenciar o paciente a recusar o tratamento alopático, visto defender que os doentes serão curados pela oração da liderança espiritual da doutrina religiosa que segue. Desta forma, o ideal é que estas práticas religiosas, sobretudo a influência da liderança espiritual, sejam complementares ao tratamento alopático para possibilitar a melhora do indivíduo e não a piora do mesmo.

Referencial Metodológico



FONTE: Google imagens, 2016

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1. Considerações metodológicas

Este trabalho terá o prisma teórico metodológico do materialismo histórico dialético (MHD). Esse foi elaborado em meados do século XIX por Marx (1818-1883) e Engels (1820-1895), na tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento, visto queo importante é descobrir as leis dos fenômenos de cuja investigação se ocupa, ou seja, captar detalhadamente as articulações dos problemas em estudo (TRIVIÑOS, 2009; MINAYO, 2007).

Segundo Triviños (2009), o MHD elucida a forma como o homem se organiza na sociedade; tudo o que os seres humanos empregam para originar bens materiais, hábitos de trabalhos, meios de produção. Tudo isso é analisado em um contexto histórico, que vem sendo desenvolvido entre anos e anos da existência humana.

As sociedades estão em constantes transformações, visto que a base destes movimentos são decorrentes dos conflitos ocasionados pelas contradições dos pensamentos e fenômenos entres os seres humanos. Desta maneira, o princípio da contradição, presente nesta lógica, indica que, para pensar a realidade é possível aceitar a contradição, caminhar por ela e apreender o que dela é essencial (PIRES, 1997; SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

Neste caminho lógico, o materialismo dialético é um método cujo aspecto dialético significa dizer que terá a apropriação do concreto pelo pensamento científico por meio do complexo de mediações teóricas e abstratas para se chegar à essência do real, e é no aspecto materialista quando o conhecimento científico se constrói pela apropriação da essência da realidade objetiva. Assim, a diferença entre empírico (real aparente) e o concreto (real pensado) são as abstrações (reflexões) do pensamento que tornam mais completa a realidade observada (MASSON, 2007; PIRES, 1997).

O método MHD caracteriza-se pelo movimento do pensamento por meio da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, ou seja, trata-se de descobrir (pelo movimento do pensamento) as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade (PIRES, 1997).

Saviani aponta o método histórico dialético como instrumento eficaz na passagem da análise do senso comum para a consciência filosófica na compreensão da prática de liderança espiritual pela construção do pensamento oriundo do empírico, passando pelo abstrato e, finalmente, convergindo ao concreto (PIRES, 1997).

3.2. Tipo da pesquisa

O estudo foi do tipo exploratório-descritivo, desenvolvido predominantemente a partir da abordagem qualitativa, no qual permite a observância da palavra (falada, escrita, simbólica) que expressa os comportamentos humanos e permite a análise dos significados das experiências e relações humanas (MINAYO, 2007).

O estudo exploratório, por sua vez, permite uma análise preliminar da pesquisa e objetiva proporcionar mais informações sobre o assunto que será estudado, levando o pesquisador a aprofundar-se no tema, o que facilita a definição da temática que será investigada, a fim de permitir a orientação e demarcação dos objetivos, da problemática, bem como, a criação da hipótese (PRODANOV; FREITAS, 2013).

As pesquisas descritivas têm como objetivo basilar, circunscrever as características de um determinado grupo, visando desvendar a existência de relações entre variáveis podendo, ainda, decidir a natureza dessa relação estando de acordo com as perspectivas teóricas do MHD, adotado para a análise da religião como alternativa complementar no tratamento das neoplasias mamárias e as interfaces da influência do líder espiritual (GIL, 2010).

Ainda pode-se descrever que a abordagem qualitativa parte da ideia de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito e traduz esta relação como um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade da pessoa que não pode ser revelado em números (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

3.3. Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Hospital Escola e Filantrópico do Município de Campina Grande, na Paraíba, o qual atende pacientes oncológicos, incluindo pacientes com diagnóstico de neoplasias mamárias. Este se configura como um serviço de referência na região da Borborema, Paraíba, Brasil, no tratamento deste público. O mesmo dispõe de um setor de cancerologia que oportuniza serviços de quimioterapia e radioterapia, bem como acompanhamento ambulatorial. Destarte, é uma instituição que presta uma assistência de forma otimizada e com excelência a pacientes de Campina Grande- PB e cidades circunvizinhas.

3.4. Participantes da Pesquisa

A população foi convidada a participar do estudo, onde as mulheres estavam realizando tratamento oncológico para o câncer mamário no referido hospital, de tal modo que

participaram dezenove mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária. Para a seleção dessas participantes foram levado em consideração alguns critérios de inclusão e exclusão:

✓ **Critérios de inclusão:**

- Pacientes com diagnóstico de neoplasia mamária,
- Faixa etária entre 45 a 55 anos,
- Realizando tratamento alopático especificamente no estadiamento do tumor nos níveis I, II, III ou IV.
- Realizando práticas religiosa relacionada a doutrina que segue há, pelo menos, seis meses,

✓ **Critérios de exclusão:**

- Pacientes que não convergirem com os critérios de inclusão do estudo
- Pacientes que, mesmo relatando seguir alguma religião, não enfatizá-la como cuidado espiritual
- Relatar não sentir-se confortável em participar voluntariamente do estudo.

Foi levada em consideração a coleta de material até a saturação teórica por exaustão, ou seja, quando a interação entre o campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar a teorização do objeto de estudo, neste caso, a influência do líder espiritual em pacientes em tratamento para neoplasia mamária (FONTANELLA et al, 2011).

3.5 Produção do material empírico

Teve-se início o trabalho de campo entre os meses de maio, junho e julho de 2016. Assim para o auxílio e desenvolvimento da pesquisa foi necessário um levantamento documental simples, nos prontuários das mulheres que estavam em tratamento alopático devido ao diagnóstico de neoplasia mamária no hospital escola e filantrópico, tudo sob a orientação dos profissionais de saúde que desenvolviam suas atividades laborais e se dispuseram a auxiliar durante a realização do estudo.

A consulta documental foi realizada nos prontuários das pacientes que precisavam do hospital para realizar o esquema terapêutico, sendo fonte de consulta também os registros documentais das mulheres que estavam internas na clínica oncológica da referida unidade hospitalar durante a realização da coleta do material empírico, permitindo assim, ao pesquisador conhecer o perfil social, clínico e terapêutico das participantes. Com o auxílio dos profissionais

de saúde foi possível a formação de laços de confiança e diálogos prévios entre o pesquisador e as possíveis participantes da pesquisa.

Neste sentido, quando houve segurança, o pesquisador expôs suas intenções e gentilmente convidou as participantes. Para a produção do material empírico foi utilizada entrevista com uso de roteiro semiestruturado, uma vez que valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo. Essa técnica parte de certos questionamentos básicos, dando ao informante a liberdade para seguir a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador. As perguntas fundamentais que constituem parte da entrevista não nascem a “priori”, mas são resultados da teoria que alimenta a ação do investigador e de toda informação de que ele já dispõe sobre o fenômeno que interessa estudar (TRIVIÑOS, 2009).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas logo a seguir. Deste modo, para a realização das entrevistas foi utilizado um gravador de voz MP3, em uma sala reservada, no referido hospital, no entanto, para as pacientes internas na clínica oncológica, a entrevista foi realizada na própria enfermaria no momento em que o ambiente encontrava-se mais harmônico possível, garantindo-se o anonimato da entrevistada, conforme preconiza a Resolução 466/12 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Foi assegurado seu direito de desistir em qualquer uma das etapas da pesquisa, visto que este estudo pode acontecer em contextos emocionalmente vulneráveis.

3.6 Análise do material empírico

A Análise do material empírico produzido por meio das entrevistas foi realizado através da Técnica de Análise de Discurso que, segundo Fiorin (2008) é indicada nas pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis dos sujeitos, relacionado à totalidade do contexto sócio histórico, pois o indivíduo não pensa e fala o que quer, mas o que a realidade impõe que ele pense e fale. O princípio básico da Análise de Discurso é, ao receber um texto onde tudo parece mais ou menos disperso, reconhecer o nível mais abstrato (temático) que lhe dá coerência, assim foi possível à criação de duas categorias analíticas e sete categorias empíricas.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Após a aprovação de todos os trâmites burocráticos do comitê de ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro –HUAC, sob parecer de número 1.419.406 e CAAE: 51777415.7.0000.5182, que são regulamentados pela Resolução 466/12, que viabiliza as pesquisas envolvendo seres humanos, e do estudo da Portaria 140/2014 do Ministério da Saúde que redefine os critérios e parâmetros de recursos humanos em oncologia.

Observando-se os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que norteia a pesquisa envolvendo seres humanos, assim, para garantir o sigilo e o anonimato dos sujeitos, nesta pesquisa as participantes foram identificadas pela inicial “E” seguido da ordem de realização das entrevistas.

Resultados e Discussão



FONTE: Google imagens, 2016

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Apresentação dos resultados e discussão

Apresenta-se, neste íterim, a caracterização sociodemográficas das participantes e apresentação dos materiais oriundos das transcrições das falas, refletindo o universo empírico de dezenove (19) mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias que estão em tratamento no Hospital Escola e Filantrópico no Município de Campina Grande –PB acerca dos limites e possibilidades da influência do líder espiritual diante das pacientes que buscam a religião como alternativa complementar ao tratamento das neoplasias mamárias, sendo confrontadas com o arcabouço teórico da literatura pertinente.

4.2. Perfil sócio-demográfico das mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias em tratamento oncológico

A tabela 1 foi construída para melhor visualização do perfil das mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias no hospital em que foi realizada esta pesquisa, demonstrando a faixa etária, estado civil, escolaridade, profissão e religião destas pacientes em tratamento oncológico.

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias que estavam sendo acompanhadas no Hospital Escola e Filantrópico no Município de Campina Grande, PB, 2016

Dados sociodemográficos	N	%
FAIXA ETÁRIA		
45 a 48 anos	05	26,3
49 a 52 anos	08	42,1
52 a 55 anos	06	31,6
ESTADO CIVIL		
Casada	12	63,1
Divorciada	01	5,3
Solteira	05	26,3
Viúva	01	5,3
CONVIVE COM COMPANHEIRO		
Sim	12	63,1
Não	07	37,0
QUANTO TEMPO CONVIVE COM O COMPANHEIRO		
15 a 20 anos	04	33,3
21 a 25 anos	01	8,33
26 a 31 anos	04	33,3
32 a 37 anos	03	25,0
FILHOS		
1 a 2	11	57,9

3 a 4	04	21,0
5 a 6	01	5,3
Sete ou mais	01	5,3
Nenhum	02	10,5
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Incompleto	07	36,8
Ensino Fundamental Completo	01	5,3
Ensino Médio Completo	06	31,6
Ensino Superior Incompleto	01	5,3
Ensino Superior Completo	04	21,0
PROFISSÃO		
Agricultora	06	31,5
Do Lar	04	21,0
Autônoma	03	15,8
Professora	03	15,8
Auxiliar de Serviços Gerais	01	5,3
Bióloga	01	5,3
Secretária	01	5,3
RELIGIÃO		
Católica	12	63,1
Evangélica	06	31,6
Espírita	01	5,3
QUANTO TEMPO SEGUE A RELIGIÃO		
Católica desde a infância	12	63,1
Evangélica há 4 anos	01	5,3
Evangélica há 5 anos	01	5,3
Evangélica há mais de 10 anos	04	21,0
Espírita há 5 anos	01	5,3

FONTE: Dados da pesquisa, 2016

Em relação aos dados sociodemográficos, das 19 mulheres entrevistadas, observou-se que 8 (42,1%) participantes apresentavam faixa etária entre 49 e 52 anos, fato semelhante ao estudo de Leite et al. (2011) em que as mulheres diagnosticadas com câncer de mama apresentaram idade entre 41 e 60 anos. Deste modo a faixa etária em evidência está dentro da preconização do Instituto Nacional do Câncer para rastreamento das neoplasias mamárias que deve ser realizado com idade entre 35 a 69 anos (BRASIL, 2012).

No íterim do estado civil ou relação conjugal, 12 (63,1%) das entrevistadas eram casadas e convivem com o companheiro, o que converge com o estudo de Gozzo et al. (2014) em que 50% das participantes do estudo eram casadas ou conviviam com seu parceiro. Outro ponto observado é que as relações matrimoniais das entrevistadas são duradouras, ou seja, conviviam com seu companheiro há mais de 15 anos, dado de extrema relevância, visto que o

cônjuge e os familiares são motivadores de esperança para o enfrentamento do processo de adoecimento e do tratamento oncológico (LEITE et al., 2011).

No que diz respeito ao número de filhos, 11 (57,9%) possuem de 1 a 2 filhos. Assim, observa-se que, em um estudo realizado no Município do interior do estado do Espírito Santo, onde 23 mulheres que vivenciaram o diagnóstico de câncer de mama participaram da pesquisa, no qual possibilitou evidenciar que 60% das participantes possuíam de 1 a 3 filhos, fato este, que corrobora com esse estudo (LEITE et al., 2012).

No que concerne à escolaridade, 7 (36,8%) possuem ensino fundamental incompleto, convergindo com o estudo de Leite et al. (2012) em que as participantes possuíam o grau escolar com predominância do ensino fundamental incompleto. Desta forma, pessoas com nível escolar baixo tem maior possibilidade de desenvolverem um processo neoplásico, ou seja, tem dificuldades para o acesso e compreensão das informações, entretanto, as mulheres com maior grau de escolaridade tem um diagnóstico precoce das doenças, pois procuram os serviços de saúde para realizações de exames clínicos e de diagnóstico, mesmo com a ausência de um processo oncológico (GARCIA et al., 2015).

No que se refere à profissão 6, (31,6%) eram agricultoras, 3 (23,0%) autônomas, 3 (23,0%) professoras, 1 (5,3%) auxiliar de serviços gerais, 1 (5,3%) bióloga, e 1 (5,3%) secretária, desta forma compreende-se no estudo de Garcia et al. (2015) que 59 % realizavam algum tipo de atividade laboral, visto que as mulheres que tem uma ativa participação no mercado de trabalho são de extrema importância para a sociedade, no entanto, o fato de ausentar-se de suas atividades laborais decorrentes do tratamento oncológico influencia diretamente na sua qualidade de vida.

Com relação à religião das pacientes em tratamento no Hospital Escola e Filantrópico 12 (63,1%) seguem as doutrinas do catolicismo, fato este que converge com o estudo de Leite et al. (2011) em que as mulheres, em sua maioria, eram da religião católica 55,2%. No entanto, apesar da maior parte das entrevistadas elucidarem que seguem a doutrina católica desde da infância, o fato de ser diagnosticada por um processo oncológico aproxima-as das crenças religiosas, encontrando na religiosidade força e renovação de fé para aliviar o sofrimento e os sintomas decorrentes das neoplasias mamárias (LEITE et al., 2011).

A tabela 2 mostra as características clínicas das entrevistadas que estão em tratamento no Hospital Escola e Filantrópico no Município de Campina Grande-PB, permitindo observar o tempo de diagnóstico e a evolução da doença para metástases.

Tabela 2: Características clínicas das mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias que estava sendo acompanhadas no Hospital Escola e Filantrópico no Município de Campina Grande, PB, 2016

Dados clínicos	N	%
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
0 a 6 meses	04	21,0
7 a 11 meses	05	26,3
1 a 2 anos	09	47,4
+ 3 anos	01	5,3
METÁSTASE		
Sim	03	15,8
Não	16	84,2

FONTE: Dados da pesquisa, 2016

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico, 9 (47,4%) apresentavam a doença entre 1 e 2 anos, o que é ratificado com estudo de Leite et al. (2012), que observaram que as mulheres mostraram-se expostas as neoplasias mamárias entre 1 e 2 anos. Deste modo, ressalta-se que as participantes iniciaram o tratamento em até 60 dias conforme o que é preconizado pelo Ministério da saúde, garantindo, assim, um melhor prognóstico das pacientes acometidas pelo câncer de mama (MEDEIROS et al., 2015).

No tocante ao desenvolvimento de metástases, 16 (84,2%) das entrevistadas não possuem processos metastáticos do câncer de mama, assim, observa-se que os números encontrados corroboram o estudo de Medeiros et al. (2015) onde 91,7% das participantes não apresentaram metástases à distância. Destarte, os processos metastáticos são avaliados através do estadiamento do tumor, visto que o sistema TNM determina o tamanho e evolução do tumor, acometimento de linfonodos e presença de metástases, no qual, a partir deste método, é que se estima a disseminação da doença pelo corpo (BRASIL, 2012).

4.3. *Categorias analíticas e Categorias empíricas*

O Quadro 1 evidencia as contradições e o reconhecimento da essência dos limites e possibilidades da influência do líder espiritual diante de pacientes de um Hospital Escola e Filantrópico localizado no Município de Campina Grande- PB, que buscam a religião como alternativa complementar ao tratamento das neoplasias mamárias, sob o embasamento metodológico do Materialismo Histórico Dialético que possibilitou a construção de duas categorias analíticas e sete categorias empíricas, permitindo a compreensão das múltiplas determinações existentes na essência do concreto pensado.

Quadro 1: Apresentação das categorias analíticas e categorias empíricas

CATEGORIA ANALÍTICA	CATEGORIAS EMPÍRICAS
1. RELIGIOSIDADE E SUAS INTERFACES NO ENFRENTAMENTO DAS NEOPLASIAS MAMÁRIAS	A religião e a fé como alternativas para o enfrentamento das neoplasias mamárias
	Práticas religiosas utilizadas como tratamento para as neoplasias mamárias
	A fé em Deus com suas possibilidades terapêuticas e cura das neoplasias mamárias
	A igreja promovendo práticas religiosas para o alívio do sofrimento
2. LÍDER ESPIRITUAL: LIMITES E POTENCIALIDADES DE SUA INFLUÊNCIA NO ENFRENTAMENTO DAS NEOPLASIAS MAMÁRIAS	Medidas terapêuticas proporcionadas pelas lideranças espirituais para enfrentar o processo neoplásico mamário
	Alternativas terapêuticas de cura motivadas pelas lideranças espirituais diante das neoplasias mamárias
	Ausência do líder espiritual no enfrentamento das neoplasias mamárias

FONTE: Dados da pesquisa, 2016

4.3.1 CATEGORIA ANALÍTICA I: Religiosidade e sua interfaces no enfrentamento das neoplasias mamárias

CATEGORIA EMPÍRICA I: A religião e a fé como alternativas para o enfrentamento das neoplasias mamárias

A religião é uma forma da comunidade terrena ligar-se a um ser transcendente, no qual é regida por instituições com estrutura física hierarquizada e relativamente fechada, que permitem aos sujeitos realizarem seus rituais doutrinários e seguirem suas crenças, ou seja, é um conjunto de dogmas, rituais e doutrinas para que as pessoas possam comunica-se com Deus através de suas crenças ideológicas e vivenciarem suas vidas de forma harmonizada através da renovação da fé (COUTINHO, 2012; FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Assim, durante as entrevistas as pacientes elucidaram que utilizam a fé e a religião como alternativas fortalecedoras para vivenciarem o processo oncológico e que esse conjunto doutrinário é essencial para a sobrevivência humana, no qual a fé e a religiosidade permitem que as mulheres sintam-se mais fortes para enfrentarem a doença, e que as denominações religiosas não determinam sua fé em um ser transcendente, como os fatos observados nas falas a seguir:

[...] porque religião, assim, com o problema, a gente tem muito fortalecimento, muita força, muita força, ela fortalece a nossa alma, ela nos dá força para a gente buscar o dia a dia, para a gente ter coragem, para amanhecer o outro dia forte, é tudo. Religião para mim é tudo. Tanto espiritualmente, quanto fisicamente... Eu acredito que a religião é tudo para nossa vida. [...] **E4**

[...] Também significa tudo, porque eu sem minha religião, tanto que essa doença eu aceitei mais pela minha religião, porque foi onde eu encontrei força, encontrei coragem para poder enfrentar, entendeu? E, lógico que minha família vem em primeiro lugar, mas a religião, foi tudo para mim também, foi o essencial... Muito positivamente, muito mesmo, foi tudo, é tudo para mim, eu, como te falei, só estou conseguindo passar por tudo isso, por causa da minha religião, da minha fé, das minhas rezas, entendeu? [...] **E13**

[...] É um sustentáculo, assim, a fé... A religião em si, não, que a religião como eu acabei de falar para mim o nome de católico, de evangélico, se é católico, se é evangélico, se é espírita, para mim, isso aí, é pouco... não quer dizer nada, o que quer dizer é a fé que você tem em Deus, em Jesus Cristo que foi o nosso irmão que é a quem a gente deve seguir. [...] **E6**

É perceptível observar nas falas supracitadas que as mulheres com diagnóstico de neoplasias mamárias procuram a religião como alternativa fortalecedora, no qual essas atitudes aliviam os sintomas, os sofrimentos e fortalece a fé, desta forma, vivenciando o processo neoplásico de forma menos dolorosa, visto que a neoplasia mamária é uma doença que causa o padecimento do indivíduo decorrente dos sintomas cruciantes (CERVELIN; CRUSE 2015). Deste modo, os relatos das pacientes convergem com estudo de Branco, Brito e Souza (2014), onde o fato de se deparar com um processo oncológico tornam os indivíduos vulneráveis e susceptíveis à aproximar-se da religião para expressarem suas relações com o ser transcendente, criando forças para vivenciar a doença.

Destarte, a religião vem sendo estudada na busca por se conhecer a subjetividade e essência na humanidade. Apesar dela ser invisível, o ser humano expressa suas crenças e doutrinas religiosas de forma individualizada, embora que esteja intrínseca na vida do homem e permaneça presente como fator essencial para sua sobrevivência (COUTINHO, 2012). É na fé que os sujeitos expressam sua religiosidade na busca por encontrar uma comunicação com Deus, visto que, ao deparar-se com um processo oncológico tende a buscá-la com maior intensidade para compreender e aceitar a doença, fato este abordado nas falas de E13 e E6 (COELHO; GENORASSO, 2012).

Neste ínterim, a religião tem ajudado as pessoas a enfrentarem as doenças que através da fé, das crenças e dos rituais religiosos. As mulheres encontraram-se mais fortes e cheias de esperança diante do processo neoplásico. Entretanto, os estudos complementam que deve-se

existir uma parceria entre as ciências biomédicas e da religião, de forma que possam caminhar juntas durante o percurso da neoplasia, uma vez que quando a religião motiva as mulheres a levarem o tratamento alopático para um segundo plano, ela é vista como uma alternativa terapêutica negativa (PEREIRA et al., 2013; COELHO; GENORASSO, 2012).

CATEGORIA II: *Práticas religiosas utilizadas como tratamento para as neoplasias mamárias*

As práticas religiosas são as formas dos indivíduos exercerem sua religiosidade e expressarem sua espiritualidade, na busca por comunicar-se com um ser transcendente, no qual essas práticas são realizadas através de: participação em missas, cultos e reuniões espirituais; orações; louvores; leitura de livros religiosos e etc. Deste modo, diante de um processo neoplásico mamário estas práticas tornam-se mais rotineiras na vida dessas mulheres, visto que o adoecimento traz a consciência humana o sentimento de finitude e uma certa vulnerabilidade para que esses sujeitos possam realizar as atividades religiosas (ARREIRA et al., 2011).

Assim, é perceptível observar os diferentes tipos de práticas religiosas utilizadas pelas entrevistadas no intuito de criarem força para vivenciarem o processo neoplásico, onde elas oram, vão as missas e cultos, realizam promessas e leem a palavra de Deus, como descritas nas falas a seguir:

[...] Sim, eu vou aos cultos, pela manhã eu oro, leio a palavra de Deus, é isso aí. [...] E3

[...] Rezar todos os dias, ir à missa toda vez que tem, fazer uma oração e pedir, né, a gente faz promessa, e se a gente for vencedora, a gente paga. [...] E10

[...] Essa prática eu leio todos E18 os dias vários capítulos da bíblia e oro todos os dias de joelho, faço todos os dias essas orações e todos os dias leio a bíblia, todos os dias, quer chova ou faça sol, mas eu estou lendo, e ali a gente tira palavras que nos fortalece. [...]

A oração é uma forma das pessoas comunicarem-se com um ser superior (FORNAZARI; FERREIRA, 2010). Deste modo, as falas das participantes E3, E10 e E18 deixam explícito que esta prática é realizada por elas, com a finalidade de enfrentarem a doença com fortaleza, esperança e seguirem o tratamento. Fato este assemelha-se ao estudo de Chui et al. (2014), utilizando mulheres em tratamento de quimioterapia para as neoplasias mamárias em um hospital da Malásia, uma vez que observaram que as pacientes utilizaram a oração como forma complementar ao tratamento alopático do câncer, onde este ato permitia aliviar o sofrimento do processo oncológico e gozarem da esperança de uma possível cura através destas práticas religiosas.

As entrevistadas E3 e E18 mencionaram que além da oração participam de cultos e missas como formas terapêuticas para aliviarem o sofrimento os sintomas das neoplasias mamárias, assim, esta participação em atividades nas instituições religiosas promovem às doentes o exercício de sua religiosidade, suas crenças, rituais, orações e louvores, uma vez que o fato de estarem inseridas em um espaço que contém alegria e assuntos diversos motivam-nas a desviarem os pensamentos da doença. Desta forma, os rituais religiosos ajudam na melhoria do estado geral, do psicológico, espiritual e social dos indivíduos enfermos (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010).

As práticas religiosas, como a oração e a leitura de livros religiosos, são utilizadas durante o processo oncológico nas mamas como alternativas complementares ao tratamento alopático, no qual o uso dessas terapêuticas permitem as mulheres vivenciarem as condutas biomédicas de forma harmoniosa, com a cura das dores físicas e espirituais e podem atuar na manutenção da imunidade, possibilitando a homeostasia do corpo, mente e espírito. Assim, observa-se nas falas da E3 e E18 que as mesmas realizam orações e fazem a leitura da bíblia para enfrentarem o processo de adoecimento das neoplasias mamárias (WANG; CHUNG, 2012).

CATEGORIA III: A fé em Deus com suas possibilidades terapêuticas e cura das neoplasias mamárias

A fé é um sentimento abstrato individual inerente ao ser humano motivando-o a expressar sua espiritualidade e praticar sua religiosidade na busca por um ser sagrado, visto que pode ser motivada por meio das orações, cultos, missas e louvores, no entanto, não necessita de doutrinas religiosas para buscá-la (AQUINO; ZAGO, 2007; SOARES et al., 2016). Diante das adversidades da vida, a fé leva o sujeito a sentir-se mais forte e preparado diante das dificuldades encontradas (BOUSSO et al., 2011).

Consonante a fé das pacientes entrevistadas é perceptível como este comportamento é inerente à vida dessas mulheres, visto que, diante do diagnóstico das neoplasias mamárias, encontra-se na fé em Deus um caminho terapêutico para o processo oncológico e tem-se a fé no sagrado como possibilidade de cura do câncer, observados nos depoimentos a seguir:

[...] agora a fé mesmo vem de Deus, porque se Deus não estivesse comigo eu não estaria aqui, porque eu tinha desmoronado, aí Deus é muito fiel. [...] E18

[...] As pessoas dizem a mim o seguinte, que a fé junto com o tratamento, principalmente a fé, você tendo fé em Deus, você tem tudo [...] E9

*[...] inclusive a minha cura, independente de médico, de tratamento, eu acho que quem está me dando a cura mesmo é Deus e pronto, entendeu? [...]***E13**

A espiritualidade das mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias exerce um papel fundamental no enfrentamento, na aceitação e no tratamento da doença, visto que a fé em Deus possibilita amenizar o padecimento dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais. Assim, as falas supracitadas elucidam o comportamento das pacientes que utilizam a fé como possibilidade terapêutica para vivenciar o processo oncológico após o diagnóstico da doença, no qual observou-se o quanto esta terapêutica espiritual ajuda positivamente a aliviar os sintomas decorrentes do adoecimento, em que, a participante E9 reforça que a fé no sagrado deve ser uma complementariedade do tratamento alopático (CANIELES et., al 2014).

Destarte, a entrevistada E13 menciona a possibilidade de cura através da fé em Deus. Assim, e como foi relatado no estudo de Canieles et al. (2014) que um ser transcendente possibilita, por meio da fé intrínseca do ser humano, a cura da doença, visto que a crença em um ser supremo permite o restabelecimento do completo estado de saúde. No entanto, a cura das neoplasias mamárias, muitas vezes, não apenas estão relacionadas aos fatores inerentes ao ser humano, mas a outros elementos como, tempo de diagnóstico, adesão ao tratamento alopático, evolução do tumor e etc (RUBINI et al., 2012).

CATEGORIA IV: *A igreja promovendo práticas religiosas para o alívio do sofrimento*

As igrejas são organizações hierarquizadas que possuem os conjuntos dogmáticos que regem as religiões, onde os fiéis realizam suas orações, devoções, louvores, fortalecem sua fé e buscam expressarem sua espiritualidade. São, portanto, espaços valiosos para reinserção dos excluídos da sociedade, promoção da saúde por meio das pastorais e de algumas doutrinas que influenciam os sujeitos a adotarem uma postura que os fortaleçam diante de adoecimento (FERREIRA et al., 2011).

Neste contexto, as mulheres participantes abordaram que as igrejas utilizam práticas religiosas que promovem alívio do sofrimento diante do tratamento das neoplasias mamárias, onde as instituições oferecem orações, forças e motivação para comunicar-se com o ser supremo por meio das lideranças espirituais, fatos estes expostos nas falas a seguir:

[...] as pessoas da igreja também oraram por mim, teve uma pessoa da igreja que veio na minha casa também, pessoas de outras igrejas também do mesmo bairro, mas veio uma pessoa que é da minha igreja

e foi orar por mim, quer dizer que nessa hora... todos, né? a gente precisa de todo mundo. [...] E3

[...]é a busca na igreja, na casa do Senhor, que foi lá, que Ele nos deixou para buscar lá, são as ajudas dos irmãos e a gente ora, pede forças... são as orações completas que a gente recebe lá, as ajudas dos membros que estão lá dentro, do homem de Deus que está nos ensinando, eu acredito que é isso. [...] E4

A igreja, por ser um local de inserção e penetração social, permite que a comunidade busque neste espaço resoluções, amparo e orientações para enfrentarem os problemas da vida. Desta forma o trabalho realizado pelas instituições religiosas sejam eles de promoção a saúde, assistência espiritual, sócias e econômicos irá melhorar a saúde pública do nosso país (BOPP; FALLON, 2011). Deste modo, as falas compiladas evidenciam que as entrevistadas buscam na igreja apoio terapêutico, permitindo que ocorra uma complementariedade no tratamento alopático, assim, suavizando o sofrimento, visto que a terapêutica das neoplasias mamárias interferem nas condições biopsicossociais e espirituais do indivíduo (MEDEIROS et al., 2015).

De tal modo, as instituições religiosas são locais onde os indivíduos praticam sua religiosidade (ARREIRA et al., 2011), no qual as orações realizadas nestes locais tornam-se ferramentas positivas para o enfretamento das neoplasias mamárias. Deste modo, estas práticas religiosas podem ser realizadas nas igrejas e nos domicílios, como observou-se nas falas compiladas, no qual estas ações motivam uma força superior de modo a atuarem na essência do ser humano, tornando-se mais forte perante o adoecimento (WANG; CHUNG, 2012). Entretanto, estas orações podem ser estimuladas por um líder espiritual, de maneira coletiva ou individual, proporcionando o enfretamento do tratamento alopático de forma harmônica, fato este observado na fala da E4 (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

4.3.2 CATEGORIA ANALÍTICA II: Líder Espiritual: Limites e potencialidades de sua influência no enfretamento das neoplasias mamárias

As instituições em seu processo organizacional necessitam de um líder que motive o sujeito a desenvolver seu trabalho com excelência, que determine o processo de trabalho de uma empresa buscando alcançar os objetivos comuns. Deste modo, as lideranças são representadas por sujeitos que detém um poder sobre o outro na busca de alcançar o melhor desempenho das organizações, no qual as características de liderança podem estar na essência do ser humano, podem ser adquiridas por meio das relações interpessoais com a equipe de

trabalho e por embasamento técnico científico adquirido em cursos de formações profissionais (FERNANDES; SOARES, 2012).

Neste contexto, as instituições religiosas em seus aspectos dogmáticos e estruturas hierarquizadas necessitam das lideranças espirituais, no qual possuem um dom carismático e fraterno, uma vez que os mesmos estão dispostos a levarmos sujeitos a comunicar-se com o ser transcendente, fortalecerem a fé e elevar à esperança para vivenciar dias melhores. Assim, o líder é considerado o veículo para que os fiéis de uma religião estabeleçam relações íntimas com o ser superior, aliviando o sofrimento proporcionado pelo processo de adoecimento (BLANES, 2014).

Assim, a partir das entrevistas das mulheres em tratamento das neoplasias mamárias observou-se o comportamento das lideranças espirituais, no qual, a partir das abstrações e contradições existentes, foi possível conhecer a essência dos limites e potencialidades da influência do líder espiritual no enfrentamento do câncer mamário, no qual construíram-se três categorias empíricas que elucidam as atitudes desses líderes espirituais diante do processo oncológico das entrevistadas.

CATEGORIA EMPÍRICA I: Medidas terapêuticas proporcionadas pelas lideranças espirituais para enfrentar o processo neoplásico mamário

No que concerne às medidas terapêuticas proporcionadas pelas lideranças espirituais, as entrevistadas elucidam que os padres e pastores orientam as mesmas a buscarem força através da fé em Deus, realizam orações junto às mulheres em seus domicílios e procuram ajudar em qualquer dificuldade que apareça diante do adoecimento. No entanto observa-se que, esses líderes espirituais, além de motivarem as práticas religiosas, motivam as mulheres a não negligenciarem o tratamento alopático decorrente da exaltação das crenças religiosas, como expostos nas falas abaixo:

[...] Ele me orientou para nunca perder a fé... Ele me orientou a sempre ter força através da fé, e que eu devia seguir sempre nos caminhos da fé em Deus e os da medicina, porque Deus deixou a inteligência do homem para isso. [...] E5

[...] A orientação dele é que nós deveríamos seguir as orientações médicas, porque nós cremos que se Deus permitiu a existência dos médicos na terra é para ajudar a gente, quando aqui na nossa força humana como paciente não temos mais o que fazer. Então procuramos os médicos, quando os médicos não podem mais fazer, aí Deus intervém também se Ele quiser, né? quanto a isso eles não impedem não, pelo contrário ele orienta a gente a buscar ajuda médica. [...] E7

[...] Porque, não vou deixar o tratamento por religião não, eles dizem que a gente continue o tratamento, mas continue nas orações, eles vão na minha casa, eles levam a palavra de fé, que a gente está fortalecida, eles são assim uma família. Eles se reúnem para fazer oração para os enfermos, querem saber se a gente precisa de alguma coisa, assim de mantimentos, eles são muito família. [...] E18

As lideranças espirituais na comunidade exercem um papel importantíssimo, visto que sua influência e relações de poder proporcionam várias oportunidades para o alcance de uma vida mais harmoniosa e saudável. Assim, eles procuram oferecer aos sujeitos orações, conversas, assistência espiritual, promoção da saúde, aproximação dos fiéis com o ser transcendente e etc (BOPP; FALLON, 2011). Assim, perante o processo neoplásico mamário, por ser debilitante e vulnerável, a mulher naturalmente busca a espiritualidade como forma de alívio do sofrimento. Nesta perspectiva, o líder espiritual oferece apoio à pessoa frente a uma enfermidade, proporcionando a pessoa uma melhora na sua qualidade de vida diante das neoplasias mamárias (CERVELIN; KRUSE, 2015).

Deste modo, observa-se nas falas supracitadas que as lideranças espirituais oferecem assistência espiritual às mulheres com neoplasias mamárias, além do que, motivam as mesmas à seguirem a terapêutica alopática. Ressaltam-se a positividade da liderança no enfrentamento do câncer de mama, visto que as entrevistadas elucidam que o saber médico foram concedidas as pessoas da terra por um ser transcendente. Sendo assim, as crenças religiosas devem ser uma complementariedade do tratamento alopático oncológico (SOUZA et al., 2015).

Neste contexto as visitas realizadas pelos líderes espirituais nos domicílios das mulheres com neoplasias mamárias mencionadas pela entrevistada E18 é uma forma de que, diante do padecimento da doença, os sujeitos podem receber da liderança espiritual, orações, louvores, conversas e assistência social por meio dessas visitas, de tal modo que alivia o sofrimento e melhora a qualidade de vida das enfermas (BORDINI, 2014).

CATEGORIA EMPÍRICA II: Alternativas terapêuticas de cura motivadas pelas lideranças espirituais diante das neoplasias mamárias

As entrevistadas mencionaram que as lideranças espirituais orientam que, diante das neoplasias mamárias, as mulheres devem intensificar a procura pela religião, no qual é perceptível observar as relações de poder que os líderes espirituais detém sobre as pessoas, motivando-as a exaltarem as crenças religiosas como alternativa terapêutica e de cura para o enfrentamento do processo oncológico mamário, fatos estes observados nas falas a seguir:

[...] Influenciou muito a procurar mais a religião. É... ele (líder espiritual) disse que se pegue com Deus vá em frente, tudo positivo, ele disse, nada negativo.[...]E11

[...] então é como eu disse a você, o pastor sempre me ensinou, sempre me orientou e eu sempre fui nas orientações dele, porque eu confio naquilo que ele fala, que ele passa para mim, é meu Líder, eu respeito, considero e amo demais, e eu sei que ele quer meu bem, por isso que Deus colocou ele no ministério né, meu pastor é uma benção. [...] E12

[...] porque o pastor vai me ensinar todas aquelas coisas né... vai me ensinar aquelas orações, vai me ensinar e eu vou acreditar que é o pastor que está me curando, não, eu não acredito assim. Eu acredito que realmente é Deus que está me curando, porque se eu vou buscar, eu acredito que eu vou receber alguma benção dali de dentro... que está ali ensinando, mas em momento algum eu boto em meu coração que é o pastor que está me curando, eu tenho que crer que ele está me curando, eu tenho que crer, que é Jesus que está me curando, que eu estou recebendo aquela orientação dele... ele está recebendo da mão de Deus. [...]E4

Entretanto, diante de um diagnóstico de uma neoplasia mamária, a espiritualidade dessas pessoas torna-se mais forte como forma de encontrar alternativas para enfrentarem o processo oncológico, no qual as lideranças espirituais são os principais motivadores da religiosidade e promotores da assistência espiritual a estas pessoas. Assim observa-se nas falas das entrevistadas que os líderes espirituais as motivaram a procurarem sua religião como terapêutica positiva para o enfrentamento do processo oncológico (GOBATTO; ARAUJO, 2013; FORNAZARI; FERREIRA, 2010;).

Porém, este líder espiritual mantém uma relação de poder muito forte nas comunidades. Neste sentido suas orientações influenciam os sujeitos a adotarem posturas que exaltem as práticas religiosas diante do adoecimento do indivíduo, de tal modo que, o comportamento das mulheres, associados à influência, o poder das lideranças espirituais e a fragilidade do ser decorrente ao adoecimento do corpo e da alma, neste sentido as falas supracitadas apresentam-se de maneira preocupante, visto que as práticas religiosas e as crenças em um ser sagrado devem caminhar juntas com a terapêutica alopática. Assim observa-se uma influência das lideranças espirituais que podem diminuir a procura pelo tratamento alopático no processo de enfrentamento das neoplasias mamárias a partir do momento em que os mesmos orientam as mulheres a intensificarem a procurar pela religião (BOPP; FALLON, 2011; ESPINDULA; VALE; BELLO, 2010).

Neste ínterim, a cura realizada pelas lideranças espirituais é observada na fala da entrevistada E4, no entanto a mesma não acredita que a cura é concedida pelo líder espiritual e sim por Deus, assim o estudo de Canieles et al. (2014), demonstra que a cura pode ser realizada

por um ser sagrado, mas para gozarem desta restauração do estado de saúde tem que fortalecerem sua fé e não negativarem as condutas biomédicas (SOUZA et al., 2015).

CATEGORIA EMPÍRICA III: *Ausência do líder espiritual no enfrentamento das neoplasias mamárias*

As falas a seguir revelam situações em que houve a negatividade da assistência espiritual por parte das lideranças espirituais diante do processo de adoecimento das neoplasias mamárias. Assim as entrevistadas relataram que não procuraram os líderes espirituais e não conversaram sobre o enfrentamento do câncer mamário com os mesmos como evidenciado nos relatos abaixo:

[...] Não, porque eu nunca falei com ele (padre) sobre isso, eu não comentei nada, porque foi logo, assim, de repente. [...] E2

[...] Ele não ficou sabendo de nada, eu nunca comentei com ele não.

[...] E8

[...] Não porque ele (líder espiritual), já sabia, que eu já frequentava, já ia a missa da luz, já servia na igreja, então ele não influenciou em nada nesse tempo. Eu não cheguei para conversar abertamente. [...] E15

Diante das neoplasias mamárias o ser não é apenas visto em seus aspectos biológicos, mas deve receber um cuidado integral no tocante aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, espirituais e políticos. Deste modo, dentre a assistência à saúde pode-se elucidar a sistematização da assistência de enfermagem em que o enfermeiro atua como protagonista do cuidar, no qual a assistência espiritual também é de competência da equipe de enfermagem, uma vez que a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) classifica a espiritualidade como o cuidado essencial ao indivíduo diante de um processo de adoecimento (SANTOS et al., 2013; SILVA; SOUZA; FERREIRA, 2011).

Neste sentido, a assistência espiritual e as orientações oferecida pela liderança espiritual não foi procurado pelas mulheres diante do adoecimento, conforme as falas supracitadas. Assim esse cuidado espiritual é reconhecido pelos profissionais da saúde, principalmente pelos profissionais de enfermagem, e a assistência biomédica apresenta-se como benéfica durante o processo de cuidar das enfermidades, neste sentido, quando não existem aspectos dialógicos entre os integrantes das instituições religiosas durante o adoecimento do indivíduo, a assistência torna-se fragmentada e fragilizada durante a terapêutica alopática, e os profissionais da saúde, em geral, atuam de forma mecanicista e curativista. Entretanto, a entrevistada E18 elucidou que mesmo não procurando das orientações da liderança espiritual não impediu que a mesma utilize

das benesses das práticas religiosas para o enfrentamento do processo oncológico mamário (GOBATTO; ARAUJO, 2013).

Vale salientar que a assistência espiritual pode ser oferecida nas instituições hospitalares por meio das capelanias que são organizações instaladas nos serviços de saúde que ofertam apoio espiritual aos sujeitos hospitalizados, no qual essas atividades são realizadas pelos líderes espirituais de forma ecumênica para que seja fortalecida a fé, alívio do sofrimento dos enfermos e ajuda aos familiares a encontrarem forças para vivenciarem as dificuldades do adoecimento do ente querido, mas para que ocorra esta intervenção espiritual é necessário que o paciente sinta a necessidade de um cuidado espiritual e, assim, consinta a entrada do líder espiritual em seu leito de internação (FRANCISCO et al., 2015; RICETTI; SOUZA, 2015).

Considerações Finais



FONTE: Google imagens, 2016

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A religião, em seus aspectos dogmáticos e doutrinários, vem sendo estudada de uma forma positiva na subjetividade humana. Sendo assim, os líderes espirituais motivam os sujeitos a expressarem sua espiritualidade e crerem em um ser sagrado. Deste modo, diante das neoplasias mamárias as mulheres recebem orientações de autocuidado dos líderes espirituais de sua doutrina religiosa, motivando-as, através de sua fé, a confiarem que as orações, os louvores, a leitura da palavra de Deus junto ao tratamento alopático irá lhe permitir um melhor enfrentamento do processo oncológico mamário.

Neste contexto, a fé, que é inerente ao ser humano, as práticas religiosas e as instituições religiosas permitem que as pessoas vivenciem sua religiosidade, atenuando os problemas acarretados pelas atividades laborais do dia a dia. Contudo diante de um diagnóstico de um processo neoplásico mamário as mulheres tornam-se mais vulneráveis e predisponentes a buscarem e acreditarem que as orações, missas, cultos e apoio das igrejas são de extrema importância para complementar as condutas alopáticas propostas pelas ciências biomédicas.

Vale salientar que as lideranças espirituais mantêm uma relação de poder muito forte na comunidade, visto que são os principais motivadores da religiosidade e espiritualidade dos sujeitos, no qual diante das neoplasias mamárias é perceptível observar sua positividade quando suas orientações e influências motivam as mulheres a buscarem na religião alternativas complementares para o tratamento alopático do câncer mamário, assim estas práticas, juntas, proporcionam um melhor enfrentamento do processo oncológico mamário.

Entretanto, observam-se limitações da influência do líder espiritual no processo oncológico mamário quando o mesmo motiva essas mulheres a intensificarem a procura pela a terapêutica religiosa, assim, essas orientações de autocuidado são preocupantes, no sentido de que, diante do sofrimento decorrente ao adoecimento, estas mulheres tornam-se susceptíveis a abandonarem as condutas biomédicas, de modo que exaltem as práticas religiosas e as crenças em um ser transcendente para gozarem de uma “possível cura”, conseqüentemente, tais atitudes poderão piorar o prognóstico das neoplasias mamárias.

Destarte, a assistência espiritual por ser uma terapêutica fundamental para o enfrentamento das neoplasias mamárias, é preciso compreendê-la para que sua eficácia possa ser necessária e complementar das condutas biomédicas, no entanto, sua oferta por parte da equipe de saúde não acontece com frequência pelo próprio despreparo da equipe. Neste sentido, compreende-se a necessidade da realização de mais estudos na área, uma vez que houve certa dificuldade de acesso ao referencial teórico limitando o conteúdo técnico científico que

embasasse esta pesquisa, além de exaltar a necessidade de aprofundar o tema e diminuir a assistência mecanicista e fragmentada no contexto do tratamento das neoplasias mamárias.

Referências



FONTE: Google imagens, 2016

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, J. D; COSTA, M. B. S; SALAZAR, P. E. L. Avaliação da Qualidade do Gerenciamento Hospitalar na Percepção dos Profissionais. **Rev. bras. ciên.saúde.**, v.16, n.2, p.205-212, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/12620/7309>. Acesso em: 08 jun. 2015.
- 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.
- ALVES, C. B; DULCI, P. L. Quando a morte não tem mais poder: considerações sobre uma obra de Elisabeth Kübler-Ross. **Rev. bioéti (impr.)**, v.22, n. 2, p.262-270, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/08.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2015.
- AQUINO, V.V; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes Oncológicos em reabilitação. **Rev. latino-Am. enfermagem.**, v.15, n.1, jan/fev, 2007. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a07.pdf. Acesso em: 08 ago. 2016.
- ARAUJO, et al. Preferência por tipos de liderança: Um estudo em empresa sergipana do setor hoteleiro. **Estudos de psicologia**,v.18, n.2, p.203-211, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a05.pdf>. Acesso em 13 jun. 2015.
- ARREIRA, I. C. O, et al. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **Ciênc. cuid. saúde.**,v.10, n.2, p.314-321, 2011. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v10n2/14.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- BATISTA, S; MENDONÇA, A. P. A. Espiritualidade e qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Rev. bioét. (impr.)**,v.20, n.1, p.175-178, 2012. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/723/748. Acesso em: 15 abr. 2015.
- BLANES, R. L. O Líder é o Profeta, o Profeta é o Líder. Continuidades e discontinuidades da liderança carismática no contexto angolano. **Rev. ANTHROPOLOGIA.**,v.25, n.1, p.107-127, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%2057%20Lideran%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- BONOMO, A. A, et al. Coping religioso/espiritual em pacientes com câncer em tratamento. **Rev. enferm. UFPE online.**,Recife, v.9, n.(supl.3), p.7539-7546, 2015. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6496/pdf_7638. Acesso em: mai. 2015.

BOPP, M.; FALLON, E. A. Individual and institutional influences on faith-based health and wellness programming. **Health Education Research.**, v.26, n.6, 2011.

Disponível em: <http://her.oxfordjournals.org/content/26/6/1107.full.pdf+html>. Acesso em: 15 ago. 2016.

BORDINI, C. A. Capelania hospitalar – ajuda humanitária e espiritual?, **Cadernos teológicos**, v.1, n.1, p.23-34, 2014. Disponível em:

<<http://www.faculdademessianica.edu.br/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/83/120>>. Acesso em 22 ago. 2015.

BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: Perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.45, n.2, p.397-403, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a13.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRANCO, M. Z. C; BRITO, D; SOUSA, C. F. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Colômbia*, v.14, n.1, p.100-108, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n1/v14n1a09.pdf>. Acesso 08 ago. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf. Acesso em: 06 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência do Câncer no Brasil. Estimativa 2016. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, Brasília, p.54, Sistema de Legislação da Saúde.

BROMBERG, S. E; HANTORI, R. M; NAZARIO, A. C. P. Radioterapia intraoperatória como protocolo de tratamento do câncer de mama inicial. **Einsten.**, v.11, n.4, p.439-445, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1679-45082013000400006&pid=S1679-45082013000400006&pdf_path=eins/v11n4/06.pdf.

Acesso em: 26 mai. 2015.

CANIELES, I. M. et al. Rede de apoio a mulher mastectomizada. **Rev. enferm. UFSM.**, v.4, n.2, p.450-458, abr/jun, 2014. Disponível em:

<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10790/pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

CARVALHO, J. B, et al. Fatores de risco socioambientais e nutricionais envolvidos na carcinogênese gástrica. **Rev. para. Med.**, v.25, n. 2/3, 2011. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n2-3/a2806.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015.

CEVELIN, A. F; KRUSE, M. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: produzindo uma boa morte. **Rev. enferm. UFPE online.**, Recife, v.9, n.(supl.3), p.7615-7624,

2015. Disponível em:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6353/pdf_7670.

Acesso em: 12 ago. 2016.

CHUI, P. L. et al. Prayer-for-health and complementary alternative medicine use among Malaysian breast cancer patients during chemotherapy. *BMC complement. alten. med.* (online)., v.14, n.425, p.1-12, 2014. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25358688>. Acesso em: 09 ago. 2016.

COUTINHO, J. P. Religião e outros conceitos. *Rev. facul. letr Universidade do Porto.*, v. 24, p.171-1193, 2012. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10763.pdf>.

Acesso em: 18 ago. 2016.

ESPINDULA, J. A.; VALLE, E. R. M.; BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. *Rev. latino-Am. enfermagem.*,v.18, n.6, p.8 telas, 2010.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_25.pdf. Acesso: 23ago. 2016.

FERNANDES, U; SOARES, N. V. Modelos de liderança adotados por enfermeiros de um hospital do Rio Grande do Sul. *J. nurs. Health.*,Pelotas, v. 2, n.1, p.38-43, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%2056.pdf>.

Acesso em: 20ago. 2016.

FERREIRA, A. G. N. et al. Promoção da Saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. *Rev. gaúch. enferm.*,Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 744-750, dez. 2011. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14759/14450>.

Acesso em: 15 ago. 2016.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso**. 14^a ed. São Paulo: Contexto; 2008.

FONTANELLA, B. J. B, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.389-394, 2011.

FORNAZARI, S. A; FERREIRA, R. R. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde.*Psico. teol. pesq.*,Brasília, v.6, n.2, p.265-272, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2>. Acesso em: 10ago. 2016.

FRANCISCO, D. P, et al. Contribuições do serviço de capelania ao cuidado de pacientes terminais. *Rev. tex. contex. Enferm.*,Florianópolis, v.24, n.1, p.212-219, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00212.pdf. Acesso em: 22ago. 2016.

FRAZÃO, A; SKABA, M. M. F. V.Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. *Rev. bras. cancerol.*, v.59, n.3, p.427-435, 2013, Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/13-artigo-

[mulheres-cancer-mama-expressoes-questao-social-durante-tratamento-quimioterapia-neoadjuvante.pdf](#). Acesso em: 19 ago. 2015.

GARCIA, S, N. et al. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. **Rev. gaúch. enferm.**, jun, v.36, n.2, p.89-96, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200089. Acesso em: 03 ago. 2016.

GERONASSO, M. C. H.; COELHO, D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde Meio Ambient.**, v.1, n.1, p. 173-187, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227/270>. Acesso 15 ago. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOBATTO, C. A; ARAUJO, T. C. C. F. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. **Rev. SBPH.**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.52-63.2010, Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a05.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2015.

GOBATTO, C. A; ARAUJO, T. C. C. F. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Rev. USp (impr.)**, São Paulo, v.24, n.1, p.11-34, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%201.pdf>. Acesso em: 20 ago.2015.

GOSENDO, E. E. M; TORREZ, C. V. Influência dos valores organizacionais sobre estilos de gerenciamento em empresas de pequeno porte. **Paideia.**, v.20, n.45, p.29-38, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-863X2010000100005&pid=S0103-863X2010000100005&pdf_path=paideia/v20n45/a05v20n45.pdf&lang=pt. Acesso em: 12 jun. 2015.

GOZZO, T. O. et al. Ocorrência e manejo de náusea e vômito no tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama. **Rev. gaúch. enferm.**, set, v. 35, n.3, p.117-123, 2014. Disponível: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/42068/31524>. Acesso em: 03 ago. 2016.

GRABOIS, M. F; OLIVEIRA, E. X. G; CARVALHO, M. S. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. **Rev. Saúde. Publi.**, v.47, n.2, p. 368-378, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v47n2/0034-8910-rsp-47-02-0368.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2015.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília (DF), v.64, n.1, p.53-59, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a08.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

KAURK, F. D. S; MANHÃES, F. C; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da Pesquisa: Um Guia Prático**. Itatuba/ Bahia: Via Litterarum, 2010.

LEITE, F. M. C. et al. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. **Rev. bras. cancerol.**, v.57, n.1, p. 15-21, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/04_artigo_mulheres_diagnostico_cancer_mama_tratamento_tamoxifeno.pdf. Acesso em: 02 ago. 2016.

LEITE, F. M. C. et al. Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. **Cogitareenferm.**, v.77, n.2, p.342-347, 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/27896/18553>. Acesso: 02 ago. 2016.

LIMA, D. **Censo**: O perfil religioso do país. 2012. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/infograficos/censo-religiao/>. Acesso em: 19 mai. 2014.

MANDÚ, E. N. T. et al. Literatura brasileira sobre o trabalho de enfermagem fundamentada em categorias marxianas. **Rev. bras.enferm.**, Brasília (DF), v.64, n.4, p.766-773, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a21v64n4.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2015.

MAJEWSKI, J. M, et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciênc.saúde Coletiva.**, v.17, n.3, p.707-716, 2012, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a17.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2015.

MARÇAL, R.G, et al. Perfil dos profissionais de uma unidade de cuidados paliativos. **Rev. enferm. UFPE online.**, Recife, v.9, n.5, p.7910-7916, 2015. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7571/pdf_7836. Acesso em: 12 mai. 2015.

MASSON, G. Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. **Práx. Edu.**, Ponta Grossa, PR, v. 2, n. 2, p. 105-114, 2007. Disponível em: http://ri.uepg.br:8080/riuepg/bitstream/handle/123456789/428/ARTIGO_MaterialismoHistoricoDial%C3%A9tico.pdf?sequence=1. Acesso em: 09 jul. 2015.

MEDEIROS, G. C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. saúde pública.**, jun, v.31, n.6, p.1269-1282, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1269.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2016.

MENEZES, E. M. Ansiedade e/ ou preocupação no contexto da liderança espiritual. **Rev. bat. Pio.**, v.1, n.1, p.7-21, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%2058%20Lideran%C3%A7a%20espiritual.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2015.

- MENEZES, R. A; BARBOSA, P. C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.9, p.2653- 2662, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a20.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2015.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco. 406 p., 2007.
- NASCIMENTO, L. C, et al. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta paul. Enferm.**, v.23, n.3, p.437-440, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a21.pdf> . Acesso em: 14 abr.2015.
- PEDRÃO, R. B; BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein**, v.8, n.1, n.1, p.86-91, 2010. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1208-Einsteinv8n1_p86-91_port.pdf. Acesso em: 14 abr. 2015.
- PEREIRA, C. M. et al. O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**., v.5, n.2, p.3837-3846, abr/jun, 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2003/pdf_789. Acesso em: 10 ago. 2015.
- PINHEIRO, A. B, et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Rev. bras. Cancerol.**, v.59, n.3, p.351-359, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovens-analise-casos.pdf. Acesso em: 09 set. 2015.
- PINTO, J. R. C. A filosofia da religião: percurso de identidade. **THEOLOGICA**., v.45, n.2, p.541-555, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13319/1/pinto.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2015.
- PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface- Comunic. Saúde. edu.**, v. 1, n. 1, ago. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/06.pdf>. Acesso em: 10jul. 2015.
- PRODANVOV, C. C; FREITAS, E. C.D. **Metodologia do Trabalho Científico**. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- REZENDE, V. L, et al.Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo *General Comfort Questionnaire*. **Paidéia**,v. 20, n.46, p.229-237, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-863X2010000200010&pid=S0103-863X2010000200010&pdf_path=paideia/v20n46/09.pdf. Acesso em: 28 mai. 2015.
- RICETTI, S. M. T; SOUZA, W. Humanizando o atendimento espiritual hospitalar, p. 1- 12. Disponível em: <http://jorneb.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/7/2015/02/HUMANIZANDO-O-ATENDIMENTO-ESPIRITUAL-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

RODRIGUES, F. S. S, POLINARI, M. M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Rev. bras. Cancerol.**,v.58, n.4, p.619-627, 2012. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf. Acesso em: 28 mai. 2015.

RUBINI, A. M. S. Discursos de mulheres com câncer cervical em tratamento braquiterápico: Subsídios para o cuidado de enfermagem. **Rev. enferm. UFSM.**,v.2, n.3, p.601-609, set/dez, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6865/pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

SÁ, M. C; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde coletiva.**,v.15, n.5, p.2345-2354, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/7a9b73ac78097d29dddc5e707fca38f169776e37187d093b63b1c8ed71b400a.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SALIMENA, A. M. O, et al. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitareenferm.**,v.18, n.1, p.142-147, 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v18n1/21.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2015.

SANTOS, I. et al. Processo clínico e integridade do cuidar em enfermagem De pessoas com câncer: Investigação piloto. **Rev. enferm. UERJ.**,Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.587-593, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10011/8083>. Acesso em: 23 ago. 2016.

SANTOS, J. L. G, et al. Práticas de enfermeiros na gerencia do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n.2, p.257-263, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-71672013000200016&pid=S0034-71672013000200016&pdf_path=reben/v66n2/16.pdf . Acesso em: 08 jun. 2015.

SILVA, C. M. C; PEIXOTO, R. R; BATISTA, J. M. P. A influência da liderança na motivação da equipe. **Rev. eletro.Nov. info.**,v.13, n.13, p. 195- 206, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%2059.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2015.

SILVA, D. L. S. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul.**,v.31, n.3, p.353-358, 2011, Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/17550/13966>. Acesso em 22 ago. 2015.

SILVA, P. F, et al. Associação entre variáveis sociodemográficas e Estadiamentoclínico avançado das neoplasias da mama em Hospital de referência no Estado do Espírito Santo. **Rev. bras. Cancerol.**,v.59, n.3, p.361-367, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/06-artigo-associacao-entre-variaveis-

[sociodemograficas-estadiamento-clinico-avancado-neoplasias-mama-hospital-referencia-estado-espírito-santo.pdf](#). Acesso em: 28 mai. 2015.

SILVA, R. R; SIQUEIRA, D. Espiritualidade, religião e trabalho no contexto organizacional. **Rev. psico. Estud.**, Maringá, v.14, n.3, p.557-564, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a17>. Acesso em: 08 mai. 2015.

SILVA, E. S; SOUZA, S. R; FERREIRA, S. M. S. Sistematização da assistência de enfermagem aos clientes com traumatismo raquimedular em uma unidade de neurocirurgia. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**., v.3, n.1, p.1542-1552, jan/mar, 2011. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1208/pdf_350. Acesso em: 23 ago. 2016.

SOARES, C. B; CAMPOS, C. M. S; YONEKURA, T. Marxismo como referencial teórico metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.47, n.6, p.1403-1409, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v47n6/0080-6234-reensp-47-6-01403.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SOARES, M. L. C. A. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.20, n.2, p.317-323, abr/jun, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127745723016>. Acesso em: 11 ago 2016.

SOLER, V. M, et al. Enfermagem e espiritualidade: um estudo bibliográfico. **Rev. Cui.**,v.6, n.12, p.91-100, 2012. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23988>. Acesso em: 23 abr. 2015.

SOUZA, M. A. **A Influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristão**.2009. 100f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Goiás, Escola de Enfermagem. 2009. Disponível em: http://mestrado.fen.ufg.br/uploads/127/original_Marcus_Ant%C3%B4nio_de_Souza.pdf?1391017278. Acesso em: 23 abr. 2015.

SOUZA, V. M, et al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoas de adolescentes com câncer. **Rev. bras. enferm.**, v.68, n.5, p.791-796, set/out, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0791.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 18reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

WANG, H; CHUNG, U. Use of Complementary and Alternative Medicine Among Breast Cancer Survivors in Taiwan. **Asian pac.j. cancer prev.**, v.13, p.4789-4792, 2012. Disponível em:http://ocean.kisti.re.kr/downfile/volume/apocp/POCPA9/2012/v13n9/POCPA9_2012_v13n9_4789.pdf. Acesso em: 09 ago. 2016.

Apêndices



FONTE: Google imagens, 2016

APÊNDICE A –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora

Esta pesquisa intitulada “*A religião como alternativa complementar no tratamento das neoplasias mamárias: As interfaces da influência do líder espiritual*”, com o objetivo de: analisar os limites e possibilidades da influência do líder espiritual frente aos pacientes que buscam a religião como alternativa complementar ao tratamento oncológico das neoplasias mamárias, está sendo desenvolvida sob a orientação da Prof^a. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade (UFCG – Universidade Federal de Campina Grande. Endereço: Sítio Olho d’Água da Bica, S/N, Centro – Cuité-PB. Telefone: (83) 3372-1900.

Você foi selecionada por estar de acordo com o diagnóstico médico localizado na mama e estar frequentando sua religião / doutrina de maneira complementar. Sua participação não é obrigatória. ATENÇÃO: Em qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Entende-se como fatores de risco nesta pesquisa: aspectos emocionais, espirituais, estado de consciência, vulnerabilidade a uma piora no estado de saúde. E, mesmo não tendo benefícios diretos em participar deste estudo, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Para auxiliar no desenvolvimento da investigação será utilizada entrevista gravada com uso de aparelho MP3 Player e roteiro semiestruturado. Não se preocupe: todas as informações que a senhora nos fornecer serão utilizadas apenas para este estudo, tudo será confidencial, seu nome ou outras informações pessoais sigilosas não serão utilizadas. A senhora não será paga por sua participação nesse estudo, e nada lhe será cobrado.

Durante o estudo, se a senhora tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

Não assine este formulário de consentimento a menos que você tenha tido a oportunidade de fazer todas as perguntas e ter esclarecido todas as suas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, li as informações fornecidas neste formulário de consentimento, tive a oportunidade de fazer perguntas e todas elas me foram respondidas satisfatoriamente.

Não estou ciente de quaisquer condições médicas que eu tenha que tornariam minha participação excepcionalmente perigosa. Assino voluntariamente este consentimento informado, que denota minha concordância em participar deste estudo, até que eu decida em contrário. Não estou renunciando a nenhum de meus direitos legais ao assinar este consentimento.

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via deste termo de consentimento.

Campina Grande (PB), ____/____/____

Participante da pesquisa



Assinatura por meio da datiloscopia

Assinatura do Pesquisador

Data

APÊNDICE B –

INSTRUMENTO PARA COLETA DE MATERIAL EMPÍRICO

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Iniciais do nome/Codinome:	
Idade:Estado Civil:	
Convive com parceiro?	Quanto tempo?
Tem filhos?	Quantos?
Escolaridade:	Profissão:
Município onde mora:	
Religião:	Quanto tempo?
Há quanto tempo foi diagnosticada com câncer de mama?	
Houve metástase?	
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA	
1. Quando a senhora foi diagnosticada com o câncer de mama, qual foi a sua reação inicial? O que a senhora pensou? Quais sentimentos surgiram?	
2. A senhora gosta de sua religião? Qual a relação que a senhora mantém com sua religião?	
3. O que significa religião para senhora?	
4. Qual o significado da religião para sua vida?	
5. Em sua opinião, a religião influencia positivamente ou negativamente o processo de enfrentamento do câncer?	
6. A senhora utiliza alguma prática religiosa para enfrentar o câncer? Cite, de maneira detalhada, esta(s) prática(s) religiosa(s) utilizada(s) para enfrentar a doença.	

7. Os líderes de sua religião (padre, pastor, orientador espiritual, etc) influenciaram a senhora a buscar a religião quando se deparou com esta doença? Cite, da maneira mais detalhada possível, esta influência do líder espiritual.
8. Quais foram as orientações que o líder espiritual ofereceu quando a senhora buscou nele um caminho alternativo para a situação que está vivendo?
9. As orientações oferecidas pelo líder espiritual influenciaram a senhora a adotar alguma conduta que eles propuseram? Cite, pelo menos, cinco (5) condutas adotadas pela senhora que lhe proporcionaram conforto espiritual?
10. A religião pode ajudar a alcançar a cura ou controle do câncer? O que deve ser feito para que ocorra a cura ou controle do câncer?
11. Quais são os tratamentos que a senhora está fazendo hoje para tratar o câncer de mama? Pode explicar qual o mais difícil, qual o mais suportável?

Anexos



FONTE: Google imagens, 2016

**ANEXO A –
TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Título do projeto: A religião como alternativa complementar no tratamento das neoplasias mamárias: as interfaces da influência do líder espiritual

Eu, Luciana Dantas Farias de Andrade, pesquisadora, assumo o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Cuité, _____ de _____ de 2015.

Luciana Dantas Farias de Andrade
(Orientadora – Pesquisadora)

ANEXO B –
TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Título do projeto: **A religião como alternativa complementar no tratamento das neoplasias mamárias: as interfaces da influência do líder espiritual**

Eu, Luciana Dantas Farias de Andrade, Enfermeira, Professora do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, portadora do RG: 2504778 SSP/PB e CPF: 008.951.974-48 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, _____ de _____ de 2015.

Prof^a. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade

(Orientadora)

**ANEXO C –
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr(a) Prof^a Railda Shelsea Taveira R. Nascimento

Coordenadora do Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão da Fundação Assistencial da Paraíba -FAP

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, o aluno Elton de Lima Macêdo, matrícula nº 511220188, RG 3451395, CPF 085.574.074-40, está realizando uma pesquisa intitulada: “**A RELIGIÃO COMO ALTERNATIVA COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS MAMÁRIAS: AS INTERFACES DA INFLUÊNCIA DO LÍDER ESPIRITUAL**”, sob orientação da professora Doutora Luciana Dantas Farias de Andrade, SIAPE 1617082, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos pacientes com diagnóstico de câncer e em tratamento alopático no hospital supracitado.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso do referido graduando para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité (PB), _____ de _____ de 2015.

Elton de Lima Macêdo
(Orientando - Pesquisador)

Luciana Dantas Farias de Andrade
(Orientadora - Pesquisadora)

Ramilton Costa Marinho
Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG

**ANEXO D –
CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, o graduando Elton de Lima Macêdo Mat. 511220188, RG 3451395, CPF 085.574.074-40 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“A RELIGIÃO COMO ALTERNATIVA COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS MAMÁRIAS: AS INTERFACES DA INFLUÊNCIA DO LÍDER ESPIRITUAL”**, sob a orientação da professora Doutora Luciana Dantas Farias de Andrade, SIAPE 1617082.

Desta forma, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e como esta Unidade Acadêmica de Saúde tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Cuité (PB), _____ de _____ 2015.

Waleska de Brito Nunes

Coordenadora da Unidade Acadêmica de Enfermagem – Cuité/PB

ANEXO E –

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Declaro para os devidos fins que os pesquisadores: **Elton de Lima Macêdo** e **Luciana Dantas Farias de Andrade** encaminharão os resultados da pesquisa intitulada “A RELIGIÃO COMO ALTERNATIVA COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO NEOPLASIAS MAMÁRIAS: AS INTERFACES DA INFLUÊNCIA DO LÍDER ESPIRITUAL” para a Plataforma Brasil, logo após a conclusão da pesquisa.

Cuité, _____ de _____ 2015.

Elton de Lima Macêdo
(Orientando - Pesquisador)

Luciana Dantas Farias de Andrade
(Orientadora - Pesquisadora)

ANEXO F –

DECLARAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR



Fundação Assistencial da Paraíba - FAP

C.G.C.: 08.841.421/0001-57 Inscrição Estadual: Isento
Av. Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó - Cx. Postal 405
CEP 58.429-350 - Campina Grande - PB
Telefone/fax: (83) 2102-0300 – E-mail: fapcg@uol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar que estamos cientes da intenção da realização da Pesquisa intitulada: “A RELIGIÃO COMO ALTERNATIVA COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS MAMÁRIAS: AS INTERFACES DA INFLUÊNCIA DO LÍDER ESPIRITUAL”. Sob orientação da Profª Luciana Dantas Farias de Andrade, desenvolvida pelo orientando Elton de Lima Macedo, ambos da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG – a orientadora será responsável pelo orientando, caso contrário a primeira não poderá desenvolver e/ou orientar projetos na Instituição FAP. Após aprovação do Comitê de Ética. Toda documentação relativa a esta Pesquisa deverá ser entregue em uma via (CD) ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão (NEPE) da FAP e arquivado por cinco anos de acordo com a Res 466/2012 do Ministério da Saúde.

Campina Grande, 22 de setembro de 2015.

Railda Shelsea T. R. Nascimento
PROFª RAILDA SHELSEA TAVEIRA R. NASCIMENTO
Coordenadora do NEPE/FAP

Profª Railda Shelsea T. R. Nascimento
Coordenadora do Núcleo de
Estudo, Pesquisa e Extensão
NEPE/FAP

**ANEXO G –
DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA E
PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERCITÁRIO ALCIDES CARNEIRO- HUAC**



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 51777415.7.0000.5182, Número do Parecer: 1.419.406 intitulado: **A RELIGIÃO COMO ALTERNATIVA COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS MAMÁRIAS: AS INTERFACES DA INFLUÊNCIA DO LÍDER ESPIRITUAL.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Januse Nogueira de Carvalho
Januse Nogueira de Carvalho
Coordenadora CEP/ HUAC

Campina Grande - PB, 29 de Abril de 2016.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br