

Gabriel Martin da Silva¹
Elizangela de Fátima Canquerini¹
Mariane Castiglione¹
Alessandra Cristina Biagi¹
Amanda Estevão da Silva¹

¹Centro Universitário FMABC, Brasil.

RESUMO

Introdução: A doença gera no ser humano um processo profundo de angústia, tristeza e sofrimento manifestando-se em diversas áreas da vida, levantando questões emocionais, físicas, sociais e espirituais. **Objetivo:** Avaliar e correlacionar a qualidade de vida e necessidades espirituais de pacientes oncológicos em vigência de internação hospitalar. **Método:** Estudo observacional, transversal e prospectivo, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário FMABC sob número de parecer: 3.850.192. Os participantes foram selecionados e posteriormente entrevistados individualmente por meio dos questionários *Spiritual Needs Assessment for Patients* (SNAP) e o *Short Form-36* (SF-36), além de dados sociodemográficos. Para correlacionar a qualidade de vida (SF-36) com as necessidades espirituais (SNAP), utilizou-se o teste de Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Participaram do estudo 31 pacientes, com diagnóstico de doença oncológica confirmado e em vigência de internação hospitalar. Os piores escores na avaliação da qualidade de vida foram os domínios de "aspecto físico", "aspecto emocional" e "capacidade funcional". Observou-se alta necessidade espiritual com pontuação total de 74,35 no SNAP. Na correlação entre o SF-36 e o SNAP observou-se correlações negativas com relevância estatisticamente significativa entre o domínio de capacidade funcional e a subescala psicossocial (-0,387), domínio de dor e subescala espiritual (-0,316) e domínio de aspecto físico e subescala religiosa (-0,351). **Conclusão:** Pacientes oncológicos em vigência de internação hospitalar têm prejuízo na qualidade de vida, apresentam necessidades espirituais, e essas variáveis podem influenciar-se entre si. Portanto, a equipe multiprofissional deve estar atenta à dimensão espiritual do paciente.

Palavras-chave: Espiritualidade; Qualidade de Vida; Oncologia; Religião.

ABSTRACT

Introduction: The disease generates in human beings a deep process of anguish, sadness and suffering, manifesting itself in different areas of life, raising emotional, physical, social and spiritual issues. **Objective:** Evaluate and correlate the quality of life and spiritual needs of cancer patients during hospitalization. **Method:** Observational, cross-sectional and prospective study, approved by the Ethics and Research Committee of the FMABC University Center under opinion number: 3,850,192. Participants were selected and later individually interviewed using the Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) and the Short Form-36 (SF-36) questionnaires, in addition to sociodemographic data. To correlate quality of life (SF-36) with spiritual needs (SNAP), Spearman's correlation test was used. The significance level adopted was 5%. **Results:** Thirty-one patients with a confirmed diagnosis of cancer and undergoing hospitalization participated in the study. The worst scores in the assessment of quality of life were the domains of "physical aspect", "emotional aspect" and "functional capacity". High spiritual need was observed with a total SNAP score of 74.35. In the correlation between the SF-36 and SNAP, negative correlations with statistically significant relevance were observed between the functional capacity domain and the psychosocial subscale (-0.387), the pain domain and spiritual subscale (-0.316) and the physical aspect domain and subscale religious (-0.351). **Conclusion:** Oncological patients undergoing hospitalization have a loss in quality of life, have spiritual needs, and these variables can influence each other. Therefore, the multidisciplinary team must be aware of the patient's spiritual dimension.

Key-words: Spirituality; Quality of life; Oncology; Religion.

✉ **Amanda da Silva**

Av. Príncipe de Gales, 821, Príncipe de Gales, Santo André, São Paulo
CEP: 09060-650
✉ amanda.estevão@fmabc.br

Submetido: 05/06/2022
Aceito: 15/03/2023



INTRODUÇÃO

O câncer é o crescimento desordenado de células que invadem órgãos e tecidos, que pode ou não atingir outras partes do corpo, sendo formado por um conjunto de 100 doenças.¹ Segundo os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se que em 2018 ocorreram 18 milhões de novos casos no mundo e 9,6 milhões de óbitos, onde houve um discreto predomínio do sexo masculino na incidência e mortalidade. As maiores incidências foram observadas em países desenvolvidos com predomínio dos cânceres de pulmão, mama feminina, cólon e reto e próstata. Nos países em desenvolvimento, a ocorrência de neoplasias associadas a infecções se encontram em declínio, porém, segundo última estimativa, hábitos associados a urbanização são apontados como os maiores agentes desencadeadores de câncer. Estima-se que, para o Brasil, entre 2020 e 2022, ocorrerão 625 mil novos casos, sendo o de pele não melanoma o mais incidente e, em seguida, câncer de mama, próstata, colón e reto, pulmão e estômago. No sexo masculino, os tipos de câncer mais frequentes são os de próstata, colón e reto, pulmão, estômago e cavidade oral. Já no sexo feminino, os mais incidentes foram mama, colón e reto, colo do útero, pulmão e tireoide.²

A doença em progressão pode gerar no ser humano um processo profundo de angústia, tristeza e sofrimento manifestando-se em diversas áreas da vida, levantando questões emocionais, físicas, sociais e espirituais. Os cuidados paliativos atuam nesse processo, cuidando do ser humano de forma integral, respeitando sua singularidade e individualidade, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e identificando precocemente fatores que possam desencadear desconfortos físicos, sociais, emocionais e espirituais.^{3,4}

A espiritualidade é uma capacidade humana na busca pelo significado da vida através de conceitos que ultrapassam o tangível, é um sentido de algo maior que si próprio que pode ou não ter participação religiosa formal.^{5,6} Já religião, vem do latim *religare* que significa religar, caracterizada na crença da existência de um ser sobrenatural, determinada por tradições que são expressas por meio de rituais e dogmas.^{7,8} É importante estabelecer a diferença entre espiritualidade e religiosidade, visto que falar sobre a religiosidade se restringe a prática de crenças e a espiritualidade está ligada à busca do significado e na razão de viver, transcendendo a qualquer prática pré-determinada.⁷

O diagnóstico oncológico pode ter impacto direto na qualidade de vida do sujeito e, a partir deste, se torna extremamente importante considerar aspectos físicos, psíquicos, espirituais e sociais. Entretanto, observa-se que na prática clínica os aspectos espirituais são pouco explorados. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida e necessidades espirituais de pacientes oncológicos em vigência de internação hospi-

tar, bem como verificar a correlação entre a qualidade de vida e necessidades espirituais desses pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e prospectivo. A pesquisa foi realizada no Hospital Estadual Mario Covas, localizado em Santo André, São Paulo, Brasil.

Os indivíduos foram selecionados por meio do prontuário eletrônico do sistema de informação MV-Soul®, em seguida foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: indivíduos portadores de neoplasia maligna, indivíduos maiores de 18 anos e indivíduos com nível de consciência preservado para responder as questões. Foram considerados critérios de exclusão os sujeitos que se recusaram a participar da pesquisa ou se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após seleção e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão os pacientes foram avaliados individualmente com a aplicação de dois questionários validados e traduzidos para o português, sendo eles, o *Spiritual Needs Assessment for Patients* (SNAP) e o *Short Form-36* (SF-36). Ambos são questionários elaborados com afirmações claras e objetivas, para que não haja discordâncias aos questionamentos e respostas. O questionário SF-36 avalia qualidade de vida e é composto por oito domínios, sendo eles: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O score final varia de 0 a 100 para cada domínio, sendo que 0 indica que o indivíduo apresenta nenhuma qualidade de vida e 100 indica indivíduo com ótima qualidade de vida.⁹ O SNAP avalia a necessidade espiritual de indivíduos com doenças oncológicas ou hematológicas e é composto por três subescalas: psicossocial (5 itens – valor mínimo: 5 e valor máximo: 20), espiritual (13 itens – valor mínimo: 13 e valor máximo: 52) e religiosa (5 itens – valor mínimo: 5 e valor máximo: 20); e abrange aspectos das esferas cognitivas, comportamentais e afetivas. As alternativas de respostas são graduadas de 1 a 4, sendo que o escore total pode variar de 23 a 92, e valores maiores refletem maiores necessidades espirituais.¹⁰

Para este estudo foi também elaborado um questionário a fim de colher dados sociodemográficos de cada participante. Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento e a execução do trabalho foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário FMABC, sob número de parecer: 3.850.192.

Foi realizada a análise descritiva dos dados. As variáveis qualitativas foram apresentadas por frequência absoluta e frequência relativa. E as variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e medidas de variabilidade mediante normalidade dos dados pelo teste de Shapiro-Wilk.

Para relacionar a qualidade de vida pelo questionário SF-36 e o questionário SNAP, foi utilizado o teste de Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$). O programa estatístico utilizado para análise dados foi o Stata, versão 14.0.

RESULTADOS

Foram recrutados cinquenta e quatro pacientes internados no Hospital Estadual Mario Covas, todos portadores de algum tipo de neoplasia maligna. Vinte e três sujeitos entrevistados não aceitaram participar do estudo, ou se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), portanto, o presente estudo contou com trinta e um participantes.

A média de idade dos pacientes era de 48,93 anos, sendo 77,42% do sexo feminino e 54,84% casados. Em relação a variedade religiosa, doze participantes afirmaram serem católicos (38,71%), dez evangélicos (32,26%), oito (25,81%) participantes referiram outras práticas religiosas e apenas um (3,23%) se declara não praticante de nenhuma religião. Apesar de 96,77% dos participantes serem adeptos a determinadas religiões, vinte e nove participantes (93,55%), afirmaram não receberem nenhum tipo de suporte religioso e apenas dois participantes (6,45%), informaram que receberam visitas de algum líder religioso durante internação.

A deficiência de suporte também foi detectada em relação ao aspecto psicológico, onde apenas 29,03% dos pacientes contavam com atendimentos de psicoterapia, entretanto, esse dado pode se justificar pelo fato de 74,19% dos pacientes considerarem sua saúde como boa e apenas 6,45% como muito ruim. Por fim, em relação ao suporte familiar, todos os participantes (100%) afirmaram que receberam visitas de seus familiares durante o período que estiveram internados. Todas essas informações seguem descritas detalhadamente na Tabela 1. Os escores relacionados a qualidade de vida, avaliados pelo SF-36, seguem descritos na Tabela 2. Destacam-se com piores escores os domínios de "aspecto físico", "aspecto emocional" e "capacidade funcional". O score final varia de 0 a 100 para cada domínio, sendo que, 0 indica que o indivíduo apresenta nenhuma qualidade de vida e 100 indica indivíduos com ótima qualidade de vida.

Em relação a necessidade espiritual, também detalhado na Tabela 2, foi observado na subescala psicossocial pontuação de 17,09 (valor mínimo: 5 e valor máximo: 20), na subescala espiritual 40,74 (valor mínimo: 13 e valor máximo: 52) e na religiosa 16,51 (valor mínimo: 5 e valor máximo: 20), por fim, obtendo-se uma pontuação total de 74,35 (valor mínimo: 23 e valor máximo: 92). Ressalta-se que valores maiores refletem maiores necessidades espirituais. Os domínios dos questionários foram correlacionados pelo Teste de Correlação de Spearman e seguem detalhados na Tabela 3. A correlação pode ser considerada positiva quando as variáveis se correlacionam de forma direta, ou considerados como

negativas quando inversamente proporcionais.

Podemos observar correlações negativas com relevância estatisticamente significativa entre o domínio de capacidade funcional e a subescala psicossocial (-0,387), domínio de dor e subescala espiritual (-0,316) e domínio de aspecto físico e subescala religiosa (-0,351).

O domínio de capacidade funcional se correlaciona negativamente com a subescala de aspecto psicossocial, ou seja, quanto mais impactada a capacidade funcional do indivíduo, maior é a necessidade psicossocial, que consiste em compartilhar convívio com pessoas que tenham doenças semelhantes, interesse em técnicas de diminuição de estresse, capacidade de superar medos, diminuir tristezas, compartilhar pensamentos e preocupações, entre outros. A relevância estatística se repete quanto ao domínio de dor e necessidade espiritual, ou seja, quanto menor a pontuação relacionada a dor (prejuízo algico), maior a necessidade obtida na subescala de necessidade espiritual. E por fim, a última relevância estatística relevante foi encontrada entre o domínio de aspecto físico e a subescala religiosa, ou seja, quanto mais prejudicado o aspecto físico se encontra, maiores são as necessidades religiosas, como por exemplo, visita de líderes religiosos, realizações de rituais e acesso a materiais, como velas, bíblias, evangelho, e/ou entre outros.

Acredita-se que o número da amostra tenha prejudicado os resultados de correlação e que, possivelmente, mais correlações estatísticas significativas teriam sido identificadas, caso houvesse um número mais representativo de pacientes entrevistados, visto que os questionários de maneira individual apontam prejuízo na qualidade de vida e necessidade espiritual.

DISCUSSÃO

Existe uma associação importante entre processo doloroso persistente e o sofrimento espiritual. Os resultados do presente estudo sugerem que a dor interferiu de forma considerável na qualidade de vida dos participantes entrevistados.

A busca pelo propósito e significado da vida são fatores que compõem o que se compreende por espiritualidade. Apesar de existirem poucas evidências sobre a forma que a dor interfere nesses fatores, um estudo publicado pela revista Oxford University Press, demonstrou que indivíduos que apresentam dor persistente possuem um maior sofrimento espiritual.¹¹

Em pacientes que se encontram em fase final de vida, o processo doloroso intenso dificulta o entendimento de suas necessidades espirituais, pois o desconforto dificulta que momentos de plenitude e serenidade ocorram, interferindo negativamente na elaboração de reflexões quanto ao significado da sua existência.¹² O bem-estar espiritual não se limita a uma crença religiosa ou práticas específicas. Os indivíduos que apresen-

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra de pacientes oncológicos internados no Hospital Estadual Mario Covas, Santo André, São Paulo, Brasil, 2021.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	24	77,42
Masculino	7	22,58
Estado Civil		
Solteiro	11	35,48
Casado	17	54,84
Viúvo	3	9,68
Religião		
Católica	12	38,71
Evangélica	10	32,26
Kardecista	-	-
Umbandista	-	-
Candomblecista	-	-
Não Praticante	1	3,23
Outras	8	25,81
Como considera sua saúde		
Boa	23	74,19
Muito boa	-	-
Ruim	6	19,35
Muito ruim	2	6,45
Suporte psicológico		
Sim	9	29,03
Não	22	70,97
Suporte Familiar		
Sim	31	100
Não	0	0
Suporte religioso		
Sim	2	6,45
Não	29	93,55
Étnico-racial		
Branco	11	35,48
Preto	7	22,58
Amarelo	1	3,23
Pardo	12	38,71
Indígena	-	-
	Média	Desvio-padrão
Idade (anos)	48,93	16,22
	Mediana	p25 - p75
Dias de internação	7	4 - 13

p25-p75: Percentis 25 e 75.

Tabela 2: Descrição do questionário de Qualidade de Vida SF-36 e do Questionário SNAP.

Variáveis	Mediana (p25 - p75)	Mínimo	Máximo
Domínios do Questionário SF-36			
Capacidade funcional	15 (0 - 50)	0	95
Aspecto físico	0 (0 - 0)	0	25
Dor	41 (22 - 62)	0	100
Estado geral de saúde	47 (35 - 62)	25	80
Vitalidade	50 (40- 65)	10	85
Aspectos sociais	63 (38 - 63)	0	75
Aspecto emocional	0 (0 -)	0	67
Saúde mental	56 (44 - 60)	20	92
	Média (desvio - padrão)	Mínimo	Máximo
Questionário SNAP			
Psicossocial	17,09 (2,77)	10	20
Espiritual	40,74 (6,96)	24	50
Religiosa	16,51 (4,04)	9	20
Total	74,35 (11,81)	50	90

p25-p75: Percentis 25 e 75. Mínimo - Máximo: Valor mínimo e máximo da distribuição.

Tabela 3: Relação entre questionário de Qualidade de Vida SF-36 e o Questionário SNAP.

Domínios do Questionário SF-36	Questionário SNAP			
	Psicossocial	Espiritual	Religiosa	Total
	rho			
Capacidade funcional	-0,387*	-0,046	-0,035	-0,056
Aspecto físico	-0,112	0,022	-0,351**	-0,184
Dor	-0,207	-0,316**	-0,113	-0,256
Estado geral de saúde	0,084	-0,088	0,122	0,073
Vitalidade	0,231	-0,041	0,075	-0,006
Aspectos sociais	0,053	-0,047	0,125	0,066
Aspecto emocional	-0,117	-0,070	-0,129	-0,057
Saúde mental	-0,063	-0,054	0,115	0,020

Teste de Correlação de Spearman (rho). *p<0,05; **p>0,05 & p<0,10.

tam um maior significado e propósito são capazes de elaborar uma melhor resposta ao estresse e possuem menor risco de desenvolverem alterações de humor, ou seja, existe uma influência entre a espiritualidade sobre o aspecto emocional.^{13,14}

Pacientes oncológicos apresentam uma série de particularidades que tem ligações diretas com o local do tumor, estadiamento da doença, status de performance e as abordagens terapêuticas que foram/serão aplicadas. Estes fatores associados a internação hospitalar implicam em uma série de limitações decorrentes do processo de adoecimento, e podem impactar negativamente o aspecto físico, funcional e a vitalidade dos indivíduos.¹⁵

Compreender que necessidades psicossociais, religiosas e espirituais deficientes estão diretamente associadas a uma menor qualidade de vida, possibilita um serviço mais humanizado ofertado pelos profissionais

de saúde.^{16,17} Considerar o aspecto religioso e espiritual durante o tratamento, pode se tornar uma estratégia importante no enfrentamento de momentos difíceis e estressantes.^{18,19}

Apesar de haver pouco incentivo sobre estudos referentes a espiritualidade, durante o processo de formação dos profissionais de saúde, integrar o assunto através de uma breve anamnese, possibilita um entendimento mais abrangente sobre o adoecimento dos pacientes, podendo implicar em melhorias quanto ao bem-estar geral dos mesmos. Segundo os resultados do presente estudo, pode-se subentender, também, que as necessidades espirituais não estão sendo atendidas devido ao pouco preparo dos profissionais que realizaram os atendimentos.^{20,21}

Devido ser um assunto subjetivo, não existe uma melhor ou única maneira para se abordar espiritualidade cada indivíduo e instrumentos podem se tornar

ferramentas importantes para o entendimento do histórico espiritual dos pacientes.²² Outro recurso importante é a presença de um profissional Capelão integrado à equipe, pois o mesmo pode ser um importante mediador entre as necessidades e conflitos espirituais/religiosos e a equipe multidisciplinar.²³

Quando o assunto não é abordado da forma correta, entendendo sua função complementar no tratamento da equipe multidisciplinar, os mesmos aspectos podem repercutir negativamente na qualidade de vida, interferindo na saúde mental e física do paciente, implicando até mesmo na adesão do tratamento ofertado.²⁴ Sentimentos de punição ou abandono associados à religiosidade, podem desencadear situações conflitantes e angustiantes para os pacientes, portanto, o suporte religioso atuando de forma coadjuvante ao apoio psicológico hospitalar, se tornam necessários para o alívio de sofrimentos relacionados ao assunto.²²

No presente estudo, um fator importante é que a amostra obtida apresenta um n superior de participantes que se identificaram pertencentes ao sexo feminino (n= 24), o que sugere que mulheres apresentam uma maior abertura para receberem apoio social e que, parte dos homens, limitam seu contato aos seus familiares e à equipe que o atende. E, por fim, os protocolos de segurança referentes à pandemia do COVID- 19, limitaram o acesso de líderes religiosos dentro do ambiente hospitalar, interferindo na subescala religiosa do questionário SNAP.^{16,25}

CONCLUSÃO

Pacientes oncológicos em vigência de internação hospitalar têm prejuízo na qualidade de vida, apresentam necessidades espirituais, e essas variáveis podem influenciar-se entre si. Portanto, assistência espiritual é uma vertente extremamente importante no âmbito de internação hospitalar para pacientes oncológicos e a equipe multiprofissional deve estar atenta à esta dimensão do paciente.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores informam que não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). O que é câncer? [Internet]. [citado em 2019 abr 5]. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Acesso em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.
2. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2020: Introdução [Internet]. [citado em 2019 abr 5]. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Acesso em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao>.
3. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (BR). O que são cuidados paliativos [Internet]. [citado em 2019 abr 5]. São Paulo: ANCP; 2019. Acesso em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao>.
4. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Cuidados paliativos [Internet]. [citado em 2021 ago 28]. Rio de Janeiro: INCA; 2021. Acesso em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>.
5. Guimarães HP, Avezum Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007; 34(SUPPL. 1):88-94. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700012.
6. Steinhäuser KE, Fitchett G, Handzo GF, KS Johnson, HG et al. State of the science of spirituality and palliative care research part i: definitions, measurement, and outcomes. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 54(3):428-40. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028.
7. Camargos MG. Avaliação da espiritualidade/religiosidade e associação com a qualidade de vida de pacientes com câncer e de profissionais de saúde de um hospital oncológico [dissertação]. [Barretos]: Hospital do Câncer de Barretos; 2014. 149 p.
8. Portela BOS. O conceito religião no pensamento de Carl Gustav Jung. *Sacrilegens*. 2013; 10(1):46-61.
9. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39:143-50.
10. Sharma RK, Astrow AB, Texeira K, Sulmasy DP. The spiritual needs assessment for patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *J Pain Symptom Manage*. 2012; 44(1):44-51. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.07.008.
11. Lovell M, Corbett M, Dong S, Siddall P. Spiritual well-being in people living with persistent non-cancer and cancer-related pain. *Pain Med*. 2021; 22(6):1345-52. DOI: 10.1093/pm/pnaa414.
12. Peres MFP, Arantes ACDLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007; 34(SUPPL. 1):82-7. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700011.
13. Levine EG, Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integr Cancer Ther*. 2003; 1(2):166-74. DOI: 10.1177/1534735402001002008.

14. Yilmaz M, Cengiz HÖ. The relationship between spiritual well-being and quality of life in cancer survivors. *Palliat Support Care*. 2020; 18(1):55-62. DOI: 10.1017/S1478951519000464.
15. Santos M, Corrêa TS, Faria LDBB, Siqueira GSM, Reis PED. *Diretrizes oncológicas 2*. São Paulo: Doctor Press; 2019.
16. Moadel AB, Morgan C, Dutcher J. Psychosocial needs assessment among an underserved, ethnically diverse cancer patient population. *Cancer*. 2007; 109(2 SUPPL.):446-54. DOI: 10.1002/cncr.22357.
17. Fornazari SA, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicol Teor Pesqui*. 2010; 26(2):265-72. DOI: 10.1590/S0102-37722010000200008.
18. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CML. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicol Teor Pesqui*. 2001; 17(3):225-34. DOI: 10.1590/S0102-37722001000300004.
19. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E et al. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2006; 9(3):646-57. DOI: 10.1089/jpm.2006.9.646.
20. Teixeira MZ. Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade: importância do ensino, da pesquisa e da assistência na educação médica. *Rev Med*. 2020; 99(2):134-47. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v99i2p134-147.
21. Cafezeiro A, Silva AA, Cunha ALGO, Yarid SD, La Longuiniere ACF, Souza IA. A espiritualidade no processo de formação dos profissionais de saúde. *Rev Pró-UniversSUS*. 2020; 11(2):158-63.
22. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2010; 8(X):4-8.
23. Koenig HG. *Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê*. São Paulo: Editora FE; 2005.
24. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis*. 1998; 186(9):513-21. DOI: 10.1097/00005053-199809000-00001.
25. Gianini MMS. *Câncer e gênero: enfrentamento da doença [dissertação]*. [São Paulo]: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.